



**Mama zegt dat ik ziek ben**  
Screenen naar Münchhausen by proxy

**Bachelor in de pediatrie en neonatologie**

**Wendrickx Annelies**

Academiejaar 2018-2019

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier





**Mama zegt dat ik ziek ben**  
Screenen naar Münchhausen by proxy

**Bachelor in de pediatrie en neonatologie**

**Wendrickx Annelies**

Academiejaar 2018-2019

Campus Lier, Antwerpsestraat 99, BE-2500 Lier

# Voorwoord

Naast de verschillende mogelijke pediatrische aandoeningen waarmee je in het werkveld in contact kunt komen, bestaat de kans dat je in aanraking komt met kindermishandeling. Gezien mijn beperkte kennis van kindermishandeling besloot ik mij te verdiepen in een specifieke vorm: Münchhausen by proxy. Het tot stand brengen van deze bachelorproef heeft mijn kennis op het vlak van Münchhausen by proxy uitgebreid.

Het eindresultaat van deze bachelorproef zou niet tot stand gekomen zijn zonder de hulp van enkele personen. Ten eerste wil ik graag mijn begeleidster bedanken voor de bruikbare feedback en tips om de bachelorproef in de juiste richting te sturen. Vervolgens zou ik graag mijn expert uit het werkveld bedanken voor het geven van nuttige feedback en extra informatie. Tijdens het schrijven van deze bachelorproef heb ik regelmatig contact gehad met iemand met veel ervaring rond dit topic. Haar wil ik ook graag bedanken, ze heeft mij enorm geholpen. Tenslotte gaat mijn dank uit naar mijn grootvader en mijn ouders, die mij geholpen hebben met het nalezen, het vinden van een goede structuur en het bieden van steun gedurende het academiejaar.

## Samenvatting

**Achtergrond:** Het niet tijdig diagnosticeren van Münchhausen by proxy kan ernstige gevolgen hebben. Met 6-9% kent deze vorm van kindermishandeling een hoge mortaliteit. Ook andere gevolgen zoals blijvende letsels of langdurige handicap zijn ongeveer even sterk vertegenwoordigd.

Bij kindermishandeling vindt er een schending van de kinderrechten plaats, meer specifiek het protectierecht. Alle volwassenen zijn gebonden aan deze rechten, dus ook kinderverpleegkundigen. Het doel van deze bachelorproef is het ontwikkelen van een screeningsinstrument waarmee kinderverpleegkundigen in de praktijk tijdig een kind met MBP kunnen detecteren.

**Methode:** Bij de zoektocht naar geschikte wetenschappelijke artikels werden volgende databanken geraadpleegd: Limo, Pubmed, Springerlink, Science Direct, The Cochrane Library en Google Scholar. Tevens werden ook enkele artikels bekomen via de catalogi van de Katholieke Universiteit Leuven en de sneeuwbalmethode. Bijkomend werden enkele expertisewebsites en medische handboeken geraadpleegd. Extra informatie werd verkregen via een persoonlijk gesprek.

**Resultaten:** Uit de literatuurstudie kwam naar voor dat het niet opnemen van Münchhausen by proxy in de mogelijke differentiaaldiagnoses, de belangrijkste oorzaak is van een laattijdige/gemiste diagnose. Er zijn verschillende methodes voor het stellen van de diagnose. Maar uit de gevonden artikels blijkt dat het ontwikkelen van een screeningsinstrument voor Münchhausen by proxy kan bijdragen aan een vroegtijdige diagnose.

Belangrijke vereisten van een screeningsinstrument zijn: beknoptheid, gebruiksvriendelijkheid, integratie in de dagelijkse werkrouetine, het bevatten van visuele aanwijzingen in het elektronisch dossier die het multidisciplinair team bewust maken en geïntegreerde, geautomatiseerde doorverwijsmogelijkheden.

Waarschuwingssymptomen die belangrijk zijn voor een mogelijke diagnose van Münchhausen by proxy zijn onder andere: een tegenstrijdige ziektegeschiedenis, medisch shoppen, biologisch ongeloofwaardige symptomen, de behandeling/ advies slaat niet aan bij het kind, de symptomen komen niet overeen met de medische bevindingen en laboresultaten,.... Op basis van de mogelijke waarschuwingssymptomen en vereisten voor het screenen werd een screeningsinstrument voor MBP ontwikkeld. Hierbij wordt een onderscheid gemaakt tussen de rol van de arts en de kinderverpleegkundige. Er werden ook enkele barrières i.v.m. screenen gevonden, waar zo goed mogelijk wordt op ingespeeld bij het in praktijk brengen van het eigen screeningsinstrument.

**Besluit:** Hoewel Münchhausen by proxy een vorm van kindermishandeling is die minder voorkomt, lijkt het wel meer dodelijk te zijn. Het vertraagd stellen of zelfs missen van de diagnose is vooral te wijten aan het niet opnemen van deze vorm van kindermishandeling in de mogelijke differentiaaldiagnoses. Het ontwikkelen van een screeningsinstrument voor kinderverpleegkundigen kan hier een hulp bieden.

# Inhoudstafel

<b>Voorwoord</b>	<b>2</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>3</b>
<b>Inhoudstafel</b>	<b>4</b>
<b>Inleiding</b>	<b>5</b>
<b>1 Probleemstelling</b>	<b>6</b>
<b>1.1 Begripsomschrijving</b>	<b>6</b>
<b>1.2 Cijfergegevens</b>	<b>8</b>
<b>1.3 Kenmerken van MBP</b>	<b>8</b>
1.3.1 Kenmerken van het kind	8
1.3.2 Profiel van de dader	9
<b>1.4 Presentatie van het kind bij de arts</b>	<b>10</b>
<b>1.5 Gevolgen van MBP</b>	<b>11</b>
<b>1.6 Diagnose</b>	<b>12</b>
Argumenten pro screening	13
<b>1.7 Verpleegkundige relevantie</b>	<b>14</b>
Rechten van het kind	14
<b>1.8 Vraagstelling</b>	<b>15</b>
<b>2 Methodologie/zoekstrategie</b>	<b>16</b>
<b>3 Resultaten</b>	<b>17</b>
<b>3.1 Onderdelen screeningsinstrument</b>	<b>17</b>
3.1.1 Bestaande schalen kindermishandeling	17
3.1.2 Andere schalen/ protocollen in België	20
3.1.3 Waarschuwingssymptomen voor een mogelijke diagnose	21
<b>3.2 Opbouw screeningsinstrument</b>	<b>22</b>
3.2.1 Facilitatoren en barrières van screening	22
3.2.2 Vereisten screeningsinstrument	24
3.2.3 Rol van de pediatrisch verpleegkundige	26
<b>4 Ontwikkelen eigen screeningsinstrument</b>	<b>27</b>
<b>4.1 Inhoud van het screeningsinstrument</b>	<b>27</b>
<b>4.2 Koppelen screeningsinstrument aan vereisten</b>	<b>29</b>
<b>5 Toepassing in de praktijk</b>	<b>30</b>
<b>Discussie</b>	<b>34</b>
<b>Besluit</b>	<b>36</b>
<b>Literatuurlijst</b>	<b>37</b>
<b>Bijlagen</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage 1: POS-schaal</b>	<b>41</b>
<b>Bijlage 2: Signalenlijst kindermishandeling en huiselijk geweld</b>	<b>43</b>
<b>Bijlage 3: Internationale criteria van Wilson en Jungner</b>	<b>44</b>

## Inleiding

In 2017 waren er 40 meldingen van (een vermoeden van) Münchhausen by proxy in de Vertrouwenscentra voor kindermishandeling. Het zeldzame karakter van deze aandoening kan mogelijk worden toegeschreven aan onderdiagnose. Deze vorm van kindermishandeling wordt vaak niet herkend en niet gemeld.

In de literatuur werd er gezocht naar de mogelijke oorzaken van het laattijdig herkennen/ missen van de diagnose. De belangrijkste reden was het niet opnemen van Münchhausen by proxy in de potentiële differentiaaldiagnoses. Ook andere belangrijke aspecten zoals de gevolgen van Münchhausen by proxy en de kenmerken van deze vorm van kindermishandeling werden bestudeerd in de probleemstelling.

Uit de literatuurstudie bleek dat het ontwikkelen van een screeningsinstrument voor MBP een grote hulp kan bieden bij het vroegtijdig stellen van de diagnose.

Als gevolg van de bekomen informatie in de literatuurstudie werden volgende 2 onderzoeksvragen opgesteld: "Welke onderdelen moet een screeningsdocument bevatten om als kinderverpleegkundige in de praktijk tijdig een kind met Münchhausen by Proxy te herkennen?" en "Hoe moet het screeningsinstrument ontwikkeld worden om in de praktijk bruikbaar te zijn en wat is de rol van de kinderverpleegkundige hierbij?" Zoals uit de vragen af te leiden valt, richt deze bachelorproef zich op kinderen en niet op andere mogelijke slachtoffers van Münchhausen by proxy, zoals bijvoorbeeld ouderen.

Om een antwoord te bieden op deze vragen werd de literatuur doorzocht naar bestaande schalen van MBP. Er werd slechts 1 schaal gevonden, waardoor ook schalen van kindermishandeling in het algemeen, kort besproken worden. Uit verschillende wetenschappelijke artikels en een persoonlijk gesprek met een slachtoffer van MBP werden de waarschuwingssymptomen van MBP verkregen.

Vervolgens werd nagegaan welke vereisten er zijn bij het gebruik van een screeningsinstrument en wordt gekeken welke rol de verpleegkundige kan spelen.

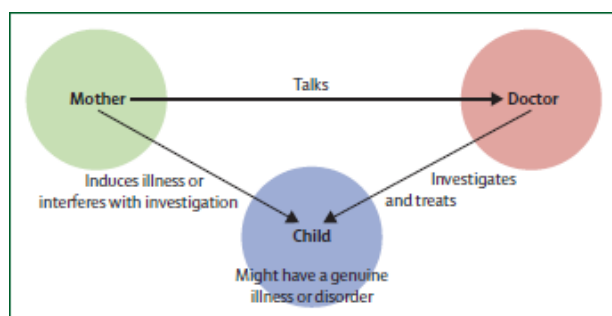
De verkregen gegevens uit de resultaten hebben bijgedragen aan de ontwikkeling van het screeningsinstrument.

# 1 Probleemstelling

## 1.1 Begripsomschrijving

“Münchhausen by proxy, letterlijk vertaald als syndroom van Münchhausen bij volmacht, is een syndroom waarbij (meestal) de moeder het kind letsel toebrengt of allerlei klachten of ziektebeelden verzint waaraan haar kind zou lijden, telkens met de bedoeling het kind te laten onderzoeken of behandelen” (Jochems & Joosten, 2014, p. 636).

In tegenstelling tot andere vormen van kindermishandeling zijn de arts en de medische gemeenschap ongewild en onbewust betrokken bij deze vorm van kindermishandeling. Aanvankelijk kunnen de diagnose, de bijhorende evaluaties en therapieën bijdragen tot de schade die aan het kind wordt toegebracht. Artsen en medisch personeel worden misleid door de dader om potentieel schadelijke medische behandelingen aan te raden en uit te voeren, door overdrijven, verzinnen of induceren van symptomen. (Roesler, 2018)



Figuur 1.1 Het onderlinge verband tussen moeder, arts en kind

Noot: Overgenomen van Bass, C., & Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *The Lancet*, 383(9926), 1412-1421. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62183-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62183-2)

Het voorstellen van MBP als een cyclus (figuur 1.1) kan nuttig zijn. Bij het ontstaan van MBP zijn 3 actieve partijen betrokken: het kind, de dader en een gezondheidsmedewerker (meestal een arts). De ouder stelt de symptomen voor aan de arts, de arts onderzoekt het kind, de toestand van het kind verbetert niet of er is sprake van nieuwe symptomen en zo continueert de cyclus. In het begin is deze cyclus volkomen plausibel. (Bass & Glaser, 2014; Zeitlin, 2016)

De behandelrelatie die zich voordoet tussen de arts en pleger is essentieel. Zonder de arts zou de mishandeling niet tot stand komen. De arts wordt met opzet misleid en start daardoor met het onderzoeken en behandelen van het kind. Daarom wordt er ook gesproken over medische kindermishandeling. (van de Putte, Teeuw, & Schoonenberg, 2013) Onopzettelijke deelname aan MBP door de arts is geen wangedrag, maar het blijven deelnemen en het niet melden wanneer er een vermoeden optreedt, is een aansprakelijkheid (Jackson, Kissoon & Greene, 2015).

Verzonnen symptomen door de dader kunnen de arts leiden tot het veroorzaken van chronische medische complicaties door de behandeling, bv. bij het onnodig plaatsen van een nasogastrische sonde voor de toediening van voeding (Flaherty & MacMillan, 2013).

Veel van de schade die het kind lijdt wordt al dan niet per ongeluk veroorzaakt door artsen. Standaardhypothesen van artsen met betrekking tot de betrouwbaarheid van de ouders zoals: “de moeder weet het het beste”, leiden tot het vertrouwen op de



rapportage van de dader over de geschiedenis en diagnoses en het accepteren van mantelzorg als een middel voor medische informatie. Volgens de American Medical Association Code of Ethics is de medische gemeenschap verplicht om te vertrouwen op de ziektegeschiedenis van de cliënt. Er wordt van uit gegaan dat de cliënt een goed medisch oordeel kan vellen. Daders van MBP maken hier gebruik van om de medische gemeenschap te misleiden. Hierdoor ontstaan er herhaalde onderzoeken en behandelingen. De arts acht sommige van deze onderzoeken noodzakelijk, terwijl andere uitgevoerd worden om de ouders gerust te stellen, zelfs wanneer deze onaangenaam zijn voor het kind. Eveneens kan de arts de dader financieel en materieel ondersteunen. Zo kan hij bijvoorbeeld helpen bij het verkrijgen van een rolstoel. Ook het verkrijgen van een second opinion kan door behulp van de arts. (Davis, Murtagh, & Glaser, 2019; Jackson et al., 2015)

Er zijn verschillende termen voor deze vorm van kindermishandeling, namelijk: Münchhausen by proxy (syndroom) (MBP), Factitious disorder by proxy (FDP), Factitious disorder imposed on another (FDIOA), Medische kindermishandeling, Medical Child Abuse (MCA), Pediatric Condition Falsification (PCF), Caregiver Fabricated illness in a child en Fabricated or Induced Illness (FII).

Tijdens het verzamelen van de literatuur werden de verschillende termen gebruikt, maar voor een vlottere leesbaarheid wordt er in deze bachelorproef telkens over Münchhausen by proxy gesproken.

Er is heel wat discussie over de naam van deze vorm van kindermishandeling. Net zoals de naam ter discussie staat, is de definitie betwistbaar. (Flaherty & MacMillan, 2013)

Er is verwarring rond het leggen van de klemtoon. Kinderartsen en andere eerstelijns hulpverleners hebben de neiging zich meer te focussen op het misbruik van het kind, terwijl psychiatrische gezondheidsmedewerkers zich meer focussen op de (motieven van) de dader. Volgens recente richtlijnen is er ruimte voor beide benaderingen. (Roesler, 2018)

DSM-V introduceerde in 2013 de term: Factitious Disorder Imposed by Another. Deze definitie beschrijft de motivatie van de dader, in tegenstelling tot de impact van het misbruik op het kind. In contrast met andere definities van MBP, identificeerde de DSM-V misleiding als een essentieel criterium. (Bass & Glaser, 2014; Zeitlin, 2016)

De criteria voor diagnose zijn:

- Vervalsing van fysieke of psychologische tekenen of symptomen of inductie van verwonding of ziekte, bij iemand anders; geassocieerd met geïdentificeerde misleiding.
- Het individu stelt een ander individu (het slachtoffer) voor aan anderen als ziek, gehandicapt of gewond. De dader, niet het slachtoffer, krijgt de diagnose.
- Het misleidend gedrag is evident, zelfs in de afwezigheid van duidelijke externe beloningen.
- Het gedrag wordt niet beter verklaard door een andere mentale stoornis, zoals een waanvoorstelling of een andere psychotische stoornis.  
(Bass & Glaser, 2014; Zeitlin, 2016)

Helaas is deze definitie van de stoornis ver verwijderd van de definitie van MBP als een vorm van kindermishandeling. De motivatie van de dader is hier het belangrijkste.

