

Systematische review naar effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling.

Deel 1. Literatuurreview

Auteurs:

F. Öry
K. Kooijman
M. Landweer
F. van Leerdam

Inhoudsopgave

1. Inleiding.....	3
2. Leeswijzer.....	4
3. Inleiding over kindermishandeling.....	5
4. Kindermishandeling in de wereldliteratuur.....	6
4.1. Inleiding.....	6
4.2. Preventie.....	7
4.3. Overzicht van recente reviews over preventie van kindermishandeling.....	8
4.4. Beschrijving huisbezoekprogramma's.....	12
4.5. Conclusie uit recente reviews en bestaande huisbezoekprogramma's.....	13
5. Systematische review.....	15
5.1. Inleiding.....	15
5.2. Doel.....	15
5.3. Werkwijze.....	15
5.4. Korte samenvatting van de conclusies uit de beoordeelde onderzoeken.....	26
5.5. Voor- en nadelen van de gevolgde zoekstrategie.....	27
6. Analyse van de gevonden resultaten in de literatuursearch.....	29
6.1. Inleiding.....	29
6.2. Preventie.....	29
6.3. Theoretische inbedding van preventie van kindermishandeling.....	30
6.4. Risicofactoren.....	31
6.5. Interventies.....	35
7. Samenhang tussen preventie van kindermishandeling en preventie van criminaliteit.....	38
7.1. Is preventie mogelijk?.....	38
7.2. Een strategie voor preventief beleid.....	39
7.3. Een effectief preventiebeleid.....	41
7.4. Preventie voor wie?.....	43
7.5. Tot besluit.....	43
8. Randvoorwaarden voor een succesvol preventieprogramma.....	45
8.1. Inleiding.....	45
8.2. Discussie.....	47
9. Conclusies en aanbevelingen.....	52
Bijlage 1.....	53
Additionele literatuur:.....	54
Literatuur.....	55

1. Inleiding

TNO-PG heeft een methodiek voor de ontwikkeling van JGZ-standaarden gepubliceerd. De JGZ Adviesraad Standaarden (JAS), waarin de koepels van werkgevers in de JGZ, de beroepsgroepen in de JGZ, de opleidingsinstituten, het ministerie van VWS en de Inspectie Volksgezondheid zitting hebben, heeft besloten dat er een standaard of consensus kindermishandeling ontwikkeld moet worden. Dit onderwerp kwam in een steekproef onder JGZ beroepsbeoefenaren met overgrote meerderheid als prioriteit naar voren.

JGZ standaarden hebben ten doel het op uniforme wijze uitvoeren en toepassen van doeltreffende en doelmatige preventie-programma's, gebaseerd op (nieuwe) bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek. Als eerste stap voor het ontwikkelen van een standaard wordt een theoretische onderbouwing verkregen via literatuuronderzoek en een inventarisatie in het veld om die opsporings- en preventieactiviteiten te kunnen selecteren die gebaseerd zijn op 'evidence based public health' (zoals aangetoond doelmatig en doeltreffend). Dit rapport betreft de literatuurreview als voorwerk voor de ontwikkeling van een JGZ-Standaard of consensus kindermishandeling.

Het is natuurlijk niet gek dat de beroepsgroep heeft gekozen voor kindermishandeling als het onderwerp waar met spoed een standaard voor ontwikkeld moet worden. Het is een onderwerp dat een enorme impact heeft, in eerste instantie op het slachtoffer, maar vaak toch ook op de dader, op de omgeving en op de hulpverleners. Kindermishandeling is een van de onderwerpen waarvan duidelijk is dat de JGZ geen hoofdrol speelt (maar wel een belangrijke rol) en waarvan duidelijk is dat er sprake is van een ketenverantwoordelijkheid. Wil er iets verbeterd worden aan de situatie rond de preventie van kindermishandeling dan zal de hele keten aangepakt moeten worden. Toch is het goed om in eerste instantie van elk onderdeel van de keten afzonderlijk op te schrijven wat er in dat deel gebeurt en zou moeten gebeuren en wat de wetenschappelijke onderbouwing daarvoor is. Dit rapport hoopt een bijdrage te leveren aan de onderbouwing van het JGZ-deel van die keten.

2. Leeswijzer

Na een algemene uiteenzetting over kindermishandeling in hoofdstuk 3 volgt een beschrijving van bestaande programma's (met een specifieke subparagraaf over huisbezoekprogramma's) ter preventie van kindermishandeling zoals die beschreven zijn in de internationale literatuur.

In hoofdstuk 5 wordt beschreven hoe de daadwerkelijke systematische review is aangepakt en uitgevoerd en wat de gevonden resultaten van die review zijn. De gevonden resultaten worden vervolgens besproken en geanalyseerd in hoofdstuk 6.

In hoofdstuk 7 wordt de samenhang tussen de preventie van kindermishandeling en de preventie van criminaliteit belicht.

Dit alles leidt tot het vaststellen van randvoorwaarden waar een effectief interventieprogramma voor de preventie van kindermishandeling in de Nederlandse situatie aan zou moeten voldoen. Dit wordt beschreven in hoofdstuk 8.

De conclusies en aanbevelingen van dit deel van het project zijn uiteindelijk in hoofdstuk 9 beschreven en vanaf blz. 64 zijn de gevonden en gebruikte literatuurreferenties terug te vinden.

3. Inleiding over kindermishandeling

De definitie van kindermishandeling volgens de Wet op de Jeugdhulpverlening van april 2000 luidt: Elke vorm van voor de minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard, die de ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een afhankelijkheidsrelatie staat, actief of passief, opdringen waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek letsel of psychische stoornis.

Kindermishandeling is een ernstig, omvangrijk en kostbaar probleem voor de volksgezondheid en de maatschappij als geheel. Schattingen van het aantal gevallen van kindermishandeling in Nederland variëren van 50.000 tot 80.000 per jaar. De gevolgen van kindermishandeling zijn ernstig. De slachtoffers houden veelal ook in hun latere leven tal van lichamelijke, psychische en sociale problemen. Jaarlijks overlijden er in Nederland gemiddeld 50 kinderen. De gevolgen van kindermishandeling leggen een groot beslag op de medische en psychosociale hulpverlening en andere collectieve voorzieningen zoals speciaal onderwijs, uitkeringen voor arbeidsongeschiktheid en verschillende justitiële voorzieningen (WHO, 1999). Uit diverse onderzoeken in binnen- en buitenland blijkt dat hulpverlening na kindermishandeling, hoe noodzakelijk ook, vaak beperkt effectief en kostbaar is (Daro, 1988), (Irazusta et al, 1997), (Roelofs, 1996). Er komen steeds meer aanwijzingen dat (primaire) preventie, onder bepaalde voorwaarden, effectief en relatief goedkoop kan zijn (Baartman, 1996), (Kooijman, 2000).

Preventie van kindermishandeling is een samenhangend en veelomvattend systeem van activiteiten gericht op diverse factoren, waarvan het opvoedend handelen van de ouders een belangrijke, maar niet de enige factor is. Het gaat om het onderkennen van signalen van risicosituaties die kunnen uitmonden in kindermishandeling of verwaarlozing, bespreken van zorgen met ouders, bieden van ondersteuning aan risicogezinnen en eventueel begeleiden en verwijzen naar verdere hulp. Daarnaast gaat het om een beleid en aanbod voor de doelgroep als geheel of groepen met verhoogde risicocumulaties in het bijzonder.

4. Kindermishandeling in de wereldliteratuur

4.1. Inleiding

Nadat Silverman in 1953 in de Verenigde Staten afwijkingen op röntgen foto's toeschreef aan kindermishandeling (KM) plaatsten Kempe et al. in 1962 dit onderwerp definitief op de agenda met hun geruchtmakende artikel "The Battered Child Syndrome" (Silverman, 1953; Kempe et al, 1962). Aanvankelijk kreeg het onderwerp vooral in de Verenigde Staten veel aandacht omdat het daar al langer als een groot probleem werd ervaren. Bethea vat de cijfers als volgt samen: "Tussen 1985 en 1993 was er in de VS 50% toename van het aantal gerapporteerde gevallen van kindermishandeling. Elk jaar worden er in de VS 3 miljoen gevallen van KM gerapporteerd waarvan 35% inderdaad wordt bevestigd na onderzoek¹. Tussen de duizend en tweeduizend kinderen sterven jaarlijks aan de gevolgen van KM. 80% van de mishandelde kinderen is jonger dan 5 jaar en 40% jonger dan 1 jaar. Doodslag is in de V.S. de vierde belangrijkste doodsoorzaak bij kinderen tussen de 1 en 4 jaar en de derde belangrijkste doodsoorzaak bij kinderen tussen de 5 en 14 jaar. 98% van de gevallen van KM vindt thuis plaats, slechts 2% in crèches of in pleeggezinnen" (Bethea, 1999).

In de VS werden tot nu toe drie rapporten gepubliceerd over het aantal nieuwe gevallen van kindermishandeling per jaar (incidence surveys). In tabel 1 zijn de resultaten van deze rapporten samengevat. Volgens de Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect in Canada werd mishandeling bij 21 van de 1000 kinderen gerapporteerd. Bij 27% van deze aangiften werd mishandeling ook aangetoond (MacLeod et al, 2000). In een survey van MacMillan et al. onder 10.000 gezinnen gaf 31.2% van de mannelijke en 21.1% van de vrouwelijke respondenten aan, mishandeld te zijn gedurende hun kindertijd.

¹ Sedlak AJ & Broadhurst DD baseren een getal van jaarlijks 1 miljoen mishandelde kinderen in de VS op de Third National Incidence Study of Child Abuse and neglect: Final Report 1996 Washington DC US Dept. of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and neglect 1996 terwijl Williams-Burgess et al. in 1995 een getal van jaarlijks 1,5 miljoen mishandelde kinderen op dezelfde bron (center for Child Abuse and Neglect) baseren.

Tabel 4.1: Samenvatting van de resultaten van de National Incidence Study of Child Abuse and Neglect 1980, 1986 en 1993

Soort mishandeling	NIS-3* (1993)	NIS-2 (1986)	NIS-1 (1980)
Mishandeling	5.7**	4.3	3.1
Lichamelijk	(381.700)	(269.700)	(199.100)
Emotioneel	3.0	2.5	2.1
	(204.500)	(155.200)	(132.700)
Verwaarlozing	5.0	2.7	1.6
Lichamelijk	(338.900)	(167.800)	(103.600)
Emotioneel	3.2	0.8	0.9
	(212.800)	(49.200)	(56.900)

* NIS = National Incidence Study of Child Abuse and Neglect

** Opmerking: Incidentie (aantal nieuwe gevallen per jaar) van mishandeling per 1.000 kinderen. Absolute aantallen tussen haakjes (Kaplan et al. 1999).

In bijlage 1 staan de definities van kindermishandeling en verwaarlozing zoals die in de Verenigde Staten worden gehanteerd.

De Wereldgezondheidsorganisatie WHO schat op grond van recent onderzoek dat wereldwijd 40 miljoen kinderen in de leeftijd van 0-14 jaar mishandeld en verwaarloosd worden en daarom extra sociale steun nodig hebben. Studies uitgevoerd in 19 landen rapporteren prevalentiecijfers van seksueel misbruik variërend van 7 tot 34% voor meisjes en van 3 tot 29% voor jongens. Op grond van dit onderzoek doet de WHO de volgende aanbevelingen:

- het ontwikkelen van een wereldwijd databestand over kindermishandeling
- het met elkaar delen van interventies en "best-practices"
- voortdurende evaluatie en onderzoek op het gebied van preventie
- het ontwikkelen van nationale programma's voor preventie en het bieden van sociale steun aan kinderen en gezinnen (McMenemy, 1999)
-

4.2. Preventie

Behandeling van mishandelde kinderen of behandeling van de daders om recidieven te voorkomen, bleken niet succesvol (Daro, 1999). Mede daarom en naar aanleiding van een rapport van de Senaat in de VS: "Child Abuse Prevention and Treatment and Adoption Reform Amendments of 1983" zijn sinds het begin van de jaren tachtig pogingen ondernomen om kindermishandeling primair te voorkomen (Daro, 1999).

David Olds beschreef in 1986 dat de eerste vier "controlled trials" op het gebied van preventie van kindermishandeling géén resultaten hadden opgeleverd. Maar hij concludeerde ook: "It is evident that a variety of problems with research and program design make it difficult to interpret the earlier work in abuse and neglect prevention" (Olds, 1998). Barth meldt: in 85% van de door Helfer beoordeelde artikelen werd niet nagegaan of het programma daadwerkelijk kindermishandeling verminderde. Barth besluit met: "The evidence is little more telling now" (Barth, 1986).

Dit sombere beeld veranderde door het baanbrekend werk van David Olds et al. die een groot en zorgvuldig opgezet programma voor huisbezoek begonnen in Elmira in de VS.

Vanaf het begin van de negentiger jaren is een aantal review artikelen verschenen die een goed beeld geven van de lopende preventieprogramma's. De belangrijkste conclusies uit deze reviews worden in 5.3 kort samengevat.

In dit rapport wordt niet diep ingegaan op preventieprogramma's voor seksueel misbruik. In ons onderzoek vonden wij géén effectieve interventies, rekening houdend met de eisen van een randomized controlled trial waarbij kindermishandeling een uitkomstmaat is. Wel zullen in de tekst enkele review artikelen worden besproken over seksueel misbruik. Ook zal dit onderwerp hier en daar terloops worden aangestipt indien het een additioneel licht werpt op het in de tekst behandelde probleem.

4.3. Overzicht van recente reviews over preventie van kindermishandeling

Belangrijke reviews over kindermishandeling zijn gepubliceerd door MacMillan (1994), Roberts (1996), Guterman (1999) en Kendrick (2000). Reviews over seksueel misbruik zijn geschreven door Wurtele (1987), Derrick en Barth (1992), MacMillan (1994) en Rispiens (1998).

MacMillan et al. zochten voor de periode januari 1979 tot mei 1993 in Medline, Eric, Psycinfo, Criminal Justice Periodical Index en Child Abuse and Neglect voor kinderen tot en met 18 jaar op publicaties over primaire preventie van kindermishandeling met als uitkomstmaat KM of een uitkomstmaat die geassocieerd was met KM. Van de 1522 onderzochte publicaties voldeden er 33 aan hun selectie-eis van een "controlled trial". Na een eerste kritische beoordeling werden nog 19 studies uit hun onderzoek verwijderd wegens methodologische onvolkomenheden en 3 onderzoeken die MacMillan et al. in een andere review hadden opgenomen omdat deze over seksuele mishandeling gingen. De overgebleven 11 onderzoeken werden volgens criteria van Chalmers et al. beoordeeld.

De interventies varieerden van huisbezoek, tot huisbezoek met begeleiding door een kinderarts, het trainen van ouders, een "drop-in centre" waar men op elk gewenst tijdstip aan kon kloppen, vrije toegang tot gezondheidszorg en een verlengde duur van het contact na de geboorte (extended postpartum contact). In sommige onderzoeken werd een mix van interventies geboden.

Het onderzoek van Olds uit 1986 bleek methodologisch het sterkste te zijn. Het onderzoek van Hardy en Streett en het onderzoek van Barth kwamen als tweede uit de bus. Het onderzoek van Olds en het onderzoek van Hardy en Streett betroffen beide huisbezoek en beide rapporteerden positieve resultaten van de interventies op het aantal geverifieerde aangiften van KM. Barth rapporteerde géén effect van de interventies op het aantal aangiften van KM. Drie andere trials die huisbezoek betroffen, vermeldde minder positieve resultaten. Ook andere interventies, zoals verlengd contact gedurende de kraamperiode, een drop-in centrum en het trainen van ouders leken KM niet te kunnen voorkomen.

In de discussie van hun review bespreken MacMillan et al. de nadelen van het opnemen van de zogenaamde "proxy" variabelen als uitkomstmaat voor KM (variabelen, wellicht geassocieerd met KM maar waarbij het rechtstreekse verband tussen de variabele en KM nog niet is aangetoond): "Terwijl verbetering van de opvoedcapaciteit van ouders een belangrijk doelstelling is, moet men voorzichtig zijn met het concluderen dat verbeterde opvoedcapaciteit van de ouders rechtstreeks tot reductie van kindermishandeling zal leiden". Tevens merken MacMillan et al. op dat nader onderzocht moet worden welke aspecten van de vele soorten huisbezoek interventies het meest effectief zijn om kindermishandeling te voorkomen. Ook in Nederland zal nader moeten worden onderzocht welke variabelen nu als de meest zinvolle "proxy" variabelen zouden (kunnen) gelden.

Roberts et al. publiceerden in 1996 een meta analyse en onderzochten voor de periode januari 1966 tot april 1995 Medline; voor de periode januari 1975 tot april 1995 Embase en daarnaast nog de social science citation index. Bovendien zochten zij alle volumes met de hand door van het Journal of Child Abuse and Neglect van 1977 tot en met 1995. De gevonden studies werden gescoord aan de hand van de criteria van Prendiville. Zij namen studies in hun review op indien het gerandomiseerde gecontroleerde onderzoeken betrof, indien het ging om één of meer huisbezoek na de geboorte en indien KM of verwonding als uitkomstmaat was opgenomen. Zij vonden 33 studies. Slechts 11 van deze studies hadden KM of verwondingen als uitkomstmaat. Één van deze studies was alleen in de vorm van een abstract beschikbaar en werd niet opgenomen in de review. Door het persoonlijk benaderen van alle auteurs die resultaten van gerandomiseerde trials hadden gepubliceerd maar die géén KM of verwondingen als uitkomstmaat hadden, werd toch nog één geschikt onderzoek gevonden. Tenslotte bleven 11 onderzoeken over voor analyse. Roberts et al verrichtten een meta-analyse op de resultaten en vonden een significant preventief effect van huisbezoek als preventieve interventie voor verwondingen bij kinderen, maar niet voor KM. De auteurs geven echter aan dat vertekening van de resultaten door het niet publiceren van negatieve uitkomsten (géén effect van huisbezoek op het voorkómen van KM ofwel publication bias) een serieus probleem is bij interpretatie van de resultaten van studies naar het preventief effect van huisbezoek. Ook vermelden zij, evenals MacMillan et al. dat er veel soorten huisbezoekprogramma's bestaan en dat er nader onderzoek verricht zal moeten worden naar het effect van het soort hulpverlener in huisbezoekprogramma's (beroepskrachten of leken) en naar het effect van selectie van deelnemers.

Guterman publiceerde in 1999 een meta-analyse van huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling. Hij zocht publicaties van de periode van 1979 tot en met 1999 (in zijn artikel is de exacte periode helaas niet vermeld) in Medline, Psychological Abstracts, Social Work Research and Abstracts, Sociological Abstracts, ERIC, Uncover, and CAnNet of the National Clearinghouse on Child Abuse and Neglect. Van relevante publicaties werd nog een keer de literatuurlijst doorzocht voor nog meer relevante publicaties en tenslotte werden van recente review artikelen ook nog eens de literatuurlijsten doorgekeken (sneeuwbalmethode).

Hij identificeerde 19 publicaties die hij opnam in zijn meta-analyse. In zijn analyse lag de nadruk op de methode van selectie van deelnemers aan het programma. Één van de meest gecompliceerde en controversiële variaties in programma's betreft wat beter is: programma's universeel, dus aan iedereen, aanbieden of de interventies beperken tot een doelgroep die gekozen is op grond van bepaalde kenmerken. Drie factoren spelen hierbij een rol:

- kosten-baten analyse (cost efficiency)
- mogelijke stigmatisering van deelnemers
- de "beklijfbaarheid" van het programma ofwel de mogelijkheid om lang door te gaan met het programma (sustainability)

Guterman onderscheidt voor het selecteren van de deelnemers 4 methoden:

1. Programma's zonder screening waarbij deelnemers gebruik maken van algemene gezondheidsdiensten, zoals ziekenhuizen die zich in een bepaalde gemeenschap bevinden.
2. Programma's die uitsluitend gebruik maken van indicatoren die uitgaan van bepaalde populaties of demografische kenmerken van doelgroepen die gebruik maken van algemene diensten. Bijvoorbeeld: leeftijd (tieners), het krijgen van eerste kind (primipara), of behoren tot een lage sociaal-economische klasse.
3. Programma's die actief gezinnen die gebruik maken van algemene diensten, screenen met checklisten die de aan- of afwezigheid van bepaalde kenmerken, wijzend op een psychosociaal risico op het individuele niveau, aangeven. Bijvoorbeeld: het gebruik van drugs of een geestelijke aandoening.
4. Programma's die potentiële deelnemers met een psychosociale onderzoekslijst screenen op factoren op individueel niveau om zo gezinnen te kunnen identificeren met zogenaamde "hoog-risico" profielen.

In zijn meta-analyse splitste hij de publicaties in twee groepen. Één groep bevatte publicaties over programma's die als selectie criterium indicatoren hanteerden, uitgaande van populaties of demografische kenmerken en de andere groep gebruikte screening als selectie criterium. Guterman vond op grond van zijn meta-analyse in beide groepen aanwijzingen voor een positief effect van de preventieve interventies op kindermishandeling. De effecten waren echter beduidend groter voor de eerste groep. Hoewel het om slechts 19 artikelen ging, betrof de totale onderzoeksgroep 4.200 gezinnen. Guterman benadrukt dat duidelijk positieve effecten van preventieprogramma's bijna allemaal behoren tot de eerste groep. Zo rapporteert Caruso in zijn artikel over een zes jarige follow-up van een programma 0% KM in de interventiegroep tegenover 14.3% in de controlegroep (Caruso, 1989). Olds et al. rapporteren in een twee jarige follow-up van ongehuwde tienermoeders 4% bevestigde KM in de interventiegroep tegenover 19% in de controlegroep (Olds et al, 1986).

Barth et al. geven als aanvullend probleem voor screening de aarzeling van beroepskrachten aan. Het afnemen en invullen van screeningslijsten is tijdrovend en er wordt bovendien vaak een schriftelijke toestemming van de deelnemers vereist voordat een screeningslijst kan worden afgenomen (Barth et al, 1986).

Guterman geeft verder aan dat screening tussen de 13% en 26% vals-positieven geeft (gezinnen die als hoog risico voor KM worden aangemerkt maar die hun kinderen niet mishandelen) en tussen de 14% en 63% vals-negatieven (gezinnen die niet als zodanig worden aangemerkt maar die toch hun kinderen mishandelen). Met een relatief simpel rekenvoorbeeld kan dit probleem duidelijk gemaakt worden:

Veronderstel dat van 1000 ouders 5% mishandelen (50) en 950 niet. Bij een 95% betrouwbaarheid van wel en niet identificeren worden 47 van de 50 mishandelende ouders ontdekt (95% van 50) en 48 (5% van 950) onterecht als mishandelende ouders aangemerkt. De helft van de ouders wordt dus onterecht geclassificeerd als mishandelende ouder. Uit dit voorbeeld blijkt dat het haast onmogelijk is om met een test een goede voorspelling te doen bij een onderwerp dat in lage frequentie voorkomt, zelfs bij redelijk goede testeigenschappen.

Guterman geeft de aanbeveling om meer onderzoek te doen naar de manier waarop programma's het beste kunnen aansluiten bij de behoefte van gezinnen aan verschillende diensten. Hij beveelt verder aan om deelnemers te selecteren op grond van populatie gebaseerde factoren, zoals bijvoorbeeld tienerzwangerschap en om programma's dan uit te voeren in gebieden waar veel van de gezinnen die voldoen aan de populatie- en demografische karakteristieken wonen. Van de 7 door Guterman beoordeelde onderzoeken die KM als uitkomstmaat hadden, voldeden er slechts twee aan de inclusiecriteria voor dit rapport (zie hoofdstuk 5.3.2).

Kendrick et al. publiceerden in 2000 een systematische review en meta-analyse over huisbezoek programma's waarbij verbeterd "ouderschap" (parenting) en niet kindermishandeling per sé centraal stond. (Zij doorzochten voor de periode 1966 tot juli 1996 Medline, van 1982 tot juli 1996 Cinahl, van 1980 tot Oktober 1996 Embase en de Cochrane Library met als zoekstrategie de termen huisbezoek, randomized controlled trial cq. evaluation, resultaat (outcome) en effectiveness.) Als inclusiecriteria hanteerden zij gerandomiseerde trials met een controle groep die als interventie huisbezoek hadden gebruikt, waarbij tenminste één huisbezoek na de geboorte was vereist. Als bijkomende criteria werd vereist dat het huisbezoek taken inhield dat ook personeel in het Verenigd Koninkrijk zou kunnen uitvoeren en de resultaten van de interventies moesten relevant zijn voor het huisbezoeksysteem in het Verenigd Koninkrijk.

Kendrick et al. vonden 1218 referenties. 102 studies voldeden aan de inclusiecriteria en 34 studies daarvan rapporteerden uitkomstmaten die gerelateerd waren aan ouderschap (parenting) en de kwaliteit van de huiselijke omgeving. Kendrick et al. concluderen dat wat betreft het verbeteren van de huiselijke omgeving de onderzochte interventies effectief waren, gemeten naar een verbeterde uitkomst op de HOME observatie en vragenlijst en ook op andere schalen. Onderzoekers die hun populatie langer dan twee jaar vervolgden,

rapporteerden geringere effecten van hun interventies dan onderzoekers die de deelnemers tot twee jaar na de interventie volgden. Zij slaagden er niet in om het meest effectieve onderdeel van een huisbezoekprogramma af te zonderen. Als reden voerden zij aan dat de meeste programma's géén theoretische achtergrond gaven voor de opzet van hun programma en dat de meeste programma's bestonden uit een mengsel van allerlei acties zoals onderwijs, training, emotionele en sociale steun, concrete hulp zoals transport naar de diensten, toename in formele en non-formele steun en hulp bij het vinden van de benodigde diensten. Het bleek dus niet mogelijk het effect van afzonderlijke programma onderdelen apart te meten. Slechts vier van de 34 studies hadden betrekking op huisbezoek in het Verenigd Koninkrijk. Kendrick et al. konden dan ook de resultaten van hun review niet extrapoleren naar de situatie in het Verenigd Koninkrijk. Zij bevelen aan om het effect van huisbezoek door leken te vergelijken met die door beroepskrachten en om nader onderzoek te doen naar de mogelijkheden om interventies aan bepaalde doelgroepen aan te bieden in plaats van een programma universeel uit te voeren. Tenslotte vestigen zij er de aandacht op dat gezinnen met een verhoogd risico waarbij het ouderschap tekort schiet behoefte hebben aan concrete, materiële hulp. Interventies gericht op het verbeteren van ouderlijke capaciteit om kinderen groot te brengen zou onderdeel moeten vormen van een algemene preventiestrategie om de gezondheid van kinderen te beschermen en te bevorderen.

Wurtele et al. publiceerden in 1987 een review over preventieprogramma's tegen seksueel misbruik op scholen. Van 11 programma's hadden er slechts 5 een gerandomiseerd design (Wurtele, 1987).

Derrick en Barth vonden in 1992 dat slechts 13 onderzoeken van de meer dan 30 die zij beoordeeld hadden voldeden aan hun methodologische criteria (Derrick & Barth, 1992).

Zowel in de overzichten van Wurtele als van Derrick en Barth had geen enkele studie KM als uitkomstmaat en daarom zullen hun overzichten hier niet verder worden besproken.

MacMillan et al. publiceerden in 1994 een review over preventie van seksueel misbruik. (De werkwijze zoals toegepast door MacMillan et al. werden reeds hierboven beschreven.) Over seksueel misbruik vonden zij 19 publicaties die aan de methodologische eisen voldeden. Van deze 19 studies waren er 14 gerandomiseerd. De programma's werden universeel, dus aan "iedereen" aangeboden. Alle interventies betroffen training van de kinderen, soms ook van de ouders en van de leerkrachten waarbij acht verschillende interventies zoals voorlichtingsles, film, video, theater en gedragstraining voorkwamen. Als uitkomstmaten werden zogenaamde "proxy"-variabelen zoals toegenomen basale kennis van preventieve concepten, toegenomen vaardigheden van kinderen om hypothetische voorbeeldsituaties (vignettes) te herkennen, gedrag van kinderen als reactie op simulaties en tenslotte het door de kinderen openbaar maken van seksueel misbruik gehanteerd. De follow-up periode besloeg meestal slechts enkele weken tot enkele maanden na de interventie waarbij meestal alleen de experimentele groep werd gevolgd omdat de onderzoekers de interventies na een korte tijd ook aan de controlegroepen aanboden omdat zij het onethisch achtten de interventies aan de controlegroep te onthouden. Indien er toch een controlegroep overbleef dan bleken de verschillen tussen de interventie- en controle groep met het verstrijken van de tijd bij de meerderheid van de onderzochte kinderen te verdwijnen.

MacMillan et al. geven aan dat veel onderzoekers eigen methoden voor het meten van succes hadden ontwikkeld zodat het samenvoegen van resultaten niet mogelijk was. Uitspraken over de effectiviteit van een interventie baseren MacMillan et al. op de kwaliteit van elk onderzoek afzonderlijk en op de validiteit van de onderzoeksmethode als geheel. In het algemeen nam de kennis van kinderen over seksueel misbruik toe, evenals hun vaardigheid om "ongewenste aanraking" te herkennen. Slechts in twee onderzoeken werd het openbaar maken van seksueel misbruik door kinderen gemeten maar deze twee onderzoeken waren niet gerandomiseerd van opzet.

Naast de mogelijk verworven kennis en vaardigheden rapporteren ouders en leerkrachten ook mogelijke negatieve effecten bij de kinderen, zoals toegenomen angst.

MacMillan et al. concluderen dat er in geen enkel onderzoek preventie van seksueel misbruik werd bewezen. Één van de problemen die MacMillan et al. signaleren is het vaststellen op welk leeftijd dergelijke programma's moeten aanvangen. De meeste onderzoekers delen de mening dat kinderen vanaf de leeftijd van 6 jaar méér leren van dergelijke programma's dan jongere kinderen (MacMillan, 1994).

Rispens et al. publiceerden in 1997 een meta-analyse over schoolprogramma's die gericht zijn op het voorkomen van seksueel misbruik. Zij gingen uit van de studie van MacMillan et al. uit 1994 waarbij zij die studie bijwerkten voor de periode januari 1993 tot maart 1996 met de zoekterm 'child sexual abuse prevention'. Rispens et al. "corrigeerden" voor publicatie bias (het niet publiceren van onderzoek zonder een aantoonbaar effect). Zij vonden zes studies, waarvan er slechts één voldeed aan de inclusie criteria voor hun meta-analyse, namelijk een studie opzet (design) met een interventie- en controlegroep, voldoende gegevens voor het berekenen van de grootte van het effect (effect size) zodat gemiddelden, standaard deviaties (SD's), waarden of exacte F waarden en relevante gemiddelden waren gepubliceerd en tenslotte afhankelijke variabelen die tenminste kennis van de kinderen over concepten zoals misbruik en toename van vaardigheden inhielden. Voor het overige hanteerden Rispens et al. dezelfde kwaliteitscriteria als MacMillan et al.

Rispens et al. vonden aanzienlijke effecten (effect-size) tussen de experimentele en controle groepen onmiddellijk na de interventies. Kinderen leren inderdaad over mishandeling en zij leren ook vaardigheden. Dit gaat ook op voor jonge kinderen, zelfs voor kinderen die jonger zijn dan 5 jaar. De meta-analyse van Rispens et al. bevestigen de conclusies van MacMillan et al. uit 1994. Resultaten bij follow-up zijn kleiner dan onmiddellijk na de interventie, maar het effect is nog zeker aantoonbaar. Programma's die expliciet zelfbescherming in hun training hadden opgenomen waren effectiever dan programma's zonder dergelijke training. Ook de interventieduur is van belang: interventies met voldoende tijd voor training van vaardigheden zijn effectiever. Omdat het effect met het verstrijken van de tijd vermindert, adviseren Rispens et al. om de interventies met tussenpozen te herhalen.

Vrijwel alle programma's ter voorkóming van seksueel misbruik zijn schoolprogramma's, gericht op kinderen en soms op leerkrachten en ouders. Huisbezoek programma's ter preventie van fysieke en emotionele kindermishandeling zijn vrijwel altijd gericht op de ouders.

4.4. Beschrijving huisbezoekprogramma's

Nurse Home Visitation Program.

Het Nurse Home Visitation Program heeft tot doel het bevorderen van de gezondheid en ontwikkeling van kinderen in kwetsbare gezinnen. Door middel van huisbezoeken wordt ondersteuning aangeboden aan (aanstaande) moeders met een eerste kind.

Het programma is gebaseerd op 3 theorieën: de human ecology-theorie, de self-efficacy-theorie en de attachment-theorie. Het programma richt zich met name op vrouwen met een laag inkomen, alleenstaand en/of jonger dan 19 jaar.

Het programma bestaat uit ongeveer 9 prenatale huisbezoeken en ongeveer 23 huisbezoeken in de eerste twee levensjaren van het kind. De protocollen per bezoek zijn gebaseerd op verwachtingen over uitdagingen die ouders in iedere fase van de zwangerschap en in de eerste levensjaren van het kind tegenkomen. Verder worden in verschillende fasen metingen gedaan van moeder-, kind- en gezinsfunctioneren, die resulteren in specifieke interventies. Op die manier hoopt men tegemoet te komen aan (potentiële) individuele of specifieke problemen.

Hawaiï Healthy Start Program.

Het doel van het Hawaiï Healthy Start Program is ten eerste het voorkomen van kindermishandeling en verwaarlozing en ten tweede het verbeteren van de gezondheid en ontwikkeling van de baby vanaf de geboorte. Het Hawaiï Healthy Start Program biedt ondersteuning aan moeders van pasgeboren kinderen uit risicogezinnen. Om te bepalen wat risicogezinnen zijn worden de medische dossiers van pas bevallen moeders onderzocht op vijftien risicofactoren met betrekking tot kindermishandeling en -verwaarlozing. Het programma is gebaseerd op werk van Henry Kempe (Gray, Cutler et al, 1979) en van Fraiberg (1980). Tijdens de huisbezoeken worden educatie en ondersteuning geboden.

Project SafeCare.

SafeCare is bedoeld voor reeds mishandelende ouders én risico-ouders, niet voor aanstaande ouders. Het doel van het programma is preventie van kindermishandeling en -verwaarlozing en terugdringen van recidieven. Dit doel moet bereikt worden door verbeteringen op het terrein van de gezondheidszorg van het kind, de veiligheid van het kind, de veiligheid van het kind in huis en de mate van hechting tussen ouder en kind.

Healthy Families America.

Het programma is bedoeld voor ouders die een grotere kans op opvoedingsproblemen hebben, zoals mishandeling en verwaarlozing. Alle gezinnen, binnen de gemeenschap waarop een programma gericht is, worden onderzocht op deze risico's en zo nodig uitgenodigd om deel te nemen aan het programma. Het doel van Healthy Families America is 1) positief ouderschap bevorderen en 2) kindermishandeling en verwaarlozing voorkomen. Healthy Families America is gebaseerd op het ecologisch model, de sociale leertheorie en de attachment theorie.

