

ONDERZOEK

Kindermishandeling vaak niet herkend op de huisartsenpost

RETROSPECTIEF STATUSONDERZOEK BIJ MISHANDELDE KINDEREN

Sandra S. Goren, Anne-Marie C. Raat, Dorien M. Broekhuijsen-van Henten, Ingrid M.B. Russel, Henk F. van Stel en Guus (A.J.P.) Schrijvers

Gerelateerd artikel: Ned Tijdschr Geneeskd. 2009;153:B89 (bl. 00)

- DOEL** Vaststellen in hoeverre bij kinderen die volgens het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) waren mishandeld, huisartsen uit het betreffende verzorgingsgebied deze mishandeling hadden opgemerkt.
- OPZET** Retrospectief.
- METHODE** Wij voerden een retrospectief statusonderzoek uit bij 368 kinderen uit het verzorgingsgebied van een huisartsenpost, bij wie in de periode januari 2005-augustus 2007 door het AMK was vastgesteld dat zij mishandeld waren.
- RESULTATEN** Van de 368 kinderen bezochten 193 de huisartsenpost één of meer keren in de periode juli 2002-september 2007. In totaal betrof het 709 consulten. Hiervan waren er naar mening van een expertpanel 24 zeer verdacht voor kindermishandeling en bij nog eens 82 was kindermishandeling op basis van de geregistreerde anamnese niet uit te sluiten. Trauma- en intoxicatieconsulten waren bij beide categorieën oververtegenwoordigd. Kindermishandeling werd alleen herkend als de patiënten of de begeleiders dit op eigen initiatief gemeld hadden. Slechts 1 maal werd daarna ook volledig adequaat beleid ingezet.
- CONCLUSIE** Dienstdoende huisartsen op de huisartsenpost herkenden signalen van kindermishandeling onvoldoende. Daarnaast vroegen zij in de anamnese onvoldoende door om kindermishandeling uit te kunnen sluiten. Ook het beleid na signalering van kindermishandeling was vaak ontoereikend.

Universitair Medisch Centrum Utrecht.

Drs.ir. S.S. Goren, student geneeskunde

(thans: basisarts in de zorg voor verstandelijk gehandicapten, 's Heeren Loo Midden-Nederland, Ermelo).

Locatie Wilhelmina Kinderziekenhuis, afd. Algemene Pediatrie:

drs. D.M. Broekhuijsen-van Henten en

drs. I.M.B. Russel, kinderartsen.

Julius Centrum voor Gezondheidswetenschappen en Eerstelijns Geneeskunde,

Unit Innovaties in de Zorg:

dr. H.F. van Stel, epidemioloog;

prof. dr. A.J.P. Schrijvers,

hoogleraar Public Health.

Advies- en Meldpunt Kindermishandeling

Utrecht.

Drs. A.M.C. Raat, vertrouwensarts (voorheen:

huisarts en medisch manager van een

huisartsenpost).

Contactpersoon: drs.ir. S.S. Goren (sandragoren@

hotmail.com).

Kindermishandeling is een ernstig, omvangrijk en kostbaar probleem voor de individuele patiënt, de volksgezondheid en de maatschappij als geheel.¹⁻⁵ Artsen worden in staat geacht signalen van kindermishandeling te herkennen en zijn medeverantwoordelijk voor de gezondheid en de veiligheid van een kind waarmee zij een behandelrelatie onderhouden.^{6,7} Tot nu toe is het onderzoek naar de herkenning van kindermishandeling door artsen, al dan niet huisartsen, voornamelijk gebaseerd op epidemiologische gegevens, zelfrapportage door artsen en casuserkenning.⁸⁻¹¹ Met de komst van de elektronische statusvoering op de huisartsenposten is het nu mogelijk om retrospectief statusonderzoek te doen bij een relatief grote onderzoekspopulatie. Dit is uniek binnen de huisartsgeneeskunde. Op de huisartsenpost (HAP) komen in verhouding meer kinderen dan bij de eigen huisarts tijdens kantooruren. Zo gaat het bij 28% van de contacten in de avonduren om kinderen, tegenover gemiddeld 7% overdag.¹² Daarnaast biedt de HAP een betrouwbare anonieme omgeving voor ouders om hulp te vragen. Op de HAP lijkt derhalve de kans groter om kindermishandeling te herkennen. Wij onderzochten de huidige signalering van kindermishandeling door huisartsen op de HAP. Het ging om retrospectief statusonderzoek met als vraagstelling: 'zijn huisartsen op de HAP alert op signalen van kindermishandeling?'

