

Risicotaxatie van kindermishandeling in teamverband: een experimenteel onderzoek

Corine de Ruiter, Erika M. de Jong en Marlies Reus

SAMENVATTING

In deze experimentele studie werd onderzocht hoe het besluitvormingsproces rondom een melding van kindermishandeling verloopt in een multidisciplinair team bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Vier AMK-teams werden vergeleken met vier groepen derdejaars psychologiestudenten. Aan de hand van de *Child Abuse Risk Evaluation-NL* (CARE-NL) werd nagegaan of alle relevante risicofactoren bij de besluitvorming betrokken werden. De AMK-teams waren in hun diagnostisch proces vooral gericht op inventarisatie van gezinsfactoren, terwijl ouderfactoren de belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling zijn. De AMK-professionals gingen in het besluitvormingsproces ook minder systematisch volgens de diagnostische cyclus te werk dan de studenten. Geconcludeerd wordt dat een gestructureerd risicotaxatie-instrument zoals de CARE-NL kan bijdragen aan een betere structurering van het besluitvormingsproces rond meldingen van (vermoedens van) kindermishandeling.

Inleiding

Professionals die in de kinderbescherming werkzaam zijn, zoals vertrouwensartsen, maatschappelijk werkers en gedragswetenschappers, moeten beslissingen nemen die verregaande consequenties kunnen hebben voor de betrokken kinderen en hun gezin. Uithuisplaatsingen en ondertoezichtstellingen horen daarbij. Ook kan besloten worden het kind thuis te laten wonen, met ondersteuning van de ouders door de hulpverlening. Over hoe dergelijke besluiten het beste genomen kunnen worden, welke informatie moet worden verzameld om 'valse alarmen', maar ook 'missers' te voorkomen, is helaas nog niet zoveel bekend (Regehr, Bogo, Shlonsky, & LeBlanc, 2010).

Prof. dr. Corine de Ruiter is hoogleraar forensische psychologie aan de Faculteit der Psychologie en Neurowetenschappen, Universiteit Maastricht. E-mail: Corine.deRuiter@maastrichtuniversity.nl.

Drs. Erika M. de Jong is manager jeugdbescherming bij de William Schrikker Groep.

Drs. Marlies Reus is psycholoog bij de Schoolbegeleiding Zaanstreek Waterland.

Bij de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling vindt de besluitvorming betreffende een melding van kindermishandeling die is onderzocht, meestal plaats in een multidisciplinair team van vertrouwensartsen en maatschappelijk werkers, vaak aangevuld met een teamleider.

In 2002 is door de Nederlandse overheid in de Wet op de Jeugdzorg de volgende definitie van kindermishandeling vastgelegd:

‘elke vorm van voor een 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 relatie van afhankelijkheid of van onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.’

Volgens bovenstaande definitie omvat kindermishandeling dus lichamelijke mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, psychische of emotionele mishandeling (waaronder getuige zijn van intrafamiliaal relationeel geweld), psychische of emotionele verwaarlozing en seksueel misbruik. In deze publicatie verwijst de term ‘kindermishandeling’ naar al deze mogelijke vormen, en combinaties daarvan.

In de onderzoeksliteratuur zijn weinig studies te vinden naar diagnostische besluitvormingsprocessen in relatie tot vermoedens van kindermishandeling. De literatuur die aanwezig is, geeft aan dat diagnostische besluitvorming in multidisciplinaire teams vaak onsystematisch en ondoelmatig verloopt (Munro, 1999; Pijnenburg, Vennix, & De Bruyn, 1998). Pijnenburg en De Bruyn (1995) verrichtten onderzoek naar de resultaten en implicaties van psychodiagnostiek als multidisciplinair besluitvormingsproces. Zij concludeerden dat klinici tijdens hun gezamenlijke besluitvorming veel tijd besteden aan het presenteren van een grote hoeveelheid diagnostische informatie zonder dat het tot een systematische besluitvorming leidt. Daarbij vonden ze dat de relatie tussen de gepresenteerde informatie en de uiteindelijke beslissing marginaal tot niet aanwezig was. Eenzelfde resultaat werd gevonden in een onderzoek door Aspel, Willis en Faust (1998) waarbij werd vastgesteld dat de subjectieve beleving van het verzamelen van informatie door schoolpsychologen, niet aansloot bij de objectieve maatstaven hiervoor. Psychologen waren zich onvoldoende bewust van de factoren die belangrijk waren en die hun beslissingen dus zouden moeten beïnvloeden. De kwaliteit van teambeslissingen zou verbeterd kunnen worden, wanneer meer structuur en enige procedurele ingrepen ingebouwd worden, zodat diagnostische en behandelopties niet over het hoofd worden gezien (Pijnenburg & De Bruyn, 1995).

Het huidige onderzoek vond plaats bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), waar besluitvorming rondom meldingen van kindermishandeling op dat moment nog niet gestandaardiseerd plaatsvond. Sinds 1 januari 2000 kunnen zowel professionals als burgers melding doen van (vermeende) mishandeling bij het AMK. Het doel van het eerste contact is optimale toegang verlenen tot het AMK voor personen die een advies of consult vragen inzake (een vermoeden van) kindermishandeling (Wolzak, 2009). Tevens wordt de mogelijkheid geboden om na een melding een onderzoeksprocedure in gang te zetten. Inherent aan het besluitvormingsproces bij instellingen zoals het AMK is dat beslissingen onder tijdsdruk gemaakt moeten worden,

verschillende belangen een rol spelen, informatie waarop een advies berust onzeker is en beslissingen risicovol zijn, omdat het kan gaan om het leven van een kind (Munro, 1999).