Samenvatting van de resultaten van de home visitation-programma's:

De bijdrage van de home visitation-programma's aan de preventie van (fysieke) kindermishandeling en -verwaarlozing wordt in het rapport "Kindermishandeling voorkomen door gezinnen te steunen"(.....,) als volgt samengevat:

- De effecten voor de reductie van gemelde / geverifieerde kindermishandeling verschillen per programma: van significant tot weliswaar positief, maar (vooralsnog) niet-significant.
- Alle programma's hebben diverse positieve effecten kunnen aantonen op aan kindermishandeling gerelateerde uitkomstmaten, zoals het opvoedkundig handelen en welbevinden van moeders, en de gezondheid en ontwikkeling van kinderen.

4.5. Conclusie uit recente reviews en bestaande huisbezoekprogramma's.

Mede op grond van positieve resultaten van Olds et al. (1986) en van het Hawaii Healthy Start Program (Breaky and Pratt, 1991) heeft in 1991 de US Advisory Board on Child Abuse and Neglect de ontwikkeling van een nationaal huisbezoekprogramma aanbevolen (US Advisory Board on Child Abuse and Neglect 1991). Het jaar daarop lanceerde het National Committee to Prevent Child Abuse het "Healthy Families America" programma dat gebaseerd was op het Hawaii Healthy Start programma. Healthy Families America is een huisbezoek programma bedoeld voor gemeenschappen verspreid over de gehele Verenigde Staten. Dit resulteerde samen met vele lokale initiatieven in 221 programma's voor huisbezoek in 36 staten en in het District Columbia, een tienvoudige toename over een periode van 5 jaar (Daro & Bond, 1997). Een dergelijk omvangrijke schaal waarop huisbezoekprogramma's worden geïmplementeerd stelt onderzoekers in staat om programma's met "best practices" te onderscheiden van ineffectieve programma's. In 1990 had de US Advisory Board on Child Abuse and Neglect een aanbeveling overgenomen dat de federale regering de ontwikkeling van programma's via de universele aanpak in plaats van via de doelgroep benadering zou ondersteunen. Het Healthy Start

programma screent gezinnen "universeel" op hoge risicofactoren in algemene (gezondheids)diensten en biedt vervolgens de interventies alleen aan gezinnen aan die een verhoogd psychosociaal risico lopen.

5. Systematische review

5.1. Inleiding

Bij dit systematische literatuuronderzoek is oorspronkelijk gekozen voor een systematische review volgens de principes van de Cochrane Collaboration Group "Evidence Based Medicine" (Dickersin, 1994). Verreweg de meeste onderwerpen bij de Cochrane Collaboration betreffen klinische trials onder experimentele condities. Om het effect van preventieprogramma's voor kindermishandeling via de uitkomstmaat kindermishandeling aan te tonen zijn grote groepen nodig. Bovendien is het ontwerpen van strikt experimentele designs waarbij de controlegroep alleen op één aspect, namelijk de interventie, verschilt van de experimentele groep, bijzonder moeilijk te verwezenlijken. Tenslotte vereist het onderwerp een lange follow-up om een eventueel "uitdoof effect" uit te kunnen sluiten en het jarenlang vervolgen van dezelfde groep mensen houdt altijd het gevaar in van een grote uitval door verhuizing en weigering. Al deze redenen dragen ertoe bij dat er slechts een klein aantal onderzoeken over blijft die voldoen aan de strenge voorwaarden zoals vereist door de Cochrane Collaboration Group "Evidence Based Medicine".

Bij de selectie van artikelen en de beoordeling van de literatuur volgden we in grote lijnen de aanbevelingen van de Cochrane Collaboration Group:

1. Formulering van de zoekvraag naar literatuur
2. Controle op selectie van deelnemers
3. Controle op selectie van interventies
4. Controle op selectie van uitkomstmaten
5. Controle op selectie van studie design

In hoofdstuk 6.3. wordt de werkwijze waarop in de diverse databases werd gezocht, uitgelegd. Om een goed onderbouwde conclusie te kunnen trekken werden conform de aanbeveling van de Cochrane Collaboration Group in deze review alleen Randomized Controlled Trials (RCT's) opgenomen. De overgrote meerderheid van onderzoeken aangaande kindermishandeling (inclusief de meeste RCT's) voldoen echter niet aan de eisen van "evidence based medicine en niet aan alle vereiste experimentele condities volgens de richtlijnen van de Cochrane Collaboration Group. Een nadere specificatie van de methodologische eisen staat in hoofdstuk 6.3.4.

5.2. Doel

Het doel van deze systematische review is:

1. Het selecteren van artikelen over preventie van kindermishandeling, die voldoen aan onderstaande criteria.
2. Het kritisch beoordelen van deze artikelen om interventies te selecteren die bewezen effectief zijn wat betreft het voorkómen van kindermishandeling.

Deze review dient als voorstudie voor het ontwerpen van een JGZ-standaard of -consensus kindermishandeling.

5.3. Werkwijze

Bij een systematische review volgens de richtlijnen van de Cochrane Collaboration Group worden de volgende stappen doorlopen²:

1. Formulering van de zoekvraag voor literatuur.
2. Selectie op deelnemers
3. Selectie op interventies
4. Selectie op uitkomsten
5. Selectie op studie design

5.3.1. Zoektermen

Eerst werd voor de periode 1 januari 1985 tot en met 31 december 1999 MEDLINE op CD-rom volgens de onderstaande zoektermen doorzocht.

1. Child-Abuse
2. Primary-Prevention
3. Parent-Child-Relations
4. Child-Psychology
5. Adolescent-Psychology
6. Preventive-Psychiatry
7. Community-Psychiatry
8. Personality-Development

Vervolgens werden de termen 2 t/m 8 met de 1e term gecombineerd. Hierdoor ontstonden zeven nieuwe zoektermen die vervolgens alle zeven werden ingedeeld volgens de volgende publicatie soorten:

1. Randomized-Controlled-Trial
2. Review
3. Meta-Analysis
4. Controlled-Clinical-Trial

De resultaten van deze zoekactie werden bekeken en beoordeeld op bruikbaarheid.

PSYCHLIT.

Voor PSYCHLIT werd een nieuwe zoekstrategie geformuleerd met de volgende termen:

1. Child-Abuse
2. Child-Abuse-Reporting
3. Pedophilia-
4. Child-Neglect
5. Child-Psychiatry

² Zie voor nadere specificatie de website van de Cochrane Collaboration group: www.cochrane.org. Een ander belangrijk samenwerkingsverband is de Campbell Collaboration: <http://campbell.gse.upenn.edu/index.html>

6. Child-Psychology
7. Parent-Child-Relations
8. Prevention-
9. Primary-Mental-Health-Prevention
10. Emotional-Abuse
11. Sexual-Abuse
12. Relapse-Prevention

Ook hier werd de 1e term gecombineerd met de overige 11 termen zodat 11 nieuwe termen ontstonden die werden samengevoegd middels de 'or' optie zodat een term ontstond die vervolgens kon worden gelimiteerd met de publicatie typen Review en Meta-Analysis. De resultaten van deze zoekactie over de jaren 1985 tot en met 1999 zijn eveneens bekeken en beoordeeld op bruikbaarheid.

PUBMED.

Voor PUBMED werd de zoekactie als volgt gedefinieerd:

- Publicatiedatum: 1985-1999
- Taal: Engels
- Subject: 'Human'

Vervolgens werden de volgende zoektermen geformuleerd:

1. Child
2. Abuse
3. Batter* ('wildcard' voor alle mogelijke uitgangen)
4. Maltreatment
5. Prevent*

Term 2, 3 en 4 werden samengevoegd en vervolgens gecombineerd met term 1. De nu nieuw verkregen term werd samengevoegd met term 5. Om de gevonden artikelen te beperken werden als begrenzing de volgende termen gebruikt:

1. Clinical Trial
2. Meta-Analysis
3. Randomized Controlled Trial
4. Review
5. Random allocation
6. Double blind method
7. Single blind method
8. Research design

Alle zoekstrategieën inclusief alle zoektermen werden tenslotte ter beoordeling voorgelegd aan Mevrouw Kitty Rosenbrand van het Nederlands Kwaliteitsinstituut CBO in Utrecht.

De gevonden artikelen zijn bekeken en beoordeeld op bruikbaarheid. Bovendien werden de afzonderlijke artikelen nog eens bekeken op "Related articles" in Pubmed.

5.3.2. *Inclusiecriteria*

De volgende drie inclusiecriteria werden gehanteerd:

1. Het onderzoek betrof alleen kinderen bij wie er nog géén sprake was van enige vorm van kindermishandeling.

2. Alleen gerandomiseerd onderzoek met tenminste één interventie- en één controlegroep.
3. Als uitkomstmaat was tenminste één geverifieerde aangifte of rapportage of bewezen vorm van kindermishandeling vereist. Zogenaamde "proxy" ofwel intermediaire variabelen van kindermishandeling zoals bijvoorbeeld de houding van de ouders ten opzichte van hun kinderen of omgevingsfactoren werden niet voldoende geacht als uitkomstmaat.

Bij preventie van fysieke en emotionele vormen van kindermishandeling waren de interventies gericht op de ouders, bij het voorkomen van seksuele kindermishandeling waren de interventies voornamelijk gericht op de kinderen.

5.3.3. Wijze van definitieve selectie van onderzoek voor de review

Alle artikelen die bij eerste lezing voldeden aan de inclusiecriteria werden opgevraagd. Namen van tijdschriften, auteurs en instituten waaraan de auteurs verbonden waren, bleven voor de beoordelaars zichtbaar zoals voorgesteld door een van de reviewers van ZON bij het beoordelen van de projectaanvraag. De artikelen werden door twee beoordelaars (Klaas Kooijman NIZW en Ferko Öry TNO-PG) onafhankelijk van elkaar beoordeeld volgens criteria zoals vermeld onder 6.3.4. De rapporten van de beoordelaars werden hierna met elkaar vergeleken. De onafhankelijke beoordelingen van de twee beoordelaars kwamen in 92% van de artikelen met elkaar overeen. De overige 8% van elkaar afwijkende oordelen werden onderling besproken. In alle gevallen werd hierna een overeenstemming bereikt zodat er géén behoefte was aan een onafhankelijke derde beoordelaar.

De zoekactie in de diverse databestanden leverden in totaal 781 artikelen op. Van deze artikelen voldeden er bij eerste lezing 126 aan de inclusiecriteria. Na beoordeling door beide referenten bleven er slechts 7 artikelen over die werkelijk aan de inclusiecriteria voldeden. Van deze 7 artikelen was er geen één artikel dat geheel voldeed aan alle methodologische eisen zoals die hieronder zijn vermeld.

5.3.4. Methodologische eisen

Chalmers et al. (1981), Jadad (1996), Prendiville et al. (1988) en Reisch (1989) hebben voorstellen gedaan om de kwaliteit van gerandomiseerde trials te scoren. Deze review heeft de methodologische eisen die gebaseerd zijn op de schaal van Jadad (Jadad 1996) als uitgangspunt genomen. Deze zijn aangevuld met formulieren voor het beoordelen van de kwaliteit van medische artikelen zoals die zijn ontwikkeld door een samenwerkingsgroep bestaande uit het Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, de Dutch Cochrane Centre, het Nederlands Huisartsengenootschap (NHG), het institute for Medical Technology Assessment (iMTA), het College voor Zorgverzekeringen (CVZ) en de Vereniging voor Integrale Kankercentra (VVIK). Het betreft het formulier voor therapie en preventie. Bij Jadad gaat het om randomisatie, blinderen en uitval. Bij het formulier voor therapie en preventie gaat het om validiteit, toepasbaarheid in de praktijk en toepasbaarheid in de Nederlandse gezondheidszorg.

De artikelen zijn voor de review beoordeeld op de volgende criteria:

1. Is de toewijzing van interventie aan subjecten gerandomiseerd?
2. Zijn alle patiënten geanalyseerd in de groep waarin ze waren gerandomiseerd?
3. Waren onderzoekers van uitkomstmaten "blind" voor toewijzing?
4. Is de beschrijving van uitvallers zodanig dat nagegaan kan worden of er voldoende subjecten beschikbaar zijn voor follow-up?
5. Zijn exclusie- en inclusiecriteria van invloed op de generaliseerbaarheid van de resultaten?
6. Is de interventie voldoende specifiek en volledig beschreven zodat het herhaald kan worden op dezelfde wijze?

7. Is de interventie toepasbaar in de praktijk van de Nederlandse gezondheidszorg?

Tabel 5.1 bevat artikelen over preventie van kindermishandeling met een design uitgaande van één of meerdere interventie- en (een) controlegroep(en). De artikelen met een "randomized controlled trial" (RCT) opzet die kindermishandeling als één van de uitkomstmaten hanteerden zijn met een ‡ aangegeven. De overige samenvattingen dienen als illustratie voor het soort onderzoek op dit gebied.

Tabel 5.1.: Overzicht van artikelen over preventie van kindermishandeling met een design uitgaande van 1 of meerdere interventie- en controlegroepen

Eerste auteur	Selectie van deelnemers	Selectie criteria	Onderzoekers uitkomstmaat bekend met indeling deelnemers	No. deelnemers interventie	No. deelnemers vergelijking	Uitval	Interventie	Intensiteit van interventie	Interventie duur	Design en uitkomst maten
Armstrong K 1999	Deelnemers geselecteerd uit één ziekenhuis. 27% weigerde deelname. Toewijzing "at random"	Vragenlijst met bekende risico factoren, door deelnemers zelf ingevuld	Niet bekend (geblindeerd)	90	91	7	Gestructureerd programma door verpleegkundigen die ondersteund werden door een maatschappelijk werker en een kinderarts. Deelnemers in vergelijking groep kregen een standaard programma voor jeugdgezondheidszorg	Wekelijks in eerste zes weken na geboorte Daarna om de twee weken tot 3 maanden Dan maandelijks tot 6 maanden	6 maanden na geboorte	Pre/post. Gezondheid kind EPNDS PSI HOME PSQ-III
Wurtele S 1992	Kleuters uit de groep Head Start	Alle kinderen uit een gemeenschap in Colorado die op de kleuterschool zaten in een Head Start groep, werden benaderd, 91% van de ouders gaven toestemming tot deelname	Onderzoekers geblindeerd	1 = 41 2 = 44 3 = 43 4 = 44	Geen	?	De kinderen werden eerst getest voordat het programma begon. Daarna at random verdeeld in de volgende trainingsgroepen: Door leerkracht = 41 Door Ouders = 44 Ouders en leerkracht = 43 Controle = 44	Sessies van 15 minuten op vier opeenvolgende schooldagen volgens de Behavioral Skills Training Program en Token Time programma.	Follow-up tot 5 maanden na afloop van het programma	WIST en PSQ
Barth R ³ 1991	Deelnemers werden verwezen door stafleden van 17 gezondheids-, onderwijs- en sociale instellingen. 39% van de verwezen groep weigerde deelname. Toewijzing at random	Lijst met bekende risicokenmerken. Dezelfde instrumenten als bij uitkomstmaten	Wel bekend (niet geblindeerd)	97	94	4 ⁴	CPEP: Child Parent Enrichment Project. Huisbezoek door leken en contact met kinderarts. Begin tijdens zwangerschap tot 6 maanden na geboorte	Wekelijks huisbezoek door leken en eens in de twee weken contact met kinderarts Gemiddeld 11x bezoek (range tussen 5 en 20). Follow-up 3 jaar (range 2 tot 5 jaar)	Vrouwen verwezen in zwangerschap gevolgd tot 6 maanden na geboorte kind	CAPi, CES-D, STAI, Pearlin, CRUS, SSP, ISSB, SSI, ITQ. Informatie over prenatale zorg, geboortegegevens en verzorging. Rapporten over mishandeling en bezoek eerste hulp
Eerste auteur	Selectie van deelnemers	Selectie criteria	Onderzoekers uitkomstmaat bekend met indeling deelnemers	No. deelnemers interventie	No. deelnemers vergelijking	Uitval	Interventie	Intensiteit van interventie	Interventie duur	Design en uitkomst maten

³ Barth RP (1991): Aangezien in de interventie groep reeds kinderen zitten die al voor KM waren gerapporteerd komt dit onderzoek niet in aanmerking.

⁴ 4 families die oorspronkelijk bij de CPEP groep waren ingedeeld, werden later naar de controle groep verwezen.

Taylor JA 1997	Bezoekers van twee stedelijke kinderklinieken in Washington. Kinedern opgenomen in studie op leeftijd van 4 maanden	Zuigelingen in de leeftijd van 0 tot 4 maanden kwamen in aanmerking indien hun moeders voldeden aan één of meerder van de volgende risicofactoren: armoede, één ouder gezin, minder onderwijs dan middelbare school, jonger dan 20 jaar op moment van bevalling, druggebruik in anamnese, of zelf mishandeld zijn als kind.	Wel blind	50	50	120	Moeders werden in twee groepen verdeeld: IWCC en GWCC. De IWCC groep kreeg klassieke persoonlijke supervisie tijdens huisbezoek door een verpleegkundige terwijl de GWCC moeders groepssessies kregen. De GWCC moeders werden ingedeeld in cohorten van zuigelingen die geboren waren binnen een periode van 2 maanden na elkaar. Zij kregen groep sessies aangeboden van 45 - 60 minuten over opvoeding en verzorging. Het kind werd vóór of ná de groep sessie lichamenlijk onderzocht. Kinderen in beide groepen werden gevaccineerd en werden gescreend op afwijkingen. Na het laatste bezoek op leeftijd van + 15 maanden werden thuis de NCATS en HOME vragenlijsten afgenomen.	Moeders van kinderen uit beide groepen werden bezocht op leeftijd van 4, 5, 6, 8, 10, 12 en 15 maanden.	Lijsten voor moeder-kind interactie, lijst voor beoordeling van huiselijke omgeving (HOME)	
Brayden R 1993	Deelnemers uit één ziekenhuis. Selectie door getrainde vrouwelijke interviewers. 35% weigerde deelname.	MHI-2, een gestructureerd interview voor bepaling van risico op mishandeling	Niet bekend (geblindeerd)	141	122 plus 264	Gen. 14%	Prenataal, postnatale en zorg via consultatiebureau door multidisciplinaire team van vroedvrouwen, verpleegkundigen, maatschappelijk werkers, paraprofessionals, een diëtiste, en een psycholoog.	Tot de leeftijd van 2 jaar	Via een Main Support Person die elke gezin minstens éénmaal per maand bezocht	Kindermishandeling op grond van aangiften en rapporten.
Eerste auteur	Selectie van deelnemers	Selectie criteria	Onderzoekers uitkomstmaat bekend met indeling deelnemers	No. deelnemers interventie	No. deelnemers vergelijking	Uitval	Interventie	Intensiteit van interventie	Interventie duur	Design en uitkomst maten

Kitzman H 1997	Deelnemers uit één ziekenhuis	Eerste kind, géén chronische ziekte, en tenminste twee van de volgende risicofactoren: ongehuwd, < 12 jaar opleiding, zonder werk. Indeling at random.	Neen (geblindeerd voor indeling)	1 = 166 2 = 515 3 = 230 4 = 228	Zie interventie		Groep 1 = vrij vervoer Groep 2 = vrij vervoer plus screening en verwijzing op leeftijd van 6, 12 en 24 maanden Groep 3 = zie groep 2 plus intensief huisbezoek door verpleegkundige gedurende zwangerschap, 1 bezoek postpartum in ziekenhuis en 1 postpartum bezoek thuis Groep 4 = zie groep 3, maar bezoek thuis doorgezet tot tweede jaar van kind	Gemiddeld 7 huisbezoeken in prenatale periode (range 0 – 18) en gemiddeld 26 huisbezoeken post partum (range 0 – 71)	Prenataal tot tweede levensjaar van kind	Pre/post design met uitkomstmaten op het gebied van de toestand van het kind na de geboorte, prenatale variabelen, ongelukken thuis inclusief inname toxische stoffen, kwaliteit van zorg, immunisatie status, mentale ontwikkeling en gedragsproblemen.
Marcenko M 1994	Deelnemers uit één ziekenhuis	Zwangere vrouwen werden verwezen indien zij één van de volgende risico factoren hadden: druggebruik, dakloos, huiselijk geweld, psychiatrische ziekte, HIV infectie, incarceration (?), gebrek aan sociale steun.		125	100	12% in exp. en 23% in control	Leek huisbezoekers afkomstig uit dezelfde buurt als doelgroep die een intensieve training van één maand hadden gevolgd. Maatschappelijk werkers en verpleegkundigen.	In prenatale periode bezoek om de twee weken, soms wekelijks. Eerste zes weken postnataal wekelijks bezoek, daarna weer om de twee weken tot zes maanden. Daarna tot leeftijd van één jaar één keer per maand.	Tot leeftijd van één jaar.	Druggebruik (ASI), mishandeling aan CPS, HOME, gebruik en satisfactie van diensten, NSSQ, BSI en Rosenberg Self Esteem,
Eerste auteur	Selectie van deelnemers	Selectie criteria	Onderzoekers uitkomstmaat bekend met indeling deelnemers	No. deelnemers interventie	No. deelnemers vergelijking	Uitval	Interventie	Intensiteit van interventie	Interventie duur	Design en uitkomst maten
Hardy JB † 1989	Gezonde pasgeborenen van zwarte moeders	Gezonde pasgeborenen met een geboortegewicht van meer dan 2000 gram van zwarte moeders die ouder waren dan 18 jaar	Niet vermeld	131	132	Iets meer dan 25%	Vrouwelijke leken uit dezelfde wijk als de onderzoekspopulatie kregen een korte training en legden onder supervisie van een voorlichter en een maatschappelijk werker huisbezoeken af waarbij ontwikkeling en verzorging van de zuigeling werd besproken en 36 boekjes werden uitgedeeld die de meeste onderwerpen op dat gebied betroffen.	1 ^e huisbezoek op de 7 ^e tot 10 ^e dag na de geboorte. Daarna regelmatig op de leeftijden van ongeveer 2, 4, 6, 9, 15, 18, 21 en 24 maanden.	Huisbezoek bedroeg gemiddeld 40 - 60 minuten.	Hoofdttrauma door "Val" dat ernstig genoeg was om de eerste hulp te bezoeken, infecties, (vermoeden van) kindermishandeling, ziekenhuisopname, bezoek aan consultatiebureau.

Caruso G † 1996	Deelnemers uit één lokaal ziekenhuis. Later in het programma werden ook mensen via allerlei wegen doorverwezen.	Van alle zwangere vrouwen in het derde trimester van hun zwangerschap werden op grond van het afsprakenboek van de kliniek namen en adressen genoteerd en zij werden thuis bezocht en uitgenodigd voor het onderzoek. Toewijzing niet at random. Uit de stad waar de kliniek was, werd de interventiegroep gevormd, uit twee naburige steden de twee controlegroepen.	Blindering werd niet vermeld.	171 (in follow-up tot 3 jaar: 66 kinderen)	91 (in follow-up tot 3 jaar 44 kinderen)	?	Paraprofessionele staf werd via een training in de kliniek (in-service) opgeleid om via huisbezoek ouders te ondersteunen om de ontwikkeling van hun kinderen te stimuleren	De controlegroep kreeg gratis een periodieke meting van de ontwikkelings van het kind op de leeftijd van 12, 18 en 24 maanden aangeboden. De interventiegroep kreeg daarnaast regulier huisbezoek: wekelijks in de zwangerschap en gedurende het eerste levensjaar, 2 keer p. mnd tot het kind 2 jaar was, en daarna tot de leeftijd van 36 mnd 1 keer p. mnd of zo nodig volgens afspraak. Na het derde levensjaar werden de gezinnen 2 maal per jaar bezocht. De staf was op de hoogte van allerlei diensten op maatschappelijk gebied en deelnemers werden zonedig gericht doorverwezen.	Vanaf het derde trimester van zwangerschap tot en met 5 ^e levensjaar.	Bayley Scales of Infant Development. Rapporten over kindermishandeling.
--------------------	---	---	-------------------------------	---	--	---	---	---	--	---

Eerste auteur	Selectie van deelnemers	Selectie criteria	Onderzoekers uitkomstmaat bekend met indeling deelnemers	No. deelnemers interventie	No. deelnemers vergelijking	Uitval	Interventie	Intensiteit van interventie	Interventie duur	Design en uitkomst maten
Olds D ⁵ 1986 ‡	Deelnemers werden gerekruteerd via openbare en particuliere artsen en gezondheidsinstellingen, scholen en andere diensten	Geselecteerd werden zwangere vrouwen die nog geen kind hadden en voldeden aan één van de volgende criteria: jonger dan 19 jaar, ongehuwd, laag sociaal-economische status	Gebindeerd voor uitkomstmaten	1 = 90 2 = 94 3 = 100 4 = 116	Zie hiernaast	Uitval 15 – 21%	Groep 1 = Op leeftijd van 1 en 2 jaar screening op ontwikkeling met zo nodig verwijzing naar specialist Groep 2 = Als groep 1 plus vrij vervoer naar prenatale controle en consultatiebureau Groep 3 = Als groep 2 plus tweewekelijks prenataal huisbezoek, gem. 9 keer Groep 4 = Als groep 3 plus huisbezoek tot leeftijd van 2 jaar, gemiddeld 23 keer.	In groep 4 eerste zes weken wekelijks, van 6 weken tot 4 maanden twee keer per maand, van 4 tot 14 maanden om de drie weken, van 14 tot 20 maanden een keer per maand en van 20 tot 24 maanden om de zes weken.	Tot tweede levensjaar	Kindermishandeling en verwaarlozing, kind temperament, gedragsproblemen, moederlijke bezorgdheid, conflict, schelden, slaan, adequaat speelgoed, vermijding van straf, graad van ontwikkeling, bezoek aan eerste hulpdiensten en gevoel van moeder controle te hebben
OldsD 1994 ‡	Zelfde als hierboven	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Tot leeftijd van 50 maanden	Idem
Olds D 1997 ‡	Zelfde als hierboven	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Idem	Follow-up tot leeftijd van 15 jaar	Druggebruik, aanraking met justitie wegens criminaliteit, kindermishandeling en verwaarlozing

⁵ Olds nam alleen deelnemers op die goed engels spraken. Bij de analyse verwijderde hij voorts 46 niet blanke vrouwen omdat de groep blanke vrouwen te klein werd om de variabele "ras" (race) met andere variabele in de statistische analyse mee te nemen. Zijn conclusies gaan niet zonder meer op voor etnische minderheden.

Eerste auteur	Selectie van deelnemers	Selectie criteria	Onderzoekers uitkomstmaat bekend met indeling deelnemers	No. deelnemers interventie	No. deelnemers vergelijking	Uitval	Interventie	Intensiteit van interventie	Interventie duur	Design en uitkomst maten
Oldfield D 1996	Kinderen uit vier lagere scholen werden per klas at random verdeeld over interventie- en controlegroepen	Scholen hadden reeds besloten om deel te nemen aan project TRUST. Alle kinderen uit de klassen werden geselecteerd	Onderzoekers waren niet bekend ("blind") voor de indeling van de leerlingen	658	611	?	Een discussie vóór het toneelstuk was optioneel. Daarna werd het toneelstuk <i>Touch</i> opgevoerd, waarna een afsluitende discussie werd gehouden.	Éénmalige opvoering met discussie	30 minuten opvoering met 15 minuten discussie erna	Kennis over kindermishandeling, angst. Children's Knowledge of Abuse Questionnaire – Revised (CKAQ); Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS); State-Trait Anxiety Inventory for Children (STAIC); Maltreatment Disclosure Report Form.
Johnson Z 1993	Alle moeders uit een achterstandswijk die in 1989 gedurende een periode van zes maanden waren bevallen	Inclusiecriteria niet vermeld apart van "leven in een achterstandswijk"	Niet blind	141	121	11%?	Interventiemoeders werden bezocht door speciaal daarvoor getrainde "community moeders" die de families eens per maand bezochten gedurende één jaar. Controle- en interventiegezinnen kregen verder routine zorg.	Eens per maand	Niet vermeld	Omgevingsfactoren, zelfwaardering van moeders, immunisatie status, ziekenhuisbezoek, voeding, factoren die de ontwikkeling van het kind stimuleren
Dawson P 1989 ‡	Moeders werden gerekruteerd uit drie klinieken.	Selectiecriteria waren: in verwachting van eerste of tweede kind, 20-26 weken zwanger, tenminste 16 jaar oud op moment van bevalling, geen plannen om te verhuizen en beheersing van de Engelse taal	Niet blind	I 1 = 42 I 2 = 50	53	?	Controle groep ontving routine zorg door kinderartsen, soms huisbezoek door leken die verpleegkundigen en de vrouwen bevielen in het ziekenhuis. Interventie 1 ontving dezelfde routine zorg maar kreeg daarnaast wekelijks huisbezoek door verpleegkundigen. Interventie 2 bestond uit dezelfde zorg als no. 1 maar daarnaast kregen de moeders twee keer per maand groepssessies aangeboden.	Alle diensten werden aangeboden vanaf de 30e zwangerschapsweek en werden gecontinueerd totdat de zuigeling 15 maanden oud was.	Wekelijks	Uitkomst van zwangerschap, gezondheid van de zuigelingen op grond van ziekenhuisgegevens, immunisatie status, stress in het gezin, kindermishandeling, screening op ontwikkeling

5.4. Korte samenvatting van de conclusies uit de beoordeelde onderzoeken

Een korte samenvatting van de resultaten van de in de tabellen opgenomen artikelen volgt hieronder. De volgorde van de tabellen is hierbij aangehouden. Alleen de resultaten van de in tabel 5.1 met $\pm$ aangegeven artikelen worden in deze review verder behandeld.

Armstrong et al. (1999). Huisbezoek had een positief effect op de moeder-kind relatie en op het voorkomen van stemmingsveranderingen bij de moeder. Het programma werd door de ontvangers op prijs gesteld.

Wurtele et al. (1992). Na het specifieke programma dat gericht was om kinderen kennis en vaardigheden bij te brengen om seksueel misbruik te voorkomen, waren deelnemende kinderen beter in staat om onbehoorlijke aanraking en verzoeken daartoe te herkennen. Ook vertoonden de deelnemende kinderen op de WIST lijst betere vaardigheden wat betreft persoonlijke veiligheid dan kinderen die deelnamen aan een algemeen veiligheidsprogramma.

Barth et al. (1991) konden na hun interventie geen verschil aantonen in kindermishandeling tussen de interventie- en controlegroep.

Taylor et al. (1997) vergeleken consultatiebureaus waarbij moeders en kinderen in groepen worden begeleid met consultatiebureaus waarbij er individueel aandacht is voor moeder en kind. Hij vond geen verschillen tussen beide benaderingen en concludeert dat beide effectief zijn.

Brayden et al. (1993). Geen preventief effect op lichamelijke KM. Volgens de auteurs speelden mogelijk de lage incidentie van KM en de bruikbaarheid van het gebruikte instrument (MHI-2) voor screening hierbij een rol.

Kitzman et al. (1997). Gedurende de eerste twee levensjaren kwamen in de interventiegroep minder ongevallen en vergiftigingen voor dan in de controlegroep. Dit verschil was statistisch significant. Zeven kinderen uit de controlegroep werden in ziekenhuizen opgenomen wegens hoofdwonden en/of gebroken ledematen terwijl in de interventiegroep geen één kind om deze reden werd opgenomen.

Marcenko et al. (1994). Een huisbezoekprogramma van tien maanden had een positief effect op moeders in de interventiegroep wat betreft sociale steun, een beter gebruik van (gezondheids)diensten en minder psychologische stress.

Hardy & Streett (1989). Dit huisbezoekprogramma resulteerde bij de interventiegroep in meer bezoek aan consultatiebureaus, minder bezoek wegens ziekten, en een scherpe daling van aantal ziekenhuisopnamen en van kindermishandeling.

Caruso et al (1996). In de interventiegroep was er geen rapportage van kindermishandeling tegenover rapportage in 14% van de gezinnen in de controle groep. Het voorkómen van kindermishandeling werd in dit onderzoek als het enige aantoonbare lange termijn effect van kindermishandeling genoemd.

Olds et al. (1986, 1994 en 1997). Huisbezoek heeft een preventief effect op het voorkomen van kindermishandeling. In de follow-up studie op de leeftijd van 15 jaar bleek huisbezoek bovendien een preventief effect te hebben op crimineel- en antisociaal gedrag.

Dawson et al. (1989). In deze studie werd geen preventief effect van huisbezoek op kindermishandeling aangetoond.

Oldfield et al. (1996). Dit preventieprogramma tegen seksueel misbruik had een positief effect op kennis en concepten ten aanzien van misbruik in de interventiegroep. Bij een follow-up na drie maanden bleek dat de informatie onthouden werd. Er was geen verschil in scores die angst maten tussen experimentele en controlegroep. Leerlingen uit de controlegroep meldden vaker voor de eerste keer dat zij seksueel mishandeld waren dan leerlingen uit de interventiegroep. De onderzoekers concluderen dat project TRUST effectief was voor het verhogen van kennis over seksueel misbruik zonder dat het angst veroorzaakte en dat het kinderen aanmoedigde om eventueel seksueel misbruik te melden.

5.5. Voor- en nadelen van de gevolgde zoekstrategie

Selectie van database

Dickersin et al. concluderen dat in Medline slechts 51% van alle gepubliceerde trials wordt gevonden. Het is zelfs niet mogelijk om alle trials uit, wel in Medline geïndexeerde tijdschriften, te vinden (Dickersin et al, 1994). Dit is één van de redenen dat wij onze zoekstrategie hebben uitgebreid met Psychlit. MacManus et al. komen tot een soortgelijke conclusie. Zij menen dat via het zoeken in elektronische databestanden slechts ongeveer de helft van alle relevante artikelen gevonden worden. (MacManus et al, 1998). In deze review werd rechtstreeks contact gezocht met dr. Deborah Daro uit de Verenigde Staten die twee relevante artikelen opstuurde. Tevens werden alle leden van de Campbell Collaboration per e-mail benaderd. Dit leverde geen aanvullende artikelen op. Er is verder geen poging gedaan om andere relevante deskundigen uit het buitenland te benaderen.

Jadad & McQuay zijn veel optimistischer, volgens hen mist Medline slechts 13% van de literatuur. Volgens deze auteurs blijft het handmatig doorzoeken van tijdschriften de meest betrouwbare maar ook de meest tijdrovende methode voor het identificeren van geschikte publicaties (Jadad et McQuay, 1993).

McAuley et al. waarschuwen voor het uitsluiten van de zogenaamde "grijze" (ongepubliceerde) literatuur. Het geschatte positieve effect van interventies kan hoger uitvallen indien uitsluitend gepubliceerde artikelen als basis dienen voor een systematische review (McAuley, 2000). In deze review is geen systematische poging gedaan om de grijze internationale literatuur in de review te betrekken, wel is de grijze nationale literatuur betrokken.

Jadad et al. menen dat het blinderen van namen van tijdschriften, auteurs en instellingen waar de auteurs werkzaam zijn slechts een gering effect heeft op de resultaten (Jadad, 1996).