PATIËNTEN EN METHODE

PATIËNTEN

Bij een regionaal Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) vroegen wij de namen en de geboortedata op van kinderen bij wie in de periode januari 2005-augustus 2007 het AMK kindermishandeling had vastgesteld. Hierbij werden kinderen geselecteerd uit het directe verzorgingsgebied van de HAP die aan dit onderzoek deelnam; dit gebied bestond uit een centraal in Nederland gelegen middelgrote stad en het lokale verstedelijkte platteland. Woonplaatsen waarvan de patiënten op gelijke afstand een andere HAP konden bezoeken, werden buiten beschouwing gelaten.

Per kind registreerden wij aan welke vormen van kindermishandeling het had blootgestaan. Het AMK hanteert hierbij 8 mishandelingscodes (tabel 1); voorbeeldcasussen staan in tabel 2. Hierbij kan één kind meerdere mishandelingscodes hebben. Alle patiëntgegevens werden geanonimiseerd verwerkt, waarbij één onderzoeker voor de codering van de gegevens zorg droeg. De overige onderzoekers werkten alleen met gecodeerde gegevens.

DATAVERZAMELING

Van de kinderen uit de onderzoekspopulatie gingen wij na of zij in de periode juli 2002-september 2007 de HAP hadden geconsulteerd. Indien dit het geval was, dan werd het volledige HAP-dossier in deze periode geanalyseerd. Daarbij maakten wij onderscheid tussen telefonische en

fysieke consulten. Bij telefonische consulten was er contact met de triagist, eventueel gevolgd door een telefonisch consult met een huisarts. De telefonische contacten met een triagist werden altijd gefiatteerd door de superviserend arts. Bij fysieke consulten werd de patiënt door een huisarts gezien op de HAP of tijdens een visite.

Wij namen aan dat er bij trauma en intoxicatie naar verhouding vaker kindermishandeling aan de orde kon zijn. Daarom werden de trauma- en intoxicatieconsulten ook separaat van de overige consulten onderzocht.

EXPERTBEOORDELING

Een expertpanel beoordeelde de HAP-dossiers van mishandelde kinderen, dat wil zeggen tot een leeftijd van 18 jaar, op aanwijzingen voor kindermishandeling aan de hand van vooraf vastgestelde kenmerken, ontleend aan de publicatie van Wolzak en Huizing.¹³ Daarbij ging het panel uit van de definitie van kindermishandeling zoals gegeven in de Wet op de Jeugdzorg (www.st-ab.nl/wetten/o664_Wet_op_de_jeugdzorg.htm).¹⁴ Deze parameters werden ingedeeld in categorieën. Tabel 3 geeft bij elke categorie een aantal voorbeelden. Het expertpanel bestond uit 2 kinderartsen en 1 huisarts, allen met als aandachtsgebied kindermishandeling (A.M.C.R., D.M.B. en I.M.B.R.). Zij vormden in gezamenlijk overleg een oordeel. Bij alle casussen werd overeenstemming bereikt.

De consulten werden beoordeeld en ingedeeld in 3 categorieën: (a) goed consult; (b) men had de anamnese nader moeten uitvragen om kindermishandeling uit te kunnen sluiten; (c) het consult is zeer verdacht voor kindermishandeling.