Een kind als slachtoffer is niet noodzakelijk voor de diagnose. Wanneer het gedrag van de dader leidt tot schade bij het kind, is er sprake van kindermishandeling, ongeacht de motivatie van de dader. Het stellen van een diagnose bij de ouder heeft weinig toe te voegen aan de behandeling van het kind (slachtoffer). (Flaherty & MacMillan, 2013; Roesler, 2018)

## 1.2 Cijfergegevens

In 2017 waren er in de Vertrouwenscentra voor Kindermishandeling 9421 meldingen van kindermishandeling. In 40 gevallen was er sprake van (een vermoeden van) Münchhausen by proxy (0,4%). (Kind en gezin, 2017)

MBP wordt als zeldzaam beschouwd, hoewel dit mogelijk het gevolg is van een significante onderdiagnose, met ongeveer jaarlijks 600 nieuwe gevallen of 0,4-2 per 100.000 gevallen per jaar in de Verenigde Staten (Dye, Rondeau, Guido, Mason, & O'Brien, 2013).

De diagnose wordt vaak slecht herkend of begrepen, zelfs door psychiatrische hulpverleners (Dye et al., 2013). MBP wordt vaak niet herkend en niet gemeld. Zelfs wanneer het wel herkend wordt, wordt het niet altijd gemeld. (Flaherty & MacMillan, 2013)

Incidentiestudies naar MBP zijn beperkt en worden gelimiteerd door onderrapportage- en signalering (van de Putte et al., 2013).

In een review van Roesler (2018) werd er onderzocht of MBP echt zeldzaam is. Het antwoord hangt af van welke definitie/ inclusiecriteria er worden gebruikt. Bij het gebruik van een strikte definitie is MBP zeldzaam zoals bv. bij McClure en collega's, met een geschatte incidentie van 0,5 gevallen per 100.000 kinderen. Jaarlijks worden er in het Seattle kinderziekenhuis 40-50 kinderen geëvalueerd die mogelijk slachtoffer zijn van MPB. (Bass & Glaser, 2014; Roesler, 2018)

De mortaliteit bij MBP ligt hoog, namelijk tussen 6 en 9% (Flaherty & MacMillan, 2013; Isaac, 2019; van de Putte et al., 2013). Ongeveer hetzelfde percentage heeft blijvend letsel of is langdurig gehandicapt (Flaherty & MacMillan, 2013).

Broers en zussen van kinderen met MBP hebben vaak een complexe medische geschiedenis, kenden een onverklaarbare dood of overleden door SIDS (sudden infant death syndrome)(Dye et al., 2013). Volgens een review van Dye et al. (2013) overleed 25% van de broers of zussen en 61,3 % van hen had medische symptomen met een verdachte oorsprong. Gelijkaardige cijfers werden teruggevonden in verschillende andere bronnen.(Bass & Glaser, 2014; Flaherty & MacMillan, 2013; van de Putte et al., 2013)

## 1.3 Kenmerken van MBP

### 1.3.1 Kenmerken van het kind

Hefler, pediater en pedagoog, voorzag een klinisch- en ontwikkelingsperspectief voor de toepassing van het ecologische model om kindermishandeling en verwaarlozing te begrijpen (Giardino, Lyn, & Giardino, 2019).

Het Hefler model is voorzichtig in het definiëren van de bijdrage van het kind aan een mishandelende interactie. Een kind heeft opvoeding nodig en niets wat het kind zegt, denkt of doet is een reden om het kind schade te berokkenen. Nochtans kunnen fysieke kenmerken of persoonlijkheid vatbaar zijn voor kindermishandeling of verwaarlozing. (Giardino et al., 2019)

Kenmerken van het kind die geassocieerd zijn aan het risico op kindermishandeling of verwaarlozing zijn onder andere prematuriteit en het hebben van een beperking (Giardino et al., 2019).

Voorgestelde redenen waarom prematuren een hoger risico hebben op kindermishandeling en verwaarlozing zijn: een verminderde hechting tussen ouder en kind, medische kwetsbaarheid van het kind en de stress verbonden aan het niveau van medische zorg die de prematuur nodig heeft (Giardino et al., 2019).

Ook kinderen met een fysieke en mentale beperking lopen een verhoogd risico op kindermishandeling. Dit is mogelijk te wijten aan de hoge eisen voor speciale zorgen die het kind nodig heeft. (Giardino et al., 2019)

Volgende risicofactoren worden geassocieerd met mogelijke kindermishandeling of verwaarlozing:

- Prematuriteit en handicap
- Slechte hechting met de verzorger
- Medische kwetsbaarheid
- Niveau van medische zorg bij prematuren
- Speciale noden van fysiek of mentaal beperkte kinderen
- Kind wordt als "moeilijk" beschouwd  
(Giardino et al., 2019)

Wanneer de diagnose gesteld wordt, is het kind gemiddeld tussen 14 maanden en 2,7 jaar oud (Abeln & Love, 2018; Flaherty & MacMillan, 2013). Er werden gevallen van MBP gediagnosticeerd tot 16 jaar (Dye et al., 2013). De kwetsbaarheid verschilt niet naargelang geslacht. Tussen de eerste symptomen en de diagnose zit gemiddeld 21,8 maanden. (Zeitlin, 2016)

Maar liefst 30% van de kinderen met MBP hebben een onderliggende medische aandoening. Uiteindelijk krijgt het merendeel van de slachtoffers te maken met iatrogene symptomen en ziekte-tekens. (Flaherty & MacMillan, 2013)

### **1.3.2 Profiel van de dader**

Ongeveer 90%-98% van de daders zijn vrouwen, waarvan 85% de biologische moeder van het kind is. Het overige percentage bestaat uit vaders, voogden, pleegouders, adoptieouders, verzorgers of verdere familieleden. (Dye et al., 2013; Isaac, 2019).

Uit een psychoanalyse blijkt dat de ervaring van de dader inzake opvoeding en hechting belangrijk is, zeker als die ervaring misbruik is (Dye et al., 2013).

Daders met ervaring in de gezondheidszorg zijn oververtegenwoordigd. Ongeveer 14-30% werken als zorgverlener. (Bass & Glaser, 2014; Dye et al., 2013). Vaak gaat het om verpleegkundigen (Dye et al., 2013).

Co-morbide psychiatrische diagnoses komen vaak voor. Ongeveer 21% van de daders zijn opgenomen in een psychiatrische instelling en 71% ontving ambulante psychiatrische zorg. (Dye et al., 2013)

Uit een persoonlijk gesprek (N. Blom, 2019) bleek dat de moeder probeerde een band te krijgen met de kinderverpleegkundigen. Dit ging soms ver: het meebrengen van taart om zichzelf in een goed daglicht te stellen, omgang met de verpleegkundige alsof het een kennis/ vriendin was, .... De moeder wou bewijzen dat ze goed voor haar kinderen zorgde en dat ze er alles voor over had.

Daders presenteren zich vaak initieel als zorgzaam en medisch ervaren. Maar na verloop van tijd verandert dit naar opdringerige betrokkenheid, genieten van de spotlights, ongepaste familiariteit met het medisch personeel, voldoening en comfort in de ziekenhuisomgeving, een onzekere relatie met het kind en weigeren de zijde van kind te verlaten. (Dye et al., 2013)

Ook sporen daders aan tot zeer belastende onderzoeken en vinden het ogenschijnlijk niet erg dat er pijnlijke onderzoeken gebeuren (N. Blom, slachtoffer MBP, persoonlijke communicatie, 14 maart 2019).

De daders kunnen ongepast enthousiast zijn voor drastische interventies en sporen deze ook aan. Het leven van de dader lijkt te draaien rond de ziekte van het kind. Vaak is er geen opluchting bij negatieve testresultaten. Ook het voorspellen van herval, het beschrijven van symptomen die enkel door hen werden waargenomen en het rapporteren van een valse etiologie komen vaak voor. (Dye et al., 2013)

Medisch shoppen is gebruikelijk, evenals het grillige gebruik van de gezondheidszorg, frequent veranderen van arts, vaak bezoeken van de spoedafdeling, gebrek aan continuïteit van de zorg en voortijdig stopzetten van ziekenhuisopnames. Verder zijn daders en hun families vaak geïsoleerd en weinig betrokken bij verdere familieleden of externe organisaties. (Dye et al., 2013)

Typerend bij MBP is dat er een afwisselende presentatie is van MBP en het syndroom van Münchhausen (MS). Op het moment dat het beter lijkt gaan met het kind, is er bijvoorbeeld een opname van de dader met een opzettelijke intoxicatie. (van de Putte et al., 2013). Uit een review van Yates en Bass (2017) blijkt dat bijna 1/3 van de daders leed aan het syndroom van Münchhausen.

Het motief van de dader is het verlangen naar aandacht van de arts. Met andere woorden: de eigen behoefte aan aandacht zorgt ervoor dat de dader het kind in een ziekerol houdt of brengt. (van de Putte et al., 2013)

Motivaties van de dader zijn waarschijnlijk niet uniform en kunnen onderdelen van het zoeken naar hulp omvatten: een waanidee dat de ziekte bij het kind echt is, woede ten aanzien van het slachtoffer, gezondheidsmedewerkers of significante anderen, en secundaire ziekte winst (materieel). De rol van de arts is het diagnosticeren van de schade bij het kind. Om de diagnose te kunnen stellen is het niet nodig op de hoogte te zijn van de motivatie van de dader. (Flaherty & MacMillan, 2013; Isaac, 2019).

Het is belangrijk in acht te nemen dat er geen daderprofiel bestaat dat pathognomonisch is voor MBP (van de Putte et al., 2013). Het opstellen van een lijst met kenmerken van mogelijke daders is veel minder nuttig dan het ontwikkelen van een screeningsinstrument (Roesler, 2018).

## 1.4 Presentatie van het kind bij de arts

Bij MBP worden de symptomen gefalsificeerd. Deze falsificatie kan op 3 manieren gebeuren:

- Het verzinnen, verergeren of aanpraten van symptomen, zoals bv. convulsies
- Het simuleren van symptomen, zoals bv. bloed toevoegen aan de luier of in de urine
- Het induceren van symptomen, zoals bv. vergiftiging of verstikking (Isaac, 2019; van de Putte et al., 2013)

Er is ook een onderverdeling naargelang de ernst van de presentatie. Er is een milde, matige en een ernstige vorm. Bij de ernstige vorm staat het leven van het kind op het spel. (Roesler, 2018) Het induceren van symptomen is de meest gevaarlijke vorm (N. Blom, slachtoffer MBP, persoonlijke communicatie, 14 maart 2019). De ene vorm kan leiden tot de andere. Een voorbeeld: de dader kan beginnen met een geschiedenis te verzinnen (fabriceren) en uiteindelijk later echt tekenen en symptomen gaan veroorzaken (induceren). (Flaherty & MacMillan, 2013) Wanneer een kind onnodige en schadelijke of potentieel schadelijke medische zorg ondergaat, ongeacht de vorm, moeten zorgverleners de onnodige medische zorg een halt toeroepen (Roesler, 2018).

Er is een breed scala aan mogelijke uitingen. Eigenlijk is alles wat de dader zich kan bedenken mogelijk. (van de Putte et al., 2013) De uitingen vinden vaak enkel plaats in het bijzijn van de dader en verminderen of verdwijnen bij zijn afwezigheid (Dye et al., 2013; N. Blom, persoonlijke communicatie, 14 maart 2019). Ze zijn vaak vaag en moeilijk te detecteren. Het kind ondergaat vaak meerdere ziekenhuisopnames en behandelingen. Een onverklaarbare verslechtering van de toestand van het kind of herval komt frequent voor. (Dye et al., 2013)

De verzonnen ziekte kan fysiek, psychisch of sociaal zijn (Dye et al., 2013; N. Blom, slachtoffer MBP, persoonlijke communicatie, 14 maart 2019; van de Putte et al., 2013). Daders fabriceerden ook emotionele en gedragsmatige aandoeningen zoals leerstoornissen, aandachtstekort/hyperactiviteitstoornis, psychose en dissociatieve stoornissen. (Flaherty & MacMillan, 2013)

Enkele vaak voorkomende fysische uitingen zijn: bloedingen, apneu, epileptische aanvallen, diarree, bewusteloosheid, braken, koorts, allergie, rash, astma, anorexia en voedingsproblematiek en pijn (Dye et al., 2013; Flaherty & MacMillan, 2013). Meestal hebben de kinderen meerdere klachten, gemiddeld 3 à 4 per kind (van de Putte et al., 2013).

Ook manipulatie met voeding is vaak voorkomend. Het manipuleren van bijvoorbeeld sondevoeding is relatief eenvoudig. De pompinstelling of de samenstelling van de voeding kan makkelijk gewijzigd worden. (N. Blom, slachtoffer MBP, persoonlijke communicatie, 14 maart 2019; van de Putte et al., 2013)

## 1.5 Gevolgen van MBP

Er wordt verondersteld dat de pathologische aard van MBP een verstoring in de hechting tussen ouder en kind veroorzaakt. Ook heeft het ernstige korte-en lange termijn effecten op het kind, zowel fysiek als psychisch. (Dye et al., 2013)

Kinderen die het slachtoffer zijn van MBP kunnen een ontwikkelingsachterstand vertonen ten opzichte van leeftijdsgenoten. Door ziekenhuisopnames, invaliditeit, frequente isolaties en het ontzegd worden van sociale contacten, kunnen deze kinderen een sociale- en ontwikkelingsachterstand vertonen. Thuisonderwijs en frequente afwezigheid kunnen ten onrechte als leermoeilijkheden beschouwd worden. (Dye et al., 2013)

Het risico bestaat dat kinderen fysieke schade ondervinden als gevolg van medische onderzoeken. Meestal zijn de onderzoeken niet-invasief. Desondanks kunnen regelmatige bezoeken aan de huisarts en het ziekenhuis op langere termijn een impact hebben op de sociale relaties en het gevoel van eigenwaarde van het kind. (Zeitlin, 2016)

Bij slachtoffers van MBP werden ook emotionele problemen gerapporteerd, inclusief post-traumatische stress symptomen en psychiatrische stoornissen (Flaherty & MacMillan, 2013; Yates & Bass, 2017).