Ook persoonlijke heuristieken en 'biases' (Van der Pligt, 2001; Swartz, 1994) beïnvloeden het besluitvormingsproces. Hierbij kan bijvoorbeeld gedacht worden aan de 'representatieve heuristiek' waarbij gebeurtenissen of gedragingen worden beoordeeld op basis van de mate waarin ze aansluiten bij een bestaand stereotype. Ook kunnen bijvoorbeeld illusoire verbanden gelegd worden tussen twee ongerelateerde of objectief gezien maar matig gerelateerde zaken (Berndsen, McGarty, Van der Pligt, Spears, 2001). In al deze gevallen is een oordeel of manier van denken al gevormd, waardoor onvoldoende belang wordt gehecht aan nieuwe informatie (Schwartz, 1994). Ten slotte bestaat het gevaar van 'groupthink', waarbij het team aan zelfoverschatting gaat lijden. Hierbij wordt kritiek op ideeën of plannen niet getolereerd en worden soms zelfs desastreuze beslissingen genomen (Pijnenburg e.a., 1998; Smith & Mackie, 2000).

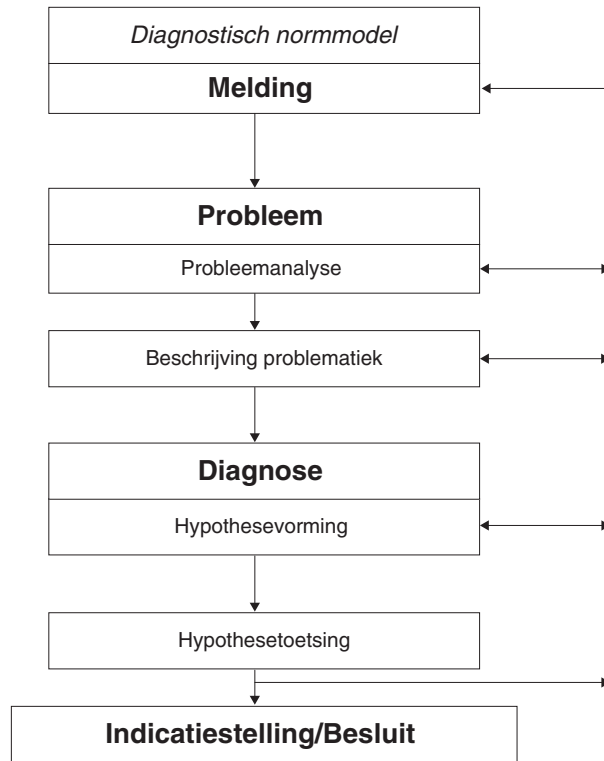
Doel van dit experimentele onderzoek is het verkrijgen van inzicht in het besluitvormingsproces in een teambespreking bij het AMK en deze te vergelijken met een diagnostisch normmodel, zoals ontwikkeld door Pijnenburg en De Bruyn (1995).

Bij het besluitvormingsproces wordt de aandacht gericht op het diagnostische proces dat doorlopen dient te worden vanaf het moment dat de melding bij het AMK binnenkomt tot het moment dat het uiteindelijke advies geformuleerd wordt. Op basis van het *Clinical Diagnostic Cycle* (CDC-model) van De Bruyn (1992) is een diagnostisch normmodel ontwikkeld (zie figuur 1), dat dient als norm voor het besluitvormingsproces bij het AMK.

Om tot een overwogen besluit te komen zou ieder aspect uit dit model in meer of mindere mate terug moeten komen in het besluitvormingsproces. Het proces begint met de *melding* bij het AMK, waarin uitspraken gedaan worden over kinderen betrekking hebbend op de problematiek (mishandeling/verwaarlozing), de oorzaken of consequenties daarvan. Vervolgens zal het *probleem* geanalyseerd moeten worden, waarbij bepaald moet worden waaruit het probleem precies bestaat. Deze probleemanalyse moet uitmonden in een clustering en interpretatie. Vanaf dit punt wordt overgegaan op de *diagnose*, waarbij de hypothesen geformuleerd en getoetst worden door middel van het opvragen van informatie bij verschillende informatiebronnen (in de praktijk zijn dit bijvoorbeeld de ouders, het kind, school, huisarts, consultatiebureau, bureaus, etc.). Het gaat om de zoektocht naar de aard van de problematiek, de risicofactoren die daarin een rol spelen en de in stand houdende condities daaromtrent. Ten slotte volgt de *indicatiestelling*, waarin uitspraken gedaan worden over de aanpak, gevolgen en het nut van eventuele interventies. In de praktijk houdt dit in dat er een cyclisch proces plaatsvindt waarin de hele cyclus of delen daarvan herhaald worden, totdat het team zich zeker voelt om tot een besluit te komen (De Bruyn, 1992).

Naast het proces van de besluitvorming wordt ook getoetst of de AMK-teams bij hun besluitvorming de meest relevante risicofactoren voor kindermishandeling betrekken. Daarbij is gebruikgemaakt van de *Child Abuse Risk Evaluation-Nederland* (CARE-NL; De Ruiter & De Jong, 2006) om na te gaan of de belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling (zie tabel 1), zoals die uit de wetenschappelijke literatuur naar voren zijn gekomen, betrokken worden in het besluitvormingsproces. In 2002 verscheen een

Figuur 1 Diagnostisch normmodel (De Jong, 2004; gebaseerd op De Bruyn, 1985).



dissertatie, waarin een gestructureerde richtlijn voor de beoordeling van het risico van lichamelijke kindermishandeling werd gepresenteerd, de *Child Abuse Risk Evaluation* (CARE; Agar, 2003). Deze richtlijn was het uitgangspunt voor de ontwikkeling, in de periode 2003-2006, van een Nederlandstalige richtlijn voor risicotaxatie van *alle* typen kindermishandeling, de *Child Abuse Risk Evaluation-NL* (CARE-NL; De Ruiters & De Jong, 2006). Aan de hand van systematisch literatuuronderzoek naar risicofactoren voor alle vormen van kindermishandeling werd de oorspronkelijke Canadese CARE uitgebreid met een aantal risicofactoren. Uit dit literatuuronderzoek kwam naar voren dat kenmerken van de ouders (ouderfactoren) de belangrijkste voorspellers van (herhaling van) kindermishandeling vormen: het aantal eerdere voorvallen van kindermishandeling, verwaarlozing (in vergelijking met de andere typen kindermishandeling), conflicten in de partnerrelatie en psychische problemen, inclusief verslavingsproblematiek, van de ouders (Hindley, Ramchandani, & Jones, 2006). Op de tweede plaats komen voorspellers als gebrek aan sociale steun, stress in het gezin (waaronder sociaal-economische stress) en kwetsbaarheidsfactoren van het kind (bijvoorbeeld jonge leeftijd, verstandelijke beperking). De CARE-NL behoort tot de instrumenten die zijn gebaseerd op het Gestructureerd Professioneel Oordeel ('Structured Professional Judgment'). Het gestructureerde oordeel is geen optelsom van de individuele risicofactoren,