Moher et al. vestigen de aandacht op het feit dat het in een review betrekken van artikelen die in andere talen dan Engels worden gepubliceerd de kans verkleint op systematische fouten en de precisie van de conclusie verhoogt (Moher, 1996). In deze review zijn alleen artikelen betrokken die in het Duits, Engels, Frans of Nederlands zijn geschreven.

Concluderend kan gesteld worden dat onze zoekstrategie en de gebruikte databases, weliswaar niet volledig zullen zijn en dat het zoeken en beoordelen nog zuiverder en wetenschappelijker had gekund, maar dat naar alle verwachting dit geen andere uitkomst zou hebben opgeleverd. Voor het doel van dit onderzoek is de gevolgde strategie ruim voldoende geweest.

Wel is duidelijk dat de biomedische evidence based methodiek zich in vergelijking met onderwerpen als gehoor en visus minder goed leent voor onderwerpen met veel sociale factoren zoals kindermishandeling. Bij het

maken van een standaard/consensus kindermishandeling dient met de beperkingen van dit onderzoek rekening gehouden te worden.

Tevens wordt duidelijk vanuit de literatuurreview dat met name Amerikaanse literatuur gevonden wordt. Deze bevindingen kunnen niet zomaar overgezet worden op de Nederlandse situatie vanwege sociaal-culturele verschillen en verschillen in de gezondheidszorg tussen de Verenigde Staten en Nederland.

6. Analyse van de gevonden resultaten in de literatuursearch

6.1. Inleiding

Hoewel het natuurlijk teleurstellend is dat er geen enkel artikel volkomen beantwoordt aan de methodologische eisen komt dit resultaat niet geheel onverwachts. In 1994 werden in een review van 1522 onderzoeken over primaire preventie van kindermishandeling slechts 33 studies gevonden die voldeden aan de methodologische eisen (MacMillan, 1994). Van de 11 studies die betrekking hadden op kindermishandeling en verwaarlozing werd slechts in 2 studies een vermindering van kindermishandeling aangetoond, gemeten door een reductie in ziekenhuisopnames, eerste hulpbezoek of melding bij diensten van kinderbescherming (MacMillan, 1994).

Voor een goed begrip van de vele methodologische problemen rond preventie van kindermishandeling volgt nu eerst een kort historisch overzicht van het begrip preventie, waarna dieper zal worden ingegaan op de problemen om de relatie tussen interventies ter voorkoming van kindermishandeling en het effect daarvan op kindermishandeling aan te tonen.

6.2. Preventie

Tot voor kort werd door de Commission on Chronic Illness van de Verenigde Staten de, in 1957 voorgestelde, indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie gehanteerd. Primaire preventie is gericht op het verminderen van het aantal nieuwe gevallen van een ziekte (verlagen van de incidentie). Via secundaire preventie wil men het aantal bestaande gevallen van een ziekte of een aandoening in de bevolking omlaag brengen (het verlagen van de prevalentie). Met tertiaire preventie wil men de mate van invaliditeit door een bepaalde ziekte of aandoening verminderen. Hoewel deze indeling op het eerste gezicht logisch aandoet, geeft het in de praktijk soms verwarring (Mrazek en Haggerty, 1994). Allereerst gaat het infectieziekten model uit van één oorzaak-gevolg keten, wat bij chronische ziektebeelden niet meer voldoet. Recent onderzoek heeft de kennis over het complexe verband tussen risicofactoren en het al of niet gezond zijn en blijven verrijkt en ons een blik gegund op de wisselwerking tussen biologische, psychologische en sociale factoren in het ontstaan en in de uitingsvormen van ziekten. Dit model brengt het denken over het ontstaan van ziekten dichterbij het denken over grote sociale problemen zoals druggebruik, criminaliteit, vandalisme, gedragsafwijkingen. Ondanks dit ingewikkelde samenspel van factoren meende Gordon in 1983 dat het mogelijk is om praktische preventieprogramma's te ontwikkelen die gebaseerd zijn op, via empirisch onderzoek verkregen, verbanden (Gordon, 1983). Hij stelde een alternatieve indeling van preventieprogramma's voor die uitgaat van een afweging tussen het risico dat een individu loopt om een ziekte te krijgen en tussen de kosten, risico's en lasten van de preventieve interventie. Gordon's systeem heeft drie categorieën: universele, selectieve en geïndiceerde interventies.

- Een universele preventieve maatregel is gericht op de gehele in aanmerking komende populatie. Dit kunnen maatregelen zijn die toegepast kunnen worden op de gehele bevolking of op een gehele specifieke populatie zoals bijvoorbeeld zwangere vrouwen of ouderen. De baten zijn duidelijk groter dan de kosten en risico's. Voorbeelden hiervan zijn het gebruik van autogordels of immunisatie.
- Een selectieve preventiemaatregel is gericht op dat segment van de bevolking dat een meer dan gemiddeld risico loopt op het krijgen van een bepaalde aandoening. Deze bevolkingssegmenten kunnen worden onderscheiden op grond van bepaalde kenmerken zoals leeftijd, geslacht, familiegeschiedenis of andere

kenmerken. Een voorbeeld van een selectieve interventie is malaria profylaxe voor reizigers in endemische malaria gebieden.

- Geïndiceerde (aanduidende) preventieve maatregelen zijn gericht op mensen met een duidelijke risicofactor of met een bepaalde lichamelijke conditie of afwijking op grond waarvan zij individueel geïdentificeerd kunnen worden als drager van een verhoogd risico op een bepaalde ziekte of afwijking. Screeningsprogramma's zijn gericht op het opsporen van deze individuen. Deze mensen hebben géén klachten van de ziekte maar kunnen op grond van een bepaalde klinisch aantoonbare afwijking worden geselecteerd. Een voorbeeld van een geïndiceerde preventieve maatregel is het regelmatig en frequent volgen van mensen bij wie een basaal cel carcinoom is verwijderd (Mrazek en Haggerty, 1994).

Helaas wordt de indeling in primaire, secundaire en tertiaire preventie nogal eens verwisseld met de classificatie volgens Gordon. Hoe verwarrend soms de indelingen zijn, blijkt uit de definities die Thyen et al. geven in 1995: "Primary prevention refers to those policies and activities in society that decrease the incidence of child maltreatment by fostering environments that preclude the development of risk factors for child abuse and neglect and child sexual abuse. Secondary prevention strategies are those that minimise the overall effects of child maltreatment by early identification of risk factors known to be associated with abuse or neglect, or by intervening in very early stages of abuse and neglect. Tertiary prevention refers to treatment and rehabilitation once maltreatment has occurred - not surprisingly the predominant concept to deal with child abuse and neglect after 3 decades of intensive medicalisation of a social problem".

Volgens de definitie van Thyen et al. kan men zich bij primaire preventie terecht afvragen hoe men alle risicofactoren voor kindermishandeling zou moeten voorkomen als men al die risicofactoren met een zekere mate van waarschijnlijkheid zou kunnen aanwijzen. Bij secundaire preventie is het alleen maar identificeren van de risicofactoren onvoldoende, men zou aan de hand van die identificatie ook iets moeten doen. Bovendien mengen de auteurs in deze categorie primaire en secundaire preventie want bij optreden in de vroege stadia van KM is het kwaad reeds geschied. Kortom een verwarrende en onwerkzame definitie.

De indeling van Gordon is voor preventie van stoornissen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg beter toepasbaar dan de klassieke indeling volgens de Commission on Chronic Illness (Mrazek en Haggerty, 1994). Ook voor kindermishandeling is de indeling van Gordon overzichtelijker. Bij programma's voor het voorkómen van kindermishandeling gaat het immers meestal om nationale media programma's en interventies gericht op specifieke groepen met verhoogde risicofactoren. In dit rapport zijn de preventieve interventies ingedeeld volgens de classificatie van Gordon.

6.3. Theoretische inbedding van preventie van kindermishandeling

In de VS heeft men geleidelijk ingezien dat KM niet te verklaren is vanuit één oorzaak-gevolg model maar dat aan KM een complex, interactief model ten grondslag ligt (Daro, 1999). Nu wordt in de VS een "ecologisch" model voor KM gehanteerd waarbij men KM plaatst in een systeem van risico- en beschermende factoren die elkaar op vier niveaus beïnvloeden: individu, gezin, gemeenschap en de maatschappij. Van alle risicofactoren blijkt armoede het meest persistent met KM samen te hangen (Fennell & Fishel, 1998).

Een van de problemen bij kindermishandeling is het gebrek aan bewijs over samenhang tussen kindermishandeling en kenmerken van kind, ouders, sociale omgeving of de maatschappij. Ook is de theoretische onderbouwing waarom ouders of anderen kinderen mishandelen nog onvolledig uitgewerkt. Veelal worden de theorieën van Bronfenbrenner (1979), Belsky (1980) en van Rosenberg en Repucci (1985) aangehaald wat betreft de opvoeding en van Finkelhor (1992) wat betreft seksueel misbruik. Geen van deze

theorieën geven echter voldoende aanknopingspunten voor specifieke interventies. Bovendien is de literatuur tegenstrijdig indien men kijkt naar de afzonderlijke risicofactoren.

Niet iedereen is ervan overtuigd dat het mogelijk is om de juiste theorie te vinden (Boyd, 1999).

Omdat directe oorzaken van kindermishandeling nog niet zijn aangetoond werkt men met intermediaire variabelen. Soms blijken deze variabelen samen te hangen met kindermishandeling maar er zijn nog teveel vals positieven (mensen met een risicofactor die ondanks de aanwezigheid van de factor hun kinderen niet gaan mishandelen) en teveel vals negatieven (mensen zonder de risicofactor die toch hun kind gaan mishandelen). Het identificeren van individuele gezinnen op grond van vermeende risicofactoren werkt bovendien stigmatiserend. Tenslotte blijken sommige interventies zoals het trainen van kinderen onder de zes jaar in het herkennen van mogelijke daders van seksueel misbruik bij die kinderen angst en verwarring op te wekken.

Concluderend kan gesteld worden dat bestaande theorieën onvoldoende steun en onderbouwing bieden voor het selecteren van potentiële daders en ook niet geschikt zijn voor het ontwerpen van effectieve interventies om kindermishandeling te voorkómen. Ook is er nog weinig bekend over oorzaken van kindermishandeling. Screening op grond van risicofactoren leidt onherroepelijk tot vals positieve en vals negatieve oordelen. Daarom zou men veel voorzichtiger moeten omgaan met screening.

Appleton stelt: "We can work to provide advice and support to parents and prospective parents, and to improve their quality of life in general for families with low incomes and many problems but we should not delude ourselves that with the "right" instruments we can root out abuse" (Appleton, 1994).

6.4. Risicofactoren

Professor Hermanns vat het probleem voor het afbakenen van risicofactoren als volgt samen⁶:

"Een model bij kindermishandeling is niet eenvoudig op te stellen. Er zijn weliswaar vele risicofactoren (bij kind, gezin of in de bredere context) die statistisch samenhangen met het voorkomen van kindermishandeling (de zogenaamde risicofactoren) maar de voorspellende waarde van deze variabelen is te gering om individuele prognoses te kunnen doen, zelfs als men alle bekende risicofactoren bij de predictie betreft. In een recent lange termijn onderzoek legden de Amerikaanse onderzoekers Brown, Cohen, Johnson en Salzinger (1999) een relatie tussen een groot aantal risicofactoren in de vroege jeugd en kindermishandeling in de eerste 18 levensjaren. De onderzochte risico's waren demografisch (zoals opleiding, inkomen en gezinssamenstelling), gezinsgebonden (bijvoorbeeld psychische problematiek bij de ouders, chronische ziekte van de ouders) en kindgebonden (zoals vroeggeboorte, moeilijk temperament). Bij het vaststellen van kindermishandeling keken ze zowel naar de officiële meldingen als naar achteraf door kinderen zelf gerapporteerde mishandeling. Zowel fysieke mishandeling, verwaarlozing als seksueel misbruik namen sterk toe naarmate het aantal risicofactoren steeg. Als er vier of meer risicofactoren waren (in welke combinatie dan ook) had 23% van de kinderen met één of meer vormen van mishandeling te maken. Als risico's en stressoren ontbraken, kwam mishandeling voor in 2% van de gevallen. Dit onderzoek maakt duidelijk dat kindermishandeling vaak te maken heeft met een opeenstapeling van allerlei risicofactoren en stressoren. Maar zelfs bij de maximale risicocumulatie was er in 77% van de gevallen nooit een melding van mishandeling geweest en rapporteerden ook de kinderen zelf nooit mishandeld te zijn. Dergelijke percentages 'vals positieven' treft men ook bij ander onderzoek aan (Baartman, 1996).

De doorgaans in Nederland gebruikte verklaringsmodellen voor het ontstaan van kindermishandeling gaan uit van een multifactoriële bepaaldheid van kindermishandeling. Men gaat ervan uit dat een teveel aan stressoren

⁶ Hermanns (2000): De preventie van kindermishandeling: kansen in de jeugdgzonzorg 0-4 jarigen. Een notitie. Woerden

en risico's in gezinnen leidt tot een overbelasting van het systeem. Men veronderstelt een onevenwichtigheid in de verhouding tussen draaglast en draagkracht (Baartman, 1996). Met name als er geen steunend sociaal netwerk als protectieve factor aanwezig is, wordt de draagkracht uiteindelijk overschreden en ontstaan er ernstige opvoedingsproblemen (zie Hermanns, 1998, voor een overzicht van sociale netwerken als protectieve factor bij opvoedingsproblemen). Kindermishandeling is daarvan één van de mogelijke uitkomsten. De risicofactoren die samenhangen met kindermishandeling zijn overigens niet erg specifiek voor kindermishandeling. Het zijn doorgaans dezelfde factoren die samenhangen met andere opvoedings- en ontwikkelingsproblemen zoals gedragsproblemen, psychische problemen, schoolproblemen en delinquentie en verslaving.

Dit model is overigens niet in strijd met de uitspraak dat mishandeling in 'alle sociale lagen kan voorkomen'. Ook in hoog opgeleide gezinnen met een riant inkomen kunnen de problemen zich opstapelen. Op basis van kansniveau komt zo een risicocumulatie in gezinnen met een zwakke sociaal-economische positie wel veel vaker voor. De relatie tussen risicofactoren en kindermishandeling wordt in systeemtheoretische begrippen zowel gekenmerkt door equifinaliteit als door multifinaliteit. Equifinaliteit betekent dat hetzelfde resultaat (kindermishandeling) kan ontstaan uit verschillende beginpunten (verschillende risicofactoren) (zie bijvoorbeeld Brown, 1999). Multifinaliteit wil zeggen dat een bepaald beginpunt geheel verschillende uitkomsten kan opleveren: risicofactoren die samenhangen met kindermishandeling hangen vaak ook samen met andere problematische ontwikkelingsuitkomsten. Zo blijken dezelfde contextuele risicofactoren voor kindermishandeling ook sterk samen te hangen met druggebruik en met delinquentie (Coulton, Korbin, Su, & Chow, 1995). Daarbij is eveneens duidelijk dat de relatie tussen 'oorzaak' en 'gevolg' alleen maar op kansniveau kan worden uitgedrukt, waarbij men doorgaans over relatief kleine waarschijnlijkheden spreekt. Deze constatering hebben betekenis voor de wijze waarop men de preventie van kindermishandeling dient aan te pakken.

Er is in de wetenschappelijke literatuur nog al wat discussie over de definitie van een risicofactor. Door Hermanns wordt de volgende definitie gehanteerd: een risicofactor is een kenmerk van het kind, van het gezin of van de context waarin het gezin leeft, dan wel een gebeurtenis die kind en of gezin meemaken die in empirisch gecontroleerd onderzoek gebleken is boven kansniveau te correleren met ongunstige ontwikkelingsuitkomsten of ongewenste kenmerken van de opvoeding (bijvoorbeeld kindermishandeling). Aan risicofactoren worden (evenals aan protectieve factoren, zie Laucht, Esser & Schmidt, 1997) bepaalde aanvullende eisen gesteld om ze als zodanig te kunnen beschouwen. Zo moeten de risicofactoren er zijn, vóórdat het probleem zich begint te manifesteren, ze moeten niet gedefinieerd worden als het ontbreken van een positieve (protectieve) factor en ze moeten niet samenvallen met het probleem waarvoor ze een risicofactor zouden zijn. Van belang is, vast te stellen dat men bij dit type onderzoek een goed onderscheid moet maken tussen risicofactoren en beginnende signalen van problemen. Zo worden 'een door professionals als zorgelijk beoordeelde opvoedingssituatie', 'hardhandige straffen door ouders' of 'het als moeilijk ervaren van de opvoeding' vaak ten onrechte als risicofactoren benoemd. Dit zijn echter de eerste signalen van een opvoedingssituatie die problematisch dreigt te worden.

Zo bleken bij nadere analyse de leeftijd van de moeder en het al- of niet gehuwd zijn geen risicofactoren te zijn voor kindermishandeling, zeker niet als er gecontroleerd werd voor sociaal-economische status. Tussen de kans op kindermishandeling en een lage opleidingsgraad, gering inkomen en criminaliteit was er wel een zwak verband. Ras en etniciteit vertoonden daarentegen géén verband met kindermishandeling. De sterkste associatie met kindermishandeling was de negatieve houding van de moeder ten opzichte van haar zwangerschap.

Kotch et al. onderzochten in een prospectief onderzoek een huisbezoekprogramma vanaf de geboorte tot de leeftijd van 4 jaar bij 708 moeders. De moeders werden geselecteerd voor een langlopend

onderzoeksprogramma waarbij 80% van de zuigelingen een risicofactor had vanuit het oogpunt van een ontwikkelings- of medisch perspectief zoals laag geboortegewicht (< 2000 gram), jonge moeder (< 14 jaar), aangeboren afwijkingen en geboortetrauma. Bovendien werd een groep moeders in de leeftijd tussen 14 en 17 jaar waarvan het kind tussen de 2000 en 2500 gram woog ook in deze studie opgenomen. De resterende 20% van de zuigelingen had geen van bovengenoemde factoren. Getrainde interviewers bezochten kort na de geboorte de moeders thuis en namen gegevens op via een vragenlijst. Geregeld werd gedurende vier jaar de Central Registry of Child Abuse and Neglect van North Carolina gecontroleerd of de betreffende gezinnen erop voorkwamen. 62% van de moeders was zwart en 65% van hen was ongehuwd op het moment van de geboorte van hun kind, 81% had Medicaid of een andere vorm van bijstand.

Uit deze 708 gezinnen werden 172 kinderen bij de centrale registratie voor KM gerapporteerd. 40% van deze aangiften werd bevestigd. De onderzoekers vonden een samenhang tussen KM en de volgende risicofactoren:

- opleiding van de moeder
- psychosociale problemen zoals depressie van de moeder
- psychosomatische symptomen van de moeder
- gebruik van alcohol
- deelname aan sociale ondersteuning programma's
- meerdere jonge kinderen
- als een tienermoeder van 14 jaar al of niet met haar eigen moeder samenwoonde

Verder vonden de onderzoekers een verband tussen sociale isolatie en depressie bij de moeder. Sociale isolatie draagt bij aan de kans op mishandeling, onafhankelijk van de depressie van de moeder en van gebeurtenissen die stress veroorzaken. Sociale steun verkleint de kans op KM ook wanneer er andere risicofactoren aanwezig zijn.

Vergelijkbare factoren wat betreft de vader ontbreken omdat in veel huishoudens alleen een moeder aanwezig was.

Cadzow et al. volgden 151 moeders kort na de geboorte van hun kind totdat het kind zeven maanden oud was. Als het kind 7 maanden oud was, werd de Child Abuse Potential Inventory (CAPI) afgenomen. Zij vonden een verband tussen hoge scores op de CAPI screeningslijst en financiële stress. Ook de opleiding van de moeder en postnatale depressie, gemeten met de EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), waren geassocieerd met verhoogde CAPI scores. Interessant genoeg waren jonge leeftijd van de moeder, eenoudergezin, het voorkomen van KM bij de moeder, psychiatrische ziekte van de moeder en het gebrek aan sociale steun niet geassocieerd met een verhoogde CAPI score. Wel was huiselijk geweld een risico-indicator. De auteurs geven als zwakke punten van hun studie aan dat vermelding van alcoholmisbruik, drugsverslaving, kindermishandeling in eigen jeugd, psychiatrische ziekten en huiselijk geweld via een door de moeder zelf ingevulde vragenlijst waarschijnlijk een onderschatting geeft van deze problemen (Cadzow, 1999).

Thompson heeft in 1994 en in 1995 in boeken en artikelen verslag gedaan van zijn onderzoek naar aspecten van sociale ondersteuning die van belang zijn. Hij noemt onder andere emotionele steun (emotional sustenance), counselling, advies en raad (advice and guidance), toegang tot informatie, diensten en materiële ondersteuning en het aanleren van vaardigheden als de belangrijkste functies. Het is interessant dat de bovengenoemde functies bijna allemaal door het huisbezoekprogramma van Olds et al. worden aangeboden (Thompson, 1994; Thompson, 1995; Olds et al, 1986).

Een enkele keer wordt in de literatuur melding gemaakt van de onwerkzaamheid van een preventieprogramma. Zo rapporteerde Pelcovitz in 1992 dat ondanks een programma voor het voorkomen van seksueel misbruik op

twee scholen in de Verenigde Staten, 22 kinderen seksueel werden misbruikt door een stafid verbonden aan diezelfde scholen (Pelcovitz, 1992).

Maar ook Wurtele, die veel onderzoek heeft gedaan op het gebied van primaire preventie van seksueel misbruik zegt in haar discussie van één van haar onderzoeken: "We cannot at this point determine how these children would react in actual encounters with abusive adults" (Wurtele, 1986). Ook Hazzard meent dat de belangrijkste beperking van preventieprogramma's om seksueel geweld te voorkomen, ligt in het feit dat zij geen bewijs leveren dat het programma de kinderen werkelijk in staat stelt om hun opgedane kennis en vaardigheid om mishandelaars te herkennen en zo seksuele mishandeling te voorkomen, ook toe te passen (Hazzard, 1991).

Naast onderzoek naar etiologische en risicofactoren is er helaas nog weinig onderzoek verricht naar versterking van zogenaamde beschermende factoren die kindermishandeling zouden tegengaan. Bovengenoemde onderzoeken hebben geleid tot talloze pogingen om via kenmerken van de slachtoffers, daders, gezin, sociale omgeving en zelfs van de maatschappij, interventies te ontwikkelen die slechts één of een gering aantal aspecten als uitgangspunt hebben. Een groot nadeel van deze aanpak is het gebrek aan bewezen samenhang tussen de interventie en het uiteindelijke doel: het voorkómen van kindermishandeling.

Het EPIC programma (Effective Parenting Information for Children) in New Jersey heeft in het schoolcomponent programma wel aandacht voor beschermende factoren door het vergroten van het zelfvertrouwen van kinderen te stimuleren en aandacht voor het ontwikkelen van verantwoordelijk gedrag door respect voor regels, recht en (eigen) verantwoordelijkheid te schenken. Bovendien leren de kinderen vaardigheden om problemen op te lossen en om zelfstandig beslissingen te kunnen nemen.

Ouders met een IQ beneden de 80 zijn oververtegenwoordigd bij gevallen van kindermishandeling. In een overzicht van Feldman uit 1994 van 20 onderzoeken over de periode 1983 - 1993 bleek dat 96% van deze ouders door de interventie, die meestal bestond uit een taakanalyse, terugkoppeling (feedback) en het navolgen van voorbeeldgedrag (modelling) en bekrachtiging van het juiste gedrag (reinforcement) in één of meerdere vaardigheden een verbetering vertoonde (Feldman, 1994). De auteur pleit voor meer onderzoek naar variabelen die de ontvankelijkheid voor de interventie beïnvloeden en voor het ontwikkelen en vergelijken van innovatieve programma's die ouders met cognitieve belemmeringen de nodige vaardigheden bijbrengen en de positieve lange-termijn effecten op hun kinderen aantonen.

Andere factoren die gecorreleerd zijn aan KM zijn:

- gebrek aan opvoedvaardigheden
- gebrek aan kennis over ontwikkeling van kinderen en adolescenten
- gebrek aan zelfvertrouwen en zelfrespect van degenen die mishandelen
- sociale isolatie
- onkunde en onmacht om met spanningen (stress) om te gaan
- tekort schieten in de opvoeding gedurende transitie perioden die de opvoeder als individu of het gezin als geheel doormaakt, zoals geboorte van een nieuw gezinslid of overlijden in de naaste omgeving
- huiselijk geweld
- huwelijksproblemen
- werkeloos raken
- gebrek aan het reguleren en controleren van woede en boosheid
- alcohol en/of drugsverslaving
- omgevingsfactoren zoals gebrek aan goede behuizing of gebrek aan inkomen

- gebrek aan adequate kinderopvang
- slechte geestelijke of lichamelijke gezondheid van de opvoeder
- het zorgen voor een ongewenst kind of voor een kind dat speciale behoeften heeft, zoals een gehandicapt kind

In sommige groepen kan er sprake zijn van een cumulatie van deze factoren, zoals bijvoorbeeld bij tienermoeders, bij ouders die zelf als kind zijn mishandeld, en bij ouders die in chronische armoede leven of verslaafd zijn aan alcohol en drugs of zelf in slechte geestelijke of lichamelijke gezondheid verkeren. Op zich "veroorzaakt" armoede geen kindermishandeling, maar de druk van een voortdurend geldgebrek kan tot wanhoop leiden zodat men de hoop opgeeft en het kan een gebrek aan de eerste levensbehoeften veroorzaken dat tot kindermishandeling kan leiden als het gezin geen toegang krijgt tot sociale diensten voor een aanvullend inkomen.

Sociale interventies die zijn voorgesteld om kindermishandeling te voorkomen maar waarvan het effect (nog) niet is bewezen zijn onder andere:

- De waarden die aan kinderen in de maatschappij worden gehecht verhogen
- De economische onafhankelijkheid van gezinnen verhogen
- Gemeenschappen ondersteunen
- Lijfstraffen en andere vormen van geweld ontmoedigen
- Gezondheidsdiensten, ook qua betaling, toegankelijker maken
- De coördinatie van sociale diensten verbreiden en verbeteren
- Behandeling van alcohol en drugverslaving verbeteren
- Problemen op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg eerder signaleren en behandelen
- Betaalbare kinderopvang vermeerderen
- Ongewenst zwangerschap voorkomen door seksuele voorlichting, anticonceptie, abortus, anoniem bevallen en adoptie

6.5. Interventies

Gemeenschappelijke kenmerken van succesvolle interventies waren:

- Support aan het gezin en in de gemeenschap onderling
- Treed ouders tegemoet als degenen die een vitale bijdrage leveren aan de groei en ontwikkeling van hun kinderen
- Schep voorwaarden voor ouders dat zij zich gesterkt voelen om in het belang van hun kinderen te handelen
- Respecteer de integriteit van het gezin
- Versterk de capaciteiten van ouders om hun eigen ontwikkeling en die van hun kinderen te waarborgen
- Leg verbindingen tussen de verschillende ondersteuningsystemen en de gemeenschap
- Schep gunstige voorwaarden zodat ouders en kinderen elkaar kunnen ontmoeten, elkaar kunnen ondersteunen en van elkaar kunnen leren
- Versterk de coördinatie en integratie van die diensten die de gezinnen nodig hebben
- Verhoog in de gemeenschap het inzicht dat goede opvoedingscapaciteit belangrijk is
- Zorg voor crisisdiensten ten behoeve van ouders die 24 uur beschikbaar zijn

Betha concludeert dat "Of these methods, only long-term home visitation (up to two years) has been found to be effective in reducing the incidence of child abuse as measured by hospital admissions, emergency department visits and reports to child protective services" (Betha 1999).

Succesfactoren voor het opzetten en ontwikkelen van programma's waren wetenschappelijke en academische steun bij het ontwerp, ontwikkeling en inhoud van het programma en evaluatie.

Andere succesfactoren zijn:

- Programma managers hebben zelf vaak contact met programmastaf en cliënten
- Ontwerp voor een lange termijn evaluatie
- Gedegen analyse van hulpbronnen tijdens ontwerp van programma
- Realistische methoden om de noodzakelijke hulpbronnen veilig te stellen
- "Noodplannen" voor noodzakelijke hulpbronnen
- Onderzoek naar behoeften van klanten en programmapersoneel
- Flexibel programma ontwerp dat in verschillende sociale omstandigheden kan worden aangepast
- Programmapersoneel zou het programma als "hun" programma moeten beschouwen (ownership)
- Programma moet passen in bestaande netwerken zonder dat er gaten vallen of duplicatie ontstaat
- Klanten ervaren programma als zinnig en nuttig
- Support van belangrijke beleidsmakers en fondsen
- Voorlichtingscampagne voor zowel het publiek als voor beleidsmakers
- Samenwerking tussen community, diensten en bedrijfsleven in plaats van alles over te laten aan de diensten

Daro concludeert over de evaluaties van de verschillende interventies in 1994: "All of these strategies have undergone numerous evaluations. Most of these efforts are not controlled experiments and many are fraught with serious methodological problems (Daro et al 1994).

Daro ging in 1994 na wat het effect was van drie soorten interventies om KM te voorkómen:

1. Activiteiten gericht op het versterken van de ouderlijke capaciteit om op te voeden
2. Interventies gericht op het verminderen van de kwetsbaarheid van kinderen voor seksuele mishandeling en geweld
3. Programma's die gericht zijn op slachtoffers van KM en op kinderen die ouders hebben die over onvoldoende vaardigheden beschikken om kinderen op te voeden en die daarin tekort schieten

Ad 1. Universele programma's zijn te duur. Een doelgroep benadering kan stigmatiserend werken.

Stigmatisering kan echter worden voorkomen door diensten aan te bieden als opvoedingsondersteuning en niet als het voorkomen van KM. Ook kunnen diensten worden aangeboden aan iedereen die in hoog risico wijken woont. Het effect van programma's gericht op het versterken van de opvoedingscapaciteit is afhankelijk van duur en intensiteit van het programma. Men gaat in het algemeen ervan uit dat als een programma tenminste twee jaar duurt niet alleen het positieve effect aan het begin van het programma blijft bestaan maar dat het effect naarmate het programma langer duurt wordt versterkt. Zowel daarvoor getrainde mensen als paraprofessionals kunnen een dergelijk programma uitvoeren.

Conclusie.

De causale benadering van kindermishandeling heeft niet geleid tot bruikbare interventies aangezien kindermishandeling niet het gevolg is van één duidelijk aanwijsbare oorzaak.

Het is helaas tot nu toe ook niet duidelijk wat voor risicofactoren met een grote mate van waarschijnlijkheid tot kindermishandeling leiden. Als men op grond van risicofactoren probeert te voorspellen in welke gezinnen mishandeling in de toekomst zal plaatsvinden zal in verreweg het grootste deel van de geïdentificeerde gezinnen géén mishandeling plaatsvinden. Volgens Browne en collegae levert een voorspelling nog altijd 70

procent vals positieven op. Uitgaande van 50 voorspelde gevallen van mishandeling per 1000 kinderen levert dit 15 terecht gesignaleerde en 35 onterecht gesignaleerde gevallen op. Volgens Appleton zou in een populatie van 10 000 gezinnen een checklist 1228 gezinnen met een verhoogd risico identificeren van wie slechts 33 hun kinderen zou mishandelen en dus 1195 "vals alarm" gezinnen opleveren. Dit betekent dus dat 97,3% van de gezinnen die de checklist zou aanwijzen als potentiële mishandelaars in feite onschuldig zullen zijn" (Appleton 1994).

De meest constante samenhang die gevonden werd tussen kindermishandeling en andere factoren is die tussen armoede en kindermishandeling. Dit houdt in dat interventies die geen rekening houden met de dagelijkse armoede gerelateerde problemen van het gezin waarschijnlijk op den lange duur onvoldoende effect zullen sorteren wat betreft kindermishandeling.

7. Samenhang tussen preventie van kindermishandeling en preventie van criminaliteit

De maatschappij is sterk gericht op problemen waarvan men direct "last" heeft, zoals geweld, weggegooid naalden van drugsgebruikers, criminaliteit op straat. Men beseft niet dat achter gesloten deuren door huiselijk geweld en kindermishandeling ernstige schade wordt aangericht waarvan op den duur niet alleen de slachtoffers en daders maar de hele maatschappij de gevolgen ondervinden. De kosten aan psychiatrische opvang voor slachtoffers en daders, van justitie en politie zijn op den lange duur voor de maatschappij als geheel enorm hoog waarbij we dan nog niet eens spreken over het verlies aan leven en verlies aan levensgeluk bij de slachtoffers. Uiterst belangwekkend is dat kinderen die tijdens hun eerste twee levensjaren regelmatig huisbezoek kregen van een daartoe opgeleid verpleegkundige, te vergelijken met onze wijkverpleegkundigen, ook veel minder antisociaal en crimineel gedrag vertoonden dan kinderen die géén huisbezoek ontvingen (Olds et al, 1998). Blijkbaar is er een overlap tussen risicofactoren voor crimineel en antisociaal gedrag en kindermishandeling. Om het verband tussen preventie van criminaliteit en preventie van kindermishandeling nader te illustreren volgt in de volgende paragrafen de samenvatting van het onderzoek van professor Junger-Tas in opdracht van het Directoraat-Generaal Preventie, Jeugd en Sancties van de Ministerie van Justitie naar een effectief preventiebeleid (Junger-Tas, 1997) over preventie van criminaliteit.

7.1. Is preventie mogelijk?

In een eerder rapport werd verslag gedaan van een literatuuronderzoek naar de mogelijkheden om ernstige en persistente criminaliteit te voorkomen (Junger-Tas 1996). Een belangrijke conclusie van die studie was dat een beleid gericht op de preventie van ernstige (jeugd)criminaliteit, misbruik van alcohol en drugs en geweld mogelijk is indien aan een aantal voorwaarden wordt voldaan.

Een van die voorwaarden is dat men de risicofactoren die het sterkst met latere criminaliteitsproblemen samenhangen met enige zekerheid kan bepalen. Dit blijkt inderdaad het geval te zijn, zij het dat die voorspellingen altijd op groepen betrekking hebben en niet op individuele kinderen. Bovendien kunnen voorspellingen van menselijk gedrag nooit absolute zekerheid geven: het gaat altijd om **waarschijnlijke uitkomsten**. De risicofactoren betreffen risico's in het kind zelf, in het gezin en in de omgeving. Naast risicofactoren zijn er ook beschermende factoren, waaronder individuele kenmerken, sociale bindingen en sociale steun.

Geen van de gevonden factoren kunnen, op zich zelf, latere negatieve ontwikkelingen voorspellen: alleen als meerdere factoren gelijktijdig in het spel zijn is er sprake van een verhoogd risico voor het optreden van ernstige criminaliteit evenals van problemen met gezondheid en welzijn.