Bij een 'goed consult' was er in de status voldoende informatie om kindermishandeling met grote waarschijnlijkheid uit te sluiten. Bij 'men had de anamnese nader moeten uitvragen' was de informatie te beknopt om een oordeel te vormen over eventuele kindermishandeling. Een voorbeeld hiervan was de registratie 'gevallen, mogelijke fractuur, verwezen naar SEH'. In een goede anamnese dienden in elk geval de oorzaak en de toedracht van een trauma duidelijk te worden. Bij onbegrepen klachten diende een trauma of intoxicatie uitgesloten te zijn.

Overige screenende vragen bleven buiten beschouwing omdat deze nog geen standaardpraktijk in de huisartsgeneeskunde waren. Hiermee trachtten wij recht te doen aan wat vandaag de dag minimaal van een huisarts mag worden verwacht. Daar waar het panel het zeer waarschijnlijk achtte dat er sprake was van kindermishandeling, deelden wij het consult in als 'zeer verdacht voor kindermishandeling'.

Indien er in de status duidelijke signalen waren van kindermishandeling, dan werd gekeken of de arts deze als zodanig had herkend en wat het gevoerde beleid was

TABEL 1 Kenmerken van 368 kinderen die werden aangemeld bij een Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)*

totaal aantal gemelde kinderen	368
gemiddelde leeftijd in jaren bij afsluiten van de melding (SD)	7,9 (4,8)
totaal aantal mishandelingscodes toegekend aan de 368 kinderen	670
verdeling van de mishandelingscodes†; n (%)	
lichamelijke mishandeling (zie casus 1, 2 en 3)	54 (8)
lichamelijke verwaarlozing (zie casus 1)	80 (12)
seksueel misbruik (zie casus 3)	13 (2)
pedagogische verwaarlozing	33 (5)
psychisch geweld	141 (21)
affectieve verwaarlozing	121 (18)
getuige zijn van huiselijk geweld (zie casus 3)	94 (14)
overige mishandeling	134 (20)
aantal bezoeken aan de HAP per kind; n (%)	
0	175 (47,6)
≥ 1	193 (52,4)
mediaan aantal bezoeken per kind dat de HAP consulteerde (n = 193) (interkwartiel-uitersten)	2 (1-4)
totaal aantal consulten aan de HAP	707

*De in de tabel genoemde casussen staan uitgewerkt in tabel 2.

†Per kind zijn meerdere mishandelingscodes mogelijk.

TABEL 2 Enkele voorbeelden van casussen van kindermishandeling, met de classificatie van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)

casus 1 (jongetje, 1 maand oud)

Ouders bellen 's ochtends de huisartsenpost (HAP) in verband met een dicht oog, rood en pussend. Via een telefonisch consult wordt een recept voor antibacteriële ooggel verstrekt. 's Avonds bellen zij opnieuw in verband met koorts en bloed en slijm uit de neus. Op de HAP blijkt in de anamnese dat het kindje sinds 2 dagen tevens een gezwollen onderarmpje heeft en de laatste dagen meer huilt. De ouders weten van geen trauma, maar geven aan dat hij wel eens met zijn broertje alleen is. Bij onderzoek blijkt de arm in een vreemde stand te staan en pijnlijk te zijn. Onder verdenking van een fractuur wordt het kind doorverwezen naar de SEH voor een foto.

Indicatie voor kindermishandeling: fractuur bij een zuigeling, vertraging van 2 dagen bij het zoeken van medische zorg, geen adequate verklaring in de anamnese voor het letsel.

AMK-mishandelingscodes: lichamelijke mishandeling; lichamelijke verwaarlozing.

casus 2 (meisje, 8 jaar oud)

Daags voor het consult is het meisje door een ander kind onder de ribben geslagen. Nu krijgt zij meer klachten. Er zijn nog geen pijnstillers gegeven. Bij onderzoek op de HAP is er drukpijn op de ribbenboog en de bovenbuik. Vijf maanden later belt de nieuwe vriend van de moeder de HAP: het kind is gevallen op de vloer en heeft nu pijn bij de ribben en pijn bij de ademhaling. Het verhaal is onsamenhangend en verwarrend. Zij verschijnen niet op de HAP en zijn ook niet te bereiken. Het consult met de triagist wordt na een aantal pogingen tot contact door de superviserende huisarts gefiatteerd en afgesloten.