die op een driepuntsschaal (niet aanwezig of 0; in enige mate aanwezig of 1; duidelijk aanwezig of 2) gescoord worden, maar komt tot stand door een weging en integratie van de aanwezige risicofactoren en mogelijke beschermende factoren. In diverse studies is aangetoond dat het gestructureerde professionele oordeel een significant betere voorspelling oplevert dan een optelling van de risicofactoren (Douglas, Ogloff, & Hart, 2003; Enebrink, Långström, Hultén, & Gumpert, 2006; Kropp & Hart, 2000).

De CARE-NL (De Ruiters & De Jong, 2006) bevat achttien risicofactoren (zie tabel 1). Acht van de achttien risicofactoren hebben betrekking op de ouders, drie op de ouder-kindrelatie, vijf op gezinsfactoren, één op kwetsbaarheidsverhogende kenmerken van het kind, en een extra risicofactor is specifiek opgenomen voor de taxatie van het risico van seksueel misbruik (ook de andere risicofactoren zijn echter van belang voor de taxatie van het risico van seksueel misbruik). Een eerste retrospectief onderzoek met de CARE-NL op 211 AMK-dossiers laat zien dat de CARE-NL een goede interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (de gewogen intraklassecorrelatiecoëfficiënt (ICC) = .79, voor het eindoordeel over het risico in het gezin) heeft en voorspellend is voor uithuisplaatsing van het kind (Area Under the Curve van de ROC-analyse = .77) (De Ruiters, Hildebrand, & Van der Hoorn, 2012).

De AMK-teams worden in de huidige studie vergeleken met een controlegroep derdejaarsstudenten psychologie. Wij hebben gekozen voor deze controlegroep omdat studenten psychologie wel onderwijs hebben gehad op het gebied van psychologische diagnostiek, dus zij zouden in principe beter dan leken in staat moeten zijn om volgens de klinische diagnostische cyclus te werk te gaan. Daarentegen wordt bij de studenten geen specifieke kennis over risicofactoren voor kindermishandeling aanwezig geacht, omdat zij daarin geen onderwijs hebben gekregen. Ook missen zij, in vergelijking met de AMK-professionals, ervaring met diagnostische besluitvormingsprocessen in teams. Zo konden twee hypothesen getoetst worden: dat de AMK-professionals, in vergelijking met de studenten psychologie door hun niveau van kennis en ervaring: (1) op een efficiëntere wijze tot een besluit komen, (2) met gebruikmaking van de meest relevante risicofactoren.

Methode

Proefpersonen

Het onderzoek werd uitgevoerd bij vier AMK's. Van de vijftien bestaande AMK's werden er vier willekeurig geselecteerd om te participeren in het onderzoek. Twee AMK's, namelijk Breda en Helmond, werden uitgesloten, omdat medewerkers van deze AMK's te betrokken waren bij het huidige onderzoek. Daarnaast vielen twee AMK's af in verband met tijdgebrek. Bij elk van de vier deelnemende AMK's deed één praktijkleider, één vertrouwensarts en één maatschappelijk werker mee. De controlegroep bestond uit vier groepen studenten, die in het derde of vierde jaar van hun psychologie-studie zaten. De studenten kregen een vergoeding van 15 euro of proefpersoonpunten. Noch de studenten noch de AMK-medewerkers waren specifiek opgeleid in het diagnostisch normmodel. Ook had geen van de proefpersonen specifieke opleiding in risicotaxatie

van kindermishandeling gehad. Geen van de studenten had een praktijkstage doorlopen.

Procedure

Zowel de studenten als de AMK-medewerkers kregen twee cases voorgelegd. Aan alle proefpersonen werd verteld dat het onderzoek zich richtte op risicotaxatie bij kindermishandeling en dat zij een melding van kindermishandeling zouden krijgen voorgelegd. Ze kregen maximaal een half uur per casus om tot een besluit te komen. We gebruikten twee complexe, realistische cases (Peter en Alex) die voorafgaand aan het experiment waren voorgelegd aan een groep deskundigen ($n = 4$), die gespecialiseerd waren op het gebied van kinder- en jeugdpsychologie. Gedurende de teambespreking konden de AMK-medewerkers en de studenten informatie opvragen bij de leider van het experiment: informatie over iedere risicofactor van de CARE-NL werd aangereikt in de vorm van verhaaltjes op kaartjes. Als de gevraagde informatie niet aanwezig was, gaf de proefleider aan dat de informatie niet beschikbaar was. Hieronder wordt een voorbeeld gegeven van wat op een kaartje kon staan. Dit kaartje geeft de psychische problemen en het middelenmisbruik van de moeder weer en valt binnen de categorie ouderfactoren:

De moeder heeft een hoge medische consumptie. Ze geeft aan dat ze haar vervelende jeugd maar niet kan vergeten. Ze lijdt aan depressies en psychische klachten worden in lichamelijke symptomen zichtbaar. Ze heeft ontkend slaaptabletten in huis te hebben, ofschoon de apotheek wist te vertellen dat ze tweemaal tien strippen valium heeft gehad. Later in het gesprek geeft ze aan dat ze het eigenlijk ook niet weet, omdat ze al zoveel medicijnen heeft gehad.

Alle teambesprekingen met AMK-medewerkers en studenten werden met toestemming van de deelnemers opgenomen op video, zodat deze naderhand verbatim uitgewerkt, gecodeerd en geanalyseerd konden worden.

De kaartjes met daarop de korte verhaaltjes met de benodigde informatie werden aan de hand van de risicofactoren van de CARE-NL ingedeeld in ouderfactoren, ouderkindfactoren, kindfactor en gezinsfactoren (tabel 1).