Zich identificeren met de rol van zieke kan leiden tot opzettelijk of onopzettelijk actief deelnemen aan MBP. Zelfverwonding en ongepaste terminologie voor hun leeftijd kan aanleiding geven tot verder onderzoek. Zo kan het kind bijvoorbeeld bijten in de binnenkant van de wang waardoor het lijkt op een bloedingsneiging. Een ander voorbeeld is dat het kind epilepsie definieert als een rilling. (Jackson et al., 2015)

Er zijn meldingen van kinderen die actief lijken samen te werken met de dader bij het produceren van MBP en die later zelfstandig hun eigen ziekte verzinnen naarmate ze ouder worden. Bovendien zijn er meldingen van oudere kinderen die symptomen van

ziekte vervalsen zonder samenwerking met een volwassene. (Flaherty & MacMillan, 2013)

## 1.6 Diagnose

Weinig aandoeningen zijn zo moeilijk te diagnosticeren en te behandelen als MBP (Flaherty & MacMillan, 2013). De diagnose van MBP is vaak gemiddeld meer dan een jaar vertraagd wegens dubbelzinnige diagnosecriteria, klinische onwetendheid en twijfel (Dye et al., 2013). Artsen hebben een grotere mate van zekerheid nodig vooraleer er wordt overgegaan tot rapportage. Dit wijst erop dat veel gevallen niet gemeld worden wanneer een arts niet zeker is van de diagnose. Eveneens kan de oorzaak van het niet rapporteren liggen in de tegenstrijdigheid van de diagnostische criteria. De meest voorkomende oorzaak voor het missen van de diagnose is het niet in overweging nemen van de mogelijkheid van MBP in de differentiaaldiagnose. (Flaherty & MacMillan, 2013)

Het is belangrijk dat gezondheidsmedewerkers beseffen dat MBP niet voorspeld kan worden. Het is hun job alert te zijn en wanneer deze vorm van kindermishandeling gediagnosticeerd wordt, deze te beëindigen. Het opnemen van MBP in de lijst van mogelijke differentiaaldiagnoses kan helpen. (Isaac, 2019; Roesler, 2018)

Om vroegtijdig de diagnose van MBP te kunnen stellen is het belangrijk dat gezondheidsmedewerkers op de hoogte zijn van mogelijke signalen en symptomen. Deze komen verder in deze bachelorproef nog uitgebreid aan bod. (Dye et al., 2013)

Er zijn verschillende manieren om tot de diagnose van MBP te komen. Een volledige evaluatie van het medisch dossier en de ziektegeschiedenis van het kind is noodzakelijk. Ook het scheiden van het kind en de dader (separatie) en covert videosurveillance (CVS) kunnen bijdragen tot de diagnose. Deze laatste vorm wordt gebruikt bij het stellen van een definitieve diagnose. Om de diagnose te bevestigen moet er namelijk sprake zijn van levensvatbaar bewijs. Maar bij MBP is, net zoals bij alle andere vormen van kindermishandeling, verdenking voldoende om tot rapportage over te gaan. (Abeln & Love, 2018; Flaherty & MacMillan, 2013; Isaac, 2019; Jackson et al., 2015)

Een ziekenhuis wordt over het algemeen gezien als een veilige omgeving, maar toch gaat het misbruik vaak verder in het ziekenhuis. Heimelijk videotoezicht of CVS is een middel om de veiligheid van het kind tijdens de ziekenhuisopname te waarborgen en om mogelijk misbruik door de dader aan het licht te brengen en te documenteren. Het stelt hulpverleners in staat de interactie tussen dader en kind waar te nemen, zonder dat de vermoedelijke dader zich ervan bewust is in de gaten gehouden te worden. De meningen rond het gebruik van CVS zijn controversieel. Een van de redenen om het niet te gebruiken is dat het een inbreuk is op de privacy. Eveneens zijn de opnames soms moeilijk te interpreteren en kunnen er valselijke beschuldigingen plaatsvinden. Voorstanders van CVS vinden dat de privacy in het ziekenhuis sowieso niet gegarandeerd is omdat zorgverleners, zoals bv. verpleegkundigen, op elk moment onaangekondigd de kamer kunnen binnenlopen. (Flaherty & MacMillan, 2013; Isaac, 2019)

Wanneer het gaat over toezicht op de gezondheidstoestand van de patiënt, valt dit niet onder de wetgeving van de camerawet. Wel hoort het ziekenhuis zich te houden aan de algemene verordening gegevensbescherming (AVG). Deze Europese wetgeving is van kracht eens beelden van identificeerbare of geïdentificeerde personen aanwezig zijn. Het verwerken van persoonsgegevens i.v.m. de gezondheid, bv. de gezondheidstoestand van patiënten nagaan door middel van filmen, is principieel verboden door de AVG. Dit principieel verbod kent enkele uitzonderingen. Één van deze uitzonderingen is het noodzakelijk zijn van de verwerking met als doel het stellen van een medische diagnose of preventieve geneeskunde, het verlenen van

behandelingen/zorg aan de betrokkene. (gegevensbeschermingsautoriteit, 2019)

Het scheiden van kind en dader, met een daaropvolgende observatie van de toestand van het kind, is een andere manier om de diagnose te stellen. Om een verandering in de toestand van het kind te kunnen waarnemen, is het belangrijk dat de scheiding voldoende lang duurt en dat alle andere zorgen, zoals bv. medicatie, zoveel mogelijk constant blijven. Tijdens deze periode mag de vermoedelijke dader geen contact hebben met het kind, tenzij onder strikt toezicht. Wanneer de scheiding volgens procedure verloopt en de symptomen nemen niet af, is er waarschijnlijk geen sprake van MBP.

Het is soms moeilijk om een verbetering van de toestand van het kind 'juridisch' te bewijzen, omdat er ook sprake kan zijn van een spontane remissie van een onderliggend medisch probleem. (Flaherty & MacMillan, 2013)

Om de diagnose te kunnen bevestigen is een multidisciplinaire aanpak nodig. De behandelende arts blijft wel de eindverantwoordelijke. Het is belangrijk om te beseffen dat de dader bijna nooit toegeeft dat hij schuldig is. (Abeln & Love, 2018; Isaac, 2019; van de Putte et al., 2013)

Wanneer de diagnose van MBP gesteld wordt, moeten de hulpverleners zich realiseren dat ook de andere kinderen in het gezin risico lopen. In 61% van de gevallen vertonen broers en zussen symptomen die MBP gerelateerd zijn. (van de Putte et al., 2013)

Soms zijn er nog extra onderzoeken nodig om een diagnose te stellen. De arts moet de risico's van extra onderzoek en de voordelen van een nauwkeurige diagnose tegen elkaar afwegen. Wanneer er een vermoeden is van MBP is elke invasieve ingreep, zoals bv. het plaatsen van een centrale katheter, gecontra-indiceerd. Dit zou alleen meer mogelijkheid geven tot manipulatie door de dader. (Isaac, 2019; van de Putte et al., 2013)

Zoals eerder vermeld, is het ontwikkelen van een screeningsinstrument dat MBP kan identificeren nuttiger dan het opstellen van een lijst met kenmerken van een mogelijke dader (Roesler, 2018). Een inleidend screeningsinstrument kan bijdragen tot de identificatie van vroege indicatoren van MBP (Jackson et al., 2015). De vraag naar verder onderzoek, ontwikkeling van gestandaardiseerde screeningsinstrumenten, verduidelijking van de herkenning van symptomen en diagnostische criteria en een managementbeleid is nodig (Dye et al., 2013).

## **Argumenten pro screening**

Wereldwijd wordt er al lange tijd aandacht besteed aan vroegtijdige preventie door te screenen naar de risico's op kindermishandeling (Hellinckx, Grietens, Geeraert, Moors, & Van Assche, 2001).

Gezien de mogelijke langetermijneffecten, is een vroege detectie van kindermishandeling essentieel. Een screeningsinstrument kan de arts helpen om kindermishandeling in een vroeg stadium te ontdekken, waardoor het kind waarschijnlijk beschermd wordt tegen verdere schade. Belangrijke plaatsen bij het herkennen van kindermishandeling zijn spoedafdelingen en wachtdiensten. (Schouten et al., 2017)

Het gebruik van een screeninginstrument verhoogt het bewustzijn voor kindermishandeling (Schouten et al., 2017).

Een vroegtijdige interventie bij kindermishandeling is belangrijk om langetermijneffecten te voorkomen. Hoewel het gekend is dat een screeninginstrument op de spoedafdeling de detectie van potentiële kindermishandeling verhoogt, ontbreekt een accuraat screeningsinstrument op de spoedafdelingen nog steeds. (Louwers et al., 2014).

## 1.7 Verpleegkundige relevantie

Hoewel MBP minder vaak voorkomt dan andere vormen van kindermishandeling, lijkt het meer dodelijk te zijn. Bovendien zouden kinderen in het ziekenhuis niet als veilig beschouwd mogen worden, tenzij ze onder videobewaking staan of gescheiden worden van de dader. In 54,4 % van de gevallen die in deze studie geïnccludeerd zijn, gaat het misbruik verder tijdens de hospitalisatie. (Yates & Bass, 2017)

Het is vaak een sociaal werker, stagiair geneeskunde (specialiteit pediatrie), verpleegkundige, of logopedist die een meer nauwe, consistente interactie hebben met de dader tijdens het ziekenhuisverblijf en als eerste een vermoeden krijgen (Isaac, 2019). Voor het stellen van de diagnose is het belangrijk dat wanneer een kind gehospitaliseerd is, alle hulpverleners in hun notities de bron van de medische informatie vermelden. De verpleegkundige zou bijvoorbeeld moeten noteren of de apneu bij het kind door haar gezien werd, of dat de ouder de apneu vermeld heeft. (Flaherty & MacMillan, 2013)

MBP blijft wel een pediatische aandoening en hoewel andere professionals verdacht en verontrustend gedrag kunnen vermoeden, blijft het de arts die de uiteindelijke medische diagnose stelt (Isaac, 2019).

### Rechten van het kind

In België ging op 15 januari 1992 het 'Internationaal Verdrag inzake de Rechten van het Kind' van kracht als wet. Wanneer er gesproken wordt over rechten van minderjarigen of kinderrechten, worden de rechten in het Kinderrechtenverdrag beoogd. (Kinderrechtencommissariaat, Kinderrechtswinkels, & vzw, 2006)

Het kinderrechtenverdrag bestaat uit 54 artikels en 3 soorten rechten, namelijk: protectierechten, provisierechten en participatierechten. (Kinderrechtencommissariaat, Kinderrechtswinkels, & vzw, 2006)

In deze bachelorproef is vooral het protectierecht van belang. Bij MBP vindt er een schending van de protectierechten plaats. (Kinderrechtencommissariaat, Kinderrechtswinkels, & vzw, 2006)

Protectierecht wijst op het recht op bescherming. Het beschermt de minderjarige tegen allerlei vormen van geweld, zoals bv. verwaarlozing, kindermishandeling of uitbuiting. Ook bescherming van erg kwetsbare groepen, zoals bv. kinderen met een handicap of vluchtelingenkinderen vallen onder deze groep rechten. (Kinderrechtencommissariaat, Kinderrechtswinkels, & vzw, 2006)

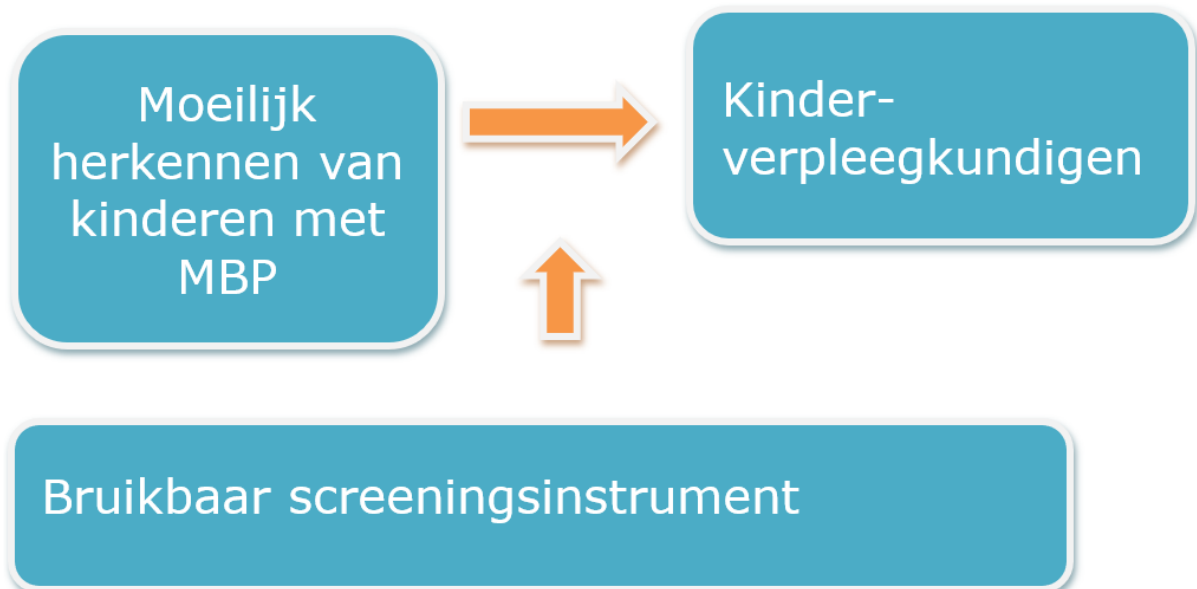
Het verdrag bindt alle volwassenen. Dus ook kinderverpleegkundigen zijn gebonden aan het verdrag en moeten zorgen dat deze rechten van het kind niet geschonden worden. (Kinderrechtencommissariaat, Kinderrechtswinkels, & vzw, 2006)



## 1.8 Vraagstelling

“Welke onderdelen moet een screeningsdocument bevatten om als kinderverpleegkundige in de praktijk tijdig een kind met Münchhausen by Proxy te herkennen?”

“Hoe moet het screeningsinstrument ontwikkeld worden om in de praktijk bruikbaar te zijn en wat is de rol van de kinderverpleegkundige hierbij?”



*Figuur 1.2 Conceptueel model*

## 2 Methodologie

Voor het verkrijgen van bruikbare wetenschappelijke artikels werden volgende databanken geraadpleegd: Limo, Pubmed, Science Direct, Springerlink, The Cochrane Library en Google Scholar. Bovendien werden ook enkele artikels verkregen via de catalogi van de Katholieke Universiteit Leuven. Volgende zoektermen werden gehanteerd: munchausen by proxy, munchausen syndrome by proxy, factitious disorder by proxy, FDIOA, fabricated or induced illness, medical child abuse, pediatric condition falsification, medische kindermishandeling, maltreatment, child maltreatment, child abuse, kindermishandeling, paediatrics, symptoms, richtlijn, protocol, diagnosis, evaluation, screening instrument, screen, screening, screening tool, screeningstool, criteria, conditions, development, Wilson and Jungner, components, meetinstrumenten, verpleegkundige intuïtie, kindreflex, pediatrie, verpleegkundige, nurse(s), België, wetgeving, camerabewaking, ziekenhuis, pediatric, hospital, role, safe, Wilson en Jungner, child factors, opsporen en niet pluis gevoel. Deze zoektermen werden in verschillende combinaties gebruikt. 3 artikels werden verkregen op basis van de sneeuwbalmethode.

Op basis van de titel werden 51 abstracten doorgenomen. Hieruit bleken 32 artikels geschikt om te lezen. Uiteindelijk werden er 23 weerhouden.

Volgende inclusiecriteria werden gehanteerd: (1) taal: Nederlands/Engels, (2) artikels zijn niet ouder dan 7 jaar en (3) full text beschikbaar. Enkele bronnen voldeden niet aan de ouderdoms-criteria, maar werden wel geïnccludeerd wegens onveranderde informatie of huidig gebruik in de praktijk. 1 artikel waarvan de full-text niet beschikbaar was, werd aangeschaft wegens hoge bruikbaarheid. Artikels gericht op MBP bij volwassenen/ ouderen werden geëxcludeerd.

Naast de 23 wetenschappelijke artikels, werden nog enkele expertisewebsites en medische handboeken geraadpleegd.

Voor de nodige expertise uit het werkveld werd contact opgenomen met een pediater, urgentie-arts van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen. Via telefonisch contact en e-mail werd er feedback verkregen.

Om nog extra informatie te verkrijgen, werd er contact opgenomen met een slachtoffer van MBP. Zij heeft een boek geschreven over MBP en is de grondlegger van de organisatie StOMbP (Stichting Overlevers Munchausen by Proxy). Na het lezen van haar boek vond er een persoonlijk gesprek plaats waarnaar meermaals verwezen wordt in deze bachelorproef. De naam waarnaar wordt verwezen is een pseudoniem.

Door het verwerven van de literatuur kon er een antwoord gevormd worden op de vraagstellingen. Vervolgens werd de literatuur gelinkt aan de praktijk door het ontwikkelen van een screeningstool voor MBP.

## 3 Resultaten

Zoals uit de probleemstelling blijkt, is er nood aan een screeningsinstrument naar MBP.

Pediatriesch verpleegkundigen brengen veel tijd door met de patiënt en zijn familie tijdens hun shiften en bevinden zich in een unieke positie om de risicofactoren van kindermishandeling te detecteren, het functioneren van het gezin te observeren en symptomen van kindermishandeling en verwaarlozing te herkennen. (Lavigne, Portwood, Warren-Findlow, & Brunner Huber, 2017) Maar zoals eerder vermeld, blijft MBP een medische aandoening en is het de arts die de uiteindelijke medische diagnose stelt. (Isaac, 2019)

Tijdens zoeken naar bestaande schalen van MBP werd slechts 1 instrument bekomen. In de bredere context van kindermishandeling in het algemeen werden nog andere schalen gevonden. Deze schalen onderzoeken een breder spectrum van kindermishandeling dan MBP en worden bijgevolg kort aangehaald.