Indicatie voor kindermishandeling: herhaald letsel van de ribben - een val op de vloer leidt over het algemeen niet tot pijn aan de ribben en bemoeilijkt ademhaling; onsamenhangend verhaal aan de telefoon; niet verschijnen en niet bereikbaar zijn na de aanmelding.

AMK-meldcode: lichamenlijk mishandeling.

casus 3 (meisje, 14 jaar oud)

Het meisje komt met een vriendin van de moeder op de HAP na een geëscaleerde ruzie tussen moeder en stiefvader. De stiefvader heeft het meisje geschopt en geslagen. Zij geeft aan dat 2 eerdere traumaconsulten op de HAP en 1 bij de huisarts ook het gevolg waren van mishandeling. De dienstdoende huisarts adviseert om, eventueel via de eigen huisarts, contact op te nemen met het AMK. Een jaar later is zij zwanger en komt een aantal keren met onbegrepen pijnklachten in de graviditeit. Bovendien bezoekt zij de HAP in 2 jaar nog 5 maal met een trauma, veelal met onduidelijke of dubieuze oorzaak. Bij geen van deze consulten is een vermoeden van kindermishandeling geuit door de dienstdoende huisarts.

Indicatie voor kindermishandeling: reeds bekend wegens kindermishandeling; in korte tijd veel trauma's; veel onbegrepen pijnklachten; zwangerschap op jonge leeftijd. Verder is het inadequaats om het kind te adviseren zelf contact op te nemen met het AMK, dit had de huisarts zelf moeten doen.

AMK-meldcode: lichamelijke mishandeling, getuige zijn van huiselijk geweld en mogelijk seksueel misbruik

HAP = huisartsenpost

geweest. Het beleid werd in deze studie als 'adequaats' bestempeld als de arts bij een vermoeden op of herkenning van kindermishandeling interveniërende stappen had ondernomen met als doel verder onderzoek om herhaling van de mishandeling te voorkómen. Hieronder rekenden wij een adviesvraag of melding bij het AMK of een doorverwijzing naar een kinderarts met als doel nader onderzoek naar eventuele kindermishandeling. Bij niet direct bedreigende situaties volstond ook een duidelijk hulpverzoek aan de eigen huisarts of andere zorgverleners. Alleen adviezen aan het kind of de ouders waren onvoldoende.

ANALYSE

Met de χ^2 -toets werd het verband tussen de AMK-mishandelingscodes en de volgens het expertpanel nader uit te vragen dan wel zeer verdachte consulten getoetst. De toets voor proporties werd gebruikt voor de verschillen tussen de typen consulten.¹⁵

De medisch-ethische toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht gaf toestemming voor het onderzoek.

RESULTATEN

De basisgegevens van de kinderen staan beschreven in tabel 1. De onderzoekspopulatie bestond uit 368 kinderen uit 221 gezinnen. Van deze kinderen hadden 155 1 mishandelingscode bij het AMK. De overige 213 kinderen waren met 2 of meer mishandelingscodes gemeld. Bij veel kinderen ging het dus om meerdere soorten mishandeling tegelijkertijd. Vooral de categorieën 'psychisch geweld' (21%), 'affectieve verwaarlozing' (18%) en 'overige mishandeling' (20%) kwamen veel voor.