Een tweede voorwaarde is dat er, op hun effectiviteit getoetste, methoden bestaan die de levensloop van kinderen op zodanige wijze beïnvloeden dat deze zich op een pro-sociale manier ontwikkelen en zich later in de samenleving staande kunnen houden zonder hun toevlucht te nemen tot criminaliteit. Ook dit is het geval. Er zijn vooral in de Verenigde Staten tal van programma's op dit gebied ontwikkeld en deze zijn in longitudinaal onderzoek uitvoerig getoetst op hun korte en lange termijneffecten. Hieruit bleek onder meer dat interventieprogramma's die op jonge leeftijd worden toegepast vele malen effectiever zijn in het voorkomen van criminaliteit dan programma's die op latere leeftijd worden uitgevoerd. Hoewel ook in andere landen veel preventieprojecten zijn ontwikkeld, zijn deze lang niet altijd op hun effecten getoetst.

Een derde voorwaarde is tenslotte dat men in staat is om een consistent en integraal preventiebeleid op te zetten dat zowel op korte termijn als op middellange en lange termijn duidelijke resultaten te zien geeft. Hoewel er in dit opzicht eveneens inspanningen zijn verricht om een plaatselijk preventief beleid van de grond te krijgen, blijkt dat deze laatste voorwaarde waarschijnlijk het moeilijkst is te verwezenlijken.

7.2. Een strategie voor preventief beleid

Waar het in een preventief beleid om moet gaan is het reduceren van risicofactoren en het bevorderen van beschermende factoren. In zekere zin bestaat in ons land al een dergelijk beleid: het welzijnswerk, de hulpverlening en de kinderscherming kennen een groot aantal programma's en projecten met een preventieve doelstelling. Helaas hebben preventieve inspanningen in ons land nog te vaak een geïsoleerd karakter; ze zijn (te) zelden gebaseerd op een coherent beleid en de effectiviteit ervan is onzeker. Met uitzondering van de consultatiebureaus heeft elk project zijn eigen klantenkring en zijn eigen doelstelling en bedient slechts een beperkt segment van de markt, zonder dat er van enige samenhang tussen projecten sprake is. De strategie die in dit rapport gepresenteerd wordt, is gebaseerd op Communities that Care, een model, ontwikkeld door de Amerikanen David Hawkins en Richard Catalano. Dit model maakt expliciet wat in ons land in een aantal gemeenten in experimentele vorm al gestalte krijgt maar zeker nog niet algemeen ingang heeft gevonden. Het gaat om een zeer rationele en eigenlijk ook heel voor de hand liggende aanpak. Om te beginnen wordt een duidelijk afgegrensd gebied als voorwerp van een specifiek preventiebeleid aangemerkt, een regio, een stad, een kleinere gemeente, een deelgemeente of een stadsdeel. Vervolgens worden de problemen in zo'n gebied goed geïnventariseerd en worden duidelijke doelstellingen voor verbetering opgesteld. Daarna worden de plannen uitgevoerd en tenslotte wordt op gezette tijden nagegaan of de gewenste verbeteringen ook zijn opgetreden. Dit proces lijkt eenvoudiger dan het is. Sociale verandering is een zeer complex proces en het eist een zorgvuldige aanpak, een gedegen organisatie en de kennis en beschikbaarheid van effectieve interventieprogramma's. Het model kan in negen stappen worden omschreven.

1. Definitie van het 'preventiegebied'

Het beste is om van een beperkt geografisch gebied uit te gaan dat een goede infrastructuur van voorzieningen en organisaties heeft. Ook als men een regionaal preventiebeleid wil dan is een decentrale aanpak met lokale preventieteams het beste. Voor Nederland ligt een wijkgerichte aanpak het meest voor de hand.

2. Mobilisatie van bestuurders en autoriteiten

Het is van belang een soort plaatselijke stuurgroep te vormen van de mensen die het in een provincie, gemeente of wijk voor het zeggen hebben. Zij controleren de hele infrastructuur van diensten, kunnen daar veranderingen in aanbrengen en een aantal van hen heeft tevens toegang tot financiële bronnen. In de stuurgroep zouden zitting kunnen hebben de burgemeester en/of belangrijke wethouders, de (hoofd) commissaris van politie, de directeur van de GGD en die van de plaatselijke welzijnsorganisaties. De leden van de stuurgroep moeten het preventiebeleid dragen en sturen.

3. Samenstelling van een preventieteam

Het preventieteam doet het eigenlijke werk. Het behoort een afspiegeling te zijn van alle voorzieningen en organisaties die zich met kinderen en jongeren bezig houden. Vertegenwoordigers van de gezondheidsdiensten (GGD en Thuiszorg), het welzijnswerk, het onderwijs, de politie en de kinderscherming horen daar in ieder geval in te zitten. Daarnaast kan men denken aan deelname van vertegenwoordigers van religieuze organisaties en van de verschillende bevolkingsgroepen in de wijk. Het is essentieel dat de wijkbewoners de

overtuiging krijgen dat het hun eigen project is. Een geslaagd voorbeeld van zo'n samenwerking biedt de gemeente Enschede die deskundigheidsbevordering van peuterspeelplaatsleiders, consultatie van de GGD en het maatschappelijk werk in scholen heeft bevorderd. Ook heeft de gemeente buurtnetwerken Jeugdhulpverlening opgericht. Vervolgens ging men een wijk aanpak ontwikkelen in een experimentele wijk.

4. Uitvoering van een probleemanalyse

Een probleemanalyse omvat het maken van een inventarisatie van de in de gemeente/wijk aanwezige risico-factoren en beschermende factoren. Het belang van zo'n analyse is dat men een objectief beeld verkrijgt van de lokale problemen. Het kan bovendien ook voor andere doeleinden dienen: als politiek basisdocument dat interne strijd over de lokale situatie kan voorkomen, als informatiedocument voor de lokale bevolking, als basis voor subsidieaanvragen, als stimulans voor lokale samenwerking en voor preventie initiatieven. Het kan tevens worden gebruikt als een referentiedocument, waaraan men veranderingen en verbeteringen kan afmeten. Daarmee kan men naar de politiek, de subsidiegevers en de bevolking verantwoording afleggen voor het gevoerde beleid. Tenslotte is het een uitermate nuttig instrument om een lokaal preventief jeugdbeleid te institutionaliseren. Het gaat dan om informatie op het gebied van bevolkingssamenstelling, huisvestingssituatie (woningmarkt, mutaties en doorloopsnelheid in complexen), gezondheid, onderwijs (verzuim en vroegtijdig schoolverlaten), inkomen, opleiding en werkloosheid. Ook de (jeugd)politie en de Raad voor de Kinderbescherming kunnen gegevens verschaffen over kinderschermingsmaatregelen, kindermishandeling en delinquentie. Verder kan de GGD informatie leveren over alcohol- en drugsproblemen. Daarnaast zijn enquêtes onder de volwassen- en/of jeugdbevolking, zoals geïnitieerd door de gemeente Rotterdam, bijzonder nuttig. Hiermee kan men informatie verzamelen over verkrijgbaarheid, gebruik en houding ten opzichte van drugs en alcohol, over probleem- en anti-sociaal gedrag op school en met vrienden, over attitudes ten aanzien van school, het jeugdwerk, de hulpverlening en de politie.

5. Prioriteiten en doelstellingen vaststellen

Als de resultaten van de probleemanalyse in een rapport zijn vastgelegd, dat aan de stuurgroep ter hand gesteld wordt, gaat het preventieteam een concept voor een preventieplan maken. Daarbij moeten zowel doelstellingen voor de korte als voor de lange termijn opgesteld worden. Tevens dienen er prioriteiten te worden gesteld, dat wil zeggen er zal een keuze gemaakt moeten worden van risico-factoren die men in de eerste plaats wil aanpakken.

6. Sterkte-analyse

Nadat een probleemanalyse is gemaakt en enkele prioriteiten zijn gesteld, dient er een sterkte-analyse gemaakt te worden. Want er gebeurt natuurlijk al heel wat in de betreffende gemeente of wijk. Zeker in ons land vindt er praktisch overal een groot aantal preventieprojecten plaats dat zich op deelpopulaties en deelproblemen richt. Sommige van die projecten worden geïnitieerd door de rijksoverheid, andere door de gemeente, de GGD, de scholen en weer andere door hulpverleningsorganisaties. Men moet al deze initiatieven in kaart brengen zodat men voort kan bouwen op hetgeen reeds bestaat.

7. Het kiezen van een strategie

Op grond van de geconstateerde leemten en tekorten in het bestaande beleid moet een strategie geformuleerd worden waarbij bestaande en nieuwe preventieprojecten worden samengevoegd in een sluitend geheel. Bij de keuze van projecten zijn twee zaken van groot belang. De eerste is dat een omvattend en lange termijn preventiebeleid projecten toepast voor kinderen vanaf de geboorte tot en met de adolescentie. De tweede is dat die projecten ofwel op onderzoek gebaseerd moeten zijn, ofwel effectief moeten zijn gebleken in gecontroleerde veldstudies. Dit soort preventieprojecten richt zich op gezinnen, op scholen, op gemeenschapsvoorzieningen voor de jeugd en op de leefomgeving in wijk of gemeente. Bij de implementatie van projecten is het goed te bedenken dat er korte, middellange en lange termijndoelen van het programma zijn. Lange termijndoelen zijn bijvoorbeeld de reductie van jeugdcriminaliteit in de betreffende gemeente of wijk. Middellange termijndoelen

zijn de vermindering van de als prioriteit gestelde risicofactoren en de versterking van de beschermende factoren. Korte termijn doelen zijn tenslotte de onmiddellijke activiteiten die daadwerkelijk ontplooid worden. In dit verband is het nuttig om een actieplan op te stellen waarin precies staat wie, wat, waar en wanneer gaat doen en eveneens hoe de evaluatie van het geheel zal gaan verlopen.

8. Evaluatie

Evaluatie van projecten op het terrein van welzijn en preventie heeft in het algemeen in ons land een lage prioriteit. Dat is jammer omdat een goede evaluatie zeer veel voordelen heeft. Niet alleen is het een belangrijke vorm van verantwoording naar de lokale gemeenschap over het werk dat men verricht heeft, maar er worden ook allerlei vragen door beantwoord. Zo leert men of het project werkelijk werkt en of er wellicht verbeteringen in moeten worden aangebracht. Bovendien kunnen ook onverwachte positieve resultaten aan het licht komen. Tenslotte worden aan de hand van een goede evaluatie gegevens verkregen die van belang zijn wanneer men een nieuwe subsidieaanvraag overweegt.

9. Bepaling van een tijdpad

De problemen die men het hoofd moet bieden zijn niet alleen complex, ze hebben zich ook geleidelijk en gedurende lange tijd ontwikkeld. Daarom kan men niet verwachten dat ze in één of twee jaar opgelost zijn. Een echt preventiebeleid is lange termijnwerk. Dat laat onverlet dat men een duidelijk tijdpad moet opstellen waarbij doelen op korte termijn makkelijker te bereiken zijn dan die op lange termijn. Dit is een belangrijk aspect van het preventieplan omdat het bereiken van gestelde doelen de spelers in het veld aanmoedigt om vol te blijven houden en in de gemeente of wijk een optimistische, naar de toekomst gerichte sfeer kweekt. Zo'n tijdpad dient een overzicht te geven van de momenten waarop belangrijke programma's starten, wanneer ze geëvalueerd worden, wanneer bijeenkomsten van het preventieteam plaatsvinden, op welke tijdstippen de stuurgroep de voortgang bespreekt en in welke vorm en wanneer verantwoording naar het bestuur en de lokale gemeenschap zal plaatsvinden over bereikte resultaten.

7.3. Een effectief preventiebeleid

Ervan uitgaande dat criminaliteit altijd het resultaat is van een cumulatie van risico-factoren, moet een preventieaanbod dus breed zijn en zich richten op een aantal fundamentele risico-factoren. Projecten die zich uitsluitend tot de ouders richten of uitsluitend tot de kinderen zijn onvoldoende en hebben veelal een te beperkt effect. Bovendien moeten ze een zekere duur hebben, waarbij door onderzoekers een voorkeur uitgesproken wordt voor een minimumduur van twee jaar. Preventieprogramma's zouden bij voorkeur moeten plaatsvinden in wijken en buurten waar veel risicofactoren aanwezig zijn. Bij het ontwikkelen van een lokaal preventiebeleid is het van belang om te kunnen putten uit een breed arsenaal van programma's op het terrein van de gezinsopvoeding, peuter- en kleuterzorg, de basisschool en het middelbaar onderwijs, buurt en wijk. Men kan in het huidige aanbod drie typen programma's onderscheiden. Sommige beogen de cognitieve ontwikkeling van het (jonge) kind te stimuleren zodat het goed op school kan meekomen en de risico's van spijbelen of schooluitval worden gereduceerd. Andere beogen de emotionele en normatieve ontwikkeling van het kind te bevorderen, opdat zijn sociale competentie toeneemt en het vermogen tot het aangaan van positieve sociale interacties en pro-sociaal gedrag wordt versterkt. Tenslotte zijn er programma's die beogen ouders meer vaardigheden aan te leren voor het adequaat opvoeden van hun kinderen.

Vroegtijdige preventieprogramma's

Veel Amerikaanse programma's zijn ontwikkeld om de (gezondheids)zorg rondom de bevalling en voor het heel jonge kind en de moeder te verbeteren. Evaluatie van zulke meestal tweejarige projecten voor moeders en kinderen in meervoudige achterstandsituaties heeft onveranderlijk belangrijke effecten aangetoond: onder de deelnemende moeders kwam aanzienlijk minder kindermishandeling voor (4% tegen 19% bij de controlegroep)

en de schoolcarrière van het kind verliep veel beter. Zo sloten twee maal zoveel kinderen uit de projectgroep de school af met een diploma dan kinderen uit de controlegroep. In dit opzicht heeft ons land zeker een voorsprong omdat het consultatiebureau, een universele voorziening, gedurende de eerste twee levensjaren die zorg aan alle moeders en kinderen biedt. Bovendien is de GGD praktisch overal hard op weg om een instrumentarium voor signalering van zowel medische als psychosociale problemen bij jonge kinderen en bij kinderen van de schoolleeftijd te ontwikkelen alsook een daarbij passend hulpaanbod. Tevens werden op nationaal niveau in opdracht van het ministerie van VWS educatieve programma's ontwikkeld (Instapje' (12-24 maanden), 'Opstapje' (2-4 jaar), 'Opstap Opnieuw' (4-6 jaar) en 'Overstap' (6-7 jaar)) en werd het programma High/Scope (VS) in ons land ingevoerd.

Opvoedingsondersteuning

Opvoedingsondersteuning is 'het verbeteren van de opvoedingssituatie van kinderen waarbij de ouders het aangrijpingspunt vormen. Daarbij gaat het om het verkleinen van risicofactoren en het vergroten van beschermende factoren'. Een door het NIZW - naar de Amerikaanse cursus 'Winning' - ontwikkelde cursus, speciaal gericht op ouders in achterstandssituaties, is Opvoeden zó!. De cursus is na voltooiing overgedragen aan regionale instellingen zoals de RIAGG's, de GGD en de stichting Spel en Opvoedingsvoorlichting. Deze instellingen zorgen voor de training van paraprofessionals die de cursus kunnen geven. De cursus beoogt ouders een aantal vaardigheden aan te reiken zodat ze het gedrag van hun kinderen op een meer positieve wijze kunnen sturen. Die vaardigheden zijn: aandacht geven, aanmoedigen, prijzen, belonen van gewenst gedrag en grenzen stellen zoals verbieden, negeren, apart zetten en straffen. Er is ook een landelijk experiment opvoedingsondersteuning dat door het ministerie van VWS is geïnitieerd met als doel het aanbod van opvoedingsondersteuning beter op de vraag van ouders af te stemmen en een betere samenwerking tussen betrokken instellingen te bevorderen. Alle projecten trachten te komen tot verbetering van de onderlinge samenwerking tussen instellingen en tot een duidelijker en samenhangender aanbod. Er is een aantal kritische opmerkingen te plaatsen bij het huidige aanbod. De cursus Opvoeden zó is te beperkt en te weinig diepgravend voor de doelgroepen van Justite. In het rapport worden een Amerikaanse en een Canadese oudertraining beschreven die aanzienlijk ingrijpender zijn. Dergelijke trainingen zouden ook in ons land ontwikkeld moeten worden. Daarnaast gaat het om een volstrekt vrijblijvend aanbod waar ouders gebruik van kunnen maken.

Uit een tussentijdse evaluatie blijkt dat de waardering van de ouders voor de opvoedingsondersteuning zeer matig is: over alle zeven experimenten voelde slechts 55% zich gesteund en geholpen. Over het effect van de opvoedingsondersteuning op de opvoeding en ontwikkeling van kinderen kan helaas niets gezegd worden. De evaluaties van afzonderlijke projecten gaan meestal niet verder dan berichtgeving over het aantal ouders die de cursus hebben gevolgd en impressies over de tevredenheid van de deelnemers. Vanuit een justitieel perspectief is dit teleurstellend. Het blijkt buitengewoon moeilijk om tot een integraal, samenhangend plaatselijk jeugdbeleid te komen, hetgeen remmend werkt op de realisatie van preventieprogramma's. Bovendien blijkt dat het bereik van de doelgroep vrijwel overal op moeilijkheden stuit: het zijn overwegend goed gemotiveerde ouders, veelal niet uit achterstandssituaties, die op het opvoedingsondersteunend aanbod ingaan. Vanuit een oogpunt van preventie van criminaliteit is dit echter onvoldoende. Er zouden in de strategie van het aanbod ook andere factoren een rol dienen te spelen, zoals de eisen voor de opvoeding van kinderen die de samenleving aan ouders stelt en het inzicht dat ouders zelf hebben in belangrijke opvoedingstaken. Met name die gezinnen waar een cumulatie van risico-factoren bestaat - de multi-probleem gezinnen - zouden in de eerste plaats voor opvoedingsondersteuning in aanmerking moeten komen, waarbij aan een zekere drang niet kan worden ontkomen. Tenslotte zou ik met kracht willen pleiten voor een gedegen effectonderzoek naar de resultaten van deze projecten op het opvoedkundig functioneren van de betreffende ouders. Ook voor oudere kinderen zijn educatieve programma's ontwikkeld (Overstap), trainingen van sociale vaardigheden, veelal door het buitenland geïnspireerd (The Good Behavior Game, Skills for Life) en programma's voor schooluitvallers (het PPI; de Splitsing).

7.4. Preventie voor wie?

Een concreet probleem waar gemeenten mee worstelen is de ethische vraag of men mag interveniëren op basis van predicties die weliswaar op groepsniveau valide zijn, maar die op individueel niveau veel onzekerder zijn. In dit verband lijkt een meersporenbeleid het meest aangewezen. Het eerste spoor is de algemene preventieve aanpak in de zogenaamde achterstandswijken, namelijk een collectieve aanpak gericht op de kinderen en hun ouders die in de wijk wonen. Het aanbod van Ontwikkelingsstimulering en Opvoedingsondersteuning kan gedaan worden via de peuterspeelzaal, via de school, maar ook in sommige gevallen via huisbezoeken. Het voordeel van een aanbod via de school is dat alle kinderen, in ieder geval vanaf hun vierde jaar door het programma bereikt kunnen worden. Bovendien kunnen ook de ouders via de school heel goed bereikt worden.

Het tweede spoor betreft de aanpak van individuele gezinnen waar zich reeds problemen voordoen of zich aankondigen. Aan deze gezinnen dient men een specifiek en centraal georganiseerd preventief- en/of hulpverleningsaanbod te doen. Sommige gemeenten en regio's haken daar aan bij het werk van de GGD in de - door iedereen zonder kosten te consulteren - consultatiebureaus. Deze bureaus bereiken immers 95% van de jonge kinderen en vormen derhalve een uitgelezen vindplaats van problemen met jonge kinderen en hun gezinnen. Wat de kinderen betreft worden in het rapport een aantal voorbeelden gegeven van effectieve programma's. Waar het om de ouders gaat, betreft het ouders van kinderen met gedragsstoornissen of kinderen die zeer agressief zijn, om gezinnen waar men vreest voor kindermishandeling en om ouders van kinderen die al eens met de politie in aanraking zijn geweest. Voor deze categorie moet een minder vrijblijvend aanbod ontwikkeld worden van trainingen die aanzienlijk meer omvatten dan de betrekkelijk eenvoudige cursus Opvoeden zó. Voor deelname aan deze oudertrainingen zou aanhoudende overredingskracht gewettigd zijn.

Het derde spoor heeft betrekking op dwangmatige interventie. Wanneer er aanwijzingen zijn van ernstige gezinsproblemen, waaronder verwaarlozing en dreiging of tekenen van kindermishandeling; wanneer de opvoeding bedreigd wordt door alcohol- of drugsmisbruik; wanneer zich ernstige gedragsproblemen van het kind voordoen; wanneer jonge moeders geheel op eigen benen moeten staan en er geen opvang van ouders of van een sociaal netwerk is, dan lijkt drang of dwang om deel te nemen aan opvoedingsondersteuningscursussen alleszins te rechtvaardigen. Men zou bijvoorbeeld concrete (financiële of huisvestings) hulp kunnen bieden, met daarbij de voorwaarde dat deelgenomen dient te worden aan oudertrainingen. Dit klemmt de te meer wanneer ouders of kinderen het voorwerp zijn van een maatregel van Kinderbescherming of wanneer zo'n maatregel dreigt. In het eerste geval kan de Raad voor de kinderscherming of de gezinsvoogd met kracht - en zonodig dwang - aansturen op het volgen van oudertrainingen. In het tweede geval zou dit bijvoorbeeld in de vorm van een soort 'alternatieve maatregel' kunnen worden gegoten: de kinderrechter verbindt zich tot het (voorlopig) niet opleggen van een maatregel van Kinderbescherming op voorwaarde dat de ouders deelnemen aan opvoedingscursussen. Voor adolescenten die problemen met zichzelf of met de autoriteiten hebben, bestaan reeds een aantal projecten op het snijvlak van vorming, educatie en jeugdstrafrecht, maar meer wordt - en kan nog - ontwikkeld worden.

7.5. Tot besluit

Veel zal afhangen van de inspanningen die het rijk, de provincie, de gemeente en de wijk zich getroosten om een werkelijk geïntegreerd preventief jeugdbeleid van de grond te krijgen. Belangrijkste richtsnoer moet zijn dat er voor alle ouders en kinderen van 0 - 18 jaar die dat nodig hebben een beroep gedaan kan worden op hulp- en steunstructuren die hen in staat stellen nu en later volwaardig aan de samenleving deel te nemen. In dit

verband zou men kunnen beginnen met het versterken van reeds bestaande structuren. Zo blijkt bijvoorbeeld dat in risicowijken slechts 25% tot 28% van de daar wonende jonge kinderen een peuterspeelplaats bezoekt. Dit is des te meer te betreuren omdat in dit kader effectieve voorschoolse programma's - zoals de Opstap programma's - kunnen worden aangeboden gecombineerd met oudercursussen. Bovendien zijn op veel plaatsen onvoldoende kinderdagverblijven en kinderopvangplaatsen. Daarnaast is van belang dat de verlengde schooldag als een vorm van kinderopvang breder wordt ingevoerd. Op dit ogenblik is het met de buitenschoolse opvang nog slecht gesteld. Er zijn te weinig opvangmogelijkheden en er is vaak kritiek van ouders op de weinig flexibele organisatie. In het kader van geïntegreerd jeugdbeleid biedt de verlengde schooldag een goede gelegenheid om onderwijsbeleid in samenhang te brengen met jeugdbeleid en zou het de binding met school kunnen versterken. Met betrekking tot vóórschoolse educatieve programma's zou men nog eens goed moeten overdenken in welke taal men de betreffende kinderen en hun ouders wil onderwijzen. Het is bekend dat hierover in onderwijsland verschillend wordt gedacht. Als echter te weinig nadruk op het aanleren van de Nederlandse taal samengaat met het ontstaan van etnisch en cultureel homogene scholen, dan zal de integratie in onze samenleving van deze kinderen eerder verslechteren dan verbeteren. Daarnaast zouden vooral de grote gemeenten zich moeten inspannen om meer arbeidsplaatsen te scheppen voor laaggeschoolde jongeren. Gemeenten doen dit wel en trachten via het JWG en de Jongerenpool (Rotterdam) een sluitende aanpak te bewerkstelligen voor jongeren tussen 16 en 23 jaar, maar er is nog steeds een veel te grote uitval. Een effectief preventiebeleid is tenslotte een lange termijninvestering. Hoewel er zeker op korte termijn successen te behalen zijn kan men niet verwachten dat er een onmiddellijke verbetering van de leefbaarheid en veiligheid in achterstandswijken plaatsvindt noch meteen een sterke daling van de criminaliteit.

8. Randvoorwaarden voor een succesvol preventieprogramma⁷

8.1. Inleiding

Aan de volgende factoren moet zijn voldaan voor een succesvol preventieprogramma:

- Het betreft een belangrijk probleem.
- Er is een effectieve preventieprogramma.
- Er zijn faciliteiten voor diagnose en behandeling.
- Er is een herkenbare latente of vroege symptoomfase.
- Er is een goede diagnostische test.
- Preventieve acties moeten aanvaardbaar zijn.
- De ontstaansgeschiedenis van de stoornis (natural history) moet bekend zijn.
- Er moet duidelijk aanwijsbaar zijn wie de patiënt is.
- De preventie moet kosten-effectief zijn.
- Er is een goede en betrouwbare "case-finding" methode.

Gaat dit rijtje ook op voor kindermishandeling?

Het is duidelijk dat het bij kindermishandeling om een belangrijk maatschappelijk probleem gaat. Afgezien van het feit dat er in Nederland jaarlijks tussen de 50 en 80 kinderen overlijden aan (de gevolgen van) kindermishandeling (Willems, 2000) en vele duizenden worden mishandeld en misbruikt, dragen de meeste mishandelde kinderen hun hele leven de psychische last van mishandeling. Wat betreft kindermishandeling wordt (nog) niet aan de tweede eis voldaan: er is (nog) geen eenduidig effectief preventieprogramma in Nederland om kindermishandeling te voorkomen. Ook is er helaas nog geen eenduidige succesvolle behandeling voor ouders of slachtoffers. Bij de ouders treden ondanks behandeling nog recidieven op en bij de slachtoffers is therapie ook nog lang niet altijd effectief gebleken. Helaas zijn er ook te weinig faciliteiten voor het signaleren van risicogezinnen of risicosituaties voor kindermishandeling, laat staan dat er voldoende faciliteiten zouden zijn voor behandeling. De wachttijden voor het begeleiden van gezinnen met een vermoeden van kindermishandeling kunnen oplopen tot vele maanden, zo niet jaren. Miller et al. rapporteren in 1999 dat in de V.S. één derde van de gezinnen waar KM werd vastgesteld geen enkele vorm van hulp kreeg aangeboden (Miller et al, 1999). Faver constateert de relatieve éénvormigheid van hulp die geboden wordt aan kinderen die verwezen worden naar instanties van kinderbescherming. Volgens Faver kreeg slechts 17.4% van de kinderen hulp op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg terwijl ze in pleeggezinnen verbleef en slechts 16.2% kreeg deze vorm van hulp voordat zij terechtkwam in pleeggezinnen. Maar Faver signaleert ook : "One consequence of the limited availability of services is the assignment of families to inappropriate services. In some cases, inappropriate services are probably offered because nothing else is available. Often, such a scatter-shot approach is an effort to provide services to many clients in the hope that "something will work". Reviews of successful services show variability in program intensity, duration, staffing, and structure, with families needing different types of programmes based on their circumstances (Daro & McCurdy, 1994). Daro's (1991) review found that in general, communities are most equipped to provide short-term help and least equipped to serve the families at high risk for severe maltreatment. Kamerman and Kahn (1990) also noted that many families need long-term assistance, while only short-term help is available. Moreover, agencies are organised to provide help for single problems, while most families have multiple problems. It is agreed that

⁷ Vrij naar Professor Anneke Jansen, Universiteit Maastricht

comprehensive, multi-service interventions are needed to meet families' individual needs (Wolfe & Wekerle 1993), but many communities simply cannot offer the range and diversity of services that are needed. Indeed, communities with the greatest number of disadvantaged families tend to be the most lacking in community-based services (Daro 1991)".

Bij het bieden van hulp aan risico gezinnen speelt het zoeken van hulp een belangrijke complicerende rol. Het proces van "hulp zoeken" (hulpzoekgedrag) wordt beïnvloed door factoren zoals socio-economische status, etniciteit, godsdienst, geslacht, leeftijd en sociale netwerken. Problemen krijgen door de cultuur een cognitieve en emotionele lading. Het proces van probleem definitie en het oplossen van problemen is zowel een persoonlijke als een sociale gebeurtenis. De definitie van het probleem bepaalt grotendeels of er hulp wordt gezocht en wáár dan eventueel hulp wordt gezocht. Hoe groter de socio-economische en culturele afstand tussen hulpvrager en hulpverlener hoe groter de discrepantie tussen perceptie, etikettering (labeling) en respons ten aanzien van een bepaald probleem. Aangezien KM vaak voorkomt bij arme gezinnen is de kans groot dat de afstand tussen hen en de dienstverlenende instanties groot is en dat zij deze diensten niet als ter zake doende beschouwen voor hún probleem. Stefl en Prosperi vonden in een ruraal gebied in de VS dat mensen die juist meer risico's hadden ook meer hindernissen ondervonden om de geschikte diensten te vinden qua beschikbaarheid, toegankelijkheid, aanvaarding en betaalbaarheid (Stefl & Prosperi 1985).

Appleton noemt moeilijkheden in de communicatie, het gebrek aan sociale diensten en het falen van de sociale diensten om steun te verlenen aan gezinnen die tot hun verantwoordelijkheid behoren als de voornaamste problemen (Appleton, 1994). Appleton haalt Harris aan die in 1988 beschreef dat in Haringey 92 van de 297 kinderen die onder de diensten van de kinderscherming vielen geen toegewezen maatschappelijk werker hadden. Zij stelt eveneens: "What is alarming is that a considerable proportion of these women experienced substantial stresses in their adjustment to motherhood. Some even worried about abusing their babies, but they did not see their problems as relevant to health visitors, social workers or general practitioners" (Appleton 1994).

Miller et al. geven in 1999 aan dat "up to one third of families in which abuse or neglect was substantiated received no helping intervention of any kind". Zij stellen ook: "....current programs rely heavily on counselling or parenting classes, when overburdened parents often need a few hours respite from the child or help in coping with spousal abuse".

Bovendien ligt bij vele onderzoeken de nadruk op het gebruik maken van diensten en niet op het proces van hulp zoeken zodat informatie hóe deze gezinnen hun probleem zélf (h)erkennen en definiëren wordt gemist. Zwarte Amerikanen bijvoorbeeld maken veel gebruik van informele netwerken en bezoeken meer eerste hulp diensten.

Ook aan de andere eisen wordt niet voldaan: er is geen latente of vroege symptoomfase: kindermishandeling kan zo maar opeens optreden, onafhankelijk of een gezin als risico gezin is aangemerkt of niet. Er is (nog) geen duidelijk aanwijsbaar bundeling van risicofactoren waarbij met een grote mate van waarschijnlijkheid kindermishandeling zal optreden. De sensitiviteit en specificiteit van risicoprofielen is nog altijd laag (Daro 1999). Tenslotte is de preventieve aanpak van kinderen en van zogenaamde risicogezinnen niet zonder ethische problemen. Het predikaat risicogezin werkt stigmatiserend. Preventieprogramma's waarbij (zeer) jonge kinderen signalen leren herkennen van seksuele mishandeling kunnen angsten aanwakkeren en tot ongewenste negatieve effecten leiden (Finkelhor, 1998). Er is geen ontstaansgeschiedenis van kindermishandeling. Zoals reeds gezegd onder 7.3 gaat het bij kindermishandeling niet om een één oorzaak-gevolg keten maar om een complexe interactie tussen vele oorzaken. Helaas zijn de aanwijzingen voor kindermishandeling vaak heel subtiel en is het niet meteen eenduidig aan te wijzen wie de patiënt is (Ambrose,

1997). De kosten-effectiviteit kan alleen berekend worden indien het bewezen is dat een bepaalde aanpak inderdaad effectief is. Bovendien zullen de sensitiviteit en specificiteit van dat programma in de kosten betrokken moeten worden.

Er is mogelijk een overlap in methoden voor het voorkomen van geweld en kindermishandeling (Dusenbery, 1997). In 2000 toonde Eckenrode aan dat in een 20 jarige follow-up van het Elmira project het voorkomen van huiselijk geweld een verstorend effect had op preventie van kindermishandeling.

8.2. Discussie

De maatschappij maakt duidelijk een onderscheid tussen problemen waar "men" in de maatschappij last en hinder van ondervindt, zoals bijvoorbeeld geweld op straat, en problemen waarvan men nauwelijks iets merkt en die zich in de afgeschermd gezinssituatie afspelen, zoals kindermishandeling. De overheid besteedt veel aandacht aan preventieprogramma's voor jongeren tegen geweld, maar heeft weinig oog voor de noodzaak van preventie van kindermishandeling. Toch is dit niet eens logisch, aangezien er een groot overlap is tussen risicofactoren voor criminaliteit en antisociaal gedrag en kindermishandeling. Olds et al. deden in 1998 een follow-up van een huisbezoekprogramma in Elmira voor kinderen die als kind in gezinnen met een verhoogd risico op kindermishandeling werden geboren. Deze kinderen vertoonden als adolescenten minder ernstig antisociaal gedrag en druggebruik dan een controlegroep zonder huisbezoek (Olds et al, 1998). Ook Baartman wijst op overlap in risicofactoren op crimineel gedrag en kindermishandeling (Baartman, 2000).

Als belangrijke struikelblokken tijdens huisbezoekprogramma's zijn genoemd:

- Communicatie problemen
- Gebrek aan ondersteunende diensten
- Falen van sociale diensten om klanten te helpen die onder de verantwoordelijkheid vielen van die sociale diensten (Appleton 1994)

Andere discussiepunten zijn:

- a) universele benadering of doelgroepbenadering (eventueel met vermeend verhoogd risico)
- b) actief tegenover verwijs cq. passieve benadering.

ad a) Hierbij spelen de volgende factoren een rol: cost-efficiency, stigmatisering en beklijfbaarheid (continuering) van programma's. Bij de doelgroep benadering zal men het niveau waarop de eventuele verhoogde risico wordt gedefinieerd helder moeten vaststellen: is dat op het individuele (persoonlijke) niveau of op groepsniveau?

Volgens berekeningen van Temple kost een huisbezoek \$115,- en met een gemiddelde van 50 bezoeken gedurende een periode van 21/2 jaar zal huisbezoek voor één gezin \$5750,- kosten. Voor een populatie van 10.000 mensen die verzekerd zijn via Medicaid zal in samenwerking met de public health department (GGD) het huisbezoek model van Olds kunnen worden geïmplementeerd voor 50 moeders die een verhoogd risico lopen voor het bedrag van \$0.55 per maand voor meer dan 3 jaar. Als het budget van het ministerie van justitie, GGD'en en verzekeraars samenvoegen dan kan dit model op een grotere schaal met een groter bereik worden uitgevoerd zodat elk gezin met een verhoogd risico bereikt wordt door het programma (Temple, 1999). Leventhal komt in 1996 tot een schatting van tussen de \$1.500,- en US \$3.500,- per jaar per gezin. Indien men in Nederland van dezelfde risicocriteria uit zou gaan waarbij ongeveer 20% van alle geboorten in de risicogroep zou vallen, dan zou bij dezelfde kosten als in de VS, uitgaande van een gemiddelde van US \$2.200,- per gezin

voor heel Nederland (per jaar ongeveer 150.000 kinderen die in leven blijven en waarbij meerlingen slechts éénmaal worden gerekend), het huisbezoekprogramma ongeveer 165 miljoen gulden kosten.