Bij het huidige onderzoek is gebruikgemaakt van een eerdere onderzoeksversie van de CARE-NL (zonder de risicofactor Seksueel misbruik, S18), omdat de huidige gepubliceerde versie toen nog niet beschikbaar was. De Ouderfactoren O7 en O8 (zie tabel 1) zijn samengenomen onder de noemer 'O7 = Niet meewerkend aan interventies gericht op risicohantering'. Dit geldt ook voor G13 en G15 (zie tabel 1) die samen 'G12 = Stress en Sociale steun' genoemd zijn in dit onderzoek.

Data-analyse

Om de twee hypothesen te kunnen toetsen werd gebruikgemaakt van het Codingssysteem voor Diagnostische Besluitvorming (CDB). Dit systeem is ontwikkeld op basis van de *Coding System for Protocols of Clinical Conferences* (CSPCC; Pijnenburg e.a., 1998). Voortvloeiend uit het eerder omschreven Diagnostische normmodel (figuur 1) zijn vier hoofdcategorieën en 12 subcategorieën van codes ontwikkeld (zie tabel 2).

De interbeoordelaarbetrouwbaarheid van het CDB-codeersysteem werd berekend met behulp van Cohens kappa. Twee cases (Alex en Peter) van zowel de AMK-medewerkers als de studenten werden door twee codeurs onafhankelijk van elkaar gecodeerd. De analyses met betrekking tot deelvraag 1 werden verricht met behulp van het

Tabel 1 Risicofactoren CARE-NL (De Ruiter & De Jong, 2006).

<i>Ouderfactoren (O)</i>	
O1	In het verleden gepleegde mishandeling van een kind
O2	De ouder/ verzorger is zelf slachtoffer van kindermishandeling
O3	Ernstige psychische stoornis
O4	Suïcidale of moorddadige gedachten
O5	Problemen in het gebruik van middelen
O6	Persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door boosheid, impulsiviteit of instabiliteit
O7	Sterke minimalisering of ontkenning van kindermishandeling
O8	Negatieve houding ten opzichte van interventie
<i>Ouder-kindfactoren (OK)</i>	
OK9	Problemen met kennis over de opvoeding van kinderen, opvoedingsvaardigheden en -attitudes
OK10	Negatieve opvattingen ten aanzien van het kind
OK11	Problemen in de interactie tussen ouder en kind
<i>Kindfactor (K)</i>	
K12	Kwetsbaarheidverhogende kenmerken van het kind
<i>Gezinsfactoren (G)</i>	
G13	Gezinsstressoren
G14	Sociaal-economische stressoren
G15	Ontoereikende sociale steun
G16	Relationeel geweld
G17	Culturele invloeden
<i>Seksueel misbruik (S)</i>	
S18	RRASOR (Rapid Risk Assessment for Sex Offender Recidivism)

programma Sequential SPSS (O'Connor, 1999). Dit programma berekent onder andere transitionele kansen, die aangeven wat de kans is dat men van A naar B in het diagnostische proces gaat onder een bepaalde conditie. Daarnaast gebruikt het programma de chikwadraattoets om na te gaan of de verschillende hoofd- en subcategorieën niet random doorlopen worden door de deelnemers. De chikwadraattoets werd ook gebruikt om te onderzoeken of de twee cases binnen elke groep en tussen de twee groepen (AMK-medewerkers en studenten) onderling significant van elkaar verschilden.

Voor de tweede deelvraag over de risicofactoren werd gebruikgemaakt van een frequentietabel om de ruwe scores weer te geven. Deze ruwe scores werden omgezet in relatieve frequenties (zie resultaten hieronder). Een chikwadraattoets werd gebruikt om verschillen te ontdekken wat betreft het aantal gestelde vragen per risicofactor. De verwachtingen over het aantal te stellen vragen per factor, gebaseerd op het belang van de risicofactor in de CARE-NL, werden uitgedrukt in percentages en vergeleken met de daadwerkelijk verkregen percentages.

Tabel 2 Coderingssysteem voor diagnostische besluitvorming (CDB).

<i>Probleem</i>
Probleem algemeen (Pa)
Probleem benoemen (Pb)
Probleem clusteren (Pc)
<i>Diagnose</i>
Diagnostisch proces (Dp)
Hypothese formuleren (Hf)
Hypothese toetsen (Ht)
<i>Indicatiestelling</i>
Behandeling algemeen (Ba)
Behandelingsnut (Bn)
<i>Overige</i>
Overige procedure (Op)
Procedure opmerkingen (Po)
Niet problematisch functioneren (Nf)
Niet scoorbaar (Ns)

Resultaten

Resultaten besluitvormingsproces (onderzoeksvraag 1)

Eerst werd de interbeoordelaarbetrouwbaarheid van het Coderingssysteem voor Diagnostische Besluitvorming (CDB) onderzocht. Eén gesprek van de studenten (twee cases) en één gesprek van de professionals (twee cases) werden onafhankelijk door twee codeurs gescoord. De betrouwbaarheden waren zeer goed voor alle hoofdcategorieën voor de twee gesprekken ($\kappa = .98$ en $\kappa = .94$, respectievelijk) en de subcategorieën ($\kappa = .96$ en $\kappa = .95$). Op basis van deze gegevens kon ervan uitgegaan worden dat de CDB een betrouwbaar scoringssysteem is.

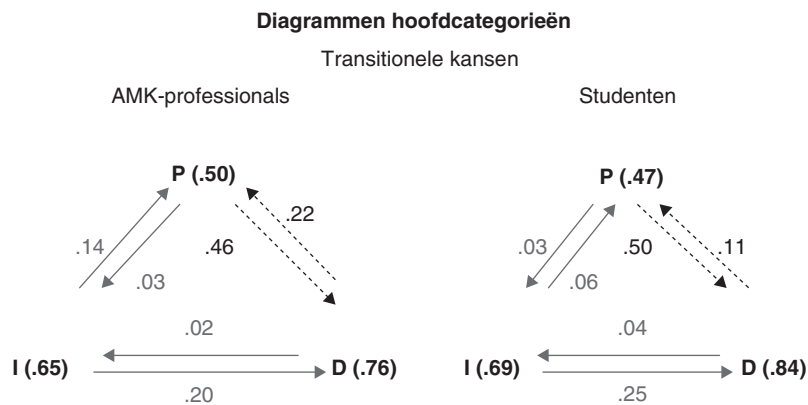
De eerste onderzoeksvraag was hoe het besluitvormingsproces verloopt bij de AMK-medewerkers in vergelijking met de studenten. Om deze vraag te kunnen beantwoorden werden als eerste met de chikwadraattoets de cases (Alex en Peter) vergeleken per AMK. Daarna werden de vier AMK's onderling met elkaar vergeleken.