Een kleine meerderheid van de kinderen (n = 193; 52%) had in de periode juli 2002-september 2007 de HAP één of meer keren geconsulteerd. In totaal hadden deze kinderen 709 consulten gehad op de HAP (uitersten: 1-29). Dit betrof 251 telefonische consulten en 458 fysieke bezoeken/visites. Van deze 709 consulten bleek 3% (n = 24) zeer verdacht te zijn geweest voor kindermishandeling (tabel 4). Daarnaast kon in 12% (n = 82) van de consulten een vermoeden van kindermishandeling niet worden uitgesloten. Bij deze consulten had men onvoldoende uitgevraagd dan wel onvoldoende geregistreerd. Er was geen significant verband tussen het type mishandelingscode van het AMK en de zeer verdachte of nader uit te vragen consulten op de HAP, niet naar aantal en niet naar soort consult.

Bij de subgroep consulten wegens trauma of intoxicatie lagen de percentages zeer verdachte en nader uit te vragen consulten significant hoger dan in de groep overige consulten (beide $p < 0,0001$). Bij deze specifieke consul-

TABEL 3 Voorbeelden van aanwijzingen voor kindermishandeling

categorie	enkele parameters als voorbeeld
voorgeschiedenis	frequent bezoek aan de huisartsenpost of de Spoedeisende Hulp (SEH)
anamnese	al eerder met een mogelijk verdacht letsel geweest het verhaal van het kind komt niet overeen met dat van de ouders
letsel	de verklaring van het ongeval klopt niet met het letsel de soort letsel is verdacht, bijvoorbeeld een afdruk van een voorwerp en de aanwezigheid van meerdere letsels tegelijk
lichamelijk welzijn	specifieke letsels aan geslachtsorganen groeiachterstand ('failure to thrive') slechte uiterlijke verzorging
gedrag van het kind	apathisch, gevoelloos angst om zich uit te kleden
gedrag van de ouders	onverschilligheid over het welzijn van hun kind zelf psychisch ziek of verslaafd

ten was 13% (n = 19) zeer verdacht voor kindermishandeling en op basis van het geregistreerde consult kon in nog eens 35% (n = 51) kindermishandeling niet worden uitgesloten.

Er waren slechts kleine verschillen tussen de telefonische consulten en de fysieke consulten. Het percentage zeer verdachte consulten was bij beide gelijk, namelijk 3%. Bij de fysieke consulten werd in 13% van de gevallen onvoldoende doorgevraagd, bij de telefonische consulten was dat bij 9% (p = 0,11) (zie tabel 4).

De 24 consulten die sterk verdacht waren voor kindermishandeling vonden plaats bij 20 kinderen. Bij 7 consulten werd kindermishandeling door de patiënt, de ouders of een politieagent al aan het begin van het consult genoemd en vervolgens door de huisarts beschreven. Bij de overige 17 consulten herkende de arts de signalen waarschijnlijk niet, in ieder geval waren deze niet als zodanig in de status beschreven. Bij 1 van de 7 consulten waarbij kindermishandeling was genoemd, had de arts een volledig adequaat beleid gevoerd.

In de figuur worden de resultaten samengevat.

BESCHOUWING

Kindermishandeling bleek in ons onderzoek slecht te worden herkend door huisartsen op de HAP. De huisartsen onderkenden kindermishandeling alleen wanneer patiënt of begeleiders het zelf benoemden. Bij de consulten waarbij er zeer waarschijnlijk kindermishandeling in het spel was, beschreef de huisarts dit niet in de status. Bovendien leken huisartsen, op basis van wat wel geregistreerd werd, in de anamnese vaak

Kindermishandeling = elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die ouders of andere personen tot wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel (Wet op de Jeugdzorg: www.st-ab.nl/wetten/0664_Wet_op_de_jeugdzorg.htm).