Een Achilleshiel van preventieprogramma's zijn de hoge verwachtingen van de resultaten die zelfs al op korte termijn zichtbaar en aantoonbaar zouden moeten zijn. Indien het effect niet aantoonbaar gemaakt kan worden komt al snel de kritiek dat "het programma niet werkt". Bij preventieprogramma's voor kindermishandeling kan het idee postvatten bij medewerkers van de raad voor de Kinderbescherming en anderen dat door het programma het aantal meldingen drastisch af zal nemen. Want waarom zouden de overheid en anderen in een preventieprogramma investeren? Maar neem bijvoorbeeld een succesvol huisbezoekprogramma dat in een aantal achterstandswijken van een grote stad goed loopt. Dit programma slaagt erin om het aantal meldingen onder 1.000 pasgeborenen die een verhoogd risico lopen van 8% omlaag te brengen naar 0%. In absolute aantallen gaat het aantal meldingen voor die wijken van 80 dus naar 0. Maar meldingen worden niet per wijk gerapporteerd maar vaak samengenomen voor een grote stad, zoals bijvoorbeeld Amsterdam met 800.000 inwoners, waar jaarlijks 10.000 kinderen worden geboren. Met een meldingspercentage van 8% zijn dat nog altijd 800 kinderen. Daarbij valt een vermindering van 80 naar 0 niet snel op. Bovendien zal een huisbezoekprogramma het aantal meldingen in het begin juist kunnen verhogen omdat vroege symptomen en problemen worden onderkend en eventueel gerapporteerd. Zonder het programma zal die melding niet plaatsvinden omdat de vroege symptomen waarschijnlijk niet zouden worden herkend. Bovendien zullen beleidsmakers en politici moeten inzien dat sinds eind zeventiger jaren, toen het begrip kindermishandeling op de politieke en beleidsagenda werd geplaatst, het aantal meldingen nog steeds een stijgende lijn laat zien. Dus zelfs al zijn de huisbezoekprogramma's effectief, dan zal het naar verwachting nog een aantal jaren duren voordat men een meetbaar effect ziet (Leventhal, 1996).

Leventhal signaleert nog twee gevaren die huisbezoekprogramma's bedreigen. Ten eerste kan een bepaald programma niet goed worden uitgevoerd, waarbij géén rekening wordt gehouden met de negen punten zoals beschreven aan het eind van dit hoofdstuk. Een programma kan zich ook richten op de meest moeilijk bereikbare groepen, die zich tegen het programma verzetten en waar géén resultaten geboekt kunnen worden. Ten tweede kan een huisbezoekprogramma maar een deel van de problemen oplossen. Van een huisbezoekprogramma kan niet worden verwacht dat het problemen met behuizing, werkloosheid, huiselijk geweld en armoede kan oplossen. Indien men met teveel beloftes en te hoog gespannen verwachtingen aan het programma begint kan het snel tot grote teleurstellingen leiden (Leventhal, 1996).

Problemen bij de uitvoering.

Barth et al. interviewden in 1986 directeuren en stafleden van verwijzende instanties en formuleerden de volgende struikelblokken bij het uitvoeren van preventieprogramma's:

- Verwijzende instanties voeren zelf onvoldoende screening uit alvorens te verwijzen met als gevolg dat de instantie die het programma uitvoert, het programma alleen aanbiedt aan die gezinnen die volgens de screening een verhoogd risico lopen. Als de verwijzende instantie hierover niet wordt ingelicht is er een kans dat een verwezen gezin dat op grond van de screening niet wordt geselecteerd géén hulp zal ontvangen. Één centraal loket (zoals in Nederland nu de Bureaus Jeugdzorg functioneren) zal in geval het gezin niet voldoet aan de screening criteria er voor kunnen zorgen dat andere hulp gezocht kan worden.
- Het invullen van een lange en gecompliceerde verwijslijst, weerhoudt verwijzende instanties soms van verwijzing.
- De kwaliteit van de verwijzing en het op tijd verwijzen vormen de belangrijkste hoekstenen voor een adequate hulpverlening.
- Programma's moeten een heldere strategie hebben voor het bekend maken van hun programma en over hun out-reach (buitendienst of wijk-) aanpak. Vaak is een openbare aankondiging in de wijk nuttig, omdat mensen over het programma horen en iets te weten komen over risicofactoren voor KM. Het belangrijkste is echter om

informatie te verstrekken aan potentiële verwijzende instanties, inclusief informatie over screeningscriteria. Terugkoppeling naar verwijzende instanties en het frequent aanwezig zijn van programmastaf op bijeenkomsten met potentiële verwijzende instanties zijn belangrijke mogelijkheden om het verwijzen effectief te maken. Eenvoudige brochures die het programma eenvoudig uitleggen en die door stafleden van verwijzende instanties uitgedeeld kunnen worden aan mogelijke klanten en een nieuwsbrief over het programma vereenvoudigen hun werk en houden verwijzende instanties op de hoogte.

- Een van de belangrijkste struikelblokken is het leggen van contact met gezinnen met een verhoogd risico. Barth et al. beginnen hun hoofdstuk hierover met de kernachtig geformuleerde zin: "Child abuse programs often seem like a good idea to everyone except high-risk mothers. Work with reluctant and at-risk clients is a longstanding characteristic of public child welfare services". Zij geven aan dat maar liefst 63% van de klanten slechts 5 of minder contacten hadden en al snel afhaakten. Brieven, waarin een bezoek wordt aangekondigd tot herhaald "kloppen aan de deur" zelfs bij onwillige gezinnen zijn voorbeelden van mogelijke benadering. Barth et al. roepen op om veel aandacht aan de uitleg aan klanten te besteden: "A short and standard description of the program warrant careful development, rehearsal, and use by all referrers and program staff". De auteurs pleiten er echter wel voor om voor verschillende groepen ook verschillende benaderingen te ontwikkelen: "Alterations of the core program description should be developed for ethnic and age groups".
- Elk programma zal het dilemma tussen het met rust laten van onwillige gezinnen met een verhoogd risico op KM en het actief doorgaan om hen ondanks hun onwil toch te bereiken op eigen wijze moeten oplossen.
- Er is nog weinig onderzoek gedaan naar de samenhang tussen het bereiken en "vasthouden" (compliance) van klanten en karakteristieken van de stafleden van programma's. Mogelijk heeft het afstemmen van etniciteit, leeftijd en socio-economische status van klanten en stafleden een positief effect op het vasthouden van klanten.
- Het aanbieden van materiële hulp en van hulp en advies hoe men toegang krijgt tot sociale diensten die deze steun aanbieden heeft mogelijk ook een positief effect op het behouden van klanten.
- Er zijn verschillende soorten programma's: onafhankelijke (independent), parallele (interdependent) en afhankelijke (dependent). Onafhankelijke programma's verstrekken alle diensten zelf en voeren alle stappen zelf uit: identificatie, screening en verwijzing naar hun eigen stafleden. Parallele programma's identificeren en screenen mogelijke klanten zelf en verwijzen daarna door naar andere instanties. Zij accepteren ook verwijzingen door andere instellingen. Afhankelijke programma's tenslotte zijn afhankelijk van identificatie en verwijzing door andere instellingen. Wel hebben zij vaak een eigen screeningsprocedure en verwijzen klanten die niet in hun programma passen door naar andere instellingen. Deze aanpak is afhankelijk van voldoende verwijzingen door anderen.
- Barth et al. concluderen dat programma's die zelf verwijzingen aannemen en zelf doorverwijzen, concrete (materiële) hulp aanbieden en zich concentreren op een aantal sterke punten de meeste kans hebben op succes (Barth et al, 1986).

Onafhankelijke preventieprogramma's verzorgen het gehele programma en zijn niet afhankelijk van verwijzende instanties. Dit soort programma's gaan vaak uit van bestaande diensten zoals ziekenhuizen, prenatale controle en wijkzorg. Zij screenen eventuele klanten zelf en sturen eigen "veldwerkers" op huisbezoek. Intermediaire programma's identificeren en screenen zelf potentiële klanten, voeren zelf huisbezoek uit maar sturen ook klanten door naar organisaties die huisbezoek uitvoeren. Tenslotte zijn afhankelijke programma's geheel afhankelijk van de verwijzingen door anderen. Het nadeel kan zijn dat zij ondanks een verwijzing toch nog zelf een screening uitvoeren en daardoor klanten, die door anderen zijn verwezen afvallen. Indien degene die verwijst hiervan niet op de hoogte wordt gebracht kan een klant van alle hulp verstoken blijven Barth et al. menen dat een organisatie die zelf programma's uitvoert en eventueel klanten ook kan verwijzen het meest succesvol is. Coördinatie en terugkoppeling van het al of niet met succes verwijzen zijn hierbij van essentieel belang. Bovendien raden de auteurs aan om gezinnen met verhoogd risico ook concrete hulp te bieden. Tenslotte wordt met klem aangeraden het focus van het programma te blijven bewaken en niet de verleiding te

weerstaan om ook klanten te accepteren die niet aan de vastgestelde criteria voldoen om verwijzende instanties ter wille te zijn of om zodoende de cijfers "op te kloppen" (Barth et al 1986).

Thyen et al. analyseren problemen om gezinnen met KM te kunnen helpen als volgt:

- Door de toename van KM ligt de nadruk op acute interventie en sociale en andere diensten hebben weinig of geen tijd voor preventieve activiteiten.
- Slechts weinig stafleden van sociale en andere diensten hebben ervaring en vaardigheden om met huiselijk geweld om te gaan en ervaring om acute hulp, zoals counseling, te kunnen bieden. Dit gebrek is de oorzaak van angst bij de stafleden. Bovendien wekt een gebrek aan vaardigheden wantrouwen bij de klanten.
- Door te kleine budgetten van de dienstverlenende instellingen bij een toegenomen vraag worden gezinnen als het ware gedwongen uit te wijken naar veel duurdere programma's nádat reeds schade aan een kind is toegebracht.
- Samenwerking tussen instellingen varieert en slechts weinigen werken echt samen rond probleemgezinnen. Onvoldoende diensten en overlap van diensten is daarvan vaak het gevolg.
- Sociale steun en sociale diensten worden door probleemgezinnen nog steeds niet echt geaccepteerd voor de problemen zoals zij die zelf ervaren (Thyen et al, 1995).

Een ander groot gebrek van bestaande interventies ligt op methodologisch terrein. Vaak gaat het om interventies bij een doelgroep zonder een controlegroep, waar slechts een klein aantal kinderen bij betrokken is. Zorgvuldige controle van een lange termijn effect ontbreekt. Een van de methodologische problemen wordt onder woorden gebracht door Christian et al. in 1988 in hun artikel over preventie van seksueel misbruik: "The large amount of missing data presented unique challenges for using as much of the data as possible to evaluate the project's outcome. Data collection is indeed the "Achilles heel" of evaluation research, but such problems cannot simply be wished away. One choice might have been simply to throw the data away, given the low response rates; however, the third author recommended analysing data as best as possible to obtain at least some idea of whether the program had any effect among those who did respond" (Christian et al, 1988).

Het Institute of Medicine and National Research Council geeft het volgende commentaar in "A report from the Field" over preventie van geweld in gezinnen in 1998: "De commissie heeft een grote verzameling van activiteiten gevonden op het gebied van de gezondheidszorg, maatschappelijk werk, wijkgerichte zorg en justitieel ingrijpen die ongecoördineerd, ongedocumenteerd en niet geanalyseerd waren. De commissie heeft op basis van een beoordeling van deze programma's geconcludeerd dat op lokaal niveau veel te snel beleid en interventies worden overgenomen die gebaseerd zijn op onderzoek dat slechts op kleine schaal is uitgevoerd, dat niet elders herhaald is en waarvan de beperkingen niet voldoende in acht zijn genomen. Bovendien wordt téveel nadruk gelegd op interventies die plaats vinden nádat het kwaad reeds is geschied in plaats van programma's die gericht zijn op preventie, zoals bijvoorbeeld huisbezoek. De commissie heeft huisbezoekprogramma's aangehaald - een van de meest zorgvuldig geëvalueerde en veelbelovende kansen voor het voorkómen van kindermishandeling - als een aanpak die aanmoediging verdient voor ouders die hun eerste kind verwachten en die risicovol gedrag vertonen of voor gezinnen die in sociale omstandigheden verkeren waaronder veel kindermishandeling voorkomt. De commissie roept op om meer evaluatiestudies uit te voeren om factoren te kunnen vaststellen die de effectiviteit van huisbezoekprogramma's beïnvloeden" (Anonymous, Violence in families: assessing prevention and treatment programs. Health Serv Res 33, 1998).

Leventhal kijkt in een artikel in 1996 twintig jaar terug op huisbezoekprogramma's ter preventie van kindermishandeling en noemt negen factoren op die van belang zijn voor een succesvol huisbezoekprogramma (Leventhal, 1996):

1. Het programma moet zo vroeg mogelijk, bij voorkeur reeds tijdens de zwangerschap, worden aangeboden.

2. Degenen die huisbezoeken afleggen moeten vaak genoeg de betreffende gezinnen bezoeken om een vertrouwensrelatie te leggen en om problemen te herkennen en de nodige diensten te kunnen leveren. Succesvolle huisbezoekprogramma's hadden in het begin een frequentie van één bezoek per week dat in de loop van maanden aangepast werd aan de behoeften van het betreffende gezin.
3. Degenen die huisbezoeken afleggen moeten over vaardigheden beschikken om een "therapeutische relatie" aan te gaan met het betreffende gezin. Zij moeten hierop worden voorbereid door training en tijdens het programma moeten zij voortdurend kunnen terugvallen op supervisie en begeleiding op het gebied van de geestelijke gezondheidszorg.
4. Degenen die huisbezoeken afleggen moeten vroege tekenen en symptomen van kindermishandeling tijdig kunnen herkennen. Tevens moeten zij tekenen van huiselijk geweld vroegtijdig signaleren zodat frustratie en woede in de opvoedingsituatie niet tot kindermishandeling zullen leiden.
5. Degenen die huisbezoeken afleggen zullen ook in staat moeten zijn om als voorbeeld te fungeren voor effectief ouderschap, als het ware een "rol-model" zijn voor hoe een ouder zich gedraagt in een bepaalde situatie.
6. Degenen die huisbezoeken afleggen moeten altijd het belang van het kind voor ogen houden. Natuurlijk zal aan de noden en de problemen van de ouders ook de nodige aandacht geschonken moeten worden want anders voelen zij zich niet gehoord en niet geholpen. Het belang van het kind mag daar echter niet bij inschieten.
7. Degenen die huisbezoeken afleggen moeten in staat zijn gezinnen daadwerkelijk te helpen op het gebied van behuizing, transport. Zoals een medewerker van een huisbezoekprogramma zei: "Toen ik haar wasmachine repareerde, ontdooide zij geheel".
8. Het is van groot belang vaders en mannelijke huisgenoten bij het programma te betrekken;
9. Huisbezoekprogramma's moeten worden aangepast aan de behoeften en mogelijkheden van de desbetreffende gezinnen. Te starre "blauwdruk programma's kunnen een averechts effect hebben als gezinnen zich niet in die aanpak (h)erkend voelen.

9. Conclusies en aanbevelingen

In het rapport "Kindermishandeling voorkomen door gezinnen te steunen" worden diverse aanbevelingen gedaan om de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen in Nederland een grotere rol te laten spelen bij de preventie van kindermishandeling. Hiertoe moeten systematische werkwijzen ontwikkeld worden op:

- Universeel niveau: Opvoedingsondersteuning als taak van iedere wijkverpleegkundige-JGZ.
- Groepsniveau: Selectieve preventieve interventies voor kwetsbare gezinnen.
- Zorgwekkende situaties: Een duidelijk beleid voor zorgwekkende gezinnen, aanbod op maat en vraaggestuurd.
- Vroege interventie: Kwaliteitscode Opvoedingsondersteuning is gewenst.

Uit de veelheid van gevonden programma's en verschillen in opsporing, begeleiding, verwijzing en behandeling van situaties van kindermishandeling, naast het vrijwel ontbreken van hard wetenschappelijk bewijs voor de werkzaamheid van elk individueel programma wordt duidelijk dat het nodig is om in ieder geval in de Nederlandse JGZ tot uniformering van de werkwijze te komen zodat duidelijk en transparant wordt wat van de Nederlandse JGZ verwacht kan worden. Vanaf dat punt kan dan gepoogd worden te komen tot verdere wetenschappelijke onderbouwing en optimalisering van de programma's rond situaties van kindermishandeling. Aan de andere kant maakt bovenstaande tevens duidelijk dat het uniformeren van de uitvoering in de JGZ nog een forse klus zal zijn waar niet te lichtvoetig over gedacht moet worden.

Om te komen tot een standaard/consensus zal veel energie gestoken moeten worden in het opzetten van een traject waarin elke betrokken beroepsgroep het gevoel krijgt dat de voor hen belangrijke zaken voldoende aanbod komen, anders zal implementatie niet lukken.

Haast nog belangrijker dan dat is te komen tot een afstemming tussen alle verschillende betrokken beroepsgroepen met duidelijke taakafbakening, momenten en inhoud van overdracht en verantwoordelijkheden.

Bijlage 1

Definitie van kindermishandeling en verwaarlozing volgens de definitie uit de Verenigde Staten (Sedlak & Broadhurst 1996):

Physical abuse is present when a child younger than age 18 years has experienced injury (harm standard) or risk of injury (endangerment standard) as a result of having been hit with a hand or other object or having been kicked, shaken, thrown, burned, stabbed, or choked by a parent or parent-substitute. Physical neglect refers to harm or endangerment as a result of inadequate nutrition, clothing, hygiene, and supervision. Emotional abuse includes verbal abuse, harsh non-physical punishments (e.g. being tied up), or threats of maltreatment while emotional neglect covers failure to provide adequate affection and emotional support or permitting a child to be exposed to domestic violence.

In de Verenigde Staten zijn er twee bronnen voor registratie van kindermishandeling:

1. National Incidence Study of Child Abuse and Neglect. Washington, DC: US Department of Health and Human Services
2. US Department of Health and Human Services (1998): Child Maltreatment 1996: Reports From the States to the National Child Abuse and Neglect Data System. Washington, DC: US Government Printing Office.

Ook het National Committee to Prevent Child Abuse (NCPCA) verricht sinds 1985 jaarlijkse surveys over kindermishandeling.

Additionele literatuur:

Thompson RA: (1994): Social support. In G.B. Melton & F.D. Barry (Eds): Protecting children from abuse and neglect (pp. 40 - 130). New York: The Guilford Press.

Thompson RA (1995): Preventing child maltreatment through social support. Thousand Oaks, CA:Sage.

Berrick JD & Barth RP (1992): Child sexual abuse prevention: Research review and recommendations. Social Work Research & Abstracts 28: 6 - 15.

Boyd Adlai L (1999): Book review of "Handbook of child abuse research and treatment" by Lutzker JR (ed) 1998.

Literatuur

AMA issues diagnostic and treatment guidelines on child sexual abuse.

AMA diagnostic and treatment guidelines concerning child abuse and neglect. Council on Scientific Affairs. JAMA 1985; 254:(6):796-800.

Child abuse and neglect. Recommendations for the 21st century. Child Abuse Negl 1991; 15 Suppl 1:39-50.

The role of home-visitation programs in improving health outcomes for children and families. American Academy of Pediatrics. Council on Child and Adolescent Health. Pediatrics 1998; 101:(3 Pt 1):486-9.

Ways to stop family violence need to be evaluated [news]. Public Health Rep 1998; 113:(3):198-9.

Violence in families: assessing prevention and treatment programs. Health Serv Res 1998; 33:(4 Pt 1):x-xii

The role of home-visitation programs in improving health outcomes for children and families. American Academy of Pediatrics. Council on Child and Adolescent Health. Pediatrics 1998; 101:(3 Pt 1):486-9.

ABRAHAMS N, CASEY K, DARO D. Teachers' knowledge, attitudes, and beliefs about child abuse and its prevention. Child Abuse Negl 1992; 16:(2):229-38.

AGATHONOS-GEORGOPOULOU H, BROWNE KD. The prediction of child maltreatment in Greek families. Child Abuse Negl 1997; 21:(8):721-35.

AGATHONOS-GEORGOPOULOU H. Future outlook for child protection policies in Europe. Child Abuse Negl 1998; 22:(4):239-47.

AHSAN N. The Family Preservation and Support Services Program. Future Child 1996; 6:(3):157-60.

ALES B. Community collaboration. The nursing administrator's role in implementing a child abuse prevention program. J Nurs Adm 1998; 28:(6):43-8.

ALEXANDER PC. A systems theory conceptualization of incest. Fam Process 1985; 24:(1):79-88.

ALEXANDER RC. Education of the physician in child abuse. Pediatr Clin North Am 1990; 37:(4):971-88.

ALEXANDER RC. Current and emerging concepts in child abuse. Compr Ther 1995; 21:(12):726-30.

ALLEN A, BARRETT W, DOHERTY N, et al. The prevention of child sexual abuse. Nurs Stand 1990; 4:(27):28-30.

ALLSHOUSE MJ, ROUSE T, EICHELBERGER MR. Childhood injury: a current perspective. Pediatr Emerg Care 1993; 9:(3):159-64.

ALPERT EJ, COHEN S, SEGE RD. Family violence: an overview. Acad Med 1997; 72:(1 Suppl):S3-S6.

AMBROSE JB. Orofacial signs of child abuse and neglect: a dental perspective. Pediatrician 1989; 16:(3-4):188-92.

- AMMERMAN RT. Etiological models of child maltreatment. A behavioral perspective. *Behav Modif* 1990; 14:(3):230-54.
- AMUNDSON MJ. Family crisis care: a home-based intervention program for child abuse. *Issues Ment Health Nurs* 1989; 10:(3-4):285-96.
- ANDERSON CL. The parenting profile assessment: screening for child abuse. *Appl Nurs Res* 1993; 6:(1):31-8.
- ANDERSON RJ, TALIAFERRO EH. Injury prevention and control. *J Emerg Med* 1998; 16:(3):489-98.
- ANDERSSON R, MENCKEL E. On the prevention of accidents and injuries. A comparative analysis of conceptual frameworks. *Accid Anal Prev* 1995; 27:(6):757-68.
- ANDREWS AP. Ocular manifestations of child abuse. *Pa Med* 1996; 99 Suppl:71-5.
- ANDREWS PM, YANKAUER A. The pediatric nurse practitioner. II. Examining the role. *Am J Nurs* 1971; 71:(3):507-8.
- ANGELI N, CHRISTY J, HOWE J, et al. Facilitating parenting skills in vulnerable families. *Health Visit* 1994; 67:(4):130-2.
- ANSEMAN TO. Successful child abuse program educates children and adults. *J La State Med Soc* 1987; 139:(8):23-4.
- ANSEMAN TO. Can educational programs alone protect our children? *J La State Med Soc* 1988; 140:(12):23-4.
- APPLETON JV. The role of the health visitor in identifying and working with vulnerable families in relation to child protection: a review of the literature. *J Adv Nurs* 1994; 20:(1):167-75.
- ARELLANO CM. Child maltreatment and substance use: a review of the literature. *Subst Use Misuse* 1996; 31:(7):927-35.
- ARGENT AC, LACHMAN PI, HANSLO D, et al. Sexually transmitted diseases in children and evidence of sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(10):1303-10.
- ARMENIAN HK, PRATT LA, GALLO J, et al. Psychopathology as a predictor of disability: a population-based follow-up study in Baltimore, Maryland. *Am J Epidemiol* 1998; 148:(3):269-75.
- ARMSTRONG KL, WOOD D. Can infant death from child abuse be prevented? [letter]. *Med J Aust* 1992; 156:(4):290.
- ARMSTRONG KL, FRASER JA, DADDS MR, et al. A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *J Paediatr Child Health* 1999; 35:(3):237-44.
- ASCHERMAN LI, SAFIER EJ. Sibling incest: a consequence of individual and family dysfunction. *Bull Menninger Clin* 1990; 54:(3):311-22.
- ASHERY RS, MCAULIFFE WE. Implementation issues and techniques in randomized trials of outpatient psychosocial treatments for drug abusers: recruitment of subjects. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1992; 18:(3):305-29.
- ATTIAS R, GOODWIN J. Knowledge and management strategies in incest cases: a survey of physicians, psychologists and family counselors. *Child Abuse Negl* 1985; 9:(4):527-33.

AURELIUS G, NORDBERG L. Home visiting to families with a newborn child. *Scand J Prim Health Care* 1994; 12:(2):106-13.

AW SC, KOK LP. Incest and other intrafamilial sexual abuse. *Ann Acad Med Singapore* 1995; 24:(5):691-5.

AYOUB C, JACEWITZ MM, GOLD RG, et al. Assessment of a program's effectiveness in selecting individuals "at risk" for problems in parenting. *J Clin Psychol* 1983; 39:(3):334-9.

AZAR ST, SIEGEL BR. Behavioral treatment of child abuse. A developmental perspective. *Behav Modif* 1990; 14:(3):279-300.

BACK S, LIPS HM. Child sexual abuse: victim age, victim gender, and observer gender as factors contributing to attributions of responsibility. *Child Abuse Negl* 1998; 22:(12):1239-52.

BARBER-MADDEN R, COHN AH, SCHLOESSER P. Prevention of child abuse: a public health agenda. *J Public Health Policy* 1988; 9:(2):167-76.

BARTH RP, ASH JR, HACKING S. Identifying, screening and engaging high-risk clients in private non-profit child abuse prevention programs. *Child Abuse Negl* 1986; 10:(1):99-109.

BARTH RP. An experimental evaluation of in-home child abuse prevention services. *Child Abuse Negl* 1991; 15:(4):363-75.

BARTON K, BAGLIO CS, BRAVERMAN MT. Stress reduction in child-abusing families: global and specific measures. *Psychol Rep* 1994; 75:(1 Pt 1):287-304.

BASUK C. The nurse practitioner. *Alumnae Mag COLUMBIA Univ Presbyt Hosp Sch Nurs Alumnae Assoc* 1982; 77:(2):7-8.

BATER E. Some common questions and concerns regarding incest. *Can Nurse* 1985; 81:(2):29.

BATTEN DA. Incest--a review of the literature. *Med Sci Law* 1983; 23:(4):245-53.

BEARD J. Developing a comprehensive maltreatment intervention program. *Dent Assist* 1993; 62:(1):16-9.

BEARDSLEE WR, MACMILLAN HL. Psychosocial preventive intervention for families with parental mood disorder: strategies for the clinician. *J Dev Behav Pediatr* 1993; 14:(4):271-6.

BEARDSLEE WR, MACMILLAN HL. Preventive intervention with the children of depressed parents. A case study. *Psychoanal Study Child* 1993; 48:249-76.

BEAUCHESNE MA, KELLEY BR, LAWRENCE PR, et al. Violence prevention: a community approach. *J Pediatr Health Care* 1997; 11:(4):155-64.

BECK-SAGUE CM, SOLOMON F. Sexually transmitted diseases in abused children and adolescent and adult victims of rape: review of selected literature. *Clin Infect Dis* 1999; 28 Suppl 1:S74-S83.

BECKER JV. Offenders: characteristics and treatment. *Future Child* 1994; 4:(2):176-97.

BELSKY J. Etiology of child maltreatment: a developmental-ecological analysis. *Psychol Bull* 1993; 114:(3):413-34.

BENNETT LA. Family, alcohol, and culture. *Recent Dev Alcohol* 1989; 7:111-27.

BENTOVIM A. Why do adults sexually abuse children? [editorial]. *BMJ* 1993; 307:(6897):144-5.

BERGESON PS, MELVIN N, FOLKESTAD DP. The pediatric nurse associate: who is she, what does she do. *Ariz Med* 1973; 30:(5):329-32.

BERGMAN BK, BRISMAR BG. Do not forget the battered male! A comparative study of family and non-family violence victims. *Scand J Soc Med* 1992; 20:(3):179-83.

BERGNER RM, DELGADO LK, GRAYBILL D. Finkelhor's Risk Factor Checklist: a cross-validation study. *Child Abuse Negl* 1994; 18:(4):331-40.

BERNSTEIN DP, FINK L, HANDELSMAN L, et al. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect [see comments]. *Am J Psychiatry* 1994; 151:(8):1132-6.

BERRICK JD. Parental involvement in child abuse prevention training: what do they learn? *Child Abuse Negl* 1988; 12:(4):543-53.

BERRICK JD, BARTH RP. Child sexual abuse prevention: Research review and recommendations. *Social work research & abstracts* 1992; 28:(4): 6-15.

BERTHIER M, ORIOU D, BONNEAU D, et al. Failure to prevent physical child abuse despite detection of risk factors at birth and social work follow-up. *Child Abuse Negl* 1993; 17:(5):691-2.

BERTOLLI J, MORGENSTERN H, SORENSON SB. Estimating the occurrence of child maltreatment and risk-factor effects: benefits of a mixed-design strategy in epidemiologic research. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(8):1007-16.

BESHAROV DJ, LOWRY MR, PELTON LH, et al. How we can better protect children from abuse and neglect. *Future Child* 1998; 8:(1):120-32.

BETHEA L. Primary prevention of child abuse. *Am Fam Physician* 1999; 59:(6):1577-2.

BHATT RV. Domestic violence and substance abuse. *Int J Gynaecol Obstet* 1998; 63 Suppl 1:S25-S31.

BINDER RL, MCNIEL DE. Evaluation of a school-based sexual abuse prevention program: cognitive and emotional effects. *Child Abuse Negl* 1987; 11:(4):497-506.

BININGER C. Incest: nursing implications. *Ohio Nurses Rev* 1984; 59:(5):5.

BIXLER RH. The incest controversy. *Psychol Rep* 1981; 49:(1):267-83.

BLACK MM, KRISHNAKUMAR A. Children in low-income, urban settings. Interventions to promote mental health and well-being. *Am Psychol* 1998; 53:(6):635-46.

BLANE HT. Prevention issues with children of alcoholics. *Br J Addict* 1988; 83:(7):793-8.

BLAU GM, WHEWELL MC, GULLOTTA TP, et al. The prevention and treatment of child abuse in households of substance abusers: a research demonstration progress report. *Child Welfare* 1994; 73:(1):83-94.

BLOCK SS. Analysis of child abuse and neglect. *Optom Clin* 1996; 5:(2):125-60.

BLONDEL B, MELLIER G. [Home visits during pregnancy. Review of randomized studies and further questions]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1996; 25:(5):515-22.

BOGAT GA, MCGRATH MP. Preschoolers' cognitions of authority, and its relationship to sexual abuse education. *Child Abuse Negl* 1993; 17:(5):651-62.

BOHN DK, HOLZ KA. Sequelae of abuse. Health effects of childhood sexual abuse, domestic battering, and rape. *J Nurse Midwifery* 1996; 41:(6):442-56.

BONEY-MCCOY S, FINKELHOR D. Prior victimization: a risk factor for child sexual abuse and for PTSD-related symptomatology among sexually abused youth. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(12):1401-21.

BONEY-MCCOY S, FINKELHOR D. Is youth victimization related to trauma symptoms and depression after controlling for prior symptoms and family relationships? A longitudinal, prospective study. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:(6):1406-16.

BOOLS C, NEALE B, MEADOW R. Munchausen syndrome by proxy: a study of psychopathology [see comments]. *Child Abuse Negl* 1994; 18:(9):773-88.

BOTASH AS, FULLER PG, BLATT SD, et al. Child abuse, sudden infant death syndrome, and attention-deficit hyperactivity disorder. *Curr Opin Pediatr* 1995; 7:(2):235-9.

BOTASH AS, FULLER PG, BLATT SD, et al. Child abuse, sudden infant death syndrome, and psychosocial development. *Curr Opin Pediatr* 1996; 8:(2):195-200.

BOURGET D, LABELLE A. Homicide, infanticide, and filicide. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15:(3):661-73.

BOWERS R. Fighting child abuse: saving the children. *J Tenn Med Assoc* 1993; 86:(7):310.

BOYCE WT. The vulnerable child: new evidence, new approaches. *Adv Pediatr* 1992; 39:1-33.

BOYD LA. Book review. *Handbook of child abuse research and treatment* (Lutzker JR, ed). 1998. New York, Plenum Press in: *Child & family behavior therapy* 21: 55-60.

BRAYDEN RM, ALTEMEIER WA, TUCKER DD, et al. Antecedents of child neglect in the first two years of life. *J Pediatr* 1992; 120:(3):426-9.

BRAYDEN RM, ALTEMEIER WA, DIETRICH MS, et al. A prospective study of secondary prevention of child maltreatment. *J Pediatr* 1993; 122:(4):511-6.

BRAZELTON TB. [Preventive approach to at-risk newborn infants, early intervention: what significance does it have? 1]. *Pediatric (Bucur)* 1990; 45:(6):391-400.

BRENT NJ. The home healthcare nurse and suspected child abuse and/or neglect. *Home Healthc Nurse* 1994; 12:(4):10-1.

BRESLAU N. The role of the nurse-practitioner in a pediatric team: patient definitions. *Med Care* 1977; 15:(12):1014-23.

BRESLAU N. The contribution of pediatric nurse practitioners to child health care. *Adv Pediatr* 1982; 29:387-405.

BRITTON HL. Perinatal screening for child abuse and neglect. *Clin Perinatol* 1998; 25:(2):453-60.