Volgens de resultaten van de chikwadraattoets waren er geen significante verschillen in het besluitvormingsproces tussen de cases (Alex en Peter) per AMK en tussen de AMK's onderling. Dit betekent dat de verschillende AMK-vestigingen niet significant verschilden wat betreft het doorlopen van het besluitvormingsproces, zodat de professionals van het AMK als één geheel werden meegenomen in de verdere analyses. Hetzelfde gold voor de studenten.

Met behulp van een chikwadraattoets werd gevonden dat de hoofdcategorieën niet random op elkaar volgden ($\chi^2(4) = 207.29$, NS). Dit betekent dat voor zowel de studenten als de AMK-professionals een *patroon* te vinden was in het besluitvormingsproces. Figuur 2 geeft aan de hand van transitionele kansen weer hoe de besluitvormingsprocessen verliepen voor de studenten en de AMK-professionals. Transitionele

kansen geven de kans weer dat de diagnose (D) volgde op het probleem (P) en de bespreking van de indicatiestelling (I) volgde op de diagnose (dus de kans dat $P \rightarrow D \rightarrow I$).

Figuur 2 Diagrammen hoofdcategorieën voor de AMK-professionals en de studenten; probleem (P), diagnose (D) en indicatiestelling (I), onderbroken lijn (.....); de belangrijkste beweging volgens het Diagnostisch normmodel.

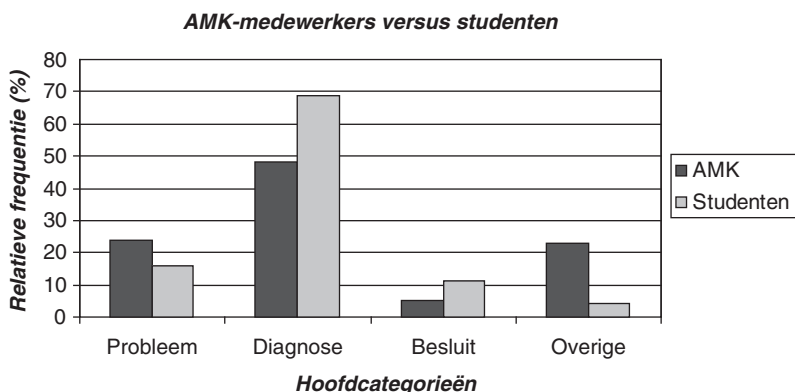


De verwachting was dat het diagnostische normmodel gevolgd zou worden, waarbij een onderling feedbackproces zou ontstaan tussen het probleem en de diagnose. Op het eerste gezicht geldt voor zowel de studenten als de professionals dat ze het model redelijk volgen: de transitionele kansen zijn inderdaad het hoogst voor de relatie D-P. De studenten focussen meer op de diagnose. Dit is te zien aan de vetgedrukte getallen in de figuur; zij geven de kansen dat men in een sequentie binnen dezelfde hoofdcategorie bleef. Voor de studenten is deze kans .84, voor de AMK-medewerkers .76. De studenten keren minder vaak terug van de diagnose naar het probleem (.11 vs. .22). Opmerkelijk is dat voor beide groepen maar een beperkte associatie (.02 en 0.4) tussen diagnose en indicatiestelling werd gevonden.

We hebben vervolgens bekeken of de frequentieverdeling van de vier hoofdcategorieën verschilde tussen de AMK-medewerkers en de studenten. Hiertoe zijn relatieve frequenties berekend door de absolute frequenties te delen door het totaal aantal waarnemingen: vermenigvuldigen met 100 geeft het percentage. Om de relatieve frequenties inzichtelijk te maken zijn staafdiagrammen gemaakt. Figuur 3 geeft de relatieve frequentieverdeling van de AMK-medewerkers en de studenten per hoofdcategorie weer.

Uit figuur 3 blijkt dat de studenten relatief meer stilstaan bij het formuleren van de diagnostische hypothesen en het besluit, en dat de AMK-medewerkers relatief meer aandacht geven aan het probleem en ook meer overige (irrelevante) aspecten aan bod laten komen. Met een chikwadraattoets is onderzocht of de studenten en de AMK-

Figuur 3 Relatieve frequentieverdeling AMK versus studenten voor de hoofdcategorieën.



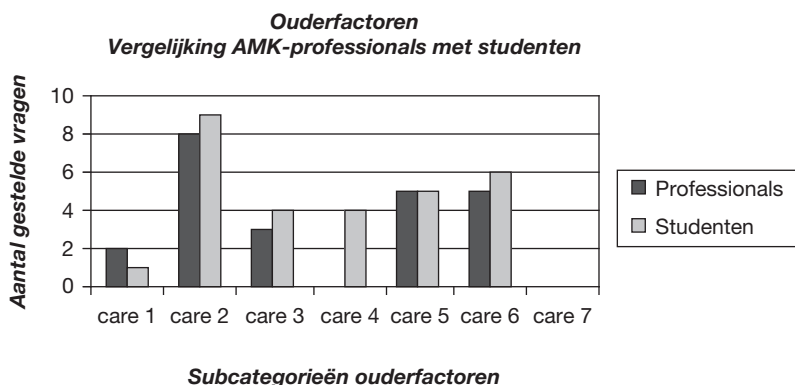
medewerkers significant van elkaar verschilden wat betreft de mate van focus op de verschillende onderdelen van het besluitvormingsproces, maar dit bleek niet het geval.

