



Vrouwenopvang in Zuid-Limburg: ook de kinderen in beeld

Een observationeel onderzoek naar hun lichamelijke en psychische gezondheid

A. Custers · L. Oosterwijk · P. J. Bijsterveld · B. M. Doove · D. M. C. B. van Zeben-van der Aa

Published online: 5 July 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

Samenvatting *Inleiding.* Kinderen die in een vrouwenopvang wonen, komen uit kwetsbare gezinnen en zijn vaak getuige geweest van huiselijk geweld. Zij lopen hierdoor meer risico op problemen in hun ontwikkeling en wat betreft hun lichamelijke en psychische gezondheid. Het doel van dit onderzoek is om systematisch reeds bekende lichamelijke en psychische problemen te inventariseren, onbekende problemen te signaleren en voor beiden een aanpak te realiseren. Daarnaast worden structurele afspraken gemaakt met de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en andere betrokken professionals om continuïteit van zorg te initiëren voor deze kinderen.

Methoden. Alle kinderen tot 18 jaar, die in de periode van september 2015 tot maart 2016 zijn binnengekomen bij de vrouwenopvang van XONAR in Maastricht, zijn systematisch in kaart gebracht middels een gestandaardiseerde anamnese en lichamelijk onderzoek, inclusief top-teenonderzoek. Dit gebeurde steeds door eenzelfde kinderarts en kinderverpleegkundige. De vragenlijst werd ontwikkeld door het onderzoeksteam in samenwerking met de JGZ. Naar aanleiding van de bevindingen werd er contact opgenomen met de JGZ en daarnaast met andere betrokken hulpverleners voor afstemming en continuïteit van (preventieve) zorg.

Resultaten. In totaal zijn 25 kinderen onderzocht. Bij 76% was sprake van zorgen, een hulpvraag of bleken er gezondheidsproblemen te zijn waarvoor een medisch advies, medicatie, follow-up binnen de vrouwenopvang of de JGZ, of verwijzing naar elders nodig was. In 44% van de kinderen ging het om onbekende lichamelijke problemen en bij 33% was sprake van psychische of gedragsproblemen waarvoor nog geen hulp was opgestart. Na beëindiging van het traject binnen XONAR werd in alle gevallen continuïteit van zorg geïnitieerd middels een overdracht naar alle betrokken hulpverleners (binnen en buiten de vrouwenopvang) en behandelend artsen.

Conclusie. Het systematisch afnemen van een uitgebreide anamnese en het doen van lichamelijk onderzoek bij kinderen die wonen binnen de vrouwenopvang leidt tot het signaleren en aanpakken van (verwaarloosde) problemen en beter coördineren van de zorg, ook na ontslag uit de vrouwenopvang. Intensieve samenwerking met de JGZ is hierbij essentieel.

Trefwoorden vrouwenopvang · huiselijk geweld · kindermishandeling · gezondheid · samenwerking

Inleiding

Huiselijk geweld kan ertoe leiden dat vrouwen met hun kinderen hun thuis verlaten en hulp en onderdak zoeken in een vrouwenopvang [1]. Deze organisatie biedt hulp en opvang aan vrouwen en hun kinderen die slachtoffer zijn van huiselijk geweld, mensenhandel en seksueel misbruik [1–3].

Huiselijk geweld is een wereldwijd veelvoorkomend probleem met grote gevolgen. In Nederland zijn jaarlijks ten minste 200.000 mensen slachtoffer van huiselijk geweld [4]. Landelijk zijn er 27 instellingen voor vrouwenopvang. De meerderheid van de vrouwen in de opvang heeft kinderen (81%) [5]. Jaarlijks worden

A. Custers (✉) · L. Oosterwijk · D. M. C. B. van Zeben-van der Aa
Afdeling Kindergeneeskunde, Maastricht Universitair Medisch Centrum, Maastricht, Nederland
anne.custers@mumc.nl

A. Custers · P. J. Bijsterveld
XONAR Vrouwenopvang & Hulpverlening, Maastricht, Nederland

B. M. Doove
Envida Jeugdgezondheidszorg, Maastricht, Nederland



ruim 4.300 kinderen met hun moeders opgevangen in de vrouwenopvang [3, 6, 7].