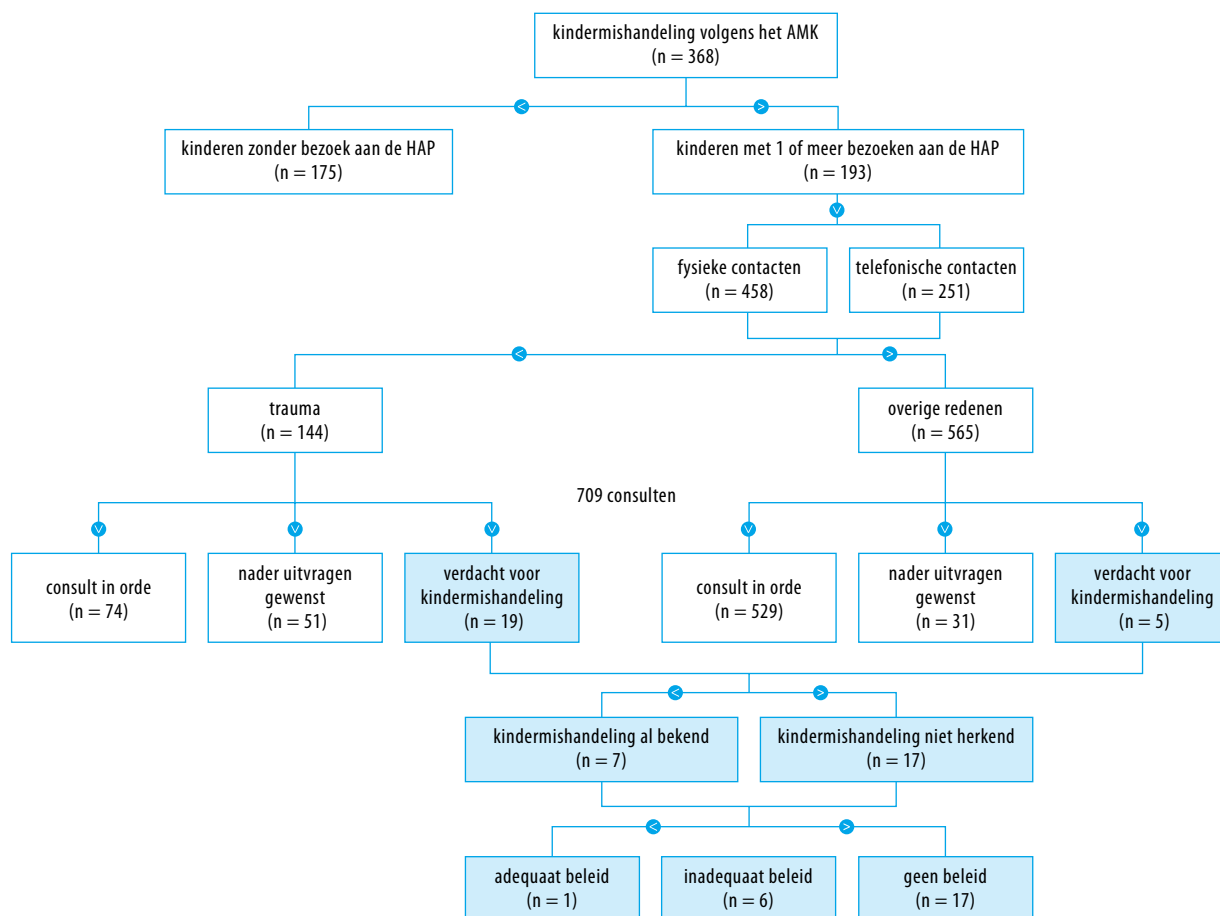
onvoldoende door te vragen. Vooral bij trauma- en intoxicatieconsulten kwam kindermishandeling veel voor en vroegen huisartsen onvoldoende door en registreerden zij te weinig.

Niet eerder is er in Nederland retrospectief statusonderzoek gedaan bij kinderen van wie bekend is dat zij zijn mishandeld. Vergelijkende studies ontbreken dan ook.