Resultaten Risicofactoren (onderzoeksvraag 2)

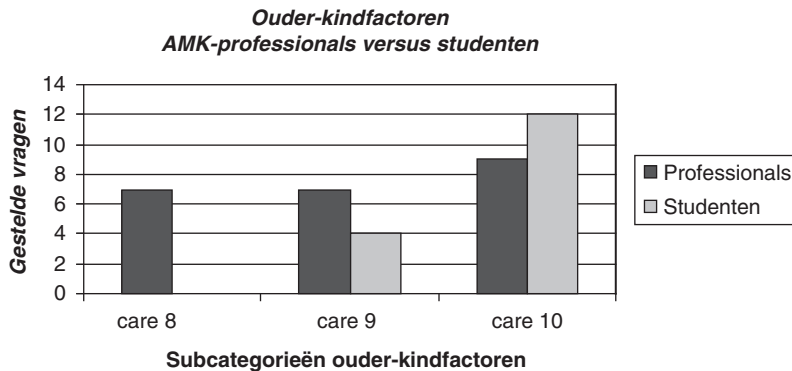
De tweede deelvraag van het onderzoek was of alle risicofactoren van de CARE-NL opgevraagd werden door de AMK-professionals en de studenten. Figuur 4 geeft de resultaten weer van de vragen gesteld met betrekking tot de ouderfactoren (care1 tot en met care7). Professionals hebben over suïcidale of gewelddadige gedachten (care4) geen vragen gesteld. Daarnaast werden door beide groepen relatief weinig vragen gesteld over psychische stoornissen (care3) en eerdere mishandeling van een kind (care1).

Figuur 5 geeft de vergelijking tussen de AMK-professionals en de studenten wat betreft het aantal gestelde vragen over de ouder-kindfactoren. Tot uitdrukking komt dat de studenten in deze categorie weinig vragen stellen in vergelijking met de profes-

Figuur 4 Ouderfactoren professionals versus studenten.



Figuur 5 Ouder-kindfactoren professionals versus studenten.



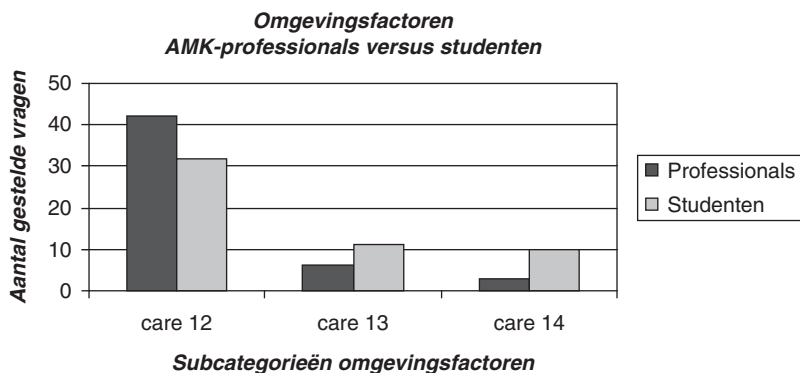
sionals, behalve wat betreft ‘problemen in de ouder-kindinteractie (care10). Ze stellen geen vragen over de opvoedingsvaardigheden, -kennis, en of -opvattingen (care8) en zeer weinig over vervormd, onjuist beeld van het kind (care9).

Over de gezinsfactoren werden de meeste vragen gesteld. Toch is in figuur 6 te zien dat de verdeling ongelijk is. Professionals stelden bijna geen vragen over sociaal-economische factoren (care14), wat inhoudt dat bijna niet gevraagd werd naar de financiële situatie of de leefomstandigheden van het gezin. Er werden zeer veel vragen gesteld over stress en sociale steun (care12) in het gezin. Ook voor de studenten gold dat de meeste vragen betrekking hadden op stress en sociale steun (care12), maar zij deden meer navraag naar de financiële situatie van de ouders en de omgeving waarin ze woonden (care14).

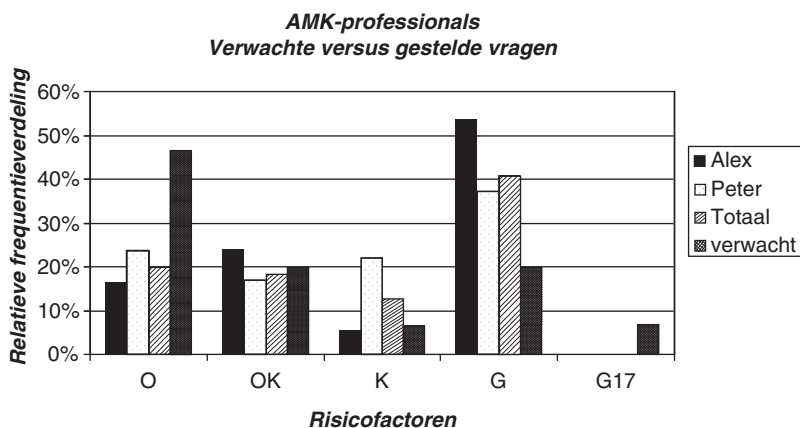
De verwachting was dat een groter aantal vragen van de professionals en de studenten zou vallen binnen die categorieën, die van grotere invloed zijn op het risico van kindermishandeling. Zoals eerder vermeld oefenen de ouderfactoren, zoals psychische stoornissen, verslaving en relatieproblemen, de grootste invloed uit op het risico (Hindley e.a., 2006). Dit betekent dat de meeste items van de CARE-nl betrekking hebben op kenmerken van de ouders en vallen onder de ouderfactoren. Op basis van de numerieke verhouding tussen ouderfactoren, ouder-kindfactoren, kindfactor en gezinsfactoren van de CARE-NL werd het relatieve percentage verwachte vragen per categorie berekend (zie figuur 7). De versie van de CARE-NL die gebruikt werd in dit onderzoek, bevatte 15 items, waarvan 7 ouderfactoren. De verwachting was derhalve dat ongeveer 47% ($7/15 = 47\%$) van het totale aantal vragen om meer informatie tijdens het besluitvormingsproces binnen de categorie ouderfactoren zou vallen. Op dezelfde manier werd voor de overige categorieën (OK, K, G en G17) de verwachte frequentie berekend.