### 3.1 Onderdelen screeningsinstrument

#### 3.1.1 Bestaande schalen kindermishandeling

##### 3.1.1.1 POS-schaal

De schaal: "Screening van Ernstige Problematische Opvoedingssituaties met Risico op kindermishandeling" (POS-schaal) werd ontwikkeld voor Kind & Gezin.

Het doel van deze schaal is de sensibilisatie van regioverpleegkundigen voor kindermishandeling, hen ondersteunen tijdens consultaties en huisbezoeken om de nodige aandacht te hebben voor risicosituaties en om te handelen op maat van het gezin indien er zich een risicosituatie voordoet. (Hellinckx et al., 2001).

De POS-schaal is onderverdeeld in 3 domeinen: de ouder-kindinteractie, items psychisch welbevinden en de werkrelatie met het gezin. Deze schaal screent naar alle vormen van kindermishandeling en is niet specifiek ontwikkeld voor MBP. In bijlage is de volledige POS-schaal toegevoegd. (Kind en gezin, 2009)

##### 3.1.1.2 SPUTOVAMO-schaal

De SPUTOVAMO-schaal is een screeningsinstrument dat verschillende vragen stelt om na te gaan of de waargenomen letsels bij het kind, veroorzaakt kunnen zijn door kindermishandeling. De schaal wordt in Nederland vooral gebruikt op de spoedeisende hulp, maar ook op de kinderafdeling. Een arts of verpleegkundige vult de schaal in bij kinderen tussen 0 en 18 jaar en kan zo een vermoeden van kindermishandeling uitsluiten of bevestigen. Deze schaal is niet specifiek ontwikkeld voor de detectie van MBP, maar doelt op een vroege signalering van alle vormen van kindermishandeling. (Nederlands Jeugdinstituut, 2019)



Figuur 3.1 SPUTOVAMO-R3

Noot: Overgenomen van Schouten, M. C. M., van Stel, H. F., Verheij, T. J. M., Houben, M. L., Russel, I. M. B., Nieuwenhuis, E. E. S., & van de Putte, E. M. (2017). The Value of a Checklist for Child Abuse in Out-of-Hours Primary Care: To Screen or Not to Screen. *PLoS ONE*, 12(1), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0165641

### 3.1.1.3 Escape-schaal

De Escape-schaal is een screeningsinstrument naar kindermishandeling en werd ontwikkeld door een team van pediaters en screenings specialisten. Deze checklist bestaat uit 6 items die kunnen wijzen op mogelijke kindermishandeling. Het is de bedoeling dat verpleegkundigen op de spoedafdeling dit instrument gebruiken, ongeacht de reden van opname van de patiënt. (Louwers et al., 2014)

1 of meer aangekruiste donkere vakjes wijzen op de mogelijkheid van een verhoogd risico op kindermishandeling. Verdere actie is dan aanbevolen. (Louwers et al., 2014)

Tabel 3.1 Escape instrument

1. Is the history consistent?	Yes	No
2. Was seeking medical help unnecessarily delayed?	Yes	No
3. Does the onset of the injury fit with the developmental level of the child?	Yes/N. A.	No
4. Is the behavior of the child, his or her carers and their interaction appropriate?	Yes	No
5. Are findings of the head-to-toe examination in accordance with the history?	Yes	No
6. Are there other signals that make you doubt the safety of the child or other family members? *If Yes describe the signals in the box 'Other comments' below.	Yes*	No
Other comments		

Noot: Overgenomen van Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruige, M., van den Elzen, A. P. M., de Koning, H. J., & Moll, H. A. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1275-1281. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.005

### 3.1.1.4 Specifiek screeningsinstrument naar MBP

Het systematisch screenen van gehospitaliseerde kinderen met chronische symptomen kan leiden tot een vroegtijdige identificatie van mogelijke MBP slachtoffers en een snellere mobilisatie van middelen voor de patiënt en familie. Nochtans zijn er geen algemeen beschikbare middelen ontworpen voor pediaters om in ziekenhuizen naar MBP te screenen. (Greiner, Palusci, Keeshin, Kearns, & Sinal, 2013)

Greiner et al. (2013) beschrijft de ontwikkeling van een voorlopig screeningsinstrument naar MBP dat kinderen met een risico voor MBP vergelijkt met kinderen die opgenomen zijn in het ziekenhuis voor 3 pediatrische aandoeningen (apneu, braken/diarree, epileptische aanvallen) Het is de bedoeling om een screeningstool te maken die tijdens een eerste contact, de opname, nuttig zou zijn.

Via een review werden er 46 items geïdentificeerd. Deze items gingen deels over kenmerken van de dader (7 items), deels over kenmerken van het kind (24 items) en verder nog over symptomen in de 3 studie categorieën (apneu, braken en diarree en epileptische aanvallen). Na verder onderzoek bleven er 15 items over voor het uiteindelijke screeningstool. (Greiner et al., 2013)

Tabel 3.2 MBP screening instrument (15 items)

MCA Screening Items	OR	95% CI	P
Caregiver has features of Munchausen syndrome (multiple diagnoses, surgeries, and hospitalizations, with no specific diagnosis)	46	9.9-211	<.0001
Caregiver had received counseling/psychiatric care	8.9	2.4-27.9	<.0001
Caregiver has personal history of child abuse	72	7.2-738	<.0001
Caregiver leaves hospital against medical advice or insists on transfer	18	3.7-87.5	<.0001
History of cyanosis	4.8	1.9-12.4	.0497
Care at >1 hospital in 6 mo	3.5	1.2-12.8	.0176
Consults with ≥1 subspecialist	8.8	2.9-27.2	<.0001
Illness abates when patient out of care of primary caretaker	89	16.4-485	<.0001
>1 episode of apnea postdischarge from nursery	4.5	1.8-11.5	.0007
Bruising or trauma to face/neck	73	7.2-738	<.0001
Prescription/request for apnea monitor	9.4	3.5-25.2	<.0001
Chronic diarrhea with or without vomiting >2 wk	4.7	1.2-17.7	.0135
Chronic vomiting/diarrhea without definite diagnosis	10.1	3.4-29.0	<.0001
Erratic drug levels	10.8	1.0-124	.0181
Toxic drug levels on >1 occasion	46	3.9-528	<.0001

Noot: Overgenomen van Greiner, M. V., Palusci, V. J., Keeshin, B. R., Kearns, S. C., & Sinal, S. H. (2013). A Preliminary Screening Instrument for Early Detection of Medical Child Abuse. *Hospital Pediatrics*, 3(1), 39. doi:10.1542/hpeds.2012-0044

De meest belangrijke voorspellende items bij de dader zijn:

- een persoonlijke geschiedenis van kindermishandeling
- kenmerken van het Münchhausen syndroom en psychische stoornissen
- daders die het ziekenhuis willen verlaten tegen medisch advies in
- het vragen om een transfer naar een ander ziekenhuis
- daders die een monitor vragen (in het kader van apneu). (Greiner et al., 2013)

Bij het kind zijn volgende factoren het meest voorspellend:

- vermindering van de ziekte bij scheiding van de dader

- patiënt zijn in meer dan 1 ziekenhuis
- raadpleging bij meer dan 1 subspecialist.  
(Greiner et al., 2013)

De meest voorspellende uitingen zijn: hematomen in het aangezicht of nek, giftige en onvoorspelbare geneesmiddelenpiegels en chronisch braken en diarree zonder diagnose (Greiner et al., 2013).

Deze voorlopige screeningstool kan het best gebruikt worden bij gehospitaliseerde kinderen met apneu, chronisch braken/ diarree of epileptische aanvallen die niet reageren op standaardbehandelingen. Een positieve screenings test wijst niet op een bevestiging van MBP en vormt ook niet de basis om de kinderbescherming in te lichten. Het zou desondanks de bezorgdheid voor MBP in de differentiaaldiagnose verhogen en zou de aanleiding kunnen geven voor een consultatie met een specialist in kindermishandeling of een multidisciplinair team voor bijkomende evaluatie. (Greiner et al., 2013)

Veel pediatrie hulpverleners hebben MBP niet routinematig opgenomen in de differentiaaldiagnose, wat kan leiden tot vertraging bij het stellen van de diagnose. De onderzoekers van deze studie raden aan dit voorlopig screeningsinstrument te gebruiken om deze kloof te overbruggen door artsen en pediaters te helpen bij het identificeren van mogelijke gevallen van kindermishandeling voor doorverwijzing naar een specialist inzake kindermishandeling, kinderbescherming of een multidisciplinair team. (Greiner et al., 2013)

Er zijn verschillende limitaties in deze studie. Zo gaat het onder andere om een retrospectief onderzoek, uitgevoerd bij één enkele instelling. Een andere beperking omvat het gebruik van slechts één beoordelaar om de grafiek te beoordelen. Bijgevolg kon de betrouwbaarheid van de tool niet worden vastgesteld en vooral omdat de beoordelaar niet geblindeerd was, creëert dit een risico voor bias en niet-reproduceerbaarheid. Maar ondanks deze bezorgdheden kunnen empirisch gevalideerde screeningsinstrumenten gebruikt worden voor het diagnosticeren van zeldzame aandoeningen zoals MBP. Om het nut en de nauwkeurigheid van dit voorlopig screeningsinstrument in bredere populaties met bijkomende medische problemen te beoordelen, is prospectief gebruik ervan in meerdere ziekenhuizen en populaties nodig. (Greiner et al., 2013)

### **3.1.2 Andere schalen/protocollen in België**

In België werd in 2010 het protocol kindermishandeling ondertekend door Vlaams minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin en de minister van justitie (De Craim & Traets, 2010). "In de richtlijn wordt gesteld dat elke interventie (idealiter) volgens vijf opeenvolgende stappen verloopt: informatie, advies, melden, onderzoek en diagnose en tot slot zorgplan en opvolging/vervolgging en strafuitvoering." (De Craim en Traets, 2010, p. 181)

In 2017 werd op de spoedafdeling van het az Vesalius van Tongeren gestart met een screeningstool voor het opsporen van kindermishandeling. Het is de bedoeling dat de spoedverpleegkundige een beknopte vragenlijst bij iedere minderjarige invult. Door de vragenlijst kan een vermoeden van kindermishandeling worden gedetecteerd en geregistreerd. Indien nodig kunnen er vervolgstappen worden gezet. (az Vesalius, 2017)

"[De tool omvat volgende vragen:]

- Heeft men het bezoek uitgesteld?
- Past het letsel bij het verhaal?
- Hebben ouder en kind een juiste interactie met elkaar?" (az Vesalius, 2017)

Het vervolgtraject wordt opgestart wanneer één van de drie vragen positief beantwoord wordt. (az Vesalius, 2017)

Het gebruik van de tool is slechts het begin, maar is wel heel essentieel. Indien de screening positief is, wordt de spoedarts aangesproken. Verder onderzoek van de patiënt door de spoedarts is de volgende fase. Indien de verontrusting standhoudt, wordt de pediater verwittigd. (az Vesalius, 2017)

Als de pediater ook het vermoeden heeft van kindermishandeling wordt het Vertrouwenscentrum kindermishandeling ingelicht. Ondertussen vindt er een opname plaats van de patiënt op de kinderafdeling. Zo ontstaat er meer ruimte en tijd om de situatie uitvoeriger na te gaan. Ondertussen is het kind in veiligheid. (az Vesalius, 2017)

Door het invullen van de vragenlijst is er een registratie van vermoedens in het elektronisch patiëntendossier. Dit maakt het makkelijker om herhaalde patronen vast te stellen. (az Vesalius, 2017)

Elke spoedverpleegkundige volgde een opleiding om de screeningstool accuraat te gebruiken. Verpleegkundigen moeten signalen kunnen opsporen en juist beoordelen. Bijgevolg is het controleren van de resultaten van de screening bij een collega en behandelende arts een strikte vereiste. (az Vesalius, 2017)

In 2018 werd in België de kindreflex opgericht. De kindreflex is een stappenplan dat 2 doelstellingen heeft. Enerzijds worden hulpverleners aangemoedigd om een gesprek te hebben over ouderschap met hun volwassen cliënten. Anderzijds biedt het hulpverleners een hulp bij het opsporen van verontrustende gezinssituaties en het spoedig herstellen van de veiligheid. Het is de bedoeling dat dit stappenplan wordt uitgevoerd door alle hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg en bij elke cliënt. (Vlaams expertisecentrum Kindermishandeling vzw, s.a.)

Tijdens het zoeken naar een screeningsinstrument naar MBP werd slechts 1 instrument bekomen dat specifiek screent naar MBP. Verder werden nog kort enkele algemene screeningsinstrumenten besproken. Wat opviel is dat de meeste screeningsinstrumenten vrij kort waren. Ook kwam de verpleegkundige aan bod bij het screenen. Sommige screeningsinstrumenten waren gericht op (spoed)verpleegkundigen, andere op artsen en andere zowel op artsen als verpleegkundigen.

### **3.1.3 Waarschuwingssymptomen voor een mogelijke diagnose**

Ondanks het moeilijk te herkennen karakter van de ziekte, zijn er wel enkele waarschuwingssymptomen die kunnen wijzen op een mogelijke diagnose (Dye et al., 2013).

Belangrijke indicatoren zijn:

- De dader is niet tevreden met de behandeling
- De symptomen komen niet overeen met de medische bevindingen en laboresultaten
- De behandeling/advies slaat niet aan bij het kind
- Tegenstrijdige ziektegeschiedenis
- De symptomen beginnen in aanwezigheid van de dader
- Broers/zussen hebben ook ongewone symptomen
- De dader vraagt donaties en sympathie
- De dader is niet opgelucht wanneer de symptomen of toestand van het kind verbeteren
- De symptomen worden enkel geobserveerd door de dader
- Biologisch ongeloofwaardige symptomen

- Regelmatig optreden van nieuwe symptomen
- Het regelmatig vragen naar een second opinion
- De normale activiteit (bv. aanwezigheid op school) van het kind is beperkt of het kind heeft hulpmiddelen nodig in het dagelijks leven die buiten de verwachte behoefte van een medische aandoening die het kind heeft, vallen.
- Uitingen van bezorgdheid door naasten of andere professionals
- Frequent herval of aanhoudende ziekte
- Vermindering van ziekte bij scheiding van de dader
- Patiënt zijn in meer dan 1 ziekenhuis
- De dader laat het kind niet/ zo weinig mogelijk alleen
- De dader spoort aan tot invasieve/ pijnlijke onderzoeken en nieuwe behandelingen (Abeln & Love, 2018; Bass & Glaser, 2014; Dye et al., 2013; Flaherty & MacMillan, 2013; Glaser & Davis, 2019; N. Blom, slachtoffer MBP, persoonlijke communicatie, 14 maart 2019; van de Putte et al., 2013; Zeitlin, 2016)

Er werd ons verpleegkundigen geleerd aandacht te geven aan het onderbuikgevoel. Dit blijkt ook daadwerkelijk juist te zijn. Het is wel belangrijk om dit gevoel om te zetten in concrete argumenten. (N. Blom, slachtoffer MBP, persoonlijke communicatie, 14 maart 2019)

Volgens de meldcode huiselijk geweld en kindermishandeling moet een vermoeden van kindermishandeling niet bewezen worden, maar wel objectief gestaafd worden. Enkel een niet-pluisgevoel of onderbuikgevoel volstaat niet om het vermoeden aan te nemen en de meldcode te starten. Het niet-pluisgevoel kan wel aanleiding geven om de ouders en het kind nogmaals te ontvangen of om uitgebreider onderzoek te starten. (Oelen, 2016)

Volgens het advies-en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling (2016) is het belangrijk dat je je niet-pluis gevoel verder concretiseert door het invullen van de signalenlijst. (Advies-en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling, 2016)

Deze lijst bevat een selectie van signalen van kindermishandeling en huiselijk geweld en werd toegevoegd aan bijlage 2. De leeftijdscategorie is van 0-12 jaar. De lijst kan niet gebruikt worden als bewijs voor kindermishandeling, maar kan wel helpen bij het motiveren van een vermoeden. (Advies-en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling, 2016)

## **3.2 Opbouw screeningsinstrument**

### **3.2.1 Facilitatoren en barrières van screening**

In een studie van Louwers, Korfage, Affourtit, De Koning en Moll (2012) werden professionals van de spoedafdelingen in Nederlandse ziekenhuizen bevraagd naar de kwaliteit van de detectie van kindermishandeling, met als doel de barrières en facilitators van screening te ontdekken en aanbevelingen te maken om screening naar kindermishandeling op de spoedafdeling te optimaliseren.