Kinderen in de vrouwenopvang groeien op in kwetsbare gezinnen [8]. Ze zijn veelal getuige geweest van huiselijk geweld. Er zijn vaak meerdere risicofactoren voor kindermishandeling aanwezig in deze gezinnen en een deel van de kinderen (10%) is zelf slachtoffer van fysieke mishandeling [2, 9]. De kinderen worden blootgesteld aan meerdere zogenoemde Adverse Childhood Experiences (ACE's) [10]. Dit kan ernstige psychische schade en problemen in het latere leven veroorzaken, zoals een verhoogd risico op het ontwikkelen van problemen in hun gedrag, algehele ontwikkeling en lichamelijke en psychische gezondheid [11, 12]. De basiszorg voor deze kinderen krijgt door de vaak instabiele gezinssituatie soms niet de prioriteit die het behoeft. Problemen in zowel de lichamelijke als psychische gezondheid van het kind kunnen daardoor onopgemerkt blijven. Ook kan versnippering van zorg optreden door regelmatige wisselingen van woonplek. Deze zaken kunnen ertoe leiden dat een dergelijk kind niet goed in beeld is of blijft.

De vrouwenopvang is een van oorsprong op de vrouw gerichte hulpverlening, waarin kinderen lange tijd geen aparte status hebben gehad. Sinds 2006 verschenen er diverse onderzoeken en plannen ter verbetering van de zorg binnen de vrouwenopvang waarin ook kinderen als doelgroep werden meegenomen [3]. Men concludeerde onder andere dat je kinderen in de opvang ernstig te kort doet wanneer ze enkel worden beschouwd als 'meegenomen kind' [2]. Kinderen binnen een vrouwenopvang worden nu steeds meer herkend en erkend als specifieke doelgroep, met eigen problemen en behoeften waarvoor specifieke hulpverlening nodig is [7, 13].

Hoewel er nu toenemend aandacht is voor de kinderen, is de hulpverlening alleen gericht op de sociaal-emotionele ontwikkeling en psychische gezondheid. Aan eventueel aanwezige lichamelijke problemen wordt voornamelijk geen structurele aandacht besteed [8]. Dit komt mede door het ontbreken van medisch inhoudelijke kennis bij jeugdzorgmedewerkers, waarbij tegelijkertijd ook de problemen van het gezin als totaal op de voorgrond staan. Het is echter belangrijk om (soms verwaarloosde) lichamelijke problemen van het 'meegenomen kind' te signaleren en indien nodig te behandelen om verslechtering te voorkomen. Dit is een aanvulling op de reeds aanwezige aandacht voor psychische problematiek en leidt tot uitbreiding en verbetering van de kwaliteit van zorg voor kinderen in de vrouwenopvang. Daarnaast is het essentieel om zorg te dragen voor een goede overdracht en eventuele follow-up zodra de kinderen verhuizen van de vrouwenopvang naar een andere woonplek.

Doel van dit onderzoek is het structureel in kaart brengen van zowel bekende als onbekende gezondheid gerelateerde problemen op zowel lichamenlijk als psychisch vlak bij kinderen in de vrouwenopvang. Ge-

signaleerde problemen worden vervolgens aangepakt en er wordt zorg gedragen voor een goede overdracht en juiste follow-up, zowel binnen de vrouwenopvang als later na vertrek. Daarnaast is het doel continuïteit van zorg te initiëren en waarborgen door samen te werken met de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en andere betrokken professionals zowel binnen als buiten de vrouwenopvang, waaronder behandelend hulpverleners, professionals binnen de geestelijke gezondheidszorg (GGZ), huisartsen en medisch specialisten.