We zien in figuur 7 dat in totaal maar 20% (in de casus Alex 17% en in de casus Peter 24%) van de vragen van de professionals betrekking had op de ouderfactoren. Daarentegen ging in totaal 41% (in de casus Alex 54% en in de casus Peter 37%) van de vragen over gezinsfactoren, terwijl hier verwacht werd dat ongeveer 20% binnen deze

Figuur 6 Omgevingsfactoren professionals versus studenten.



Figuur 7 Vergelijking tussen de verwachte en gestelde vragen van AMK-professionals



categorie zou vallen. Voor de studenten was het beeld vergelijkbaar. Bij hen ging in totaal 25% van de vragen over ouderfactoren en 46% over gezinsfactoren.

Discussie

In dit experimentele onderzoek werd het besluitvormingsproces rondom meldingen van kindermishandeling onderzocht, aan de hand van een normmodel voor diagnostische besluitvorming, zoals geoperationaliseerd in een codeersysteem (CDB). Het bleek dat met behulp van dit codeersysteem de casusbesprekingen betrouwbaar gecodeerd konden worden.

In eerste instantie leek het besluitvormingsproces bij de AMK-professionals te ver-

lopen volgens het Diagnostische normmodel. Na het lezen van de melding ontstond een wisselwerking tussen het probleem en de diagnose, die uiteindelijk uitmondde in een bespreking van de indicatiestelling (d.w.z. het besluit). Nader onderzoek leverde inzicht in deze globale beschrijving van het besluitvormingsproces. AMK-medewerkers waren over het algemeen bezig met het stellen van veel vragen en onvoldoende met het trachten een compleet beeld te verkrijgen door diagnostische hypothesen te formuleren. In de casusbesprekingen werden veel vragen gesteld die voor de risicotaxatie van minder belang waren, zoals *Wat vond de oma van de ruzie?* of *Wat vond de moeder van de melding?* Deze informatie is misschien voor een compleet beeld interessant, maar voor de risicotaxatie niet relevant. Om een risicotaxatie te verrichten zouden gerichter vragen gesteld moeten worden die betrekking hebben op de specifieke risicofactoren, zoals *Is er sociale steun voor het gezin?* of *Is er eerder melding geweest van mishandeling of verwaarlozing door deze vader of moeder?*

Soms was de informatie al voorhanden en werd hier nogmaals naar gevraagd. Bij de AMK's werd ook onvoldoende rekening gehouden met de tijd, waardoor de indicatiestellingsfase pas aan bod kwam op het moment dat de proefleider aangaf dat de tijd bijna om was. De Bruijn, Pijnenburg en Van Kessel (1986) ondervonden in hun onderzoek naar de kwaliteit van diagnostische besluitvormingsprocessen in teams eveneens dat veel tijd verloren ging in het uitwisselen van informatie over de casus. De resultaten uit ons onderzoek sluiten hier goed op aan. Een opmerkelijke bevinding was dat de studenten tijdens de casusbesprekingen iets meer volgens het diagnostisch normmodel te werk gingen en ook vaker, hoewel niet significant vaker, tot een indicatiestelling kwamen. De eerste hypothese van het onderzoek, dat AMK-medewerkers meer volgens het diagnostisch normmodel zouden werken en mede daardoor efficiënter tot een besluit zouden komen, dient verworpen te worden.

Aan de hand van de risicofactoren van de CARE-NL werd onderzocht in welke mate vragen over de meest belangrijke risicofactoren werden gesteld. De professionals stelden niet meer relevante vragen dan de studenten. Bovendien werd aan de belangrijkste categorie, de ouderfactoren, zeer weinig aandacht besteed in vergelijking met de gezinsfactoren. Uit literatuuronderzoek komt naar voren dat de ouderfactoren een grote rol spelen in het verhogen van het risico op kindermishandeling (De Jong, 2004; Hindley e.a., 2006). Borak en Veilleux (1982) vonden in hun onderzoek naar de effectiviteit van specifieke trainingen in het nemen van diagnostische besluiten, vergelijkbare resultaten. Zij ondervonden dat een grotere medische deskundigheid niet hoefde te betekenen dat door intuïtief redeneren een betere kwaliteit van besluiten ontstond, dan bij niet-professionals. Dit betekent overigens niet dat professionals onvoldoende kennis bezitten, maar dat ze tekortschieten in hun vaardigheden om alle facetten die van belang zijn objectief te belichten (zie ook Keys, 2009). Men mist evaluatieve criteria op basis waarvan een indicatiestellingsbesluit gegeven kan worden. Dit toont des te meer aan dat een kwalitatief goed besluit beter genomen kan worden in combinatie met een gestructureerd risicotaxatie-instrument.

Dit onderzoek heeft een aantal beperkingen. We hebben geprobeerd een casusbespreking naar aanleiding van een melding van kindermishandeling in een experiment na te bootsen, wat uiteraard een vereenvoudiging van de werkelijkheid impliceert. Afgaande op een aantal opmerkingen dat gemaakt werd door de AMK-medewerkers

over de procedure van het onderzoek is het mogelijk dat sommigen van hen de opdracht onvoldoende begrepen. De verschillende cases konden gezien worden als een puzzel waarvan de puzzelstukjes opgevraagd moesten worden, en zij zelf de stukjes aan elkaar moesten leggen. De studenten hadden dit sneller door dan de professionals. Tevens is het mogelijk dat de professionals eraan moesten wennen dat de informatie moest worden verkregen vanaf kaartjes en dat ze expliciet naar bepaalde informatie moesten vragen. In het dagelijks leven heeft men de persoon (vader, moeder, kind of huisarts) voor zich of aan de telefoon en kunnen open vragen gesteld worden om zo veel mogelijk informatie in te winnen. Niettemin is het ook in de dagelijkse diagnostische praktijk belangrijk gerichte vragen te stellen om hypothesen te toetsen. De professional moet weten welke informatie relevant is voor het nemen van een gedegen en goed onderbouwd besluit.