Volgende tabel bevat een overzicht van facilitators en barrières bij het screenen naar kindermishandeling op spoedafdelingen:



Tabel 3.3: *Facilitators en barrières voor het screenen naar kindermishandeling op spoedafdelingen***Table 3 Facilitators and barriers for screening of child abuse in emergency departments**

Facilitators	Barriers
Support of the Hospital Board	Practical problems (e.g. limited time)
Presence of child abuse attendant	Personal barriers (e.g. fear of an unjustified suspicion)
Presence of child abuse team	Insufficient communication skills
Intensive training of ED staff	Fast turnover of ED staff
Financial support	

Noot: Overgenomen van Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., De Koning, H. J., & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12(1), 167. doi:10.1186/1471-2431-12-167

Om deze barrières aan te pakken is er meer tijd, geld en inspanning nodig van gezondheidsmedewerkers en management. (Louwers et al., 2012)

Gezondheidsmedewerkers zijn gemotiveerd om de detectie van kindermishandeling te verbeteren, maar hebben onvoldoende tijd om educatie en training te organiseren, adequate protocollen en beleid te ontwikkelen en om (vermoedens van) kindermishandeling te registreren. Bovendien maakt de hoge patiëntenstroom van de spoedafdeling met zijn grote diversiteit in de ernst van de symptomen het moeilijk voor het personeel om rustig een vermoeden van kindermishandeling met de ouders te bespreken.

Een mogelijke oplossing is het aanwerven van een toegewijde begeleidster rond kindermishandeling die al deze taken op zich kan nemen. Helaas zijn niet alle ziekenhuisdirecteuren, van wie de steun om een dergelijke functie op te richten noodzakelijk is, overtuigd van deze noodzaak. Door de arbeidsinspectie wordt het aannemen van een begeleidster rond kindermishandeling gezien als een voorwaarde voor het leveren van verantwoorde zorg. Een team rond kindermishandeling, aanvullend bij de begeleidster rond kindermishandeling, zal de signalering en detectie van een (vermoeden van) kindermishandeling bevorderen. (Louwers et al., 2012)

Van de deelnemende ziekenhuizen had geen enkel ziekenhuis een gestructureerd trainingsprogramma voor het opsporen van kindermishandeling of voor de behandeling van mishandelde kinderen. Het ontwikkelen van zo'n programma wordt bemoeilijkt door het vele wisselen van (vooral) jonge urgentieartsen in opleiding. Desondanks is het cruciaal om dergelijke programma's te ontwikkelen, gezien educatie de basis is voor een adequate opsporing van kindermishandeling. Daarnaast kunnen efficiënte gesprekstechnieken de drempel om de vermoedens van misbruik met de ouders te bespreken, verlagen. Eerstelijns zorgverleners zouden informatie en opleiding rond communicatievaardigheden moeten krijgen. Zo kan er in complexe en risicovolle situaties een dialoog aangegaan worden met de ouders. Beleidsondersteuning is essentieel om gestructureerde trainingsprogramma's te verwezenlijken. In Nederland zijn hier goede mogelijkheden voor, zoals een tweedaagse cursus voor artsen en een e-learning voor spoedverpleegkundigen. (Louwers et al., 2012; Vinck et al., 2016)

Gonzalez en Deans (2017) beschreven volgende valkuilen bij het gebruik van een screeningstool naar kindermishandeling in het ziekenhuis:

- Slechte integratie van de tool kan leiden tot omslachtige en niet-specifieke documentatie
- Inadequate opleiding en bewustwording kan leiden tot een te lage identificatie van kindermishandeling

- Een omslachtige checklist en niet-specifieke tool kunnen leiden tot multidisciplinaire verwarring en een slechte inzetbaarheid van de tool
- Lage sensitiviteit van de tool kan leiden tot een slechte toepassing van de tool op lange termijn

Enkel een screeningsinstrument gebruiken is niet voldoende. Zoals eerder vermeld is het belangrijk dat verpleegkundigen worden opgeleid in het herkennen van de risicofactoren/ signalen voor kindermishandeling en in de communicatie met de ouders/kinderen wanneer er een vermoeden is van kindermishandeling. (Louwers et al., 2014)

Opleidingsprogramma's moeten in de eerste plaats gericht zijn op elke zorgverlener die zich op het punt van zorg bevindt. Deze zorgverleners zijn grotendeels artsen en verpleegkundigen, maar ook fysiotherapeuten, vrijwilligers van het ziekenhuis, opvoedkundigen en coördinatoren van de afdelingen kunnen slachtoffers van kindermishandeling tegenkomen die moeten doorverwezen worden. (Gonzalez & Deans, 2017)

Naast het opleiden van professionals over de signalen van misbruik, zou een screeningsinstrument in het ziekenhuis ook een educatief programma over lokale en federale wetgeving i.v.m. kindermishandeling moeten omvatten (Gonzalez & Deans, 2017).

### **3.2.2 Vereisten screeningsinstrument**

#### **3.2.2.1 Criteria van Wilson en Jungner**

"Een screening die valt onder het nationale bevolkingsonderzoek moet nut hebben voor de deelnemers, vrijwillig zijn en wetenschappelijk onderbouwd." (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012) Wilson en Jungner stelden in 1968 internationale criteria op om na te gaan of een screening gefundeerd is. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012)

Deze criteria zijn vooral van toepassing wanneer overheden het afwegen om screening als grootschalig onderzoek van de bevolking aan te reiken. Dit geldt eveneens bij de criteria van de WHO. De criteria van Wilson en Jungner zijn dus niet allemaal op alle screenings toepasbaar. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012)

De lijst met criteria is toegevoegd als bijlage 3.

#### **3.2.2.2 Kenmerken succesvolle screeningstool**

Wegens de hoge werkdruk is het aangeraden om de tijd en moeite die nodig is om de screening uit te voeren tot een minimum te beperken. Het aantal onderdelen moet zo beperkt mogelijk zijn zonder dat de betrouwbaarheid afneemt. (Louwers et al., 2014)

Kenmerken van een succesvolle screeningstool zijn:

- gebruiksvriendelijk
- beknopt
- geïntegreerd in de dagelijkse werkroutine (via geautomatiseerde opmerkingen en checklists)
- visuele aanwijzingen in het elektronisch dossier die het multidisciplinair team bewust maken over de mogelijkheid van kindermishandeling

- geïntegreerde, geautomatiseerde doorverwijsmogelijkheden voor zowel acute als chronische zorg (Gonzalez & Deans, 2017)

Door de screeningstool te ontwikkelen binnen de normale klinische werkroutine, kunnen zorgverleners beoordelen of er sprake is van mogelijke kindermishandeling en tegelijkertijd een evenwicht vinden in de vele eisen van de acute zorgpraktijk (Gonzalez & Deans, 2017).

### **3.2.2.3 Beoogde resultaten screeningstool**

Beoogde resultaten bij het gebruik van een screeningsinstrument zijn:

- Toename van de correct geïdentificeerde gevallen van kindermishandeling
- Betere registratie kwaliteit van verwondingen
- Verhoogde bewustwording van het personeel bij het identificeren van bevindingen die consistent zijn met kindermishandeling
- Vroegere identificatie van kindermishandeling en verwaarlozing
- Snellere multidisciplinaire interventie en veilig stellen van patiënten
- Afgenomen recidieven en mortaliteit
- Vroegere implementatie van ouderlijke educatie of noodzakelijk plaatsing van kinderen (Gonzalez & Deans, 2017)

### **3.2.2.4 Het elektronisch patiëntendossier**

In Vlaanderen wordt het Elektronisch Patiëntendossier (EPD) door 29 zorginstellingen gebruikt, wat overeenkomt met 45% van de Vlaamse ziekenhuisbedden (nexuzhealth, 2019).

Een studie van Rumball-Smith et al. (2018) toonde een succesvolle implementatie van een screeningstool naar kindermishandeling die via het elektronisch patiëntendossier gebruikt werd. Ook de integratie er van in de praktijk was succesvol. Zo herinnert het elektronisch platform de verpleegkundige er aan de screening af te ronden en maakt het een onmiddellijke invoer van gegevens mogelijk. Na verloop van tijd apprecieerde het personeel de elektronische alarmen van de screening minder. Nochtans suggereert de toegenomen screeningsnelheid in de loop van tijd, dat het instrument toch meer acceptabel wordt.

Zoals eerder vermeldt, zorgt de implementatie van een screeningstool in het elektronisch patiëntendossier ervoor dat terugkerende patronen sneller gedetecteerd worden. (az Vesalius, 2017)

### **3.2.2.5 Kwaliteitsaspecten**

Metingen moeten 3 criteria vervullen om er echt toe te doen. De meting moet betrouwbaar, responsief en valide zijn. (van Ingen, 2017)

“Een instrument is valide als het meet wat we willen meten. Het moet dat op een precieze, nauwkeurige en herhaalbare manier doen – dan is het betrouwbaar. Responsief wil zeggen dat een meetinstrument klinisch relevante veranderingen kan vaststellen. Het ene instrument kan in hogere mate responsief zijn dan het andere” (Wineke Snel, 2017)

### 3.2.3 Rol van de pediatriesch verpleegkundige

Het is onmiskenbaar belangrijk dat gezondheidsprofessionals, zeker diegene die het eerste contact hebben met de patiënt, kennis en skills hebben om kindermishandeling nauwkeurig te identificeren. (Lavigne et al., 2017)

Verpleegkundigen zijn waarschijnlijk de eerste gezondheidsprofessionals met de mogelijkheid om een potentieel geval van kindermishandeling te herkennen aangezien verpleegkundigen meestal het eerste contact met de patiënt en zijn familie hebben. (Lavigne et al., 2017)

Bovendien hebben verpleegkundigen die in een pediatriesche ziekenhuissetting werken een langdurige interactie met het kind en zijn familie tijdens hun shiften, vaak zelfs meerdere shiften na elkaar. Deze verpleegkundigen bevinden zich dus in een bijzondere positie om het gezinsfunctioneren te observeren, risicofactoren i.v.m. kindermishandeling te detecteren en symptomen van kindermishandeling en verwaarlozing te herkennen. Verpleegkundigen kunnen ook een essentiële rol spelen in het in contact brengen van gezinnen met dienstverlening en hulpmiddelen. (Lavigne et al., 2017)

Wat kinderverpleegkundigen kunnen observeren is de ouder-kind interactie. Denk hierbij aan: ouder en kind spelen samen, het kind antwoordt wanneer de verpleegkundige een vraag stelt aan hem/haar, het kind zoekt spontaan steun/hulp bij de ouder,... . (N. Blom, slachtoffer MBP, persoonlijke communicatie, 14 maart 2019)

In een studie van Lavigne et al. (2017) werd de perceptie van klinisch pediatriesche verpleegkundigen i.v.m. kindermishandeling onderzocht. Hieruit blijkt dat het vanwege de ernstige korte en lange termijn effecten van kindermishandeling noodzakelijk is dat klinische kinderverpleegkundigen een adequate opleiding krijgen over het identificeren van mogelijke gevallen van kindermishandeling of verwaarlozing, maar ook over de wettelijke rapportage vereisten. Er kan worden geconcludeerd dat veel klinisch pediatriesche verpleegkundigen de kennis, skills of zelfvertrouwen nodig om mogelijke gevallen van kindermishandeling en verwaarlozing te identificeren, niet hebben. Ziekenhuizen kunnen een voortrekkersrol op zich nemen bij het bieden van opleidingsmogelijkheden aan verpleegkundigen om hun kennis en skills op dit gebied te vergroten.

Wanneer een verpleegkundige vermoedt dat een kind slachtoffer is van MBP, is het belangrijk dat er contact wordt opgenomen met het eigen team en de teamverantwoordelijke. De teamleden delen een gezamenlijk beroepsgeheim en kunnen zo samen uitzoeken welke volgende acties ondernomen dienen te worden. Het is wenselijk de procedure rond kindermishandeling van de eigen instelling te volgen. (Van Looveren, 2012)

De belangrijkste rol van een verpleegkundige is het waarborgen van de gezondheid en veiligheid van het kind. (Stavrianopoulos & Gourvelou, 2012)

Verpleegkundigen bevinden zich in een goede positie om kinderen te beschermen die het risico lopen op mishandeling en misbruik. Nochtans is uit de literatuur gebleken dat verpleegkundigen te maken hebben met barrières die hun zelfvertrouwen doen dalen. Ook het vermogen om kinderen effectief veilig te stellen daalt. De exacte reden waarom verpleegkundigen zich niet goed voorbereid voelen in hun taak, het beschermen van kinderen, is onduidelijk. Verschillende verpleegkundigen kregen training, maar dit leek niet voldoende. Bovendien is naar voor gekomen dat training niet de beste manier is om verpleegkundigen voor te bereiden op hun rol in het beschermen van kinderen. Bijkomend onderzoek zou kunnen aantonen of educatie in plaats van training het zelfvertrouwen van verpleegkundigen vergroot. (Lines, Hutton, & Grant, 2017)

## 4 Ontwikkelen eigen screeningsinstrument

Het doel van deze bachelorproef was om enerzijds na te gaan welke onderdelen een screeningsinstrument moet bevatten. Anderzijds werd er nagegaan hoe het screeningsinstrument ontwikkeld moest worden en wat de rol van de kinderverpleegkundige hierbij is.

Om een antwoord te kunnen bieden op de eerste onderzoeksvraag werd er op zoek gegaan naar bestaande screeningsinstrumenten voor MBP. Er werd slechts 1 voorlopig screeningsinstrument gevonden. Verder werden nog enkele algemene screeningsinstrumenten voor kindermishandeling kort bestudeerd om een idee te krijgen welke onderdelen deze bevatten.

Het voorlopige screeningsinstrument naar MBP bevatte een aantal limitaties. Zo gaat het onder andere om een retrospectief onderzoek dat slechts in één instelling werd uitgevoerd. (Greiner et al., 2013) Bovendien werd in het artikel aangegeven dat de voorlopige screeningstool het best gebruikt kan worden bij gehospitaliseerde kinderen met chronisch braken/diarree, apneu en epileptische aanvallen die niet reageren op een standaardbehandeling. Zoals eerder gezien (1.4) zijn alle uitingen die een dader kan bedenken mogelijk. Eveneens kan een dader ook psychische of sociale ziektes verzinnen. De bedoeling van mijn screeningsinstrument is het opsporen van MBP, maar niet enkel bij de 3 ziektecategorieën die in het bestaande screeninginstrument werden aangegeven. Ook kinderen die een andere uitingsvorm hebben en het slachtoffer zijn van MBP, zouden positief moeten scoren op het door mij ontwikkelde screeningsinstrument. Er werd besloten een volledig nieuw screeninginstrument te ontwikkelen.

De doelgroep van mijn screeningsinstrument:

- kinderen op consultatie bij de pediater
- kinderen op de spoedafdeling
- kinderen op de kinderafdeling

### 4.1 Inhoud van het screeningsinstrument

Als eerste werden de waarschuwingssymptomen uit de literatuur, die samengebundeld staan bij 3.1.3, bekeken. Dit is een verzameling van de mogelijke waarschuwingssymptomen voor MBP en is verkregen uit verschillende wetenschappelijke artikels (Abeln & Love, 2018; Bass & Glaser, 2014; Dye et al., 2013; Flaherty & MacMillan, 2013; Glaser & Davis, 2019; van de Putte et al., 2013; Zeitlin, 2016) en een persoonlijk gesprek met een slachtoffer van MBP (N.Blom, slachtoffer MBP, persoonlijke communicatie, 14 maart 2019).

Zoals reeds vermeld blijft MBP een medische diagnose. De verpleegkundige speelt een belangrijke rol in het observeren van het gezinsfunctioneren, het detecteren van risicofactoren i.v.m. kindermishandeling en het herkennen van symptomen van kindermishandeling en verwaarlozing. (Isaac, 2019; Lavigne et al., 2017)

Daarom werden de waarschuwingssymptomen opgedeeld in 3 categorieën. Eén categorie met de mogelijke symptomen die door een arts kunnen worden opgemerkt, een andere categorie met de mogelijke symptomen die door een pediatrie verpleegkundige kunnen worden gedetecteerd en ten slotte een categorie met mogelijke symptomen die door beide kunnen worden waargenomen.