- BRODIE I, BERRIDGE D, BECKETT W. The health of children looked after by local authorities. *Br J Nurs* 1997; 6:(7):386-90.
- BROOK U. Parental characteristics in cases of child-battering and abuse. *Med Law* 1988; 7:(3):295-301.
- BROOTEN D, KUMAR S, BROWN LP, et al. A randomized clinical trial of early hospital discharge and home follow-up of very-low-birth-weight infants. *N Engl J Med* 1986; 315:(15):934-9.
- BROWN J, COHEN P, JOHNSON JG, et al. A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1998; 22:(11):1065-78.
- BROWNE K. Preventing child maltreatment through community nursing. *J Adv Nurs* 1995; 21:(1):57-63.
- BRUNK M, HENGGELE SW, WHELAN JP. Comparison of multisystemic therapy and parent training in the brief treatment of child abuse and neglect. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55:(2):171-8.
- BRUNNGRABER LS. Father-daughter incest: immediate and long-term effects of sexual abuse [published erratum appears in *ANS* 1987 Jan;9(2):ix]. *ANS Adv Nurs Sci* 1986; 8:(4):15-35.
- BRYANT G. Preventive health care for preschool children or health surveillance. *Child Care Health Dev* 1986; 12:(3):195-206.
- BUCHHOLZ ES, KORN-BURSZTYN C. Children of adolescent mothers: are they at risk for abuse? *Adolescence* 1993; 28:(110):361-82.
- BUDIN LE, JOHNSON CF. Sex abuse prevention programs: offenders' attitudes about their efficacy. *Child Abuse Negl* 1989; 13:(1):77-87.
- BUIST A, BARNETT B. Childhood sexual abuse: a risk factor for postpartum depression? *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29:(4):604-8.
- BUIST A. Childhood sexual abuse and adult psychopathology. Relevance in general practice. *Aust Fam Physician* 1995; 24:(7):1229-31.
- BUIST A. Childhood abuse, parenting and postpartum depression. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32:(4):479-87.
- BUIST A. Mentally ill families. When are the children unsafe? *Aust Fam Physician* 1998; 27:(4):261-5.
- BUIST A. Childhood abuse, postpartum depression and parenting difficulties: a literature review of associations. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32:(3):370-8.
- BUIST A. Mentally ill families. When are the children unsafe? *Aust Fam Physician* 1998; 27:(4):261-5.
- BURGESS ES, WURTELE SK. Enhancing parent-child communication about sexual abuse: a pilot study. *Child Abuse Negl* 1998; 22:(11):1167-75.
- BURKE J, CHANDY J, DANNERBECK A, et al. The parental environment cluster model of child neglect: an integrative conceptual model. *Child Welfare* 1998; 77:(4):389-405.

BURNS C. Using a comprehensive taxonomy of diagnoses to describe the practice of pediatric nurse practitioners: findings of a field study. *J Pediatr Health Care* 1993; 7:(3):115-21.

BURRELL B, THOMPSON B, SEXTON D. Predicting child abuse potential across family types. *Child Abuse Negl* 1994; 18:(12):1039-49.

BUZI RS, SMITH PB, WEINMAN ML. Incorporating health and behavioral consequences of child abuse in prevention programs targeting female adolescents. *Patient Educ Couns* 1998; 33:(3):209-16.

BYERS J. Films for child sexual abuse prevention and treatment: a review. *Child Abuse Negl* 1986; 10:(4):541-6.

BYRD ME. Long-term maternal-child home visiting. *Public Health Nurs* 1998; 15:(4):235-42.

CADZOW SP, ARMSTRONG KL, FRASER JA. Stressed parents with infants: reassessing physical abuse risk factors. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(9):845-53.

CAHN MD, CHAMBERLAIN B, CROSS PO, et al. Forum on youth violence in minority communities. Interventions in early childhood. *Public Health Rep* 1991; 106:(3):258-63.

CALDWELL RA, BOGAT GA, DAVIDSON WS. The assessment of child abuse potential and the prevention of child abuse and neglect: a policy analysis [published erratum appears in *Am J Community Psychol* 1992 Dec;20(6):811]. *Am J Community Psychol* 1988; 16:(5):609-24.

CALVERT JFJ, MUNSIE-BENSON M. Public opinion and knowledge about childhood sexual abuse in a rural community. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(7):671-82.

CAMPBELL H, MACDONALD S. Child protection in schools: an evaluation of a training course for Five schools' co-ordinators of child protection. *Public Health* 1996; 110:(1):37-40.

CAMPBELL JC, HARRIS MJ, LEE RK. Violence research: an overview. *Sch Inq Nurs Pract* 1995; 9:(2):105-26.

CAPPELLERI JC, ECKENRODE J, POWERS JL. The epidemiology of child abuse: findings from the Second National Incidence and Prevalence Study of Child Abuse and Neglect. *Am J Public Health* 1993; 83:(11):1622-4.

CARNEY T. A fresh approach to child protection practice and legislation in Australia. *Child Abuse Negl* 1989; 13:(1):29-39.

CARUSO GA L. Optimum growth project: support for families with young children. *Prevention in human services*. 1989: 123-139.

CAVALLIN H. Incestuous fathers: a clinical report. *Am J Psychiatry* 1966; 122:(10):1132-8.

CHAMBERLIN RW. Preventing low birth weight, child abuse, and school failure: the need for comprehensive, community-wide approaches [published erratum appears in *Pediatr Rev* 1992 Jun;13(6):229]. *Pediatr Rev* 1992; 13:(2):64-71.

CHARLESWORTH LW, RODWELL MK. Focus groups with children: a resource for sexual abuse prevention program evaluation. *Child Abuse Negl* 1997; 21:(12):1205-16.

CHIOCCA E. Child abuse and neglect: (Part I) A status report. *J Pediatr Nurs* 1998; 13:(2):128-30.

CHIOCCA EM. Documenting suspected child abuse, Part II. *Nursing* 1998; 28:(9):25.

CHIOCCA EM. Documenting suspected child abuse, Part I. *Nursing* 1998; 28:(8):17.

CHIOCCA EM. The nurse's role in the prevention of child abuse and neglect: Part II. *J Pediatr Nurs* 1998; 13:(3):194-5.

CHRISTENSEN MJ, BRAYDEN RM, DIETRICH MS, et al. The prospective assessment of self-concept in neglectful and physically abusive low income mothers. *Child Abuse Negl* 1994; 18:(3):225-32.

CHRISTIAN R, DWYER S, SCHUMM WR, et al. Prevention of sexual abuse for preschoolers: evaluation of a pilot program. *Psychol Rep* 1988; 62:(2):387-96.

CHRISTODOULOU GN. Prevention of psychopathology with early interventions. *Psychother Psychosom* 1991; 55:(2-4):201-7.

CHRISTOFFEL KK. Violent death and injury in US children and adolescents. *Am J Dis Child* 1990; 144:(6):697-706.

CICCHETTI D, TOTH SL. A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1995; 34:(5):541-65.

CLARK MC. In what ways, if any, are child abusers different from other parents? *Health Visit* 1989; 62:(9):268-70.

CLARKSON JE, MONAGHAN SM, GILMORE RJ, et al. Can child abuse be prevented? *N Z Med J* 1985; 98:(791):1005-6.

CODY A. Helping the vulnerable or condoning control within the family: where is nursing? *J Adv Nurs* 1996; 23:(5):882-6.

COHEN J. Prevention or cure for child abuse [editorial]. *Practitioner* 1986; 230:(1417):607, 609.

COHEN L. Sexual abuse of children--a review. *S Afr Med J* 1985; 67 :(18):730-2.

COHEN SS, JUSZCZAK L. Promoting the nurse practitioner role in managed care. *J Pediatr Health Care* 1997; 11:(1):3-11.

COHN AH, DARO D. Is treatment too late: what ten years of evaluative research tell us. *Child Abuse Negl* 1987; 11:(3):433-42.

COLAPINTO JA. Dilution of family process in social services: implications for treatment of neglectful families. *Fam Process* 1995; 34:(1):59-74.

COLE W. Incest perpetrators. Their assessment and treatment. *Psychiatr Clin North Am* 1992; 15:(3):689-701.

CONNELL HM. Incest--a family problem [editorial]. *Med J Aust* 1978; 2:(8):362

CONTE JR, ROSEN C, SAPERSTEIN L, et al. An evaluation of a program to prevent the sexual victimization of young children. *Child Abuse Negl* 1985; 9:(3):319-28.

CONTE JR, WOLF S, SMITH T. What sexual offenders tell us about prevention strategies. *Child Abuse Negl* 1989; 13:(2):293-301.

CONTE JR. Child sexual abuse: awareness and backlash. *Future Child* 1994; 4:(2):224-32.

COOLSEN P. Community involvement in the prevention of child abuse and neglect. *Child Today* 1980; 9:(5):5-8.

COOPER I, CORMIER BM. Inter-generational transmission of incest. *Can J Psychiatry* 1982; 27:(3):231-5.

COOPER MC, SIEGEL B. Violence: changing the paradigm in New Jersey. *N J Med* 1994; 91:(12):836-9.

COPELAND SJ. School intervention programs: an approach to preventing child abuse. *N J Med* 1995; 92:(2):104-6.

CORDON IM, LUTZKER JR, BIGELOW KM, et al. Evaluating Spanish protocols for teaching bonding, home safety, and health care skills to a mother reported for child abuse. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1998; 29:(1):41-54.

COULBORN-FALLER K, CORWIN DL. Children's interview statements and behaviors: role in identifying sexually abused children. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(1):71-82.

COULTON CJ, KORBIN JE, SU M, et al. Community level factors and child maltreatment rates. *Child Dev* 1995; 66:(5):1262-76.

COURTNEY ME, BARTH RP, BERRICK JD, et al. Race and child welfare services: past research and future directions. *Child Welfare* 1996; 75:(2):99-137.

COUSINS JH, SIROTA H. Texas Coalition for the Prevention of Child Abuse [letter]. *Tex Med* 1988; 84:(7):9-10.

COVINGTON C. Why prevent child maltreatment? [editorial]. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1993; 16:(1):iii-vii.

COX AD. Befriending young mothers. *Br J Psychiatry* 1993; 163:6-18.

CRANE S. Child sexual abuse: evaluation and treatment. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1994; 6:(6):531-5.

CUOMO MR. Early parenting education program seeks to prevent child abuse. *J Nurse Midwifery* 1988; 33:(5):232-3.

CURTIS JM, CURTIS MJ. Factors related to susceptibility and recruitment by cults. *Psychol Rep* 1993; 73:(2):451-60.

D'ANTONIO IJ, DARWISH AM, MCLEAN M. Child maltreatment: international perspectives. *Matern Child Nurs J* 1993; 21:(2):39-52.

D'AVANZO CE. Incest: break the silence, break the cycle. *RN* 1990; 53:(10):34-6.

DA FONSECA MA, FEIGAL RJ, TEN BENSEL RW. Dental aspects of 1248 cases of child maltreatment on file at a major county hospital. *Pediatr Dent* 1992; 14:(3):152-7.

DADDS M, SMITH M, WEBBER Y, et al. An exploration of family and individual profiles following father-daughter incest. *Child Abuse Negl* 1991; 15:(4):575-86.

DAIGLE M, HARRIS D. Attitudes towards child sexuality. *Med Law* 1989; 8:(4):379-90.

DALE P, DAVIES M. A model of intervention in child-abusing families: a wider systems view. *Child Abuse Negl* 1985; 9:(4):449-55.

DALEY M. Head start: program and legislative update. *J Pediatr Nurs* 1999; 14:(3):186-8.

DALTON HJ, SLOVIS T, HELFER RE, et al. Undiagnosed abuse in children younger than 3 years with femoral fracture. *Am J Dis Child* 1990; 144:(8):875-8.

DANE AV, SCHNEIDER BH. Program integrity in primary and early secondary prevention: are implementation effects out of control? Clin Psychol Rev 1998; 18:(1):23-45.

DARMSTADT GL. Community-based child abuse prevention. Soc Work 1990; 35:(6):487-9.

DARO D. Child sexual abuse prevention: separating fact from fiction. Child Abuse Negl 1991; 15:(1-2):1-4.

DARO D, MCCURDY K. Preventing child abuse and neglect: programmatic interventions. Child Welfare 1994; 73:(5):405-30.

DARO D, BOND LM. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect [letter; comment]. Child Abuse Negl 1997; 21:(3):247.

DARO DA. Prevention of child sexual abuse. Future Child 1994; 4 : (2):198-223.

DARO DA, HARDING KA. Healthy Families America: using research to enhance practice. Future Child 1999; 9:(1):152-78.

DARO DA. Child abuse prevention: new directions and challenges [In Process Citation]. Nebr Symp Motiv 2000; 46:161-219.

DAVIDSON DA. Physical abuse of preschoolers: identification and intervention through occupational therapy. Am J Occup Ther 1995; 49:(3):235-43.

DAVIS P, MCCLURE RJ, ROLFE K, et al. Procedures, placement, and risks of further abuse after Munchausen syndrome by proxy, non-accidental poisoning, and non-accidental suffocation. Arch Dis Child 1998; 78:(3):217-21.

DECHESNAY M. Child sexual abuse as an international health problem. Int Nurs Rev 1989; 36:(5):149-53.

DEPANFILIS D. Implementing child mistreatment risk assessment systems: lessons from theory. Adm Soc Work 1996; 20:(2):41-59.

DEPANFILIS D, ZURAVIN SJ. Predicting child maltreatment recurrences during treatment. Child Abuse Negl 1999; 23:(8):729-43.

DEYOUNG M, LOWRY JA. Traumatic bonding: clinical implications in incest. Child Welfare 1992; 71:(2):165-75.

DHOOPER SS, ROYSE DD, WOLFE LC. A statewide study of the public attitudes toward child abuse. Child Abuse Negl 1991; 15:(1-2):37-44.

DICKERSIN K, MANHEIMER E. The Cochrane Collaboration: evaluation of health care and services using systematic reviews of the results of randomized controlled trials. 1998 Clin Obstet and Gynecol 41(2):315-331.

DICKERSIN K, MIN YI. Publication bias: the problem that won't go away. Ann N Y Acad Sci 1993; 703:135-46.

DICKERSIN K, SCHERER R, LEFEBVRE C. Identifying relevant studies for systematic reviews [see comments]. BMJ 1994; 309:(6964):1286-91.

DIGIORGIO-MILLER J. Sibling incest: treatment of the family and the offender. Child Welfare 1998; 77:(3):335-46.

DIQUELOU JY. [Risk factors for child abuse during the perinatal period. Preventive approach in the obstetric milieu. Role of a child abuse risk index]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris) 1996; 25:(8):809-18.

DIQUELOU JY. [Prenatal screening of mother-infant major dysfunction and its management in a gynecology and obstetrics service]. *Contracept Fertil Sex* 1998; 26:(6):V-IX.

DIXON KN, ARNOLD LE, CALESTRO K. Father-son incest: underreported psychiatric problem? *Am J Psychiatry* 1978; 135:(7):835-8.

DOBRIN LA. A dental dilemma: is this child abuse? What are my responsibilities? What should I do? *J N J Dent Assoc* 1994; 65:(3):77-3.

DONNELLY AH. What we have learned about prevention: what we should do about it. *Child Abuse Negl* 1991; 15 Suppl 1:99-106.

DORE MM, ALEXANDER LB. Preserving families at risk of child abuse and neglect: the role of the helping alliance [see comments]. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(4):349-61.

DOUECK HJ, BRONSON DE, LEVINE M. Evaluating risk assessment implementation in child protection: issues for consideration. *Child Abuse Negl* 1992; 16:(5):637-46.

DOUGLAS AR. Incest--a suitable case for treatment? *Practitioner* 1988; 232:(1448):547-51.

DRAKE B, PANDEY S. Understanding the relationship between neighborhood poverty and specific types of child maltreatment. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(11):1003-18.

DRAKE B, ZURAVIN S. Bias in child maltreatment reporting: revisiting the myth of classlessness. *Am J Orthopsychiatry* 1998; 68:(2):295-304.

DUBOIS S, JOB-SPIRA N, LAMOUR M, et al. [Implementation and evaluation of a program of prevention against abuse in at risk infants]. *Arch Fr Pediatr* 1991; 48:(3):189-200.

DUBOWITZ H. Prevention of child maltreatment: what is known. *Pediatrics* 1989; 83:(4):570-7.

DUBOWITZ H. Pediatrician's role in preventing child maltreatment. *Pediatr Clin North Am* 1990; 37:(4):989-1002.

DUBOWITZ H. Costs and effectiveness of interventions in child maltreatment. *Child Abuse Negl* 1990; 14:(2):177-86.

DUGGAN AK, MCFARLANE EC, WINDHAM AM, et al. Evaluation of Hawaii's Healthy Start Program. *Future Child* 1999; 9:(1):66-90.

DUKARM CP, HOLL JL, MCANARNEY ER. Violence among children and adolescents and the role of the pediatrician. *Bull N Y Acad Med* 1995; 72:(1):5-15.

DUKEWICH TL, BORKOWSKI JG, WHITMAN TL. A longitudinal analysis of maternal abuse potential and developmental delays in children of adolescent mothers. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(5):405-20.

DUMONT H, HEBERT M, LAVOIE F. [Contribution of individual characteristics to learning by children with first exposure to a prevention of abuse program]. *Can J Commun Ment Health* 1999; 18:(1):39-56.

DUPRE AR, HAMPTON HL, MORRISON H, et al. Sexual assault. *Obstet Gynecol Surv* 1993; 48:(9):640-8.

DURFEE M. Prevention of child sexual abuse. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12:(2):445-53.

DURLAK JA, WELLS AM. Primary prevention mental health programs for children and adolescents: a meta-analytic review [see comments]. *Am J Community Psychol* 1997; 25:(2):115-52.

DURRANT JE. Evaluating the success of Sweden's corporal punishment ban. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(5):435-48.

DUSENBURY L, FALCO M. Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *J Sch Health* 1995; 65:(10):420-5.

DUSENBURY L, FALCO M, LAKE A, et al. Nine critical elements of promising violence prevention programs. *J Sch Health* 1997; 67:(10):409-14.

DYM H. The abused patient. *Dent Clin North Am* 1995; 39:(3):621-35.

DZIUBA-LEATHERMAN J, FINKELHOR D. How does receiving information about sexual abuse influence boys' perceptions of their risk? *Child Abuse Negl* 1994; 18:(7):557-68.

EARLS F, MCGUIRE J, SHAY S. Evaluating a community intervention to reduce the risk of child abuse: methodological strategies in conducting neighborhood surveys. *Child Abuse Negl* 1994; 18:(5):473-85.

ECK M, LOHAUS A. [Development and evaluation of a program for preventing sexual abuse in the preschool age]. *Prax Kinderpsychol Kinderpsychiatr* 1993; 42:(8):285-92.

EGAMI Y, FORD DE, GREENFIELD SF, et al. Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *Am J Psychiatry* 1996; 153:(7):921-8.

EHRMIN JT. No more mother blaming: a feminist nursing perspective on the mother's role in father-daughter incest. *Arch Psychiatr Nurs* 1996; 10:(4):252-60.

EISENBERG N, OWENS RG, DEWEY ME. Attitudes of health professionals to child sexual abuse and incest. *Child Abuse Negl* 1987; 11:(1):109-16.

ELKAN R, KENDRICK D, HEWITT M, et al. The effectiveness of domiciliary health visiting: a systematic review of international studies and a selective review of the British literature [In Process Citation]. *Health Technol Assess* 2000; 4:(13):i-339.

ELLIOTT AJ, PETERSON LW. Maternal sexual abuse of male children. When to suspect and how to uncover it. *Postgrad Med* 1993; 94:(1):169-7, 180.

ELLIOTT BA. Prevention of violence . *Prim Care* 1993; 20:(2):277-88.

ELLIOTT M, BROWNE K, KILCOYNE J. Child sexual abuse prevention: what offenders tell us. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(5):579-94.

ELLIS PS. The pathology of fatal child abuse. *Pathology* 1997; 29:(2):113-21.

ELROD JM, RUBIN RH. Parental involvement in sexual abuse prevention education. *Child Abuse Negl* 1993; 17:(4):527-38.

EMERY RE, LAUMANN-BILLINGS L. An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships. Toward differentiating maltreatment and violence. *Am Psychol* 1998; 53:(2):121-35.

ENGLISH DJ, PECORA PJ. Risk assessment as a practice method in child protective services. *Child Welfare* 1994; 73:(5):451-73.

ENGLISH DJ. The extent and consequences of child maltreatment. *Future Child* 1998; 8:(1):39-53.

EWIGMAN B, KIVLAHAN C. Child maltreatment fatalities. *Pediatr Ann* 1989; 18:(8):476-1.

FANTUZZO JW, DEPAOLA LM, LAMBERT L, et al. Effects of interparental violence on the psychological adjustment and competencies of young children. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59:(2):258-65.

FANTUZZO JW, DELGAUDIO WA, ATKINS M, et al. A contextually relevant assessment of the impact of child maltreatment on the social competencies of low-income urban children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37:(11):1201-8.

FANTUZZO JW, MOHR WK. Prevalence and effects of child exposure to domestic violence. *Future Child* 1999; 9:(3):21-32.

FARGASON CAJ, BARNES D, SCHNEIDER D, et al. Enhancing multi-agency collaboration in the management of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994; 18:(10):859-69.

FARRELL LT. Factors that affect a victim's self-disclosure in father-daughter incest. *Child Welfare* 1988; 67:(5):462-8.

FELDMAN MA, SPARKS B, CASE L. Effectiveness of home-based early intervention on the language development of children of mothers with mental retardation. *Res Dev Disabil* 1993; 14 : (5):387-408.

FELDMAN MA. Parenting education for parents with intellectual disabilities: a review of outcome studies. *Res Dev Disabil* 1994; 15:(4):299-332.

FELDMAN W, FELDMAN E, GOODMAN JT, et al. Is childhood sexual abuse really increasing in prevalence? An analysis of the evidence. *Pediatrics* 1991; 88:(1):29-33.

FENNELL DC, FISHEL AH. Parent education: an evaluation of STEP on abusive parents' perceptions and abuse potential. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1998; 11:(3):107-20.

FERHOLT JB, HOFFNUNG RJ, HUNTER DE, et al. Clinical investigators under stress: a critique of Garnezy's commentary. *J Am Acad Child Psychiatry* 1986; 25:(5):724-9.

FETSCH RJ, SCHULTZ CJ, WAHLER JJ. A preliminary evaluation of the Colorado

RETHINK Parenting and Anger Management program. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(4):353-60.

FINELLO KM, LITTON KM, DELEMOS R, et al. Very low birth weight infants and their families during the first year of life: comparisons of medical outcomes based on after care services. *J Perinatol* 1998; 18:(5):365-71.

FINERMAN R. 'Parental incompetence' and 'selective neglect': blaming the victim in child survival. *Soc Sci Med* 1995; 40:(1):5-13.

FINK A, MCCLOSKEY L. Moving child abuse and neglect prevention programs forward: improving program evaluations. *Child Abuse Negl* 1990; 14:(2):187-206.

FINKEL KC. Sexual abuse and incest. What can you do? *Can Fam Physician* 1994; 40:935-44.

FINKELHOR D. Sexual abuse: a sociological perspective. *Child Abuse Negl* 1982; 6:(1):95-102.

FINKELHOR D. Removing the child--prosecuting the offender in cases of sexual abuse: evidence from the national reporting system for child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1983; 7:(2):195-205.

FINKELHOR D, LEWIS IA. An epidemiologic approach to the study of child molestation. *Ann N Y Acad Sci* 1988; 528:64-78.

FINKELHOR D, KORBIN J. Child abuse as an international issue. *Child Abuse Negl* 1988; 12:(1):3-23.

FINKELHOR D, HOTALING G, LEWIS IA, et al. Sexual abuse in a national survey of adult men and women: prevalence, characteristics, and risk factors. *Child Abuse Negl* 1990; 14:(1):19-28.

FINKELHOR D, ZELLMAN GL. Flexible reporting options for skilled child abuse professionals. *Child Abuse Negl* 1991; 15:(4):335-41.

FINKELHOR D. Epidemiological factors in the clinical identification of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1993; 17:(1):67-70.

FINKELHOR D, DZIUBA-LEATHERMAN J. Children as victims of violence: a national survey. *Pediatrics* 1994; 94:(4 Pt 1):413-20.

FINKELHOR D. The international epidemiology of child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1994; 18:(5):409-17.

FINKELHOR D, DZIUBA-LEATHERMAN J. Victimization of children. *Am Psychol* 1994; 49:(3):173-83.

FINKELHOR D. Current information on the scope and nature of child sexual abuse. *Future Child* 1994; 4:(2):31-53.

FINKELHOR D, DZIUBA-LEATHERMAN J. Victimization prevention programs: a national survey of children's exposure and reactions. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(2):129-39.

FINKELHOR D, ASDIGIAN N, DZIUBA-LEATHERMAN J. Victimization prevention programs for children: a follow-up. *Am J Public Health* 1995; 85:(12):1684-9.

FINKELHOR D. The victimization of children: a developmental perspective. *Am J Orthopsychiatry* 1995; 65:(2):177-93.

FINKELHOR D, ASDIGIAN N, DZIUBA-LEATHERMAN J. The effectiveness of victimization prevention instruction: an evaluation of children's responses to actual threats and assaults. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(2):141-53.

FINKELHOR D, ASDIGIAN NL. Risk factors for youth victimization: beyond a lifestyles/routine activities theory approach. *Violence Vict* 1996; 11:(1):3-19.

FINKELHOR D, MOORE D, HAMBY SL, et al. Sexually abused children in a national survey of parents: methodological issues. *Child Abuse Negl* 1997; 21:(1):1-9.

FINKELHOR D. Improving research, policy, and practice to understand child sexual abuse [editorial; comment]. *JAMA* 1998; 280:(21):1864-5.

FINKELHOR D. National call to action: Working toward the elimination of child maltreatment. The science. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(10):969-74.

FISCELLA K, KITZMAN HJ, COLE RE, et al. Does child abuse predict adolescent pregnancy? *Pediatrics* 1998; 101:(4 Pt 1):620-4.

FLEMING J. Childhood sexual abuse: an update. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1998; 10:(5):383-6.

FLOURNOY J. Incest prevention: the role of the pediatric nurse practitioner. *J Pediatr Health Care* 1996; 10:(6):246-54.

FLYNN EM. Preventing and diagnosing sexual abuse in children. *Nurse Pract* 1987; 12:(2):47, 51-48, 61.

FONTANA WJ. Factors needed for prevention of child abuse and neglect. *Pediatrics* 1970; 46:(2):318-9.

FORJUOH SN, ZWI AB. Violence against children and adolescents. International perspectives. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45:(2):415-26.

FORTENBERRY JD, HILL RF. Sister-sister incest as a manifestation of multigenerational sexual abuse. *J Adolesc Health Care* 1986; 7:(3):202-4.

FOX RA, FOX TA, ANDERSON RC. Measuring the effectiveness of the Star Parenting Program with parents of young children. *Psychol Rep* 1991; 68:(1):35-40.

FREITAG R, LAZORITZ S, KINI N. Psychosocial aspects of child abuse for primary care pediatricians. *Pediatr Clin North Am* 1998; 45:(2):391-402.

FRIEDMAN S. Reproductive conflicts in incest victims: an unnoticed consequence of childhood sexual abuse. *Psychoanal Q* 1996; 65:(2):383-8.

FROTHINGHAM TE, EPSTEIN MS, AMANA C, et al. Center for Child and Family Health-North Carolina. What is it? And why? *N C Med J* 1999; 60:(2):83-9.

FRYER GEJ, KRAIZER SK, MIYOSHI T. Measuring actual reduction of risk to child abuse: a new approach. *Child Abuse Negl* 1987; 11:(2):173-9.

FULLER AK. Child molestation and pedophilia. An overview for the physician [published erratum appears in *JAMA* 1989 Apr 21;261(15):2202] [see comments]. *JAMA* 1989; 261:(4):602-6.

GALLMEIER TM, BONNER BL. University-based interdisciplinary training in child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1992; 16:(4):513-21.

GANS JE, ALEXANDER B, CHU RC, et al. The cost of comprehensive preventive medical services for adolescents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1995; 149:(11):1226-34.

GARBARINO J. A preliminary study of some ecological correlates of child abuse: the impact of socioeconomic stress on mothers. *Child Dev* 1976; 47:(1):178-85.

GARBARINO J, CROUTER A. Defining the community context for parent-child relations: the correlates of child maltreatment. *Child Dev* 1978; 49:(3):604-16.

GARBARINO J, SHERMAN D. High-risk neighborhoods and high-risk families: the human ecology of child maltreatment. *Child Dev* 1980; 51:(1):188-98.

GARBARINO J. Can we measure success in preventing child abuse? Issues in policy, programming and research. *Child Abuse Negl* 1986; 10:(2):143-56.

GARBARINO J. Children's response to a sexual abuse prevention program: a study of the Spiderman comic. *Child Abuse Negl* 1987; 11:(1):143-8.

GARBARINO J. Preventing childhood injury: developmental and mental health issues. *Am J Orthopsychiatry* 1988; 58:(1):25-45.

GARBARINO J. Psychological child maltreatment. A developmental view. *Prim Care* 1993; 20:(2):307-15.

GARMEZY N. Resilience in children's adaptation to negative life events and stressed environments [see comments]. *Pediatr Ann* 1991; 20:(9):459-6.

GARMEZY N. Children in poverty: resilience despite risk. *Psychiatry* 1993; 56:(1):127-36.

GASKINS C. The nurse practitioner role. *Miss RN* 1982; 44:(2):12

GAZMARARIAN JA, LAZORICK S, SPITZ AM, et al. Prevalence of violence against pregnant women [published erratum appears in *JAMA* 1997 Apr 9;277(14):1125]. *JAMA* 1996; 275:(24):1915-20.

GELLER M, DEVLIN M, FLYNN T, et al. Confrontation of denial in a fathers' incest group. *Int J Group Psychother* 1985; 35:(4):545-67.

GEORGE C. A representational perspective of child abuse and prevention: internal working models of attachment and caregiving. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(5):411-24.

GEORGOPOULOU HA. Third European Conference on Child Abuse and Neglect, Prague, Czechoslovakia. June 23-26, 1991. *Child Abuse Negl* 1993; 17:(2):191-6.

GIBBONS M, VINCENT EC. Childhood sexual abuse. *Am Fam Physician* 1994; 49:(1):125-36.

GILBERT CM. Sibling incest. *J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs* 1989; 2:(2):70-3.

GINSBURG HJ, JENKINS C, WALSH R, et al. Visual superiority effect in televised prevention of victimization programs for preschool children. *Percept Mot Skills* 1989; 68:(3 Pt 2):1179-82.

GLASER B. Psychiatry and paedophilia: a major public health issue. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32:(2):162-7.

GOH BT, FORSTER GE. Sexually transmitted diseases in children: chlamydial oculo-genital infection. *Genitourin Med* 1993; 69:(3):213-21.

GOLDSMITH S. Prosecution to enhance treatment. *Child Today* 1990; 19:(4):13-6, 36.

GOMBY DS, CULROSS PL, BEHRMAN RE. Home visiting: recent program evaluations--analysis and recommendations. *Future Child* 1999; 9:(1):4-223.

GOMBY DS. Understanding evaluations of home visitation programs. *Future Child* 1999; 9:(1):27-43.

GOODWIN J. Family violence: principles of intervention and prevention. *Hosp Community Psychiatry* 1985; 36:(10):1074-9.

GOTHARD TW, RUNYAN DK, HADLER JL. The diagnosis and evaluation of child maltreatment. *J Emerg Med* 1985; 3:(3):181-94.

GOUGH D. Defining the problem. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(11):993-1002.

GOZZI E. Pediatric nurse practitioner at work. *Am J Nurs* 1970; 70 :(11):2371-4.

GOZZI E. The pediatric nurse practitioner as a way of life in rural health. *ANA Clin Sess* 1972;81-6.

GRANT CA. Incest: the hidden abuse . *Imprint* 1994; 41:(2):50-3.

GRAY J, BENTOVIM A. Illness induction syndrome: paper I--a series of 41 children from 37 families identified at The Great Ormond Street Hospital for Children NHS Trust. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(8):655-73.

GREEN AH. Child maltreatment and its victims. A comparison of physical and sexual abuse. *Psychiatr Clin North Am* 1988; 11:(4):591-610.

GROBER JS, BOGAT GA. Social problem solving in unsafe situations: implications for sexual abuse education programs. *Am J Community Psychol* 1994; 22:(3):399-414.

GROSS D, FOGG L, TUCKER S. The efficacy of parent training for promoting positive parent-toddler relationships. *Res Nurs Health* 1995; 18:(6):489-99.

GROSSMAN DC, NECKERMAN HJ, KOEPESELL TD, et al. Effectiveness of a violence prevention curriculum among children in elementary school. A randomized controlled trial [see comments]. *JAMA* 1997; 277:(20):1605-11.

GUTERMAN NB. Enrollment strategies in early home visitation to prevent physical child abuse and neglect and the "universal versus targeted" debate: a meta-analysis of population-based and screening-based programs [In Process Citation]. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(9):863-90.

GUTHEIL TG, AVERY NC. Multiple overt incest as family defense against loss. *Fam Process* 1977; 16:(1):105-16.

HAIRSTON CF, LOCKETT P. Parents in Prison: a child abuse and neglect prevention strategy. *Child Abuse Negl* 1985; 9 :(4):471-7.

HALFON N, INKELAS M, WOOD D. Nonfinancial barriers to care for children and youth. *Annu Rev Public Health* 1995; 16:447-72.

HAMMOND PV. Child abuse and neglect: researching the use of a programmed instructional manual. *ABNF J* 1993; 4:(4):85-9.

HANKS C, KITZMAN H, MILLIGAN R. Implementing the COACH relationship model: health promotion for mothers and children. *ANS Adv Nurs Sci* 1995; 18:(2):57-66.

HANSEN DJ, MACMILLAN VM. Behavioral assessment of child-abusive and neglectful families. Recent developments and current issues. *Behav Modif* 1990; 14:(3):255-78.

HARDY JB, STREETT R. Family support and parenting education in the home: an effective extension of clinic-based preventive health care services for poor children. *J Pediatr* 1989; 115:(6):927-31.

HARRIS MJ, KOTCH JB. Unintentional infant injuries: sociodemographic and psychosocial factors. *Public Health Nurs* 1994; 11:(2):90-7.

HAUGAARD JJ, SAMWEL C. Legal and therapeutic interventions with incestuous families. *Med Law* 1992; 11:(5-6):469-84.

HAY T, JONES L. Societal interventions to prevent child abuse and neglect. *Child Welfare* 1994; 73:(5):379-403.

HAZZARD A, WEBB C, KLEEMEIER C, et al. Child sexual abuse prevention: evaluation and one-year follow-up. *Child Abuse Negl* 1991; 15:(1-2):123-38.

HELPER RE. A review of the literature on the prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1982; 6:(3):251-61.

HELPER RE. The perinatal period, a window of opportunity for enhancing parent-infant communication: an approach to prevention. *Child Abuse Negl* 1987; 11:(4):565-79.

HELPER RE. The neglect of our children. *Pediatr Clin North Am* 1990; 37:(4):923-42.

HELPER RE. Child abuse and neglect: assessment, treatment, and prevention, October 21, 2007 [see comments]. *Child Abuse Negl* 1991; 15 Suppl 1:5-15.

HELLER SS, LARRIEU JA, D'IMPERIO R, et al. Research on resilience to child maltreatment: empirical considerations. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(4):321-38.

HENDERSON J. Is incest harmful? *Can J Psychiatry* 1983; 28:(1):34-40.

HENEGHAN AM, HORWITZ SM, LEVENTHAL JM. Evaluating intensive family preservation programs: a methodological review. *Pediatrics* 1996; 97:(4):535-42.

HENESON L. The secretary's initiative on child abuse and neglect. *Child Today* 1992; 21:(2):4-7.

HERMAN-GIDDENS ME, BROWN G, VERBIEST S, et al. Underascertainment of child abuse mortality in the United States. *JAMA* 1999; 282:(5):463-7.

HERMAN-GIDDENS ME, BROWN G, VERBIEST S, et al. Underascertainment of child abuse mortality in the United States [see comments]. *JAMA* 1999; 282:(5):463-7.

HERMAN J, HIRSCHMAN L. Incest between fathers and daughters. *J Nurs Care* 1978; 11:(5):8-6.