Wij hebben geen 'harde' uitkomstmaat (een juiste of onjuiste diagnostische beslissing) in ons onderzoek opgenomen. Dit is ook lastig, omdat het een experiment was waarin wij de klinische realiteit alleen hebben nagebootst. We waren geïnteresseerd in het diagnostische proces bij kindermishandeling qua vorm (de eerste onderzoeksvraag) en inhoud (de tweede onderzoeksvraag). Voor wat betreft beide onderzoeksvragen hebben we als criterium een theoretische norm gehanteerd. Voor de eerste vraag was dat het diagnostische normmodel. Dit model gaat uit van een normatief beslistkundige benadering, dat wil zeggen dat optimale diagnostische besluiten ontstaan door een logisch consistent proces. Voor de tweede onderzoeksvraag hebben we de verschillende categorieën risicofactoren van de CARE-NL als normatief uitgangspunt genomen.

Implicaties voor de praktijk

Besluitvorming over meldingen van kindermishandeling wordt geoptimaliseerd door het systematisch inventariseren en beschouwen van alle relevante risicofactoren. Een gestandaardiseerd risicotaxatie-instrument, zoals de CARE-NL, kan helpen om het besluitvormingsproces te structureren. Sinds de uitvoering van dit onderzoek zijn in Nederland vele AMK-medewerkers opgeleid in de toepassing van de CARE-NL. De CARE-NL kan fungeren als richtlijn bij het diagnostische besluitvormingsproces om ervoor te zorgen dat zo weinig mogelijk relevante risicofactoren over het hoofd gezien worden. Bovendien levert het een duidelijke inventarisatie op, die gebruikt kan worden bij de indicatiestelling. Vervolgonderzoek kan zich nu richten op de (meer)waarde van het gebruik van de CARE-NL voor het besluitvormingsproces inzake meldingen van kindermishandeling in de dagelijkse AMK-praktijk.

Literatuur

- Agar, S. E. (2003). *The development of general risk assessment guidelines for physical child abuse and neglect*. PhD Dissertation. Burnaby, BC: Simon Fraser University.
- Aspel, A. D., Willis, W. G., & Faust, D. (1998). School psychologists' diagnostic decision-making processes: objective-subjective discrepancies. *Journal of School Psychology, 36*, 137-149.
- Berndsen, M., McGarty, C., Van der Pligt, J., & Spears, R. (2001). Meaning-seeking in the illusory correlation

- paradigm: The active role of participants in the categorization process. *British Psychological Society*, 40, 209-233.
- Borak, J., & Veilleux, S. (1982). Errors of intuitive logic among physicians. *Social Science and Medicine*, 16, 1939-1947.
- De Bruyn, E. E. J. (1985). Psychodiagnostiek in ontwikkeling. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 24, 88-101.
- De Bruyn, E. E. J., Pijnenburg, H. M., & Van Kessel, P. (1986). Diagnostische besluitvorming in een multidisciplinair team. *Tijdschrift voor Orthopedagogiek*, 25, 574-587.
- De Bruyn, E. E. J. (1992). A normative-prescriptive view on clinical psychodiagnostic decision making. *European Journal of Psychological Assessment*, 8, 163-171.
- De Jong, E. M. (2004). *Kind in Nood: Risicofactoren bij kindermishandeling*. Academisch scriptie. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- De Rooter, C., & De Jong, E. M. (2006). *CARE-NL: Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Enschede: FEBO Druk.
- De Rooter, C., Hildebrand, M., & Van der Hoorn, S. (2012). Gestructureerde risicotaxatie bij kindermishandeling: De Child Abuse Risk Evaluation-Nederlandse versie (CARE-NL). *GZ-Psychologie*, 3, 10-17.
- Douglas, K. S., Ogloff, J. R. P., & Hart, S. D. (2003). Evaluation of a model of violence risk assessment among forensic psychiatric patients. *Psychiatric Services*, 54, 1372-1379.
- Enebrink, P., Långström, N., Hultén, A., & Gumpert, C. H. (2006). Swedish validation of the Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B), a decision-aid for use with children presenting with conduct-disordered behavior. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 468-446.
- Hindley, N., Ramchandani, P. G., & Jones, D. P. H. (2006). Risk factors for recurrence of maltreatment: A systematic review. *Archives of Disorders in Childhood*, 91, 744-752.
- Keys, M. (2009). Determining the skills for child protection practice: Emerging from the quagmire! *Child Abuse Review*, 18, 316-332.
- Kropp, P.R., & Hart, S. D. (2000). The Spousal Assault Risk Assessment (SARA) Guide: Reliability and validity in adult male offenders. *Law and Human Behavior*, 24, 101-118.
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse and Neglect*, 23, 745-758.
- O'Connor, B. P. (1999). Simple and flexible SAS and SPSS programs for analyzing lag-sequential categorical data. *Behavior Research Methods, Instrumentation, and Computers*, 31, 718-726.
- Pijnenburg, H. M., & De Bruyn, E. E. J. (1995). Psychodiagnostische besluitvorming in teamverband. *Kind en Adolescent*, 16, 88-110.
- Pijnenburg, H. M., Vennix, J. A. M., & De Bruyn, E. E. J. (1998). Psychodiagnostische besluitvorming in teams: Van onderzoek naar ondersteuning. *Jaarboek Ontwikkelingspsychologie Orthopedagogiek en Kinderpsychiatrie*, 297-329.
- Regehr, C., Bogo, M., Shlonsky, A., & LeBlanc, V. (2010). Confidence and professional judgment in assessing children's risk of abuse. *Research on Social Work Practice*, 20, 621-628.
- Smith, E. R., & Mackie, D. M. (2000) *Social Psychology* (2nd ed.). Philadelphia, USA: Psychology Press.
- Schwartz, S. (1994). Heuristics and biases in medical judgement and decision making. In L. Heath, R. S. Tindale, J. Edwards, E. J. Possavac, F. B. Bryant, E. Henderson-King, Y. Suarez-Balcazar, & J. Myers (1994). *Applications of heuristics and biases to social issues* (pp. 45-72). New York: Plenum Press.
- Van der Pligt, R. J. (2001). Psychology of decision making. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 3309-3315.
- Wolzak, A. (2009). *Adviezen en Meldingen over Kindermishandeling in 2008; Registratiegegevens van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling*. Utrecht: NIZW.