Methodie

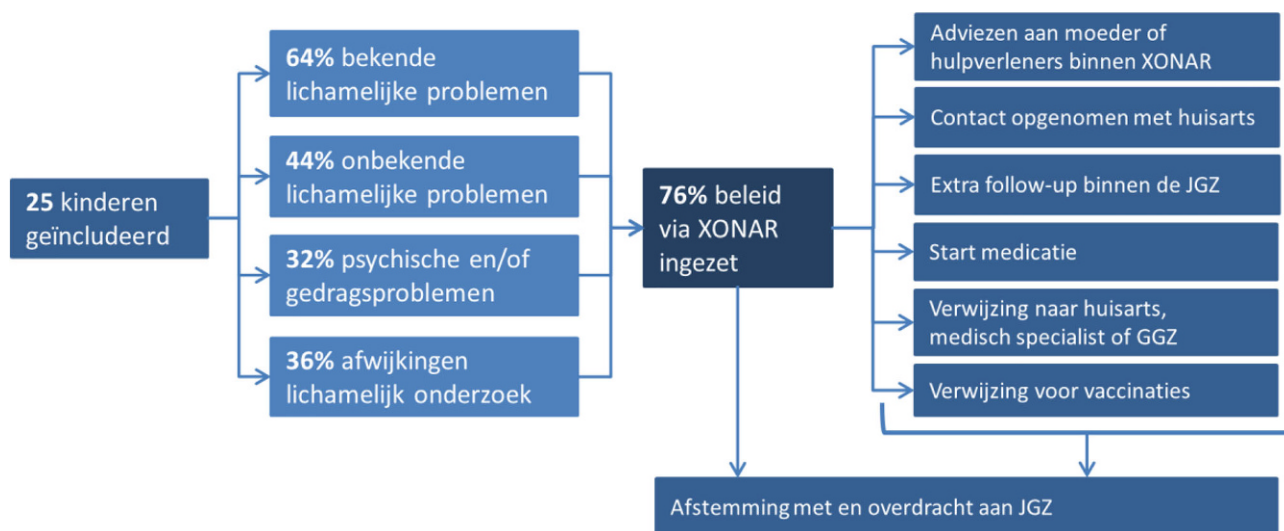
Design en populatie

Het betreft een beschrijvend onderzoek van een patiëntenserie van kinderen van vrouwen in de vrouwenopvang van XONAR (Jeugd- en Opvoedhulp Zuid-Limburg) in Maastricht. In de periode van september 2015 tot en met maart 2016 zijn alle moeders van kinderen die geplaatst werden in deze vrouwenopvang benaderd door hun gezinshulpverlener binnen XONAR.

Procedure

De kinderen zijn, nadat informed consent was verkregen, bij voorkeur binnen 1 week na plaatsing in kaart gebracht middels een gestandaardiseerde, uitgebreide anamnese en een lichamenlijk onderzoek (inclusief een zogenaamd top-teenonderzoek) door een kinderarts en kinderverpleegkundige van XONAR. Zowel de anamnese als het lichamenlijk onderzoek werd door eenzelfde kinderarts en kinderverpleegkundige afgenomen en uitgevoerd, waardoor de reproduceerbaarheid binnen XONAR gewaarborgd werd. De totale duur van anamnese en lichamenlijk onderzoek was circa een uur.

De bevindingen uit de anamnese en het lichamenlijk onderzoek werden vastgelegd in een zogenaamd Case Report Form (CRF). XONAR valt onder jeugdhulpverlening en binnen deze organisatie wordt voor ieder kind een digitaal medisch dossier aangemaakt om naast de bevindingen van het onderzoek ook de vervolgstappen en afspraken te kunnen documenteren. In het geval van lichamenlijke dan wel psychische problemen werd een plan van aanpak opgesteld en uitgevoerd. Medische bevindingen werden indien wenselijk en relevant vertaald naar de jeugdzorgmedewerkers binnen XONAR. Alle kinderen jonger dan 4 jaar werden bij plaatsing en ontslag besproken met de JGZ in verband met diens betrokkenheid via de frequente reguliere contactmomenten in deze leeftijds-categorie. Gezien de relatief weinig frequente contactmomenten voor kinderen van 4 jaar en ouder was er voor de kinderen voor wie additionele contactmomenten of follow-up wenselijk waren contact met de JGZ. Dit werd niet gedaan bij kinderen zonder proble-



Figuur 1 Stroomschema met resultaten ($n = 25$). Alle percentages zijn berekend op basis van de totale onderzoeksgroep ($n = 25$).

matiek om de situatie voor de moeders zo 'normaal' mogelijk te houden.

Dataverzameling

Om de validiteit van het onderzoek zo groot mogelijk te maken, werd voor de anamnese gebruikt gemaakt van een uitgebreide vragenlijst, ontwikkeld door het onderzoeksteam bestaande uit: twee kinderartsen, een gedragswetenschapper, twee jeugdartsen (0 tot 4 jaar en 4 tot 18 jaar), een kinderverpleegkundige en een jeugdverpleegkundige. Omdat de kinderen na plaatsing binnen de vrouwenopvang ook standaard een intake krijgen bij de JGZ, werd de vragenlijst gebaseerd op zowel een standaard kindergeneeskundige anamnese als de anamnese van de JGZ om herhaling zoveel mogelijk te voorkomen en het onderzoek zo min mogelijk belastend te maken voor de moeders.