TABEL 4 Consulten van de huisartsenpost verdeeld naar het vermoeden van kindermishandeling en het gevoerde beleid

consulten	aantal (%)* (n = 709)
telefonische versus fysieke consulten	
consulten waarbij men nader had moeten uitvragen	82 (12)
fysieke consulten/visites (n = 458)	59 (13)
telefonische consulten (n = 251)	23 (9)
consulten die zeer verdacht waren voor kindermishandeling	24 (3)
fysieke consulten/visites (n = 458)	16 (3)
telefonische consulten (n = 251)	8 (3)
totaal aantal consulten waarbij kindermishandeling niet was uitgesloten	106 (15)
fysieke consulten/visites (n = 458)	75 (16)
telefonische consulten (n = 251)	31 (12)
trauma/intoxicatie versus overige consulten	
consulten waarbij men nader had moeten uitvragen	82 (12)
trauma/intoxicatie (n = 144)	51 (35)
overige (n = 565)	31 (5)
consulten die zeer verdacht waren voor kindermishandeling	24 (3)
trauma/intoxicatie (n = 144)	19 (13)
overige (n = 565)	5 (1)
totaal aantal consulten waarbij kindermishandeling niet was uitgesloten	106 (15)
trauma/intoxicatie (n = 144)	70 (49)
overige (n = 565)	36 (6)
signalering en beleid bij de zeer verdachte consulten	(n = 24)
aantal keren dat in consult patiënt direct vertelde dat er sprake was mishandeling	7 (29)
aantal keren dat de huisarts kindermishandeling herkende	0 (0)
aantal keren dat de huisarts volledig adequaat beleid voerde	1 (4)

*Percentage van de betreffende consulten.



FIGUUR Stroomschema van de resultaten van een retrospectief onderzoek om na te gaan of kindermishandeling die was vastgesteld door het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), bij eerdere contacten met de huisartsenpost (HAP) herkend was.

BEPERKINGEN VAN DIT ONDERZOEK

Er waren enkele beperkingen aan deze studie. Doordat het een retrospectief statusonderzoek was, kunnen wij alleen een oordeel geven over datgene wat de dienstdoende huisarts heeft geregistreerd. Wellicht dacht de arts vaker aan kindermishandeling en exploreerde dit ook, maar hij of zij noteerde dit niet in de status. Deze studie maakt dan ook geen uitspraak mogelijk over de werkelijke aandacht voor kindermishandeling tijdens het consult. Wij zijn van mening dat men de overweging van kindermishandeling altijd moet documenteren om zo ook de eigen huisarts en latere behandelaars op de HAP op de hoogte te stellen. Dit is conform de meldcode kindermishandeling van de KNMG.⁶

Een nauwkeurige beschrijving van de populatie was niet mogelijk doordat gegevens over onder meer etniciteit en gezinsopbouw niet volledig voorhanden waren. Verder ging het in ons onderzoek om een niet-represen-

tatieve steekproef onder kinderen op de HAP. Bij deze onderzoekspopulatie zal men vaker mishandeling zien dan in de algemene bevolking. Met deze studie kunnen wij daarom geen antwoord geven op de vraag hoe vaak op

LEERPUNTEN

- Bij kinderen die volgens het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling waren mishandeld, bleek uit retrospectief statusonderzoek op een huisartsenpost dat de artsen signalen van de mishandeling tijdens telefonische en fysieke consulten vrijwel niet hadden opgemerkt.
- Bovendien leken huisartsen in de anamnese te weinig door te vragen.
- Vooral bij trauma- en intoxicatieconsulten kwam kindermishandeling veel voor en werd onvoldoende doorgevraagd en werden signalen onvoldoende in de status geregistreerd.

de HAP mishandelde kinderen worden gezien die niet of nog niet gemeld zijn bij het AMK.

Tot slot gingen wij af op het oordeel van een expertpanel. Hoewel van de kinderen uit de onderzoekspopulatie bekend was dat zij werden mishandeld, kan dit niet met zekerheid worden gezegd voor de 'zeer verdachte consulten' op de HAP. Het betrof hier het zware vermoeden van het expert panel. Overigens viel de visie van de ouders over het contact met de HAP buiten het onderzoek.

CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Uit dit onderzoek bleek dat de artsen op de betrokken HAP kindermishandeling slecht herkenden. Zij vroegen volgens de experts onvoldoende door naar mogelijke signalen en risicofactoren, ofwel zij registreerden de verdachte bevindingen onvoldoende. Daar waar sprake van kindermishandeling leek te zijn, zetten de dienstdoende huisartsen meestal niet het juiste beleid in.

Wij concluderen dat er dringend behoefte is aan verbetering van zorg rondom kindermishandeling op de HAP. Het lijkt de moeite waard om te onderzoeken wat de invloed is van beleidsmaatregelen op HAP's wat betreft kindermishandeling. Tevens dienen huisartsen meer doordrongen te worden van het belang van het signaleren van kindermishandeling. Dit biedt het kind een grotere kans op preventie van verdere mishandeling.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: geen gemeld.

Aanvaard op 20 oktober 2008

Citeer als: Ned Tijdschr Geneesk. 2009;153:B127

[Meer op www.ntvg.nl/onderzoek](http://www.ntvg.nl/onderzoek)

LITERATUUR

- 1 Kooijman K. Kindermishandeling kost te veel. Het financiële voordeel van preventie. VKMagazine. Tijdschrift over Kindermishandeling. 2000;14:12.
- 2 Dube SR, Felitti VJ, Dong M, Giles WH, Anda RF. The impact of adverse childhood experiences on health problems: evidence from four birth cohorts dating back to 1900. *Prev Med.* 2003;37:268-77.
- 3 Van IJzendoorn MH, Prinzie P, Euser EM, Groeneveld MG, Brilleslijper-Kater SN, van Noort-van der Linden AMT, et al. Kindermishandeling in Nederland anno 2005: de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005). Leiden: Universiteit Leiden; 2007.
- 4 Lamers-Winkelmann F, Slot NW, Bijl B, Vijlbrief AC. Scholieren over mishandeling: resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs. *Duivendrecht: PI Research*; 2007.
- 5 Kuyvenhoven MM, Hekking CF, Voorn THB. Overlijdensgevallen onder 0-18-jarigen door vermoede mishandeling: naar schatting 40 gevallen in 1996 gebaseerd op een enquête onder huisartsen en kinderartsen. *Ned Tijdschr Geneesk.* 1998;142:2515-8.
- 6 De Roode RP, Coebergh N, Pollman PM. Meldcode voor medici inzake kindermishandeling. Utrecht: KNMG; 2002.
- 7 Reijnders UJL. Schouwen een doodnormale zaak. *Tijdschr Huisartsgeneesk.* 2001;3:80-3.
- 8 Maat-van Maanen J, Mol S, Kuyvenhoven M, Schellevis F. Kindermishandeling, een ondergeschoven kind? *Huisarts Wet.* 2005;48:265.
- 9 Reijnders UJL, Drijber BC. Letselbeoordeling en -herkenning. *Huisarts Wet.* 2006;49:100.
- 10 Reijnders UJL, van Baasbank MC, van der Wal G. Diagnosis and interpretation of injuries: a study of Dutch general practitioners. *J Clin Forensic Med.* 2005;12:291-5.
- 11 Van Haeringen AR, Dadds M, Armstrong KL. The child abuse lottery - will the doctor suspect and report? Physician attitudes towards and reporting of suspected child abuse and neglect. *Child Abuse Negl.* 1998; 22:159-69.
- 12 Verheij R, van den Hoogen H. Vooral kinderen op de huisartsenpost. Een verkenning van de mogelijkheden van een registratienetwerk van huisartsenposten. *Huisarts Wet.* 2006;49:233.
- 13 Wolzak A, Huizing A. Kindermishandeling - signaleren en handelen. Basisinformatie voor mensen die werken met kinderen. 4e druk. Utrecht: SWP Uitgeverij; 2001.
- 14 Wet op de Jeugdzorg. Den Haag: Staatsblad; 22 april 2004
- 15 Altman DG. *Practical statistics for medical research.* Londen: Chapman & Hall; 1991.