Vervolgens werd er gekeken wat er tijdens de opname kan worden opgemerkt en welke mogelijke symptomen er pas na verloop van tijd konden worden gezien. Op basis hiervan werd gekozen voor een kort screeninginstrument bij de opname. Wanneer deze uitslag positief is, dient een uitgebreid screeningsinstrument ingevuld te worden.

Mogelijke waarschuwingssymptomen bij opname:

- Is er sprake van een tegenstrijdige ziektegeschiedenis?
- Zijn de symptomen biologisch ongeloofwaardig?
- Is het kind patiënt in meerdere ziekenhuizen?
- Vreemd onderbuikgevoel: niet-pluis gevoel

De eerste 3 vragen behoren meer tot het expertisegebied van de arts. Daarom zouden deze vragen in het korte screeninginstrument van de arts aan bod moeten komen. De verpleegkundige krijgt maar 1 vraag: is er sprake van een vreemd onderbuikgevoel?

Het is de bedoeling dat de arts de korte screeningslijst invult. Wanneer de lijst positief scoort, dient de arts dit te melden aan de verpleegkundige voor de opname van het kind op de pediatrie afdeling. De arts en verpleegkundige kunnen dan aan de slag gaan met de uitgebreide lijst.

Wanneer de screeningslijst negatief is, maar de verpleegkundige heeft toch een vreemd onderbuikgevoel, dan wordt zij via het elektronisch screeninginstrument doorgestuurd naar de signalenlijst. Deze lijst bevat een selectie van signalen van kindermishandeling en huiselijk geweld. (Advies-en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling, 2016) Wanneer 1 van deze signalen aanwezig is, wordt de verpleegkundige doorgestuurd naar het uitgebreide screeningsinstrument.

Volgende items zijn aanwezig in het uitgebreide screeningsinstrument:

#### Arts

- De symptomen komen niet overeen met de medische bevindingen en laboresultaten
- Broers/zussen hebben ook ongewone symptomen
- Het regelmatig vragen naar een second opinion
- Frequent herval of aanhoudende ziekte

#### Verpleegkundige

- De symptomen beginnen in aanwezigheid van de verzorger
- De verzorger vraagt donaties en sympathie
- Vermindering van ziekte bij scheiding van de verzorger
- De verzorger laat zijn kind niet/zo weinig mogelijk alleen
- De interactie tussen verzorger en kind is verstoord

Pediatrie verpleegkundigen hebben een langdurige interactie met het kind en zijn familie. Zij bevinden zich dan ook in een unieke positie om symptomen van kindermishandeling en verwaarlozing te herkennen, het gezinsfunctioneren te observeren en risicofactoren i.v.m. kindermishandeling op te sporen. (Lavigne et al., 2017). Daarom zijn verpleegkundigen geschikt om deze items te observeren.

Een verstoorde interactie werd niet teruggevonden als mogelijk waarschuwingssymptoom in de wetenschappelijke artikels over MBP. Wel kwam dit item aan bod in het persoonlijk gesprek met een slachtoffer van MBP. Ook kwam de ouder-kind interactie aan bod in enkele van de reeds besproken schalen naar kindermishandeling. (Kind en gezin, 2009; Louwers et al., 2014; N. Blom, slachtoffer MBP, persoonlijke communicatie 2019; Schouten et al., 2017)

De ouder-kindinteractie kan door verpleegkundigen worden geobserveerd. Hierbij kan gedacht worden aan: het kind antwoordt wanneer de verpleegkundige een vraag stelt aan hem/haar, ouder en kind spelen samen, het kind zoekt spontaan steun/hulp bij de ouder,... (N. Blom, slachtoffer MBP, persoonlijke communicatie, 14 maart 2019)

#### Arts + verpleegkundige

- De verzorger is niet tevreden met de behandeling
- De behandeling/advies slaat niet aan bij het kind

- De verzorger is niet opgelucht wanneer de symptomen of toestand van het kind verbeteren
- De symptomen worden enkel geobserveerd door de verzorger
- Regelmatig optreden van nieuwe symptomen
- De verzorger spoort aan tot invasieve/pijnlijke onderzoeken en nieuwe behandelingen

Bovenstaande items kunnen door zowel de arts als de verpleegkundige worden geobserveerd.

## 4.2 Koppelen screeningsinstrument aan vereisten

Omwille van de grote werkdruk is het aan te bevelen de moeite en tijd om een screening uit te voeren, tot een minimum te beperken. Het doel is zo weinig mogelijk onderdelen te hebben zonder afname van betrouwbaarheid. (Louwers et al., 2014). De korte tool van de arts bevat slechts 3 vragen, die van de verpleegkundige 1. Het invullen van het uitgebreide instrument zal meer tijd in beslag nemen, maar dient pas uitgevoerd te worden als de korte tool positief scoort. Verder is het belangrijk de tool te integreren in de dagelijks workflow via geautomatiseerde opmerkingen en checklists (Gonzalez & Deans, 2017). Door de korte tool op te nemen in de anamnese, wordt deze mee geïntegreerd in de dagelijkse workflow. Eveneens zijn er ook automatische opmerkingen die verschijnen met de volgende te ondernemen stappen. Volgens Gonzalez & Deans (2017) maken visuele aanwijzingen in het EPD, het multidisciplinair team bewust van de mogelijkheid van kindermishandeling. Zoals eerder vermeld worden mijn korte screeningstools opgenomen in de anamnese van de arts en kinderverpleegkundige. Dit kan het bewustzijn rond de mogelijkheid van eventuele kindermishandeling verhogen. Een ander kenmerk van een succesvolle screeningstool zijn geïntegreerde, geautomatiseerde doorverwijsmogelijkheden voor zowel acute als chronische zorg (Gonzalez & Deans, 2017). Wanneer de uitgebreide screeningstest positief blijkt, dient er een scherm te verschijnen met verder te ondernemen stappen. Tenslotte is het belangrijk dat de screeningstool gebruiksvriendelijk is (Gonzalez & Deans, 2017). Het door mij ontwikkelde screeningsinstrument is duidelijk in taalgebruik en lay-out.

Het is de bedoeling het korte en uitgebreide screeningsinstrument op te nemen in het elektronisch patiëntendossier. Het korte screeningsinstrument wordt mee opgenomen in de anamnese van de arts en verpleegkundige. Door screeningsinstrumenten op te nemen in het elektronisch patiëntendossier kunnen terugkerende patronen sneller gedetecteerd worden. De verpleegkundige rondt de screening af waardoor onmiddellijke invoer van gegevens mogelijk is. Bovendien gebruiken 29 Vlaamse zorginstellingen het EPD wat gelijk is aan 45% van de Vlaamse ziekenhuisbedden. (az Vesalius, 2017; Rumball-Smith et al., 2018)

Zoals eerder vermeld, stelden Wilson en Jungner in 1968 internationale criteria op om na te gaan of een screening gefundeerd is. De WHO stelde een lijst met aanvullende criteria op. Deze criteria zijn niet op alle screenings van toepassing maar vooral bruikbaar om een grootschalig bevolkingsonderzoek te doen. (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012). Deze criteria zijn dus niet allemaal van toepassing op het door mij ontwikkelde screeningsinstrument.

Het is belangrijk dat een meetinstrument voldoet aan 3 zaken: validiteit, responsiviteit en betrouwbaarheid (van Ingen, 2017). Het testen van deze kwaliteitsaspecten bij mijn screeningsinstrument, valt buiten het bereik van deze bachelorproef.

## 5. Toepassing in de praktijk

Wanneer een kind op de pediatrie terechtkomt, kan dit op 3 manieren: via consultatie met de pediater, chirurgisch consult of de spoedafdeling. (Geboers, 2016) Het eerste onderzoek gebeurt dus meestal door een arts.

Wanneer het kind en zijn ouders bij de arts aankomen, neemt de arts het korte screeningsinstrument op in zijn anamnese. Deze test is opgenomen in het EPD en dient ingevuld te worden tijdens de anamnese.

*Figuur 5.1: kort screeningsinstrument naar MBP (Arts)*

SCREENING MBP	JA	NEEN
• Is er sprake van een tegenstrijdige ziektegeschiedenis?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>
• Zijn de symptomen biologisch ongeloofwaardig?	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Is het kind patiënt in meerdere ziekenhuizen?	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>

VOLTOOID

Indien minstens 1 keer "ja" geantwoord wordt, scoort de test positief. Vervolgens gaat er automatisch een scherm verschijnen met de volgende te ondernemen stappen:

*Figuur 5.2: Vervolgscherm na positieve score bij kort screeningsinstrument arts*



Vorige screeningstest scoorde positief.  
Het uitgebreide screeningsinstrument dient ingevuld te worden.  
Vergeet geen contact op te nemen met een verpleegkundige van de  
kinderafdeling om samen het uitgebreide screeningsinstrument in  
te vullen.

OK



Vervolgens dienen de arts en verpleegkundige samen het uitgebreide screeningsinstrument in te vullen. Hierbij is duidelijk aangegeven welk deel voor wie is. 1 deel is voor beide en kan dus door allebei bekeken worden en ingevuld wanneer er 1 van de symptomen zich voordoet.

Figuur 5.3: uitgebreid screeningsinstrument naar MBP (Arts en verpleegkundige)

ARTS	VERPLEEGKUNDIGE	BEIDE
De symptomen komen niet overeen met de medische bevindingen en labo-resultaten. <input type="radio"/>	De symptomen beginnen in aanwezigheid van de verzorger. <input type="radio"/>	De verzorger is niet tevreden met de behandeling. <input type="radio"/>
Broers en zussen hebben ook ongewone symptomen. <input type="radio"/>	De verzorger vraagt donaties en sympathie. <input type="radio"/>	De behandeling/ advies slaat niet aan bij het kind. <input checked="" type="radio"/>
Het regelmatig vragen naar een second opinion. <input checked="" type="radio"/>	Vermindering van ziekte bij scheiding van de verzorger. <input type="radio"/>	De verzorger is niet opgelucht wanneer de symptomen of toestand van het kind verbeteren. <input checked="" type="radio"/>
Frequent herval of aanhoudende ziekte. <input type="radio"/>	De verzorger laat zijn kind niet/ zo weinig mogelijk alleen. <input checked="" type="radio"/>	De symptomen worden enkel geobserveerd door de verzorger. <input type="radio"/>
	De interactie tussen verzorger en kind is verstoord. <input type="radio"/>	Regelmatig optreden van nieuwe symptomen. <input type="radio"/>
		De verzorger spoort aan tot invasieve/pijnlijke onderzoeken en nieuwe behandelingen. <input type="radio"/>
<b>VOLTOOID</b>		

Wanneer minstens 1 symptoom aanwezig is, scoort de test positief. Dit kaart een vermoeden van MBP aan. Het is geen bevestiging van de diagnose. Verdere stappen dienen ondernomen te worden.

Wanneer het kind op de pediatrie wordt opgenomen, vindt er een verpleegkundige anamnese plaats. Op het einde van deze anamnese wordt het vreemd buikgevoel opgenomen als screeningsvraag naar MBP. Wanneer de verpleegkundige een niet-pluis gevoel heeft bij deze opname, kan ze een niet-pluis aanduiden. Vervolgens wordt ze automatisch doorgestuurd naar volgend scherm met een signaallijst:

Figuur 5.4: concretiseren niet-pluis gevoel via signaallijst

**Signaallijst**

U bent hier terechtgekomen omdat u een niet-pluis gevoel of vreemd onderbuikgevoel hebt. Deze lijst dient om uw gevoel te concretiseren. Indien u één of meerdere signalen herkent in de situatie van uw patiënt, gelieve deze aan te duiden en dan onderaan op voltooiën te klikken.

Deze lijst geeft een selectie weer van signalen huiselijk geweld en kindermishandeling bij kinderen in de leeftijd van 0 tot 12 jaar. Het is een hulpmiddel om een vermoeden van kindermishandeling te onderbouwen, niet om kindermishandeling te 'bewijzen'.

**Signalen 0-4 jaar**  
Het slachtoffer...

- Heeft verwondingen en/of oude littekens
- Is verwaarloosd (luiers niet verschoond, te kleine schoenen, slecht verzorgd gebit)
- Vertoont angst voor onderzoek en/of verschonen
- (Knijpt billen samen bij optillen of verschonen)
- Is vaak ziek
- Heeft een vertraagde ontwikkeling (spraak, motoriek)
- Heeft verstoorde eet- en slaapgewoontes
- Huilt of schreeuwt buitensporig veel
- Vertoont extreme schrikreacties
- Is in zichzelf gekleerd of juist hyperactief
- Is dwingend en/of vraagt veel aandacht
- Is bang om alleen te zijn
- Maakt weinig/vreemd contact
- Vertoont plotselinge gedragsverandering in contact met ouders/verzorgers
- Heeft angst voor lichamelijk contact of is juist overdreven gericht op lichamelijk contact
- Is agressief naar kinderen en/of dieren
- Speelt geweldsituaties na

**Signalen 4 - 12 jaar**  
Het slachtoffer...

- Heeft verwondingen en/of oude littekens


- Is verwaarloosd (vaak ziek, slecht gebit, vieze kleding, ongezonde eetgewoonten)
- Heeft een groeiachterstand
- Vertoont angst voor lichamelijk onderzoek
- Gedraagt zich passief en apathisch of juist heel druk
- Heeft een negatief beeld van zichzelf en de omgeving
- Is agressief richting zichzelf, anderen en/of omgeving
- Gedraagt zich overdreven aangepast en afhankelijk
- Presteert op school onder het eigen kunnen
- Neemt geen vriendjes mee naar huis
- Heeft taal- en spraakstoornissen
- Blijft rondhangen na schooltijd
- Gebruikt alcohol en/of drugs
- Kan zich slecht concentreren
- Heeft angst voor lichamelijk contact of is juist overdreven gericht op lichamelijk contact
- Modraagt zich (diefstal, brandstichting, vandalisme)

**Signalen 0 - 12 jaar**  
De pleger...

- Geeft vage verklaringen voor verwondingen/verweerlozing
- Gedraagt zich onverschillig t.o.v. het kind
- Heeft verwachtingen die niet bij de leeftijd van het kind horen
- Uit veel klachten over het gedrag van het kind

- Geeft aan het kind niet aan te kunnen en/of maakt overmatig gebruik van "soethoudertjes"
- Scheidt het kind uit en/of troost het kind niet
- Stelt zich overbeschermend op
- Houdt het kind vaak thuis
- Er is sprake van sociaal isolement, gesloten gezin

- Heeft relatieproblemen
- Mijdt contact met leerkrachten op school
- Is onzorgvuldig in het nakomen van afspraken
- Meldt zichzelf of gezinsleden vaak ziek
- Er is veel hulpverlening binnen het gezin



Omdat iedereen een veilig thuis verdient...

VOLTOOIEN

Wanneer één of meerdere signalen aanwezig zijn, dient het uitgebreide screeningsinstrument voltooid te worden. Dit gebeurt op dezelfde manier als bovenaan beschreven. Wanneer de korte screening van de arts negatief is, maar de verpleegkundige een niet-pluis gevoel heeft, worden toch verdere stappen ondernomen (concretiseren van het niet-pluis gevoel en indien nodig het invullen van het uitgebreide screeningsinstrument). Nota: wanneer de verpleegkundige dit gevoel heeft en effectief één of meerdere signalen opgemerkt heeft, dient zij de arts te contacteren i.v.m. het invullen van het uitgebreide screeningsinstrument.

Figuur 5.1: vervolgscherm na positieve score signalenlijst



Om uw niet-pluis gevoel te concretiseren werd de signalenlijst bekeken.  
 Hieruit heeft u één of meerdere signalen herkend bij uw patiënt.  
 Er is mogelijk iets niet pluis. Daarom dient u het uitgebreide  
 screeninginstrument in te vullen samen met de arts.  
 Gelieve contact op te nemen met de behandelende arts.