Om de betrouwbaarheid van de vragenlijst zo groot mogelijk te maken werd gekozen voor grotendeels gesloten vragen met meerdere vooraf gedefinieerde antwoordopties. De vragenlijst bestond uit 110 vragen opgesplitst in algemene gegevens van het kind, beide ouders en het gezin (waaronder ook de datum en reden van plaatsing binnen de vrouwenopvang), informatie over het gezag en eventueel betrokkenheid van Veilig Thuis/(jeugd)hulpverlening, de medische

Combinaties van lichamelijke, psychische en/of gedragsproblemen of afwijkingen lichamelijk onderzoek kwamen voor bij een aantal kinderen

voorgeschiedenis van het kind (waaronder ook de pre-, peri- en postnatale anamnese, allergieën, medicatie) en eerdere betrokkenheid en bevindingen van de JGZ. Dit werd gevolgd door een speciële anamnese met vragen over (eventueel) aanwezige lichamelijke problemen, een aanvullende anamnese met betrekking tot onder andere het slaappatroon, de voeding, ontwikkeling (spraak/taal en motorische ontwikkeling, visus, gehoor, continentie), dagbesteding (peuterspeelzaal/crèche/school), sociaal-emotioneel functioneren, sociale situatie en familieanamnese en tenslotte een tractusanamnese.

Het uitgebreide lichamelijk onderzoek bestond uit een top-teeninspectie, biometrie en vitale parameters, onderzoek van hoofd en hals, keel, mond, neus en oren, hart, longen, buik, huid, bewegingsapparaat, oriënterend neurologisch onderzoek en op indicatie onderzoek van de genitalia.

Analyse

De verkregen data uit de CRF's werden geanonimiseerd ingevoerd in een database en geanalyseerd middels SPSS 21 (IBM corp. Armonk, NY, USA), waarbij gebruik werd gemaakt van frequentietabellen als basis voor beschrijvende statistiek. De gemiddelden en

Figuur 2 Redenen van plaatsing binnen de vrouwenopvang. Meerdere redenen van plaatsing per kind mogelijk. ^aReden van plaatsing is de leeftijd van moeder (<18 jaar), bij twee van hen is er in de thuissituatie daarnaast sprake van huiselijk geweld)



standaarddeviaties werden berekend voor een aantal variabelen.

Resultaten

Er werden in totaal 20 moeders met 30 kinderen geplaatst in de vrouwenopvang gedurende de inclusieperiode; 83% ($n=25$) van het totaal aantal kinderen werd onderzocht (fig. 1). Vijf kinderen deden niet mee omdat hun ouder(s) geen informed consent gaven.

Onder de onderzochte kinderen waren 13 jongens (52%) en 12 meisjes (48%). De kinderen waren gemiddeld 5 jaar oud (SD: 4 jaar, mediaan: 5 jaar), 11 kinderen waren jonger dan 4 jaar en 14 kinderen waren 4 jaar en ouder. In fig. 2 zijn de redenen van plaatsing van de kinderen weergegeven, uitgedrukt in absolute getallen. Er zijn meerdere opties per kind mogelijk. Dit overzicht laat zien dat deze kinderen opgroeien in kwetsbare gezinnen en bloot staan aan diverse ACE's. De meeste kinderen waren getuige van huiselijk geweld ($n=19$) of ruzies ($n=3$). Daarnaast waren 5 kinderen zelf (mogelijk) slachtoffer van mishandeling.

Zorgen over gezondheid van de kinderen

Bij 76% van de kinderen ($n=19$) waren er zorgen over of problemen met hun gezondheid in de breedste zin van het woord.

Meer dan de helft van alle onderzochte kinderen (64%) bleek ten tijde van het onderzoek reeds bekend te zijn met een of meerdere lichamelijke problemen (fig. 1). Voor een groot aantal van deze problemen stond het kind al onder controle bij een arts of hulpverlener (jeugdarts, huisarts, kinderarts, diëtiste, astmaverpleegkundige, professional binnen de GGZ, etc.). Bij een aantal kinderen werden de controleafspraken echter niet nagekomen. Redenen hiervoor waren onder andere: frequente verhuizingen in verband met zorgen om veiligheid, het belang van de controleafspraken op dat moment niet inzien, prioriteiten op een ander gebied hebben en afspraken vergeten zijn.