HERMANGE MT. [Perinatal care: advantages and disadvantages of network functioning. Analysis and point-of-view of decision-makers. An example currently in place: the prenatal network for child abuse prevention]. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)* 1998; 27 Suppl 2:237-46.

HIATT SW. 'We don't just kiss you good-bye!': home visitor program prevents child abuse. *Disch Plann Update* 1994; 14:(1):13-7.

HIBBARD RA, ORR DP. Incest and sexual abuse. *Semin Adolesc Med* 1985; 1:(3):153-64.

HOLMES WC, SLAP GB. Sexual abuse of boys: definition, prevalence, correlates, sequelae, and management [see comments]. *JAMA* 1998; 280:(21):1855-62.

HORNICK JP, CLARKE ME. A cost/effectiveness evaluation of lay therapy treatment for child abusing and high risk parents. *Child Abuse Negl* 1986; 10:(3):309-18.

HOUPT RL. Pediatric nurse practitioner; dilemma of a prototype. *Nurs Clin North Am* 1974; 9(3):573-8.

HOWING PT, WODARSKI JS, KURTZ PD, et al. Child abuse and delinquency: the empirical and theoretical links. *Soc Work* 1990; 35(3):244-9.

HRUSKA M. The after effects of incest and sexual abuse. *Nebr Nurse* 1993; 26(4):36-8.

HUGHES AM, MACKENZIE CS. Components necessary in a successful nurse practitioner-physician collaborative practice. *J Am Acad Nurse Pract* 1990; 2(2):54-7.

HUMES MC. Role of the pediatric nurse practitioner in day care--role transition. No. G-94. *ANA Publ* 1973;(G-94):54-64.

HUMPHREYS J. Nursing care of children of battered women. *Pediatr Nurs* 1997; 23(2):122-8.

HUXLEY P, WARNER R. Primary prevention of parenting dysfunction in high-risk cases. *Am J Orthopsychiatry* 1993; 63(4):582-8.

HYDEN PW, GALLAGHER TA. Child abuse intervention in the emergency room. *Pediatr Clin North Am* 1992; 39(5):1053-81.

IRELAND LM, POWELL C. Development of an introductory course in child protection. *Br J Nurs* 1997; 6(12):686-90.

JACKSON TL, FERGUSON WP. Attribution of blame in incest. *Am J Community Psychol* 1983; 11(3):313-22.

JADAD AR, MOORE RA, CARROLL D, JENKINSON C, REYNOLDS DJ, GAVAGHAN DJ, McQUAY HJ: Assessing the quality of reports of randomized clinical trials: is blinding necessary? *Control Clin Trial* 1996; 17(1):1-12.

JADAD AR, McQUAY HJ: A high-yield strategy to identify randomized controlled trials for systematic reviews. *Online J Curr Clin Trials* 1993: Doc. no. 33.

JAFFE PG, HURLEY DJ, WOLFE D. Children's observations of violence: I. Critical issues in child development and intervention planning. *Can J Psychiatry* 1990; 35(6):466-70.

JAGANNATHAN R, CAMASSO MJ. Risk assessment in child protective services: a canonical analysis of the case management function. *Child Abuse Negl* 1996; 20(7):599-612.

JANIKOWSKI TP, GLOVER NM. Incest and substance abuse: implications for treatment professionals. *J Subst Abuse Treat* 1994; 11(3):177-83.

JENNY C, SUTHERLAND SE, SANDAHL BB. Developmental approach to preventing the sexual abuse of children. *Pediatrics* 1986; 78(6):1034-8.

JESSEE SA. Recognition of bite marks in child abuse cases [see comments]. *Pediatr Dent* 1994; 16(5):336-9.

JINICH S, LITROWNIK AJ. Coping with sexual abuse: development and evaluation of a videotape intervention for nonoffending parents. *Child Abuse Negl* 1999; 23(2):175-90.

JOB-SPIRA N, LAMOUR M, GABEL M, et al. [Action-research on the prevention of abuse in the very young child. Methodology and initial results]. *Arch Fr Pediatr* 1988; 45(4):277-85.

- JOHNSON BB. Sexual abuse prevention: a rural interdisciplinary effort. *Child Welfare* 1987; 66(2):165-73.
- JOHNSON CD, FEIN JA, CAMPBELL C, et al. Violence prevention in the primary care setting: a program for pediatric residents. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153(5):531-5.
- JOHNSON CF. Inflicted injury versus accidental injury. *Pediatr Clin North Am* 1990; 37(4):791-814.
- JOHNSON WB. Child-abusing parents: factors associated with successful completion of treatment. *Psychol Rep* 1988; 63(2):434
- JONES DP. Ritualism and child sexual abuse [comment]. *Child Abuse Negl* 1991; 15(3):163-70.
- JONES DP. Professional and clinical challenges to protection of children. *Child Abuse Negl* 1991; 15 Suppl 1:57-66.
- JONES DP. The outcome of intervention [editorial]. *Child Abuse Negl* 1995; 19(11):1361-2.
- JUNGER-TAS J. Jeugd en gezin II. Naar een effectief preventiebeleid. 1997. Ministerie van Justitie, Den Haag.
- KAHN L. The case for pediatric nurse practitioners [letter]. *Clin Pediatr (Phila)* 1978; 17(5):423-4.
- KAPLAN SJ, PELCOVITZ D, LABRUNA V. Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect [In Process Citation]. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1999; 38(10):1214-22.
- KARP SS, METZLER J, HANSEN CMJ. The pediatric nurse practitioner in the private office. *J Med Soc N J* 1973; 70(10):773-6.
- KAUFMAN KL, HARBECK-WEBER C, RUDY L. Re-examining the efficacy of child sexual abuse prevention strategies: victims' and offenders' attitudes. *Child Abuse Negl* 1994; 18(4):349-56.
- KAZDIN AE. Adolescent mental health. Prevention and treatment programs. *Am Psychol* 1993; 48(2):127-41.
- KEEFE MR, KOTZER AM. Integrating clinical practice and research: a challenge for the pediatric nurse practitioner. *J Pediatr Health Care* 1988; 2(6):275-80.
- KELLAM SG, WERTHAMER-LARSSON L, DOLAN LJ, et al. Developmental epidemiologically based preventive trials: baseline modeling of early target behaviors and depressive symptoms. *Am J Community Psychol* 1991; 19(4):563-84.
- KELLAM SG. Testing theory through developmental epidemiologically based prevention research. *NIDA Res Monogr* 1994; 139:37-57.
- KELLEY B, BEAUCHESNE M. Children and violence. *J Soc Pediatr Nurs* 1998; 3(3):127-9.
- KELLEY SJ, BRANT R, WATERMAN J. Sexual abuse of children in day care centers. *Child Abuse Negl* 1993; 17(1):71-89.
- KEMPE CH, SILVERMAN FN, STEELE BF, DROEGEMUELLER W, SILVER HK. The battered child syndrome. *JAMA* 1962; 181:17-24.
- KENDRICK D, ELKAN R, HEWITT M, et al. Does home visiting improve parenting and the quality of the home environment? A systematic review and meta analysis. *Arch Dis Child* 2000; 82(6):443-51.

KENDRICK D, HEWITT M, DEWEY M, et al. The effect of home visiting programmes on uptake of childhood immunization: a systematic review and meta-analysis. *J Public Health Med* 2000; 22:(1):90-8.

KERNS DL, CAVANAUGH J, BERLINER BC. Child abuse and neglect: the hospital's expanding role in prevention, identification and management. *Conn Med* 1979; 43:(5):293-300.

KERNS DL, CAVANAUGH J, BERLINER BC. Child abuse and neglect: program development at the Waterbury Regional Department of Pediatrics. (Second of three parts). *Conn Med* 1979; 43:(3):155-9.

KERNS DL. Child abuse and neglect: the physician's role in diagnosis and reporting (first of three parts). *Conn Med* 1979; 43:(2):89-92.

KERR SM, JOWETT SA, SMITH LN. Preventing sleep problems in infants: a randomized controlled trial. *J Adv Nurs* 1996; 24:(5):938-42.

KESSLER DB, HYDEN P. Physical, sexual, and emotional abuse of children. *Clin Symp* 1991; 43:(1):1-32.

KINARD EM. Methodological issues and practical problems in conducting research on maltreated children. *Child Abuse Negl* 1994; 18:(8):645-56.

KINARD EM. Conducting research on child maltreatment: effects on researchers. *Violence Vict* 1996; 11:(1):65-9.

KINNON D, DOHERTY JA. Hospital response protocols for child sexual abuse and sexually transmitted diseases in children. *Can J Public Health* 1992; 83:(4):268-70.

KITZMAN H, OLDS DL, HENDERSON CRJ, et al. Effect of prenatal and infancy home visitation by nurses on pregnancy outcomes, childhood injuries, and repeated childbearing. A randomized controlled trial [see comments]. *JAMA* 1997; 278:(8):644-52.

KLEEMEIER C, WEBB C, HAZZARD A, et al. Child sexual abuse prevention: evaluation of a teacher training model. *Child Abuse Negl* 1988; 12:(4):555-61.

KNOWLES RC. Incest. *S D J Med* 1986; 39:(2):5-10.

KNUTSON JF. Psychological characteristics of maltreated children: putative risk factors and consequences. *Annu Rev Psychol* 1995; 46:401-31.

KOLKO DJ. Clinical monitoring of treatment course in child physical abuse: psychometric characteristics and treatment comparisons. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(1):23-43.

KONKER C. Rethinking child sexual abuse: an anthropological perspective. *Am J Orthopsychiatry* 1992; 62:(1):147-53.

KORBIN JE. Cross-cultural perspectives and research directions for the 21st century. *Child Abuse Negl* 1991; 15 Suppl 1:67-77.

KORBIN JE. Social networks and family violence in cross-cultural perspective. *Nebr Symp Motiv* 1995; 42:107-34.

KORFMACHER J, O'BRIEN R, HIATT S, et al. Differences in program implementation between nurses and paraprofessionals providing home visits during pregnancy and infancy: a randomized trial. *Am J Public Health* 1999; 89:(12):1847-51.

KOSKY R. Incest: what do we really know about it? *Aust N Z J Psychiatry* 1987; 21:(4):430-40.

KOTCH JB, BROWNE DC, RINGWALT CL, et al. Risk of child abuse or neglect in a cohort of low-income children. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(9):1115-30.

KOTCH JB, BROWNE DC, DUFORT V, et al. Predicting child maltreatment in the first 4 years of life from characteristics assessed in the neonatal period. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(4):305-19.

KRAIZER S, WITTE SS, FRYER GEJ. Child sexual abuse prevention programs: what makes them effective in protecting children? *Child Today* 1989; 18:(5):23-7.

KRAIZER SK. Rethinking prevention. *Child Abuse Negl* 1986; 10:(2):259-61.

KRAIZER SK, FRYER GE, MILLER M. Programming for preventing sexual abuse and abduction: what does it mean when it works? *Child Welfare* 1988; 67:(1):69-78.

KRISHNAN V, MORRISON KB. An ecological model of child maltreatment in a Canadian province. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(1):101-13.

KRUGMAN RD. Future role of the pediatrician in child abuse and neglect. *Pediatr Clin North Am* 1990; 37:(4):1003-11.

KRUGMAN RD. Child abuse and neglect: critical first steps in response to a national emergency. The report of the US Advisory Board on Child Abuse and Neglect. *Am J Dis Child* 1991; 145:(5):513-5.

KRUGMAN RD. The battered child at thirty: what can be learned from Saul Krugman at eighty? *Pediatrics* 1992; 90:(1 Pt 2):154-6.

KRUGMAN RD. Child abuse and neglect. Follow-up. *Am J Dis Child* 1993; 147:(5):517.

KRUGMAN RD. Future directions in preventing child abuse. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(3):273-9.

KRUGMAN RD. The media and public awareness of child abuse and neglect: it's time for a change [editorial; comment] . *Child Abuse Negl* 1996; 20:(4):259-60.

KUHN JC, ROSS ML. Primary prevention of child abuse. *MCN Am J Matern Child Nurs* 1985; 10:(3):198.

KUSSMAN R. Legal responsibilities of "independent" pediatric nurse practitioners [letter]. *N Engl J Med* 1978; 299:(6):316.

LABARBERA JD, DOZIER JE. Psychologic responses of incestuous daughters: emerging patterns. *South Med J* 1981; 74:(12):1478-80.

LACHMAN P. Child abuse reporting system in the western Cape [letter]. *S Afr Med J* 1994; 84:(6):357.

LACHMAN P. Child protection in Africa--the road ahead. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(7):543-7.

LANDE RG. Factitious disorders and the 'professional patient'. *J Am Osteopath Assoc* 1996; 96:(8):468-72.

LANG SS. Help for neighborhoods. *Child Today* 1993; 22:(4):16.

LANNING B, BALLARD DJ, ROBINSON J. Child sexual abuse prevention programs in Texas public elementary schools. *J Sch Health* 1999; 69:(1):3-8.

LARNER MB, STEVENSON CS, BEHRMAN RE. Protecting children from abuse and neglect: analysis and recommendations. *Future Child* 1998; 8:(1):4-22.

LAWLESS JB. Child abuse prevention for former preterm infants in primary care follow-up [letter]. *Nurse Pract* 1995; 20:(11 Pt 1):12, 14, 16.

LAWSON C. Mother-son sexual abuse: rare or underreported? A critique of the research. *Child Abuse Negl* 1993; 17:(2):261-9.

LEDRA Y L. Victims of incest. *Am J Nurs* 1984; 84:(8):1010-4.

LEE EJ. The nurse practitioner: an extended role in nursing. *Nurs Careers* 1980; 1:(3):1, 3, 8.

LEE YK, TANG CS. Evaluation of a sexual abuse prevention program for female Chinese adolescents with mild mental retardation. *Am J Ment Retard* 1998; 103:(2):105-16.

LERNER RM, GALAMBOS NL. Adolescent development: challenges and opportunities for research, programs, and policies. *Annu Rev Psychol* 1998; 49:413-46.

LEUNG AK, ROBSON WM, FAGAN JE. Assessment of the child with failure to thrive. *Am Fam Physician* 1993; 48:(8):1432-8.

LEVAV I, GUERRERO R, PHEBO L, et al. Reducing corporal punishment of children: a call for a regional effort. *Bull Pan Am Health Organ* 1996; 30:(1):70-9.

LEVENSTEIN P, LEVENSTEIN S. Long-term effects of home visits on children's behavior [letter; comment]. *JAMA* 1999; 281:(15):1376

LEVENTHAL JM. Programs to prevent sexual abuse: what outcomes should be measured? *Child Abuse Negl* 1987; 11:(2):169-71.

LEVENTHAL JM, GARBER RB, BRADY CA. Identification during the postpartum period of infants who are at high risk of child maltreatment. *J Pediatr* 1989; 114:(3):481-7.

LEVENTHAL JM. Twenty years later: we do know how to prevent child abuse and neglect [see comments]. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(8):647-53.

LEVENTHAL JM, PEW MC, BERG AT, et al. Use of health services by children who were identified during the postpartum period as being at high risk of child abuse or neglect. *Pediatrics* 1996; 97:(3):331-5.

LEVESQUE RJ. Emotional maltreatment in adolescents' everyday lives: furthering sociolegal reforms and social service provisions. *Behav Sci Law* 1998; 16:(2):237-63.

LEVITT CJ. Medical evaluation of the sexually abused child. *Prim Care* 1993; 20:(2):343-54.

LEVITT EE, PINNELL CM. Some additional light on the childhood sexual abuse-psychopathology axis. *Int J Clin Exp Hypn* 1995; 43:(2):145-62.

LEVY EM, SAPALA S. Pediatric management problems (incest). *Pediatr Nurs* 1981; 7:(4):40.

LIANG B, BOGAT GA, MCGRATH MP. Differential understanding of sexual abuse prevention concepts among preschoolers. *Child Abuse Negl* 1993; 17:(5):641-50.

LINDSEY D. Factors affecting the foster care placement decision: an analysis of national survey data. *Am J Orthopsychiatry* 1991; 61:(2):272-81.

LINDSEY D. Mandated reporting and child abuse fatalities: requirements for a system to protect children. *Soc Work Res* 1994; 18:(1):41-54.

LINES DR. The effectiveness of parent aides in the tertiary prevention of child abuse in South Australia. *Child Abuse Negl* 1987; 11:(4):507-12.

LITZELFELNER P, PETR CG. Case advocacy in child welfare [see comments]. *Soc Work* 1997; 42:(4):392-402.

LOAR L. Child sexual abuse: several brief interventions with young perpetrators. *Child Abuse Negl* 1994; 18:(11):977-86.

LOCKARD RB. Incest and natural selection. *Am Psychol* 1968; 23:(6):454

LONG A, SMYTH A. The role of mental health nursing in the prevention of child sexual abuse and the therapeutic care of survivors. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1998; 5:(2):129-36.

LONG N, FOREHAND R, ZOGG C. Preventing parental child abduction: analysis of a national project [published erratum appears in *Clin Pediatr (Phila)* 1992 Nov;31(11):704]. *Clin Pediatr (Phila)* 1991; 30:(9):549-54.

LUMLEY VA, MILTENBERGER RG. Sexual abuse prevention for persons with mental retardation . *Am J Ment Retard* 1997; 101:(5):459-72.

LUMLEY VA, MILTENBERGER RG, LONG ES, et al. Evaluation of a sexual abuse prevention program for adults with mental retardation. *J Appl Behav Anal* 1998; 31:(1):91-101.

LUTZKER JR, RICE JM. Project 12-ways: measuring outcome of a large in-home service for treatment and prevention of child abuse and neglect. *Child Abuse Negl* 1984; 8:(4):519-24.

LYNN MR. Pediatric nurse practitioner-patient interactions: a study of the process. *J Pediatr Nurs* 1987; 2:(4):268-71.

McAULEY L, PHAM BA¹, TUGWELL P, MOHER D. Does the inclusion of grey literature influence estimates of intervention effectiveness reported in meta-analyses? *Lancet* 2000; 356: 1228-1231.

MACINTYRE D, CARR A. Helping children to the other side of silence: a study of the impact of the stay safe programme on Irish children's disclosures of sexual victimization. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(12):1327-40.

MACINTYRE D, CARR A. Evaluation of the effectiveness of the stay safe primary prevention programme for child sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(12):1307-25.

McMANUS RJ, WILSON S, DELANEY BC, FITZMAURICE DA, HYDE CJ, TOBIAS RS, JOWETT S, HOBBS FDR: Review of the usefulness of contacting other experts when conducting a literature search for systematic reviews. *BMJ* 1998;317:1562-3.

MACMILLAN H, OFFORD D. Home visiting and child injury. Consider measurement issues [letter]. *BMJ* 1996; 313:(7057):625.

MACMILLAN HL, THOMAS BH. Public health nurse home visitation for the tertiary prevention of child maltreatment: results of a pilot study. *Can J Psychiatry* 1993; 38:(6):436-42.

MACMILLAN HL, MACMILLAN JH, OFFORD DR. Periodic health examination, 1993 update: 1. Primary prevention of child maltreatment. The Canadian Task Force on the Periodic Health Examination [see comments]. *CMAJ* 1993; 148:(2):151-63.

MACMILLAN HL, MACMILLAN JH, OFFORD DR, et al. Primary prevention of child physical abuse and neglect: a critical review. Part I. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35:(5):835-56.

MACMILLAN HL, MACMILLAN JH, OFFORD DR, et al. Primary prevention of child sexual abuse: a critical review. Part II. *J Child Psychol Psychiatry* 1994; 35:(5):857-76.

MACMILLAN HL. Physical abuse during pregnancy: a significant threat to maternal and child health [editorial; comment]. *CMAJ* 1999; 160:(7):1022-3.

MAGAL V, WINNIK HZ. Role of incest in family structure. *Isr Ann Psychiatr Relat Discip* 1968; 6:(2):173-89.

MALES M. School-age pregnancy: why hasn't prevention worked? *J Sch Health* 1993; 63:(10):429-32.

MALLOY G. A new definition--implications for experimentations. Pediatric nurse practitioner program. *J N Y State Nurses Assoc* 1973; 4:(3):21-3.

MALTZ W. Identifying and treating the sexual repercussions of incest: a couples therapy approach. *J Sex Marital Ther* 1988; 14:(2):142-70.

MANGIONE RA. Selected pediatric emergencies in community practice. *J Am Pharm Assoc (Wash)* 1997; NS37:(1):22-9.

MANSFIELD E. Child sex abuse. The sexual misuse of power. *World Ir Nurs* 1996; 4:(1):10-3.

MARA BA, WINTON MA. Sexual abuse intervention: a support group for parents who have a sexually abused child. *Int J Group Psychother* 1990; 40:(1):63-77.

MARCENKO MO, SPENCE M. Home visitation services for at-risk pregnant and postpartum women: a randomized trial. *Am J Orthopsychiatry* 1994; 64:(3):468-78.

MARNEFFE C, SOUMENKOFF G. [Evaluation in primary prevention: a must, II, The child psychiatry point of view.]. *Child Abuse Negl* 1986; 10:(1):53-61.

MARQUES J, NELSON C, WEST MA, et al. The relationship between treatment goals and recidivism among child molesters. *Behav Res Ther* 1994; 32:(5):577-88.

MARSHALL E, BUCKNER E, POWELL K. Evaluation of a teen parent program designed to reduce child abuse and neglect and to strengthen families. *J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs* 1991; 4:(3):96-100.

MARSHALL E, BUCKNER E, PERKINS J, et al. Effects of a child abuse prevention unit in health classes in four schools. *J Community Health Nurs* 1996; 13:(2):107-22.

MASTEN AS, GARMEZY N, TELLEGEN A, et al. Competence and stress in school children: the moderating effects of individual and family qualities. *J Child Psychol Psychiatry* 1988; 29 : (6):745-64.

MASTEN AS, COATSWORTH JD, NEEMANN J, et al. The structure and coherence of competence from childhood through adolescence. *Child Dev* 1995; 66:(6):1635-59.

MASTEN AS, HUBBARD JJ, GEST SD, et al. Competence in the context of adversity: pathways to resilience and maladaptation from childhood to late adolescence. *Dev Psychopathol* 1999; 11:(1):143-69.

MATORIN AI, LYNN SJ. The development of a measure of correlates of child sexual abuse: the Traumatic Sexualization Survey. *J Trauma Stress* 1998; 11:(2):261-80.

MAYER B. Dilemmas in mandatory reporting of domestic violence: carative ethics in emergency rooms. *Nursingconnections* 1998; 11:(4):5-21.

MAZUREK AJ. Epidemiology of paediatric injury. *J Accid Emerg Med* 1994; 11:(1):9-16.

MBIZVO MT. Reproductive and sexual health: a research and developmental challenge. *Cent Afr J Med* 1996; 42:(3):80-5.

MCCARTHY V, HOBBIIE C. Incorporating violence prevention into anticipatory guidance for well child visits. *J Pediatr Health Care* 1997; 11:(5):222-6.

MCCARTON CM, WALLACE IF, BENNETT FC. Preventive interventions with low birth weight premature infants: an evaluation of their success. *Semin Perinatol* 1995; 19:(4):330-40.

MCCONAGHY N. Paedophilia: a review of the evidence. *Aust N Z J Psychiatry* 1998; 32:(2):252-65.

MCCROSKEY J, MEEZAN W. Family-centered services: approaches and effectiveness. *Future Child* 1998; 8:(1):54-71.

MCGRATH P, CAPPELLI M, WISEMAN D, et al. Teacher awareness program on child abuse: a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl* 1987; 11:(1):125-32.

MCKAY RJ. The pediatric nurse practitioner--who needs her? *Del Med J* 1973; 45:(7):201-5.

MCLEOD RP. President's message. Pediatric nurse practitioners can make things happen [news]. *J Pediatr Health Care* 1996; 10:(6):31A-2A.

MCMENEMY MC. WHO recognises child abuse as a major problem. *The Lancet* 1999; 353 (17 April): 1340.

MCMURRAY J. ABC of child abuse. Case conferences. *BMJ* 1989; 299:(6697):500-2.

MCNELIS PJ, AWALT SJ. Project SAFE: an Armed Forces cooperative initiative for the prevention and treatment of family violence. *Eval Program Plann* 1986; 9:(3):233-41.

MEADOW R. Staying cool on child abuse [editorial]. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1987; 295:(6594):345-6.

MEADOW R, MITCHELS B. ABC of child abuse. Medical reports. *BMJ* 1989; 299:(6699):616-7.

MEADOW R. ABC of child abuse. Munchausen syndrome by proxy. *BMJ* 1989; 299:(6693):248-50.

MEADOW R. ABC of child abuse. Suffocation [see comments]. *BMJ* 1989; 298:(6687):1572-3.

MEADOW R. ABC of child abuse. Poisoning. *BMJ* 1989; 298:(6685):1445-6.

MEADOW R. ABC of child abuse. Epidemiology. *BMJ* 1989; 298:(6675):727-30.

MEADOW R. Recurrent cot death and suffocation [letter]. *Arch Dis Child* 1989; 64:(1):179-80.

MEADOW R. What is, and what is not, 'Munchausen syndrome by proxy'? [see comments]. *Arch Dis Child* 1995; 72:(6):534-8.

MEADOW R. Munchausen syndrome by proxy abuse perpetrated by men [see comments]. *Arch Dis Child* 1998; 78:(3):210-6.

MEADOW R. Unnatural sudden infant death. *Arch Dis Child* 1999; 80:(1):7-14.

MEADOW R. Mothering to death [see comments]. *Arch Dis Child* 1999; 80:(4):359-62.

MELTON GB. It's time for neighborhood research and action. *Child Abuse Negl* 1992; 16:(6):909-13.

MELTON GB, FLOOD MF. Research policy and child maltreatment: developing the scientific foundation for effective protection of children. *Child Abuse Negl* 1994; 18 Suppl 1:1-28.

MIAN M, MARTON P, LEBARON D, et al. Familial risk factors associated with intrafamilial and extrafamilial sexual abuse of three to five year old girls. *Can J Psychiatry* 1994; 39:(6):348-53.

MILLER BV, FOX BR, GARCIA-BECKWITH L. Intervening in severe physical child abuse cases: mental health, legal, and social services. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(9):905-14.

MILLER TW, VELTKAMP LJ. Family violence: clinical indicators among military and post-military personnel. *Mil Med* 1993; 158:(12):766-71.

MILLER TW, VELTKAMP LJ. Assessment of sexual abuse and trauma: clinical measures. *Child Psychiatry Hum Dev* 1995; 26:(1):3-10.

MILLONIG VL, DICKENSON-HAZARD N. Considering pediatric nurse practitioner certification. *Pediatr Nurs* 1986; 12:(4):268-70, 290.

MILNER JS, GOLD RG, WIMBERLEY RC. Prediction and explanation of child abuse: cross-validation of the child abuse potential inventory. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54:(6):865-6.

ISHAW CO. Physicians not alone in battle against incest. *Tex Med* 1993; 89:(2):29.

MITCHELS B. ABC of child abuse. Protecting the child. *BMJ* 1989; 299:(6698):559-62.

MITCHELS B, MEADOW R. ABC of child abuse. About courts. *BMJ* 1989; 299:(6700):671-4.

MOHER D, FORTIN P, JADAD AR, JUNI P, KLASSEN T LE LORIER J, LIBERATI A, LINDE K, PENNA A: Completeness of reporting of trials published in languages other than English: implications for conduct and reporting of systematic reviews. *Lancet* 1996; 347 (8998): 363-6.

MOLLERSTROM WW, PATCHNER MA, MILNER JS. Family functioning and child abuse potential. *J Clin Psychol* 1992; 48:(4):445-54.

MOLLERSTROM WW, PATCHNER MA, MILNER JS. Family violence in the Air Force: a look at offenders and the role of the family advocacy program. *Mil Med* 1992; 157:(7):371-4.

MOLLERSTROM WW, PATCHNER MA, MILNER JS. Child maltreatment: the United States Air Force's response. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(3):325-34.

MONACO JE, BROOKS WGJ. The critical care aspects of child abuse. *Pediatr Clin North Am* 1994; 41:(6):1259-68.

MOREAULT L, GAGNON C, LABRECQUE E. [The "Marrainage" Project: a nonprofessional intervention with families at risk for child neglect]. *Can J Public Health* 1996; 87:(1):42-5.

MORRISON T. Partnership and collaboration: rhetoric and reality. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(2):127-40.

MORROW CE. Preventive care in pregnancy. *Prim Care* 1995; 22:(4):755-84.

MORTON N, BROWNE KD. Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: a review. *Child Abuse Negl* 1998; 22:(11):1093-104.

MOUDEN LD. Child abuse and dentistry: what you should know. *J Mich Dent Assoc* 1994; 76:(5):20, 22-0, 27.

MOUDEN LD. The role Tennessee's dentists must play in preventing child abuse and neglect. *J Tenn Dent Assoc* 1994; 74:(2):17-21.

MOUDEN LD, BROSS DC. Legal issues affecting dentistry's role in preventing child abuse and neglect. *J Am Dent Assoc* 1995; 126:(8):1173-80.

MOUDEN LD. Dentistry preventing family violence. *Mo Dent J* 1996; 76:(6):21-2, 24, 27.

MOUDEN LD. How dentistry succeeds in preventing family violence. *J Mich Dent Assoc* 1996; 78:(7):44-8.

MOUDEN LD. Dentistry's role in protecting children from abuse and neglect. *J Ala Dent Assoc* 1996; 80:(1):12-6.

MOUDEN LD. The role for dental professionals in preventing child abuse and neglect. *J Calif Dent Assoc* 1998; 26:(10):737-3.

MOUDEN LD. Family violence prevention: dentistry's attitudes and responsibilities. *Quintessence Int* 1998; 29:(7):452-4.

MUELLEMAN RL, REUWER J, SANSON TG, et al. An emergency medicine approach to violence throughout the life cycle. SAEM Public Health and Education Committee [see comments]. *Acad Emerg Med* 1996; 3:(7):708-15.

MULLER DJ, SHAW DF, TOWNER M. Preventing child abuse: an evaluation of two video programmes. *Health Visit* 1987; 60:(1):15-6.

MULROY EA, SHAY S. Nonprofit organizations and innovation: a model of neighborhood-based collaboration to prevent child maltreatment. *Soc Work* 1997; 42:(5):515-24.

MULROY EA. Building a neighborhood network: interorganizational collaboration to prevent child abuse and neglect. *Soc Work* 1997; 42:(3):255-64.

MUNRO E. Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(8):745-58.

MURAM D. Child sexual abuse. *Curr Opin Obstet Gynecol* 1993; 5:(6):784-90.

MURDOCH V. Preventing child abuse. *Aust Nurses J* 1985; 15:(2):46-8.

MURPHY JL. An overview for school nursing professionals: child sexual abuse. *J Sch Nurs* 1993; 9:(3):26-35.

MURPHY SA, BAUGHER R, LOHAN J, et al. Parents' evaluation of a preventive intervention following the sudden, violent deaths of their children. *Death Stud* 1996; 20:(5):453-68.

MYERS JE. Adjudication of child sexual abuse cases. *Future Child* 1994; 4:(2):84-101.

NEEDHAM DD. Diagnosis and management of lead-poisoned children: the pediatric nurse practitioner in a specialty program. *J Pediatr Health Care* 1994; 8:(6):268-73.

NEERGAARD JA. A proposal for a foster grandmother intervention program to prevent child abuse. *Public Health Rep* 1990; 105:(1):89-93.

NELMS BC. Promoting emotional health role of the nurse practitioner. *J Pediatr Health Care* 1988; 2:(1):1-2.

NESTER CB. Prevention of child abuse and neglect in the primary care setting. *Nurse Pract* 1998; 23:(9):61-70, 73.

NEVILLE R. 'No reply' on a home visit--what does it mean? *Practitioner* 1988; 232:(1442):93

NEWMAN LF, BUKA SL. Preventing the risk factors in childhood learning impairment. *R I Med J* 1991; 74:(6):251-62.

NIBERT D, COOPER S, FORD J. Parents' observations of the effect of a sexual-abuse prevention program on preschool children. *Child Welfare* 1989; 68:(5):539-46.

NICHOLSON BC, JANZ PC, FOX RA. Evaluating a brief parental-education program for parents of young children. *Psychol Rep* 1998; 82:(3 Pt 2):1107-13.

NICOL AR. ABC of child abuse. Role of the child psychiatry team. *BMJ* 1989; 299:(6696):451-2.

NUNNO MA, MOTZ JK. The development of an effective response to the abuse of children in out-of-home care. *Child Abuse Negl* 1988; 12:(4):521-8.

O'HAGAN KP. Emotional and psychological abuse: problems of definition. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(4):449-61.

O'SHAUGHNESSY PE. Child abuse--a dentist's responsibility? *J Indiana Dent Assoc* 1995; 74:(4):19-21.

OATES RK, GRAY J, SCHWEITZER L, et al. A therapeutic preschool for abused children: the KEEPSAFE Project. *Kempe Early Education Project Serving Abused Families. Child Abuse Negl* 1995; 19:(11):1379-86.

OATES RK. It's time to have another look at the medical model. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(1):3-5.

OLDFIELD D, HAYS BJ, MEGEL ME. Evaluation of the effectiveness of Project Trust: an elementary school-based victimization prevention strategy. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(9):821-32.

OLDS D. Viewpoints on dairy herd fertility [published erratum appears in *J Am Vet Med Assoc* 1990 Apr 15;196(8):1275]. *J Am Vet Med Assoc* 1990; 196:(5):726-7.

OLDS D, HENDERSON CRJ, KITZMAN H, et al. Effects of prenatal and infancy nurse home visitation on surveillance of child maltreatment. *Pediatrics* 1995; 95:(3):365-72.

OLDS D, HENDERSON CRJ, COLE R, et al. Long-term effects of nurse home visitation on children's criminal and antisocial behavior: 15-year follow-up of a randomized controlled trial [see comments]. *JAMA* 1998; 280:(14):1238-44.

OLDS DL, HENDERSON CRJ, CHAMBERLIN R, et al. Preventing child abuse and neglect: a randomized trial of nurse home visitation. *Pediatrics* 1986; 78:(1):65-78.

OLDS DL, HENDERSON CRJ, TATELBAUM R, et al. Improving the life-course development of socially disadvantaged mothers: a randomized trial of nurse home visitation. *Am J Public Health* 1988; 78:(11):1436-45.

OLDS DL, KITZMAN H. Can home visitation improve the health of women and children at environmental risk? [see comments]. *Pediatrics* 1990; 86:(1):108-16.

OLDS DL. Home visitation for pregnant women and parents of young children. *Am J Dis Child* 1992; 146:(6):704-8.

OLDS DL, HENDERSON CRJ, PHELPS C, et al. Effect of prenatal and infancy nurse home visitation on government spending. *Med Care* 1993; 31:(2):155-74.

OLDS DL, HENDERSON CRJ, KITZMAN H. Does prenatal and infancy nurse home visitation have enduring effects on qualities of parental caregiving and child health at 25 to 50 months of life? *Pediatrics* 1994; 93:(1):89-98.