OK

Eerder in deze bachelorproef werden de barrières en facilitatoren van screening besproken. Hieruit bleek dat angst voor een valse diagnose, ontoereikende communicatieskills, het snel wisselen van personeel en praktische problemen zoals tijd, barrières vormen voor het screenen naar kindermishandeling. (Eveline C. F. M. Louwers et al., 2012) Vervolgens werden enkele oplossingen voor deze barrières beschreven.

Zo bleek opleiding een belangrijke rol te spelen in het overwinnen van deze barrières. Het is namelijk belangrijk dat zorgverleners opgeleid worden in het herkennen van risicofactoren/ signalen voor kindermishandeling. Eveneens is informatie en opleiding rond communicatieskills belangrijk om in risicovolle en complexe situaties een dialoog te kunnen aangaan. (Gonzalez & Deans, 2017; Louwers et al., 2014; Louwers et al., 2012; Vinck et al., 2016)

Verder kan er nog een begeleider i.v.m. kindermishandeling worden aangesteld om de verschillende taken op zich te nemen. Deze begeleider kan onder andere training en educatie organiseren.

De toekomstige verdiepingstraining van StOMbP wordt als erg waardevol gezien bij het in de praktijk brengen van mijn screeningsinstrument. StOMbP is een team dat op een educatieve manier training, voorlichting, advies en ondersteuning geeft. Deze organisatie is toegankelijk voor iedereen, zowel in zakelijke als privésetting. In de verdiepingstraining van StOMbP komt het signaleren aan bod en wordt er een reconstructiefilm getoond waarin te zien is hoe de interactie tussen kind en dader is. Hierbij wordt er uitgebreid ingegaan op het signaleren van MBP. (StOMbP, 2014; N. Blom, slachtoffer MBP, persoonlijke communicatie, 14 maart 2019)

## Discussie

In het Medisch handboek kindermishandeling vermeldt van de Putte et al. (2013) de term medische kindermishandeling in het kader van MBP. Deze term duidt op de aanzienlijke rol van de arts. Bij zoekopdrachten in het Nederlands werd deze term nergens gevonden. In geen enkel ander artikel werd er over deze term gesproken. In Engelstalige literatuur werd deze term meermaals besproken. Greiner et al. (2013); Isaac (2019); Jackson et al. (2015); Roesler (2018) en Yates & Bass (2017) spreken over Medical Child abuse. De term medische kindermishandeling wordt daarom geïncorporeerd in deze bachelorproef.

Er is heel wat discussie rond de naam en klemtoon van de definitie. Kinderartsen en andere eerstelijns hulpverleners neigen de klemtoon meer te leggen op het misbruik van het kind. Psychiatrische hulpverleners en de definitie van DSM-V focussen zich meer op (motieven van) de dader. Maar wanneer het kind schade leidt ten gevolge van het gedrag van de dader, gaat het om kindermishandeling, ongeacht de beweegredenen van de dader. Het diagnosticeren van de ouder, heeft weinig bij te brengen aan de behandeling van het kind. Uit recente richtlijnen blijkt dat er ruimte is voor beide benaderingen. (Bass & Glaser, 2014; Flaherty & MacMillan, 2013; Roesler, 2018; Zeitlin, 2016)

Er werden weinig cijfergegevens van België gevonden. Enkel cijfers van het jaarverslag van Kind en Gezin (2017) werden besproken. Verder werden er cijfers uit Engelstalige artikels besproken. Hieruit lijkt MBP een zeldzame aandoening.

MBP wordt als zeldzaam beschouwd, hoewel dit mogelijk het gevolg is van een significante onderdiagnose. MBP wordt vaak niet goed herkend of begrepen. (Dye et al., 2013) Volgens Flaherty et al. (2013) zijn incidentiestudies beperkt en gelimiteerd door ondersignalering en onderrapportage. Een review van Roesler (2018) toonde aan dat de zeldzaamheid van MBP afhangt van de gebruikte definitie/ inclusiecriteria.

De leeftijd van de slachtoffers is tegenstrijdig in de literatuur. Uit een onderzoek van Dye et al. (2013) blijkt dat kinderen met MBP over het algemeen jonger zijn dan 2 jaar, maar er zijn ook gevallen gediagnosticeerd tot 16 jaar. Volgens Abeln & Love (2018) worden slachtoffers ouder dan 6 jaar zelden gezien. Flaherty & MacMilan (2013) gaven aan dat het meestal om zuigelingen en peuters gaat, hoewel het in 25% van de gevallen kinderen ouder dan 6 jaar betreft. Volgens Zeitlin (2016) zijn de meeste kinderen jonger dan 4 jaar. Wegens deze discrepanties werden de cijfergegevens in deze bachelorproef algemeen gehouden.

Bij MBP is er vaak een afwisselende presentatie van MBP en MS. Uit een review van Yates en Bass (2017) blijkt dat er discussie bestaat rond de uitlokkende factor. Volgens de ene studie gaat de dader van MS over naar MBP wanneer er niet meer genoeg voldoening is, bijvoorbeeld bij het betrappt worden door een arts. Een andere studie zegt dat daders van MBP waarschijnlijk overgaan naar MS wanneer er een scheiding van dader en het kind plaatsvindt. Kinderen waarvan de moeder aan MS lijdt, worden als hoogrisico slachtoffer beschouwd voor MBP en zouden zelfs op lange termijn risico hebben op het ontwikkelen van MS.

CVS wordt gebruikt bij het stellen van een definitieve diagnose. De informatie rond CVS werd verkregen door enkele Engelstalige artikels en een artikel uit Nederland. Om na te gaan of dit in het Belgisch werkveld ook gebruikt wordt, werd de expert gecontacteerd. Bij een ernstig vermoeden gebeurt het dat een kind wordt opgenomen op een kamer waar gefilmd wordt. Dit is echter niet evident want eigenlijk moeten ouders toestemming geven hiervoor, tenzij het voor "kwaliteitsoptimalisatie" is. Het is dus niet zo gemakkelijk. Als mensen weten van deze video monitoring wordt natuurlijk het gedrag ook anders. (expert, persoonlijke communicatie, 17 mei 2019)

Volgens Flaherty & MacMillan (2013) stelt videobewaking hulpverleners in staat de interactie tussen dader en kind waar te nemen, zonder dat de vermoedelijke dader zich ervan bewust is in de gaten te worden gehouden. In België moeten de ouders toestemming geven voor de videomonitoring, wat maakt dat ze het weten en zich dus ook anders gaan gedragen.

Bij het ontwikkelen van mijn screeninginstrument werd gekozen voor een kort screeningsinstrument voor de arts en 1 korte vraag voor de verpleegkundige. Verder werd een uitgebreid instrument ontwikkeld met een deel voor de verpleegkundige en de arts apart en een deel voor beide. Het gebruik van zo'n screening in de praktijk vraagt om een goede communicatie tussen arts en verpleegkundige. Deze beiden spelen een belangrijke rol in het opsporen van kindermishandeling. Zo bevindt de verpleegkundige zich in een unieke positie om onder andere symptomen van kindermishandeling en verwaarlozing te ontdekken. Pediatrische verpleegkundigen in een ziekenhuissetting komen vaak in contact met het kind en zijn gezin en kunnen de interactie tussen ouder en kind observeren. (Lavigne et al., 2017) Maar ondanks dat blijft MBP een medische diagnose (Isaac, 2019). Bepaalde items van het screeninginstrument kunnen dan ook beter door de arts worden opgemerkt.

Tijdens het ontwikkelen van het screeningsinstrument werd er zo goed mogelijk rekening gehouden met de vereisten van een screeningsinstrument en de kenmerken van een succesvolle screeningstool. Uit de resultaten bleek dat er ook een aantal barrières waren bij het screenen. Daarom werd voorgesteld om bij de integratie van mijn screeningsinstrument een begeleider i.v.m. kindermishandeling in de praktijk te voorzien die opleiding en educatie kan organiseren. Dit kan de integratie van mijn screeningsinstrument makkelijker maken. Het uitgebreide screeningsinstrument invullen kan meer tijd in beslag nemen, maar dit is niet bij elke patiënt nodig. Om het meer haalbaar te maken werd gekozen voor een kort screeninginstrument, dat indien positief, gevolgd wordt door een uitgebreid instrument.

Het door mij ontwikkelde screeningsinstrument moet nog getest worden in de praktijk. Verder moet ook de validiteit, responsiviteit en betrouwbaarheid bepaald worden. Dit valt buiten het bereik van deze bachelorproef.

## Besluit

Münchhausen by proxy is een vorm van kindermishandeling die minder voorkomt dan andere vormen, maar wel meer dodelijk lijkt te zijn. Door misleiding van de dader (meestal de moeder) geraken de arts en de medische gemeenschap ongewild betrokken bij de mishandeling en ontstaat er een cyclus. De ouder presenteert het kind met symptomen aan de arts, de arts onderzoekt het kind, de toestand van het kind verbetert niet en of er ontstaan nieuwe symptomen en zo continueert de cyclus.

Weinig aandoeningen zijn zo moeilijk te diagnosticeren als MBP. De belangrijkste reden voor een vertraagde diagnose of het missen van de diagnose, is het niet in overweging nemen van de mogelijkheid van MBP in de differentiaaldiagnose. Daarnaast is het op de hoogte zijn van de mogelijke signalen en symptomen ook belangrijk voor het vroegtijdig stellen van de diagnose.

Er zijn verschillende manieren om de diagnose van MBP te stellen, maar een inleidend screeningsinstrument kan bijdragen aan de identificatie van vroegtijdige indicatoren van MBP en is nuttiger dan het opstellen van een lijst met kenmerken van een mogelijke dader.

Gezien de rol die zowel de arts als verpleegkundige kunnen spelen bij het opsporen van kindermishandeling, werd er gekozen voor het ontwikkelen van een kort screeningsinstrument voor de arts en één vraag voor de verpleegkundige. Het uitgebreide instrument bevat voor de arts en verpleegkundige apart een aantal items en ook een aantal items voor beide. Bij het ontwikkelen van het screeninginstrument werd rekening gehouden met de barrières bij screenen en met de vereisten waaraan een screeninginstrument moet voldoen.

De onderdelen van het screeningsinstrument zijn gebaseerd op de mogelijke waarschuwingssymptomen van MBP, verkregen uit de literatuur en een persoonlijk gesprek met een slachtoffer van MBP. Ook de ouder-kind interactie en het niet-pluis gevoel bleken belangrijk en werden opgenomen in de screening.

Om te voldoen aan de vereisten van een screeninginstrument werd gekozen voor een kort screeningsinstrument bij de anamnese. Het screeningsinstrument dient opgenomen te worden in het EPD zodat het gemakkelijk geïntegreerd kan worden in de dagelijkse werkrountine.

Enkele barrières naar het screenen van kindermishandeling zijn angst voor een vals vermoeden, praktische problemen zoals bijvoorbeeld weinig tijd, insufficiënte communicatieskills en het snelle wisselen van het personeel. Daarom is het de bedoeling een begeleider i.v.m. kindermishandeling aan te stellen in het ziekenhuis om onder andere educatie en trainingen voor het personeel te organiseren. Zo kan de verdiepingstraining van de organisatie StoMbP erg waardevol zijn.

De pediatrisch verpleegkundige in een ziekenhuissetting bevindt zich in een unieke positie om risicofactoren i.v.m. kindermishandeling te detecteren, het gezinsfunctioneren te observeren en symptomen van verwaarlozing en kindermishandeling te ontdekken. De verpleegkundige brengt veel tijd door met de patiënt en zijn gezin en kan ook de interactie tussen ouder en kind waarnemen. Eveneens kan de verpleegkundige een essentiële rol hebben bij het in contact brengen van het gezin met dienstverlening en hulpmiddelen. Buiten de rol die de verpleegkundige kan spelen bij het opsporen van kindermishandeling heeft de verpleegkundige een heel belangrijke rol in het waarborgen van de veiligheid en gezondheid van het kind.

## Literatuurlijst

- Abeln, B., & Love, R. (2018). An Overview of Munchausen Syndrome and Munchausen Syndrome by Proxy. *Nursing Clinics of North America*, 53(3), 375-384. doi:<https://doi.org/10.1016/j.cnur.2018.04.005>
- Advies-en meldpunt huiselijk geweld en kindermishandeling. (2016). *Huiselijk geweld en kindermishandeling: horen, zien en handelen* [Brochure]. Leiden. Geraadpleegd op 15 augustus 2019 via [https://www.cjgprof.nl/showdownload.asp?title=Huiselijk+geweld+en+kindermishandeling%3A+horen%2C+zien+en+handelen&dwn\\_id=794](https://www.cjgprof.nl/showdownload.asp?title=Huiselijk+geweld+en+kindermishandeling%3A+horen%2C+zien+en+handelen&dwn_id=794)
- Az Vesalius (2017). Az Vesalius start met screeningstool kindermishandeling. Op [azvesalius.be](http://azvesalius.be) [Website]. Geraadpleegd op 16 augustus 2019 via <https://www.azvesalius.be/nl/nieuws/screeningstool-kindermishandeling/>
- Bass, C., & Glaser, D. (2014). Early recognition and management of fabricated or induced illness in children. *The Lancet*, 383(9926), 1412-1421. doi:[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62183-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62183-2)
- Davis, P., Murtagh, U., & Glaser, D. (2019). 40 years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 1: epidemiology and definition of FII. *Archives of Disease in Childhood*, 104(2), 110. doi:10.1136/archdischild-2017-314319
- De Craim, C. & Traets, E. (2010). Protocol kindermishandeling: *Naar een intensere samenwerking tussen justitie en hulpverlening* (TJK 2010/3) [Handleiding]. Larcier. Geraadpleegd op 14 augustus 2019 via <http://www.kekidatabank.be/docs/Publicaties/2010%20DE%20CRAIM%20TRAE%20Protocol%20kindermishandeling.pdf>
- Duijst, W. L. J. M. (2013). Wetgeving en meldcode. In E. M. van de Putte, I. M. A. Lukkassen, I. M. B. Russel, & A. H. Teeuw (Eds.), *Medisch handboek kindermishandeling* (pp. 483-494). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Dye, M. I., Rondeau, D., Guido, V., Mason, A., & O'Brien, R. (2013). Identification and Management of Factitious Disorder by Proxy. *The Journal for Nurse Practitioners*, 9(7), 435-442. doi:10.1016/j.nurpra.2013.04.006
- Flaherty, E. G., & MacMillan, H. L. (2013). Caregiver-Fabricated Illness in a Child: A Manifestation of Child Maltreatment. *Pediatrics*, 132(3), 590. doi:10.1542/peds.2013-2045
- Geboers, A. (2016). *Infobrochure pediatrie voor nieuwe verpleegkundigen* [Brochure]. Sint-Dimpna ziekenhuis Geel. Geraadpleegd op 14 augustus 2019 via [https://www.ziekenhuisgeel.be/sites/default/files/losse\\_pdfs/nieuwe%20medewerker%20Pediatrie.pdf](https://www.ziekenhuisgeel.be/sites/default/files/losse_pdfs/nieuwe%20medewerker%20Pediatrie.pdf)
- Gegevensbeschermingsautoriteit. (2019). Toezicht op patiënten in ziekenhuizen. Op [gegevensbeschermingsautoriteit.be](http://gegevensbeschermingsautoriteit.be) [Website]. Geraadpleegd op 2 augustus 2019 via <https://www.gegevensbeschermingsautoriteit.be/node/17266>
- Giardino, A. P., Lyn, M. A., & Giardino, E. R. (2019). Introduction: Child Abuse and Neglect. In A. P. Giardino, M. A. Lyn, & E. R. Giardino (Eds.), *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect* (pp. 3-26). Cham: Springer International Publishing.