Bij 11 van de kinderen (44%) werden er tijdens het onderzoek binnen de vrouwenopvang nieuwe lichamelijke problemen geïdentificeerd zoals: eczeem, verminderde visus en vermoeidheid. Daarnaast bleek een aantal kinderen ongewild onvolledig gevaccineerd te zijn.

Bij een derde van alle onderzochte kinderen ($n=8$, 32%) was sprake van psychische of gedragsproblemen, zoals piekeren, angst, concentratieproblemen, extreme boosheid en aandacht zoeken bij vreemden. Op het moment van het onderzoek was voor deze problemen nog geen hulpverlening opgestart.

Het lichamenlijk onderzoek bracht diverse bevindingen aan het licht zoals obesitas, vergrote schedelomtrek ($>+2,5$ SD), verminderde lengtegroei, onverzorgd gebit, standsafwijkingen van het bewegingsapparaat of inadequate contactname. Bij geen van de kinderen

waren er ten tijde van het onderzoek door de kinderverpleegkundige of kinderarts aanwijzingen voor (recente) fysieke mishandeling.

Ingezette hulp

Bij 24% van alle kinderen ($n=6$) waren er geen zorgen over de gezondheid en hoefde ook geen hulp te worden ingezet. Bij de overige 19 kinderen (eerder genoemde 76%) waren er wel zorgen of hulpvragen op lichamenlijk of psychisch vlak waarvoor een vorm van hulp werd ingezet. Deze hulp varieerde van adviezen aan moeders of hulpverleners binnen XONAR omtrent het betreffende kind, het voorschrijven van medicatie (bijvoorbeeld zalven voor eczeem, inhalatiemedicatie voor astma, allergietabletten), verwijzing voor vaccinatie bij incomplete vaccinatiestatus, het advies om contact op te nemen met de eigen huisarts tot directe doorverwijzing naar een medisch specialist of GGZ.

Bij alle kinderen jonger dan 4 jaar was er zowel bij plaatsing als bij ontslag contact met de JGZ over de bevindingen en het verdere plan van aanpak. Bij overdracht na plaatsing zorgde het JGZ-team voor continuïteit van de preventieve zorg door een huisbezoek van de jeugdverpleegkundige bij de vrouwenopvang, het opvragen van het JGZ-dossier uit de vorige woonplaats en het inplannen van JGZ-consulten. Ook werd vaker samen met ouder en mentor een familiegroepsplan gestart voor afstemming en continuïteit van lopende en nog te regelen zorg op gezinsniveau, zoals bijvoorbeeld verwijzingen naar Infant Mental Health of het regelen van kinderopvang met behulp van een Sociaal Medische Indicatie. De mentor van de vrouwenopvang fungeerde dan als casemanager van het familiegroepsplan.

Bij de kinderen van 4 jaar en ouder gebeurde het overleg met de JGZ op indicatie, dit was bij 71% van de kinderen geïndiceerd. Er was bijvoorbeeld sprake van obesitas, afwijkende groei, follow-up van standsafwijkingen van het bewegingsapparaat, psychische of gedragsproblemen en onvolledige vaccinatiestatus. Er was bovendien laagdrempelig contact met de huisarts en reeds betrokken medisch specialisten om enerzijds informatie te delen, de reeds bestaande behandeling indien mogelijk te optimaliseren of de zorg over te dragen.

Beschouwing

In deze studie is systematisch onderzoek gedaan naar de gezondheid van kinderen die in een vrouwenopvang wonen waarbij extra aandacht werd geschonken aan hun lichamenlijk gezondheid. Zowel bekende als onbekende lichamenlijke en psychische problemen werden gesignaleerd, geïnventariseerd en aangepakt. Daarnaast is continuïteit van zorg geïnitieerd door samen te werken met de JGZ en andere reeds betrokken professionals.