OLDS DL, ECKENRODE J, HENDERSON CRJ, et al. Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect. Fifteen-year follow-up of a randomized trial [comment]. *JAMA* 1997; 278:(8):637-43.

OLDS DL, HENDERSON CRJ, KITZMAN HJ, et al. Prenatal and infancy home visitation by nurses: recent findings. *Future Child* 1999; 9:(1):44-1.

OLETTO S, GIAQUINTO C, SEEFRIED M, et al. Paediatric AIDS: a new child abuse. *Acta Paediatr Suppl* 1994; 400:99-101.

OOSTHUIZEN MJ. [Can we intervene in child abuse?]. *Nurs RSA* 1993; 8:(11-12):20, 44-20, 46.

ORAL R, CAN D, HANCI H, et al. A multicenter child maltreatment study: twenty-eight cases followed-up on a multidisciplinary basis. *Turk J Pediatr* 1998; 40:(4):515-23.

ORR DP. Incest [letter]. *Am J Dis Child* 1979; 133:(3):331

PADILLA ML, LANDRETH GL. Latchkey children: a review of the literature. *Child Welfare* 1989; 68:(4):445-54.

PANAGIOTOU L, ROURKE LL, ROURKE JT, et al. Evidence-based well-baby care. Part 2: Education and advice section of the next generation of the Rourke Baby Record. *Can Fam Physician* 1998; 44:568-72.

PANKEN S. Incest "rediscovered" [published erratum appears in *Psychoanal Rev* 1992 Summer;79(2):306]. *Psychoanal Rev* 1991; 78:(4):547-65.

PATEY P. Letter: Nurse practitioners. *Can Med Assoc J* 1973; 109:(11):1082-3.

PATTERSON MM. Child abuse: assessment and intervention. *Orthop Nurs* 1998; 17:(1):49-54.

PAVENSTEDT E. An intervention program for infants from high risk homes. *Am J Public Health* 1973; 63:(5):393-5.

PEARN J. Child sexual abuse. Intervention programs and the protection of children at risk. *Med J Aust* 1992; 157:(8):507-8.

PECNIK N, AJDUKOVIC M. The Child Abuse Potential Inventory: cross-validation in Croatia. *Psychol Rep* 1995; 76:(3 Pt 1):979-85.

PELCOVITZ D, ADLER NA, KAPLAN S, et al. The failure of a school-based child sexual abuse prevention program. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31:(5):887-92.

PENCE DM, WILSON CA. Reporting and investigating child sexual abuse. *Future Child* 1994; 4:(2):70-83.

PENFOLD PS. Mendacious moms or devious dads? Some perplexing issues in child custody/sexual abuse allegation disputes. *Can J Psychiatry* 1995; 40:(6):337-41.

PERETTI PO, COX-RODRIGUEZ D. Emotional characteristics of chronic and acute incestuous daughters. *Panminerva Med* 1992; 34:(4):204-8.

PERRY CL, KELDER SH. Models for effective prevention. *J Adolesc Health* 1992; 13:(5):355-63.

PETERSEN R, GAZMARARIAN JA, SPITZ AM, et al. Violence and adverse pregnancy outcomes: a review of the literature and directions for future research [see comments]. *Am J Prev Med* 1997; 13:(5):366-73.

PETERSON L, BROWN D. Integrating child injury and abuse-neglect research: common histories, etiologies, and solutions. *Psychol Bull* 1994; 116:(2):293-315.

PETERSON L, GABLE S, SALDANA L. Treatment of maternal addiction to prevent child abuse and neglect. *Addict Behav* 1996; 21:(6):789-801.

PETERSON L, STERN BL. Family processes and child risk for injury. *Behav Res Ther* 1997; 35:(3):179-90.

PHARIS ME, LEVIN VS. "A person to talk to who really cared": high-risk mothers' evaluations of services in an intensive intervention research program. *Child Welfare* 1991; 70:(3):307-20.

PHELAN P. The process of incest: biologic father and stepfather families. *Child Abuse Negl* 1986; 10:(4):531-9.

PHELAN P. Incest and its meaning: the perspectives of fathers and daughters. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(1):7-24.

PHONGSAVAN P, WARD JE, OLDENBURG BF, et al. Mental health care practices and educational needs of general practitioners. *Med J Aust* 1995; 162:(3):139-42.

PILKINGTON C. Nurses have a crucial role to play in the prevention of child abuse. *Nurs Times* 1999; 95:(13): 13.

PITTMAN FS. Incest. *Curr Psychiatr Ther* 1977; 17:129-34.

PLOTNICK RD, DEPPMAN L. Using benefit-cost analysis to assess child abuse prevention and intervention programs. *Child Welfare* 1999; 78:(3):381-407.

PLUM HJ. Legal response to child abuse and neglect: assessment, treatment, and prevention [comment]. *Child Abuse Negl* 1991; 15 Suppl 1:31-7.

PLUNKETT A, OATES RK. Methodological considerations in research on child sexual abuse. *Paediatr Perinat Epidemiol* 1990; 4:(3):351-60.

POWELL C. Child protection: the crucial role of the children's nurse. *Paediatr Nurs* 1997; 9:(9):13-6.

POWELL C. Protecting children in the accident and emergency department. *Accid Emerg Nurs* 1997; 5:(2):76-80.

RAKO J. Child abuse can be prevented [letter]. *Pediatrics* 1978; 61:(2):330.

RAPPLEY M, SPEARE KH. Initial evaluation and interview techniques for child sexual abuse. *Prim Care* 1993; 20:(2):329-42.

RENSHAW DC. Treatment of sexual exploitation. Rape and incest. *Psychiatr Clin North Am* 1989; 12:(2):257-77.

REPPUCCI ND. Prevention and ecology: teen-age pregnancy, child sexual abuse, and organized youth sports. *Am J Community Psychol* 1987; 15:(1):1-22.

REPPUCCI ND, HAUGAARD JJ. Prevention of child sexual abuse. Myth or reality. *Am Psychol* 1989; 44:(10):1266-75.

REPPUCCI ND, WOOLARD JL, FRIED CS. Social, community, and preventive interventions. *Annu Rev Psychol* 1999; 50:387-418.

RESNICK G. Enhancing parental competencies for high risk mothers: an evaluation of prevention effects. *Child Abuse Negl* 1985; 9:(4):479-89.

RHEA MH, CHAFEY KH, DOHNER VA, et al. The silent victims of domestic violence--who will speak? *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1996; 9:(3):7-15.

RICHARDSON J, FEDER G. Preventing crime and violence. Includes victims of domestic violence [letter; comment]. *BMJ* 1995; 310:(6988):1198-9.

RIGGS RS, TAYLOR RM. Incest: the school's role. *J Sch Health* 1982; 52:(8):365-70.

RISPENS J, ALEMAN A, GOUDENA PP. Prevention of child sexual abuse victimization: a meta-analysis of school programs. *Child Abuse Negl* 1997; 21:(10):975-87.

RIST K. Incest: theoretical and clinical views. *Am J Orthopsychiatry* 1979; 49:(4):680-91.

RIVARA FP. Epidemiology of childhood injuries. I. review of current research and presentation of conceptual framework. *Am J Dis Child* 1982; 136 :(5):399-405.

RIVARA FP. Developmental and behavioral issues in childhood injury prevention. *J Dev Behav Pediatr* 1995; 16:(5):362-70.

ROBERTS I, KRAMER MS, SUISSA S. Does home visiting prevent childhood injury? A systematic review of randomised controlled trials. *BMJ* 1996; 312:(7022):29-33.

ROBERTS JE. The role of nurse practitioners in primary care. *Alumni Mag* 1973; 72:(2):29-31.

ROBERTSON MJ. Homeless women with children. The role of alcohol and other drug abuse. *Am Psychol* 1991; 46:(11):1198-204.

RODRIGUEZ CM, GREEN AJ. Parenting stress and anger expression as predictors of child abuse potential. *Child Abuse Negl* 1997; 21:(4):367-77.

ROSENBERG ML. Prevention of family violence. *Acad Med* 1995; 70:(11):989-92.

ROSENBERG ML, FENLEY MA, JOHNSON D, et al. Bridging prevention and practice: public health and family violence. *Acad Med* 1997; 72:(1 Suppl):S13-S18

ROSENBERG MS, REPPUCCI ND. Primary prevention of child abuse. *J Consult Clin Psychol* 1985; 53:(5):576-85.

ROSS AE. Letter: Nurse practitioners. *Can Med Assoc J* 1973; 109:(12):1183.

ROUSSEY M, BELLEC S, DELAHAYE M, et al. Assisting psychosocially distressed mothers-to-be: primary prevention of child abuse. *Child Abuse Negl* 1993; 17:(5):687-90.

RUPP R. Child abuse and neglect: a review of the literature. *J Kans Dent Assoc* 1996; 81:(1):20-2, 24.

RUPP RP. Conditions to be considered in the differential diagnosis of child abuse and neglect. *Gen Dent* 1998; 46:(1):96-100.

RUSHTON FE. The role of health care in child abuse and neglect prevention. *J S C Med Assoc* 1996; 92:(3):133-6.

RUSHTON FSJ. Let's focus on prevention, not treatment, of child abuse and neglect [editorial]. *J S C Med Assoc* 1995; 91:(10):440-1.

SABERTON S. A framework to develop a sexual abuse prevention program. *Can J Med Radiat Technol* 1995; 26:(3):124-7.

SALTZMAN LE, JOHNSON D. CDC's family and intimate violence prevention team: basing programs on science. *J Am Med Womens Assoc* 1996; 51:(3):83-6.

SANDERS R, JACKSON S, THOMAS N. The balance of prevention, investigation, and treatment in the management of child protection services. *Child Abuse Negl* 1996; 20:(10):899-906.

SANG D. "Just say no" may not be enough to prevent child sexual abuse. *Soc Work* 1994; 39:(5):603-5.

SAULSBURY FT. Identifying the child at risk for repeated abuse. *Va Med* 1983; 110(8):483-7.

SAUNDERS EJ, NELSON K, LANDSMAN MJ. Racial inequality and child neglect: findings in a metropolitan area. *Child Welfare* 1993; 72(4):341-54.

SCHAPS E, CHURGIN S, PALLEY CS, et al. Primary prevention research: a preliminary review of program outcome studies. *Int J Addict* 1980; 15(5):657-76.

SCHENE PA. Past, present, and future roles of child protective services. *Future Child* 1998; 8(1):23-38.

SCHOR EL. Foster care. *Pediatr Clin North Am* 1988; 35(6):1241-52.

SCHOWENGERDT RK. The relationship between parental socioeconomic levels and potential for child abuse [letter]. *Nurse Pract* 1996; 21(3):144-6.

SCHUMAN H. A pediatric nurse practitioner in the neonatal unit. *JOGN Nurs* 1973; 2(6):42-4.

SCHUSTER MA, WOOD DL, DUAN N, et al. Utilization of well-child care services for African-American infants in a low-income community: results of a randomized, controlled case management/home visitation intervention. *Pediatrics* 1998; 101(6):999-1005.

SCHUSTER MA, HALFON N, WOOD DL. African American mothers in south central Los Angeles. Their fears for their newborn's future. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1998; 152(3):264-8.

SCHWARTZ IL. Child abuse [letter]. *N Engl J Med* 1980; 302(13):756-7.

SCHWARTZ IM, RENDON JA, HSIEH CM. Is child maltreatment a leading cause of delinquency? *Child Welfare* 1994; 73(5):639-55.

SEGUIN L, FERLAND F, OUELLET D, et al. [Evaluation of the efficacy of preventive counseling of the parents during the perinatal period]. *Can J Public Health* 1987; 78(6):398-402.

SELBY JW, CALHOUN LG, JONES JM, et al. Families of incest: a collation of clinical impressions. *Int J Soc Psychiatry* 1980; 26(1):7-16.

SELVERSTONE R. Education to prevent child sexual abuse. View of a sex educator. *Semin Adolesc Med* 1987; 3(1):23-8.

SHAPSHAY R, VINES DW. Father-daughter incest: detection of cases. *J Psychosoc Nurs Ment Health Serv* 1982; 20(1):23-6.

SHOR R, HAJ-YAHIA MM. The approach of Israeli health and mental health students toward child maltreatment. *Child Abuse Negl* 1996; 20(5):425-35.

SHORT JL, ROOSA MW, SANDLER IN, et al. Evaluation of a preventive intervention for a self-selected subpopulation of children. *Am J Community Psychol* 1995; 23(2):223-47.

SHOWERS J. "Don't shake the baby": the effectiveness of a prevention program. *Child Abuse Negl* 1992; 16(1):11-8.

SHUBIN CI. Child abuse: primary prevention. *Md State Med J* 1984; 33(11):915-7.

SIA CC, BREakey GF. The role of the medical home in child abuse prevention and positive child development. *Hawaii Med J* 1985; 44:(7):242-4, 247.

SIEFERT K, JAYARATNE S, MARTIN LD. Implementing the Public Health Social Work Forward Plan: a research-based prevention curriculum for schools of social work. *Health Soc Work* 1992; 17:(1):17-27.

SIEGEL RM, HILL TD, HENDERSON VA, et al. Screening for domestic violence in the community pediatric setting. *Pediatrics* 1999; 104:(4 Pt 1):874-7.

SIGAL M, GELKOPF M, MEADOW RS. Munchausen by proxy syndrome: the triad of abuse, self-abuse, and deception. *Compr Psychiatry* 1989; 30:(6):527-33.

SIGAL M, ALTMARK D, GELKOPF M. Munchausen syndrome by adult proxy revisited. *Isr J Psychiatry Relat Sci* 1991; 28:(1):33-6.

SIGURDSON E, STRANG M, DOIG T. What do children know about preventing sexual assault? How can their awareness be increased? *Can J Psychiatry* 1987; 32:(7):551-7.

SIKORSKI J, WILSON J, CLEMENT S, et al. A randomised controlled trial comparing two schedules of antenatal visits: the antenatal care project [see comments]. *BMJ* 1996; 312:(7030):546-53.

SILVER HK, FORD LC, DAY LR. The pediatric nurse-practitioner program: expanding the role of the nurse to provide increased health care for children. *JAMA* 1968; 204:(4):298-302.

SILVERMAN FN. The roentgen manifestations of unrecognised skeletal trauma in infants. *Am J Roentgenol* 1953; 69: 413-426.

SILVERMAN MM. Children of psychiatrically ill parents: a prevention perspective. *Hosp Community Psychiatry* 1989; 40:(12):1257-65.

SIM J. Collecting and analysing qualitative data: issues raised by the focus group. *J Adv Nurs* 1998; 28:(2):345-52.

SIROTNAK AP, KRUGMAN RD. Physical abuse of children: an update. *Del Med J* 1997; 69:(7):335-43.

SKIBINSKI GJ. Intrafamilial child sexual abuse: intervention programs for first time offenders and their families. *Child Abuse Negl* 1994; 18:(4):367-75.

SKIBINSKI GJ. The influence of the family preservation model on child sexual abuse intervention strategies: changes in child welfare worker tasks. *Child Welfare* 1995; 74:(5):975-89.

SMITH K, WHEELER B, PILECKI P, et al. The role of the pediatric nurse practitioner in educating teens with mental retardation about sex. *J Pediatr Health Care* 1995; 9:(2):59-66.

SMITH PB, POERTNER J, FIELDS JD. Preventing child abuse and neglect in Texas. *Tex Med* 1990; 86:(2):44-5.

SMITH R, PLESS IB. Preventing injuries in childhood [editorial]. *BMJ* 1994; 308:(6940):1312-3.

SMITH SA. The pediatric nurse practitioner on call. *J Pediatr Health Care* 1993; 7:(3):141-2.

SOCOLAR RR, WINSOR J, HUNTER WM, et al. Maternal disciplinary practices in an at-risk population. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1999; 153:(9):927-34.

SOLNIT AJ, SCHOWALTER JE, NORDHAUS BF. Best interests of the child in the family and community. Social, legal, and medical implications for pediatricians. *Pediatr Clin North Am* 1995; 42:(1):181-91.

SQUID AK, KEITH DV, CUNNINGHAM AS. Munchausen syndrome by proxy. *Clin Pediatr (Phila)* 1998; 37:(8):497-503.

SOUENKOFF G, MARNEFFE C. [Evaluation in primary prevention: an obligation, I. The obstetrical point of view.]. *Child Abuse Negl* 1986; 10:(1):45-52.

SOWERS JG. Preventive strategies in education: history, current practices, and future trends regarding substance abuse and pregnancy prevention. *Bull N Y Acad Med* 1991; 67:(3):256-69.

SPACCARELLI S. Stress, appraisal, and coping in child sexual abuse: a theoretical and empirical review. *Psychol Bull* 1994; 116:(2):340-62.

SPAIDE RF, SWENGEL RM, SCHARRE DW, et al. Shaken baby syndrome. *Am Fam Physician* 1990; 41:(4):1145-52.

SPIELVOGEL AM, HOHENER HC. Denial of pregnancy: a review and case reports. *Birth* 1995; 22:(4):220-6.

SPITZER WO. Pediatric nurse practitioners [editorial]. *N Engl J Med* 1978; 298:(3):163-4.

SPOTH R, MOLGAARD V. Consumer-focused data collection in prevention program evaluation. Rationale and illustrations. *Eval Health Prof* 1993; 16:(3):278-94.

SPOTH R, REDMOND C, SHIN C. Direct and indirect latent-variable parenting outcomes of two universal family-focused preventive interventions: extending a public health-oriented research base. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:(2):385-99.

SRNEC P. Children, violence, and intentional injuries. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1991; 3:(3):471-8.

ST PIERRE RG, LAYZER JI. Using home visits for multiple purposes: the Comprehensive Child Development Program. *Future Child* 1999; 9:(1):134-51.

ST.PIERRE RG, LAYZER JI, BARNES HV. Two-generation programs: design, cost, and short-term effectiveness. *Future Child* 1995; 5:(3):76-93.

STEINBERG S. Childbearing research: a transcultural review. *Soc Sci Med* 1996; 43:(12):1765-84.

STEINER RP, VANSICKLE K, LIPPMANN SB. Domestic violence. Do you know when and how to intervene? *Postgrad Med* 1996; 100:(1):103-4, 116.

STEINHAEUER PD. The preventive utilization of foster care. *Can J Psychiatry* 1988; 33:(6):459-67.

STEVENS-SIMON C, REICHERT S. Sexual abuse, adolescent pregnancy, and child abuse. A developmental approach to an intergenerational cycle. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1994; 148:(1):23-7.

STEWART P, BAKER C, GOEPFERT B, et al. Pediatric nurse practitioners at work in a university medical setting. *Pediatr Nurs* 1980; 6:(1):14-6.

STRAUB KM. The nurse as a primary care practitioner. *Utah Nurse* 1972; 23:(2):15-8.

STRAUS MA, SMITH C. Family patterns and primary prevention of family violence. *Trends Health Care Law Ethics* 1993; 8:(2):17-25.

STRAUS MA, HAMBY SL, FINKELHOR D, et al. Identification of child maltreatment with the Parent-Child Conflict Tactics Scales: development and psychometric data for a national sample of American parents [published erratum appears in *Child Abuse Negl* 1998 Nov;22(11):1177]. *Child Abuse Negl* 1998; 22:(4):249-70.

STRUK CM. Women and children. Infant mortality, urban programs, and home care. *Nurs Clin North Am* 1994; 29:(3):395-408.

SUBRAMANIAN K. Reducing child abuse through respite center intervention. *Child Welfare* 1985; 64:(5):501-9.

SULLIVAN CM, BYBEE DI. Reducing violence using community-based advocacy for women with abusive partners. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67:(1):43-53.

SUPER M. Children born as a result of incest [letter]. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1981; 282:(6269):1072

SUSSMAN S, GALAIF ER, NEWMAN T, et al. Implementation and process evaluation of a student "school-as-community" group. A component of a school-based drug abuse prevention program. *Eval Rev* 1997; 21:(1):94-123.

SWAN HL, PRESS AN, BRIGGS SL. Child sexual abuse prevention: does it work? *Child Welfare* 1985; 64:(4):395-405.

TAAL M, EDELAAR M. Positive and negative effects of a child sexual abuse prevention program. *Child Abuse Negl* 1997; 21:(4):399-410.

TANNEY MR, LOWENSTEIN V. One-stop shopping: description of a model program to provide primary care to substance-abusing women and their children. *J Pediatr Health Care* 1997; 11:(1):20-5.

TAYLOR DK, BEAUCHAMP C. Hospital-based primary prevention strategy in child abuse: a multi-level needs assessment. *Child Abuse Negl* 1988; 12:(3):343-54.

TAYLOR JA, DAVIS RL, KEMPER KJ. Health care utilization and health status in high-risk children randomized to receive group or individual well child care. *Pediatrics* 1997; 100 :(3):E1.

TAYLOR JA, DAVIS RL, KEMPER KJ. A randomized controlled trial of group versus individual well child care for high-risk children: maternal-child interaction and developmental outcomes. *Pediatrics* 1997; 99:(6):E9.

TELLJOHANN SK, EVERETT SA, PRICE JH. Evaluation of a third grade sexual abuse curriculum. *J Sch Health* 1997; 67:(4):149-53.

TEMPLE P. Long-term effects of home visits on children's behavior [letter; comment]. *JAMA* 1999; 281:(15):1376.

TENNEY L. Child abuse: preventing, reporting, and responding. *Nurs Spectr (Wash D C)* 1995; 5:(7):8.

THACKER SB, ADDISS DG, GOODMAN RA, et al. Infectious diseases and injuries in child day care. Opportunities for healthier children [see comments]. *JAMA* 1992; 268:(13):1720-6.

THEODORE AD, RUNYAN DK. A medical research agenda for child maltreatment: negotiating the next steps. *Pediatrics* 1999; 104;(1 Pt 2):168-77.

THOMPSON-COOPER I, FUGERE R, CORMIER BM. The child abuse reporting laws: an ethical dilemma for professionals. *Can J Psychiatry* 1993; 38:(8):557-62.

THOMPSON AE, KAPLAN CA. Childhood emotional abuse. *Br J Psychiatry* 1996; 168:(2):143-8.

THOMPSON RA, WILCOX BL. Child maltreatment research. Federal support and policy issues. *Am Psychol* 1995; 50:(9):789-93.

THYEN U, THIESSEN R, HEINSOHN-KRUG M. Secondary prevention--serving families at risk. *Child Abuse Negl* 1995; 19:(11):1337-47.

THYEN U. [Child abuse and neglect. Prevention and therapeutic intervention]. *Kinderkrankenschwester* 1997; 16:(4):136-40.

THYEN U, LEVENTHAL JM, YAZDGERDI SR, et al. Concerns about child maltreatment in hospitalized children. *Child Abuse Negl* 1997; 21:(2):187-98.

TITE R. How teachers define and respond to child abuse: the distinction between theoretical and reportable cases. *Child Abuse Negl* 1993; 17:(5):591-603.

TRAD PV. The ability of adolescents to predict future outcome. Part II: Therapeutic enhancement of predictive skills. *Adolescence* 1993; 28:(112):757-80.

TUTTY LM. The ability of elementary school children to learn child sexual abuse prevention concepts. *Child Abuse Negl* 1992; 16:(3):369-84.

TUTTY LM. Developmental issues in young children's learning of sexual abuse prevention concepts. *Child Abuse Negl* 1994; 18:(2):179-92.

TUTTY LM. Child sexual abuse prevention programs: evaluating Who Do You Tell. *Child Abuse Negl* 1997; 21:(9):869-81.

TYMCHUK AJ, LANG CM, DOLYNIUK CA, et al. The home inventory of dangers and safety precautions-2: addressing critical needs for prescriptive assessment devices in child maltreatment and in healthcare. *Child Abuse Negl* 1999; 23:(1):1-14.

TYSON PD. Biodesensitization: biofeedback-controlled systematic desensitization of the stress response to infant crying. *Biofeedback Self Regul* 1996; 21:(3):273-90.

UPSAL MS. Volunteer peer support therapy for abusive and neglectful families. *Public Health Rep* 1990; 105:(1):80-4.

VAN BEURDEN E, KEMPTON A, SLADDEN T, et al. Designing an evaluation for a multiple-strategy community intervention: the North Coast Stay on Your Feet program. *Aust N Z J Public Health* 1998; 22:(1):115-9.

VAN DER KOLK BA, FISLER RE. Childhood abuse and neglect and loss of self-regulation. *Bull Menninger Clin* 1994; 58:(2):145-68.

VANDER MB, NEFF RL. Adult-child incest: a review of research and treatment. *Adolescence* 1982; 17:(68):717-35.

VANDEVEN AM, NEWBERGER EH. Child abuse. *Annu Rev Public Health* 1994; 15:367-79.

VARRICCHIO CG. Cancer in adults: a focus on prevention and detection in the nurse practitioner's practice. *Nurse Pract Forum* 1995; 6:(4):215-20.

VERTERMARK P, RUSSELL J, MULVEY N. The power of special friends: addressing the risk of child abuse through mentoring. *J Volunt Adm* 1995; 13:(4):28-34.

VINCENTEN J. Program evaluation for prevention projects. *Inj Prev* 1997; 3:(2):124-5.

VON BURG MM, HAZELRIGG CO. Awareness of child abuse: a dental responsibility. *J Indiana Dent Assoc* 1994; 73:(2):10-3.

VON BURG MM, HIBBARD RA. Munchausen syndrome by proxy: a different kind of child abuse. *Indiana Med* 1995; 88:(5):378-82.

VON BURG MM, HIBBARD RA. Domestic violence: a health concern. *Indiana Med* 1995; 88:(3):186-90.

VON BURG MM, HIBBARD RA. Child abuse education: do not overlook dental professionals. *ASDC J Dent Child* 1995; 62:(1):57-63.

VON BURG MN. Child abuse: why should I report it? *J Indiana Dent Assoc* 1995; 74:(4):25-30.

WAGNER BM. Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychol Bull* 1997; 121:(2):246-98.

WALKER A, CHERNOFF R, JOFFE A, et al. Child abuse, sudden infant death syndrome, infectious disease, and vaccinations. *Curr Opin Pediatr* 1994; 6:(2):225-31.

WALLACH VA. Home-based family support services: part of the comprehensive national plan to improve the overall health and safety of children. *Hawaii Med J* 1994; 53:(9):252-3, 261.

WALLACH VA, LISTER L. Stages in the delivery of home-based services to parents at risk of child abuse: a Healthy Start experience. *Sch Inq Nurs Pract* 1995; 9:(2):159-73.

WALLER JA. Injury: conceptual shifts and preventive implications. *Annu Rev Public Health* 1987; 8:21-49.

WALTON E, FRASER MW, LEWIS RE, et al. In-home family-focused reunification: an experimental study. *Child Welfare* 1993; 72:(5):473-87.

WARDINSKY TD, VIZCARRONDO FE, CRUZ BK. The mistaken diagnosis of child abuse: a three-year USAF Medical Center analysis and literature review. *Mil Med* 1995; 160:(1):15-20.

WARDINSKY TD. Genetic and congenital defect conditions that mimic child abuse. *J Fam Pract* 1995; 41:(4):377-83.

WATKINS B, BENTOVIM A. The sexual abuse of male children and adolescents: a review of current research. *J Child Psychol Psychiatry* 1992; 33:(1):197-248.

WEAVER BM, VINES DW. Case recognition and assessment of father-daughter incest. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1980; 4:(5-6):67-76.

WEBB P. Child abuse and incest. *Health Visit* 1983; 56:(3):99-100.

WEINER IB. A clinical perspective on incest. *Am J Dis Child* 1978; 132:(2):123-4.

WEISSBERG RP, CAPLAN M, HARWOOD RL. Promoting competent young people in competence-enhancing environments: a systems-based perspective on primary prevention. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59:(6):830-41.

WEITZEL WD, POWELL BJ, PENICK EC. Clinical management of father-daughter incest. A critical reexamination. *Am J Dis Child* 1978; 132:(2):127-30.

WELBURY RR, MURPHY JM. The dental practitioner's role in protecting children from abuse. 2. The orofacial signs of abuse. *Br Dent J* 1998; 184:(2):61-5.

WELLS K, TRACY E. Reorienting intensive family preservation services in relation to public child welfare practice. *Child Welfare* 1996; 75:(6):667-92.

WELLS LA. Family pathology and father-daughter incest: restricted psychopathy. *J Clin Psychiatry* 1981; 42:(5):197-202.

WESSON D, HU X. The real incidence of pediatric trauma. *Semin Pediatr Surg* 1995; 4:(2):83-7.

WESTCOTT H. The abuse of disabled children: a review of the literature. *Child Care Health Dev* 1991; 17:(4):243-58.

WESTMAN JC. "2% by 2000" to prevent child neglect and abuse [editorial]. *WMJ* 1998; 97:(8):19, 45.

WESTMAN JC. The child advocacy team in legal actions. *Psychiatr Serv* 1998; 49:(2):225-8.

WHELAN M. The loss of the sense of reality in incest and child sexual abuse: a psychoanalytic perspective. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29:(3):415-23.

WHETSELL-MITCHELL J. Parents as protectors. *Issues Compr Pediatr Nurs* 1995; 18:(4):341-56.

WHIPPLE EE, WEBSTER-STRATTON C. The role of parental stress in physically abusive families. *Child Abuse Negl* 1991; 15:(3):279-91.

WHIPPLE EE, FITZGERALD HE, ZUCKER RA. Parent-child interactions in alcoholic and nonalcoholic families. *Am J Orthopsychiatry* 1995; 65:(1):153-9.

WHIPPLE EE, RICHEY CA. Crossing the line from physical discipline to child abuse: how much is too much? *Child Abuse Negl* 1997; 21:(5):431-44.

WIDNER-KOLBERG MR. Child abuse. *Crit Care Nurs Clin North Am* 1997; 9:(2):175-82.

WIGGINS CW. Pediatric nurse practitioners in specialty clinics. *Nurs Spectr (Wash D C)* 1995; 5:(16):6-7.

WILL D. Approaching the incestuous and sexually abusive family. *J Adolesc* 1983; 6:(3):229-46.

WILLIAMS-BURGESS C, VINES SW, DITULIO MB. The Parent-Baby Venture Program: prevention of child abuse. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* 1995; 8:(3):15-23.

WILLIAMS LM, FINKELHOR D. Paternal caregiving and incest: test of a biosocial model [see comments]. *Am J Orthopsychiatry* 1995; 65:(1):101-13.

WILSON CG, GOLUB S. Sexual abuse prevention programs for preschool children: what do parents prefer? *Psychol Rep* 1993; 73:(3 Pt 1):812-4.

WILSON JM. Pediatric management problems (sexual abuse). *Pediatr Nurs* 1988; 14:(3):258-9.

WILSON LM, REID AJ, MIDMER DK, et al. Antenatal psychosocial risk factors associated with adverse postpartum family outcomes. *CMAJ* 1996; 154:(6):785-99.

WISSOW LS. Child abuse and neglect [see comments]. *N Engl J Med* 1995; 332:(21):1425-31.

WOLFE DA. Child-abusive parents: an empirical review and analysis. *Psychol Bull* 1985; 97:(3):462-82.

WOLFE DA, MACPHERSON T, BLOUNT R, et al. Evaluation of a brief intervention for educating school children in awareness of physical and sexual abuse. *Child Abuse Negl* 1986; 10:(1):85-92.

WOLFE DA, EDWARDS B, MANION I, et al. Early intervention for parents at risk of child abuse and neglect: a preliminary investigation. *J Consult Clin Psychol* 1988; 56:(1):40-7.

WOLLERT R. An evaluation of a communications training program within a self-help group for sexually abusive families. *Community Ment Health J* 1988; 24:(3):229-35.

WOOD D, DONALD-SHERBOURNE C, HALFON N, et al. Factors related to immunization status among inner-city Latino and African-American preschoolers. *Pediatrics* 1995; 96:(2 Pt 1):295-301.

WOOD JM. Risk predictors for re-abuse or re-neglect in a predominantly Hispanic population. *Child Abuse Negl* 1997; 21:(4):379-89.

WORK RS. Children of poverty. What is their future? *ASHA* 1991; 33:(11):61

WRIGHT J, FRIEDRICH WN, CYR M, et al. The evaluation of Franco-Quebec victims of child sexual abuse and their mothers: the implementation of a standard assessment protocol. *Child Abuse Negl* 1998; 22:(1):9-23.

WRIGHT MS, LITAKER D. Childhood victims of violence. Hospital utilization by children with intentional injuries. *Arch Pediatr Adolesc Med* 1996; 150:(4):415-20.

WRIGHT RD. Nurse practitioners. *Am J Public Health* 1972; 62:(10):1314-5.

WURTELE SK, SASLAWSKY DA, MILLER CL, et al. Teaching personal safety skills for potential prevention of sexual abuse: a comparison of treatments. *J Consult Clin Psychol* 1986; 54:(5):688-92.

WURTELE SK, MARRS SR, MILLER-PERRIN CL. Practice makes perfect? The role of participant modeling in sexual abuse prevention programs. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55:(4):599-602.

WURTELE SK, MILLER-PERRIN CL. An evaluation of side effects associated with participation in a child sexual abuse prevention program. *J Sch Health* 1987; 57:(6):228-31.

WURTELE SK. School-based sexual abuse prevention programs: a review. *Child Abuse Negl* 1987; 11:(4):483-95.

WURTELE SK, KAST LC, MILLER-PERRIN CL, et al. Comparison of programs for teaching personal safety skills to preschoolers. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:(4):505-11.

WURTELE SK, KAST LC, MELZER AM. Sexual abuse prevention education for young children: a comparison of teachers and parents as instructors. *Child Abuse Negl* 1992; 16:(6):865-76.

WURTELE SK, OWENS JS. Teaching personal safety skills to young children: an investigation of age and gender across five studies. *Child Abuse Negl* 1997; 21:(8):805-14.

YEATER EA, O'DONOHUE W. Sexual assault prevention programs: current issues, future directions, and the potential efficacy of interventions with women [In Process Citation]. *Clin Psychol Rev* 1999; 19:(7):739-71.

YEGIDIS BL. Family violence: contemporary research findings and practice issues. *Community Ment Health J* 1992; 28:(6):519-30.

YOOS HL, KITZMAN H, OLDS DL, et al. Child rearing beliefs in the African-American community: implications for culturally competent pediatric care. *J Pediatr Nurs* 1995; 10:(6):343-53.

YORKITA FL. Preventing child abuse . *Impressions (Orange)* 1990; 11 :(7):4.

YOSHIKAWA H. Prevention as cumulative protection: effects of early family support and education on chronic delinquency and its risks. *Psychol Bull* 1994; 115:(1):28-54.

YOUNG L. Sexual abuse and the problem of embodiment. *Child Abuse Negl* 1992; 16:(1):89-100.

ZARBOCK SF. Special home visitation program provides long-term benefits. *Home Care Provid* 1997; 2:(6):288-9, 294.

ZEANAH CH, LARRIEU JA. Intensive intervention for maltreated infants and toddlers in foster care. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 1998; 7:(2):357-71.

ZURAVIN SJ, TAYLOR R. The ecology of child maltreatment: identifying and characterizing high-risk neighborhoods. *Child Welfare* 1987; 66:(6):497-506.