- Glaser, D., & Davis, P. (2019). For debate: Forty years of fabricated or induced illness (FII): where next for paediatricians? Paper 2: Management of perplexing presentations including FII. *Archives of Disease in Childhood*, 104(1), 7. doi:10.1136/archdischild-2016-311326
- Gonzalez, D. O., & Deans, K. J. (2017). Hospital-based screening tools in the identification of non-accidental trauma. *Seminars in Pediatric Surgery*, 26(1), 43-46. doi:https://doi.org/10.1053/j.sempedsurg.2017.01.002
- Greiner, M. V., Palusci, V. J., Keeshin, B. R., Kearns, S. C., & Sinal, S. H. (2013). A Preliminary Screening Instrument for Early Detection of Medical Child Abuse. *Hospital Pediatrics*, 3(1), 39. doi:10.1542/hpeds.2012-0044
- Hellinckx, W., Grietens, H., Geeraert, L., Moors, G., & Van Assche, V. (2001). Vroegtijdige opsporing van kindermishandeling. In *Risico op kindermishandeling? Een preventieve aanpak* (1 ed.). Leuven: Acco.
- Isaac, R. (2019). Medical Child Abuse. In A. P. Giardino, M. A. Lyn, & E. R. Giardino (Eds.), *A Practical Guide to the Evaluation of Child Physical Abuse and Neglect* (pp. 287-297). Cham: Springer International Publishing.
- Jackson, A. M., Kissoon, N., & Greene, C. (2015). Aspects of Abuse: Recognizing and Responding to Child Maltreatment. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 45(3), 64-65. doi:https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2015.02.001
- Jochems, A. A. F., & Joosten, F. W. M. G. (Eds.). (2014) *Coëlho Zakwoordenboek der Geneeskunde*. Amsterdam: Reed Business Education.
- Kind en gezin. (2009). *Project Schaal POS - Herwerkte versie mei '09*. [Onuitgegeven intern document]. Kind en gezin: Leuven.
- Kind en gezin. (2017). Kind in Vlaanderen 2017. Op *kindengezin.be* [website]. Geraadpleegd op 1 februari 2019 via <https://www.kindengezin.be/cijfers-en-rapporten/rapporten/over-kind-en-gezin/kind-in-vlaanderen/default.jsp>
- Kinderrechtencommissariaat, Kinderrechtswinkels, & vzw. (2006). Wblft?! Kinderrechtenverdrag Zwart op wit en licht verteerbaar. Op *vlaanderen.be* [website]. Geraadpleegd op 28 februari 2019 via <https://www.vlaanderen.be/publicaties/wblft>
- Lavigne, J. L., Portwood, S. G., Warren-Findlow, J., & Brunner Huber, L. R. (2017). Pediatric Inpatient Nurses' Perceptions of Child Maltreatment. *Journal of Pediatric Nursing*, 34, 17-22. doi:https://doi.org/10.1016/j.pedn.2017.01.010
- Lines, L. E., Hutton, A. E., & Grant, J. (2017). Integrative review: nurses' roles and experiences in keeping children safe. *Journal of Advanced Nursing*, 73(2), 302-322. doi:10.1111/jan.13101
- Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., De Koning, H. J., & Moll, H. A. (2012). Facilitators and barriers to screening for child abuse in the emergency department. *BMC Pediatrics*, 12(1), 167. doi:10.1186/1471-2431-12-167
- Louwers, E. C. F. M., Korfage, I. J., Affourtit, M. J., Ruige, M., van den Elzen, A. P. M., de Koning, H. J., et al. (2014). Accuracy of a screening instrument to identify potential child abuse in emergency departments. *Child Abuse & Neglect*, 38(7), 1275-1281. doi:https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.005



- Nederlands Jeugdinstituut. (2019). SPUTOVAMO. Op *nji.nl* [website]. Geraadpleegd op 12 april 2019 via <https://www.nji.nl/nl/Databank/Databank-Instrumenten/Zoek-een-instrument/SPUTOVAMO>
- nexuzhealth. (2019). Marktleider nexuzhealth schakelt een versnelling hoger. "Met ons platform zetten we de patiënt centraal in de geneeskundige zorg". Op *nexuzhealth.be* [website]. Geraadpleegd op 18 mei 2019 via <https://www.nexuzhealth.be/nl/news>
- Oelen, M. (2016). Pluis of niet pluis. *Nursing*, 22(2), 18-25. doi:10.1007/s41193-016-0028-z
- Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu. (2012). Criteria voor verantwoorde screening. Op *rivm.nl* [Website]. Geraadpleegd op 12 juli 2019 via <https://www.rivm.nl/bevolkingsonderzoeken-en-screeningen/screening-theorie/criteria-voor-verantwoorde-screening>
- Roesler, T. A. (2018). Medical Child Abuse: What Have We Learned in 40 Years? *Current Treatment Options in Pediatrics*, 4(3), 363-372. doi:10.1007/s40746-018-0136-x
- Rumball-Smith, J., Fromkin, J., Rosenthal, B., Shane, D., Skrbn, J., Bimber, T., et al. (2018). Implementation of routine electronic health record-based child abuse screening in General Emergency Departments. *Child Abuse & Neglect*, 85, 58-67. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.08.008>
- Schouten, M. C. M., van Stel, H. F., Verheij, T. J. M., Houben, M. L., Russel, I. M. B., Nieuwenhuis, E. E. S., et al. (2017). The Value of a Checklist for Child Abuse in Out-of-Hours Primary Care: To Screen or Not to Screen. *PLoS ONE*, 12(1), 1-12. doi:10.1371/journal.pone.0165641
- Snel, W. (2017). Hoe meet je het best? Het hoe en waarom achter diverse meetinstrumenten. Op *waardigheidentrots.nl* [Website]. Geraadpleegd op 17 augustus 2019 via <https://www.waardigheidentrots.nl/verslagen/hoe-meet-best-hoe-en-waarom-diverse-meetinstrumenten/>
- Stavrianopoulos, T., & Gourvelou, O. (2012). The role of the nurse in child sexual abuse in USA. *Health Science Journal* 6(4), 647-653. Geraadpleegd op 12 augustus 2019 via <http://www.hsj.gr/medicine/the-role-of-the-nurse-in-child-sexual-abuse-in-usa.php?aid=3152>
- StOMbP. (2014). Wie wij zijn. Op *stombp.nl* [website]. Geraadpleegd op 21 maart 2019 via <https://www.stombp.nl/>
- van de Putte, E. M., Teeuw, A. H., & Schoonenberg, N. J. (2013). Pediatric condition falsification (PCF). In E. M. van de Putte, I. M. A. Lukkassen, I. M. B. Russel, & A. H. Teeuw (Eds.), *Medisch handboek kindermishandeling* (pp. 279-295). Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Van Ingen, L. (2017). Hoe meet je het best? Het hoe en waarom achter diverse meetinstrumenten. Op *waardigheidentrots.nl* [Website]. Geraadpleegd op 17 augustus 2019 via <https://www.waardigheidentrots.nl/verslagen/hoe-meet-best-hoe-en-waarom-diverse-meetinstrumenten/>
- Van Looveren, A. (2012). Ernstig verontrust in een kind: wat doe je met je beroepsgeheim? Op *Kennisplein.be* [Website]. Geraadpleegd op 7 augustus 2019 via <https://www.kennisplein.be/sites/Jeugdrecht/Pages/2014-03-Ernstig-verontrust-in-een-kind.-Wat-doe-je-met-je-beroepsgeheim.aspx>

- Vinck, I., Christiaens, W., Jonckheer, P., Veereman, G., Kohn, L., Dekker, N., Peremans, L. et al. (2016). Hoe de detectie van kindermishandeling verbeteren? In Handboek familiaal geweld (pp.1-36). Geraadpleegd op 12 augustus 2019 via <https://www.kennisplein.be/Documents/detectie%20kindermishandeling.pdf>.
- Vlaams expertisecentrum Kindermishandeling vzw. (s.a). De kindreflex? Op [kindreflex.be](http://kindreflex.be) [Website]. Geraadpleegd op 17 augustus 2019 via <https://kindreflex.be/>
- Yates, G., & Bass, C. (2017). The perpetrators of medical child abuse (Munchausen Syndrome by Proxy) – A systematic review of 796 cases. *Child Abuse & Neglect*, 72, 45-53. doi:<https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.07.008>
- Zeitlin, S. (2016). Recognising factitious and induced illness in children. *Paediatrics and Child Health*, 26(11), 493-497. doi:<https://doi.org/10.1016/j.paed.2016.07.001>

# Bijlagen

## Bijlage 1: POS-schaal

project Schaal POS – Herwerkte versie mei '09

### Scoring

Geen score:	(nog) geen informatie
0	dit is helemaal niet het geval
1	dit is soms of een beetje het geval
2	dit is vaak of duidelijk het geval
3	dit is extreem veel of zeer duidelijk het geval

#### kernsignaal

### Deel 1: ouder-kindinteractie

1. Zorgen voor het kind wordt als een last ervaren
2. **De ouder stelt zich niet de vraag naar de reden van het gedrag van het kind.**
3. **De ouder verwacht dat het kind extreem veel liefde zal geven.**
4. **De ouder brengt weinig structuur aan en stelt weinig grenzen aan het kind.**
5. **ouder praat veel over zichzelf EN weinig over het kind**
6. **De ouder verliest snel het geduld in omgang met het kind.**
7. **De ouder reageert erg wisselend op het gedrag van het kind.**
8. De ouder gaat niet na wat het effect is van haar/zijn gedrag op het kind.
9. De ouders ervaren het kind als een beperking van hun bewegingsvrijheid.
10. **De ouder staat niet stil bij de gevoelens van het kind.**
11. De ouder is gespannen / nerveus als hij het kind verzorgt
12. **De ouder gaat met het kind om vanuit algemene opvattingen over hoe je met kinderen moet omgaan, zonder rekening te houden met het de eigenheid van dit kind.**
13. De ouder verwacht dat het kind zich zal gedragen zoals het haar/hem goed uitkomt.
14. De ouders reageert weinig op signalen tot sociaal contact van het kind.

### Deel II: items psychisch welbevinden

15. **In een stressvolle situatie toont de ouder zich al gauw hulpeloos.**
16. De ouder heeft sombere toekomstverwachtingen
17. De ouder geeft aan zelf als kind weinig liefde van ouders of familie te hebben gekend.
18. De ouder heeft in haar/zijn leven reeds meerdere crisissen meegemaakt en lijkt die moeilijk te hebben verwerkt

**19. de ouder geeft aan zich niet goed in haar/ zijn vel te voelen.**

20. De ouder is niet tevreden over de contacten met familie/vrienden

**21. De ouder ondervindt weinig steun van de partner**

**22. De ouder geeft aan er helemaal alleen voor te staan**

23. De ouder komt lusteloos over

24. De ouder kan niet op gepaste wijze hulp of steun zoeken

25. De ouder geeft blijk van weinig zelfvertrouwen

**Deel III : je werkrelatie met het gezin**

26. Ik vermoed dat de ouder mij onjuiste informatie geeft over het gedrag en de ontwikkeling van het kind.

27. Ik heb het gevoel dat wat de ouder vertelt over hoe hij met het kind omgaat, onvolledig is of niet klopt.

28. In dit gezin voel ik mij ongemakkelijk.

29. De ouder volgt de gegeven adviezen over de zorg voor het kind niet of onvoldoende op.

30. In dit gezin heerst een sfeer van geheimzinnigheid

31. De ouder komt de gemaakte afspraken over huisbezoeken en consulten niet na.

## Bijlage 2: Signalenlijst kindermishandeling en huiselijk geweld

### Signalenlijst

Deze lijst geeft een selectie weer van signalen huiselijk geweld en kindermishandeling bij kinderen in de leeftijd van 0 tot 12 jaar. Het is een hulpmiddel om een vermoeden van kindermishandeling te onderbouwen, niet om kindermishandeling te 'bewijzen'.

#### Signalen 0-4 jaar

Het slachtoffer...

- Heeft verwondingen en/of oude littekens
- Is verwaarloosd (luiers niet verschoond, te kleine schoenen, slecht verzorgd gebit)
- Vertoont angst voor onderzoek en/of verschonen
- (knijpt billen samen bij optillen of verschonen)
- Is vaak ziek
- Heeft een vertraagde ontwikkeling (spraak, motoriek)
- Heeft verstoorde eet- en slaapgewoontes
- Huilt of schreeuwt buitensporig veel
- Vertoont extreme schrikreacties
- Is in zichzelf gekeerd of juist hyperactief
- Is dwingend en/of vraagt veel aandacht
- Is bang om alleen te zijn
- Maakt weinig/vreemd contact
- Vertoont plotselinge gedragsverandering in contact met ouders/verzorgers
- Heeft angst voor lichamen contact of is juist overdreven gericht op lichamen contact
- Is agressief naar kinderen en/of dieren
- Speelt geweldsituaties na

#### Signalen 4 - 12 jaar

Het slachtoffer...

- Heeft verwondingen en/of oude littekens

- Is verwaarloosd (vaak ziek, slecht gebit, vieze kleding, ongezonde eetgewoonten)
- Heeft een groeiachterstand
- Vertoont angst voor lichamen onderzoek
- Gedraagt zich passief en apathisch of juist heeldruk
- Heeft een negatiefbeeld van zichzelf en de omgeving
- Is agressief richting zichzelf, anderen en/of omgeving
- Gedraagt zich overdreven aangepast en afhankelijk
- Presteert op school onder het eigen kunnen
- Neemt geen vriendjes mee naar huis
- Heeft taal- en spraakstoornissen
- Blijft rondhangen na schooltijd
- Gebruikt alcohol en/of drugs
- Kan zich slecht concentreren
- Heeft angst voor lichamen contact of is juist overdreven gericht op lichamen contact
- Misdraagt zich (diefstal, brandstichting, vandalisme)

#### Signalen 0 - 12 jaar

De pleger....

- Geeft vage verklaringen voor verwondingen/verwaarlozing
- Gedraagt zich onverschillig t.o.v. het kind
- Heeft verwachtingen die niet bij de leeftijd van het kind horen
- Uit veel klachten over het gedrag van het kind

- Geeft aan het kind niet aan te kunnen en/of maakt overmatig gebruik van "zoethoudertjes"
- Scheldt het kind uit en/of troost het kind niet
- Stelt zich overbeschermend op
- Houdt het kind vaak thuis
- Er is sprake van sociaal isolement, gesloten gezin
- Heeft relatieproblemen
- Mijdt contact met leerkrachten op school
- Is onzorgvuldig in het nakomen van afspraken
- Meldt zichzelf of gezinsleden vaak ziek
- Er is veel hulpverlening binnen het gezin



Omdat iedereen  
een veilig thuis verdient...

## **Bijlage 3: Internationale criteria van Wilson en Jungner**

“[Onderstaande lijst omvat de internationale criteria van Wilson en Jungner:]

1. De op te sporen ziekte moet een belangrijk gezondheidsprobleem zijn.
2. Er moet een algemeen aanvaarde behandelingsmethode voor de ziekte zijn.
3. Er moeten voldoende voorzieningen voorhanden zijn voor diagnose en behandeling.
4. Er moet een herkenbaar latent of vroeg symptomatisch stadium van de ziekte zijn.
5. Er moet een betrouwbare opsporingsmethode bestaan.
6. De opsporingsmethode moet aanvaardbaar zijn voor de bevolking.
7. Het natuurlijke verloop van de op te sporen ziekte moet bekend zijn.
8. Er moet overeenstemming bestaan over de vraag wie behandeld moet worden.
9. De kosten van opsporing, diagnostiek en behandeling moeten in een acceptabele verhouding staan tot de kosten van de gezondheidszorg als geheel.
10. Het proces van opsporing moet een continu proces zijn en niet een eenmalig project.” (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012)

“ [De WHO stelde een lijst met aanvullende criteria op:]

1. Het screeningsinstrument moet inspelen op een erkende behoefte.
2. Het doel van de screening moet bij aanvang zijn vastgesteld.
3. De doelgroep van de screening moet zijn vastgesteld.
4. De effectiviteit van het screeningsprogramma moet wetenschappelijk bewezen zijn.
5. Het programma moet een samenhangend geheel zijn van opleiding, scholing, testpraktijk, zorg en programmamanagement.
6. De kwaliteit van het programma moet geborgd zijn om de potentiële risico's van screening te minimaliseren.
7. Het programma moet garanties bieden voor geïnformeerde keuze en de privacy en de autonomie van het individu respecteren.
8. De toegankelijkheid van de screening moet gewaarborgd zijn voor de hele doelgroep.
9. Het programma moet vanaf het begin geëvalueerd worden.
10. De voordelen van de screening moeten opwegen tegen de mogelijke nadelen van de screening.” (Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2012)