De meerwaarde van het eenmalig systematisch in kaart brengen van deze doelgroep blijkt uit het feit dat er bij 76% van de kinderen problemen of hulpvragen over hun gezondheid bleken te bestaan ten tijde van het onderzoek waar een medisch advies, medicatie, follow-up binnen de vrouwenopvang of verwijzing naar elders nodig was (fig. 1). Moeders en kinderen kregen door dit onderzoek niet alleen de gelegenheid om nieuwe problemen te bespreken, maar ook om aandacht te vragen voor reeds bestaande zorgen die om welke reden dan ook uit het zicht geraakt waren en om behandeling daarvoor zo nodig opnieuw te initiëren. Uit de resultaten blijkt dat meer dan de helft van deze kinderen daadwerkelijk bekend was met reeds bestaande lichamelijke problemen waarvoor opnieuw hulp nodig was. Voor deze groep vrouwen bleek het niet mogelijk zelf continuïteit van zorg te garanderen. Deze doelgroep heeft immers zoals ook blijkt uit het onderzoek een verhoogd risico om uit reguliere follow-up te verdwijnen, onder meer door frequente verhuizingen. Daarnaast zijn de moeders vaak overbelast en staan andere prioriteiten dan controle-afspraken in een ziekenhuis of reguliere controles bij de JGZ, soms noodgedwongen op de voorgrond. Of er voor plaatsing binnen de vrouwenopvang acties zijn ondernomen vanuit de betrokken hulpverleners en of medisch professionals om de zorg te hervatten, werd niet onderzocht in deze studie. Dit is interessante informatie om herhaling na vertrek uit de vrouwenopvang te voorkomen. Door dit onderzoek kon de zorg in overleg met moeder weer worden opgepakt. Voor deze kwetsbare groep is het dus van belang extra ondersteuning te geven in het opvolgen van de zorg voor gezondheidsproblemen van hun kinderen.

Het systematisch top-teenonderzoek liet geen aanwijzingen zien voor (recente) fysieke mishandeling, echter wel degelijk tekenen van andere vormen van kindermishandeling zoals chronische verwaarlozing in de vorm van een onverzorgd gebit. Dit sluit aan bij de hypothese dat kinderen binnen de vrouwenopvang meer risico lopen om slachtoffer te worden van kindermishandeling en benadrukt het belang van het top-teenonderzoek.

Deze studie kent ook zijn beperkingen. Hoewel 83% van alle geplaatste kinderen in de betreffende periode zijn onderzocht, betreft het een relatief kleine studiepopulatie ($n=25$). Vijf kinderen deden niet mee omdat (1) de ouder geen toestemming gaf zonder verdere toelichting ($n=3$), (2) de ouder de controles via het consultatiebureau wilde laten verlopen ($n=1$) en (3) de ouder geen meerwaarde zag in een extra controle bij een kinderarts ($n=1$). De grootte van onze studiepopulatie werpt vragen op over de significantie, representativiteit en extrapolatiebaarheid van de gevonden resultaten.

Daarnaast is er geen sprake van een controlegroep of longitudinaal aspect wat maakt dat het belang van deze onderzoeksopzet gelegen is in signaleren. Er is in deze studie voornamelijk niet gekeken of deze kinderen

ook op lange termijn onder controle van de JGZ zijn gebleven na ontslag uit de vrouwenopvang, dan wel weer uit beeld zijn geraakt. Aanvullende studies zijn van groot belang om uitspraken te kunnen doen over of het invoeren van deze werkwijze leidt tot een vroegtijdiger, sneller en betrouwbaarder vervolgtraject en uiteindelijk tot betere zorg voor deze kinderen. Ook de kosteneffectiviteit van deze aanpak binnen de vrouwenopvang en patiënttevredenheid zijn interessante thema's die aandacht verdienen. In de praktijk bleek het systematisch onderzoek tijdrovend voor zowel de moeders, het kind maar ook de betrokken kinderarts en kinderverpleegkundige. Afspraken zijn regelmatig afgezegd door de drukke agenda's en planning van de moeders, waardoor het soms lastig bleek te zijn om de kinderen binnen een week te zien. Op de lange termijn zou dit onderzoek kunnen leiden tot kostenbesparing, omdat problemen eerder gesignaleerd en (opnieuw) aangepakt worden en de kans op herhaling of het ontstaan van nieuwe problemen kan worden voorkomen door goede follow-up te initiëren.

In deze studie is er gezien de beschikbaarheid van een kinderarts en kinderverpleegkundige binnen XONAR voor gekozen deze het onderzoek als eerste te laten uitvoeren. Deze werkwijze zal binnen XONAR in de toekomst worden voortgezet. Om het proces naar aanleiding van de ervaringen van zowel moeders, kinderen als professionals verder te verbeteren en meer efficiënt te laten verlopen, zal op reguliere basis een evaluatiemoment plaatsvinden met alle betrokkenen inclusief de JGZ en worden getracht de werkwijze verder te optimaliseren. Het is niet duidelijk of elke vrouwenopvang in Nederland beschikt over een kinderarts of kinderverpleegkundige. Deze taak zou echter ook passen binnen de JGZ, op voorwaarde dat snelle en gegarandeerde inzet van de JGZ gerealiseerd kan worden na plaatsing van kinderen binnen een vrouwenopvang. Vanuit de JGZ zou vervolgens curatieve zorg kunnen worden ingeschakeld indien wenselijk.

Dankbetuiging Met dank aan alle moeders en kinderen die geïnccludeerd zijn in deze studie. Onze dank gaat in het bijzonder uit naar Karin Janssen, kinderverpleegkundige binnen XONAR Vrouwenopvang & Hulpverlening, voor haar inzet en expertise.

Conflict of interest A. Custers, L. Oosterwijk, P.J. Bijsterveld, B.M. Doove and D.M.C.B. van Zeben-van der Aa declare that they have no competing interests.

Literatuur

1. Jarvis KL, Gordon EE, Novaco RW. Psychological distress of children and mothers in domestic violence emergency shelters. *J Fam Violence*. 2005;20:389–402.
2. Tjen-A-Tak CH, Broek LM van den. Een wereld van verschil – 40 jaar vrouwenopvang in Nederland 1974–2014. Leiden: Vrouwenopvang Rosa Manus; 2014.
3. Wolf J, Jonker I. Maat en baat van de vrouwenopvang. Amsterdam: SWP; 2006.

4. Veen HJC van der, Bogaerts S. Huiselijk geweld in Nederland – Overkoepelend syntheserapport van het vangsthervangst, slachtoffer- en daderonderzoek 2007–2010. Den Haag: Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum – Ministerie van Justitie; 2010.
5. Commissie Stelsel Vrouwenopvang. Opvang 2.0 – Naar een toekomst bestendig opvangstelsel. 2010. https://www.huiselijkgeweld.nl/doc/beleid/Opvang_2_0_Advies_commissie_stelselherziening_VO_2010.pdf. Geraadpleegd op: 1 februari 2018.
6. Huijbregts V. Ruimte voor kinderen in de vrouwenopvang. Augeo magazine Online. 2016. http://www.augeomagazine.nl/nl/magazine/11566/814196/kinderen_in_vrouwenopvang_krijgen_eindelijk_ruimte.html. Geraadpleegd op: 1 februari 2018.
7. Federatie Opvang. Verbeterplan Vrouwenopvang – Naar passende, goede en snelle hulpverlening. 2008. Beschikbaar via URL: http://www.opvang.nl/files/VO_Verbeterplan_def_met_voorwoord.pdf. Geraadpleegd op: 1 februari 2018.
8. Dijkstra S, Verhoeven W. Kinderen en kinderwerk in de vrouwenopvang. Avans Hogeschool, Lectoraat vrouwenopvang en huiselijk geweld. 2010. <http://docplayer.nl/40272340-Kinderen-en-kinderwerk-in-de-vrouwenopvang.html>. Geraadpleegd op: 1 februari 2018.
9. Brilleslijper-Kater S, Beijersbergen M. Meer dan bed, bad, broodje pindakaas: Profiel, gezondheid, welzijn en begeleiding van kinderen in de vrouwenopvang en maatschappelijke opvang. Amsterdam: SWP; 2009.
10. Anda RF, Felitti VJ, Douglas Bremner J, et al. The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 2006;256:174–86.
11. Buckingham ET, Daniolos P. Longitudinal outcomes for victims of child abuse. Curr Psychiatry Rep. 2013;15:342v.
12. Howell KH, Barnes SE, Miller LE, Graham-Bermann SA. Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood. J Inj Violence Res. 2016;43:57.
13. Dijkstra S, Balogh L. Ontwikkeling van een kindmethodiek bij Blijf Groep Utrecht. Utrecht: Bureau Dijkstra; 2011.

A. Custers, kinderarts-fellowsociale pediatrie

L. Oosterwijk, geneeskundestudent

P.J. Bijsterveld, gedragswetenschapper

B.M. Doove, arts Maatschappij & Gezondheid, jeugdarts

D.M.C.B. van Zeven-van der Aa, kinderarts-sociale pediatrie