

Bijlage 3

Risicosignalering, risicotaxatie en risicohantering: naar een effectieve aanpak in het jeugdbeleid

C. de Ruiter¹²

Inleiding

De wetenschappelijke basis voor het inschatten van het risico van ongewenst gedrag (bijvoorbeeld: kindermishandeling, antisociaal gedrag bij kinderen, gewelddadig gedrag bij adolescenten, seksueel geweld) ontwikkelt zich snel, getuige het grote aantal studies dat de afgelopen 25 jaar op dit terrein is verschenen (voor overzichten zie o.a.: Borum, 1996; Monahan et al., 2001; Sheldrick, 1999). Op basis van dit onderzoek zijn diverse risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld voor een groot aantal typen gedragsproblemen, zoals relationeel geweld, kindermishandeling en seksueel geweld, met zeer bevredigende psychometrische eigenschappen (voor een overzicht: zie De Vogel, 2005).

In deze bijdrage zal eerst een overzicht worden gegeven van drie verschillende benaderingen van risicotaxatie. Deze benaderingen hebben ieder hun sterke en zwakke aspecten en zijn daardoor niet geschikt in alle contexten. Vervolgens zullen een aantal individuele risicotaxatie-instrumenten, die veelal in het buitenland zijn ontwikkeld en die relevant zijn voor het Nederlandse jeugdbeleid, besproken worden. Daarbij zal aandacht uitgaan naar hun psychometrische eigenschappen. Tenslotte zal de toepasbaarheid van risicotaxatie-instrumenten in de Nederlandse context besproken worden.

Drie benaderingen van risicotaxatie

Traditioneel vonden risico-inschattingen plaats op basis van het **ongestructureerde klinisch oordeel**. Grove en Meehl (1996) beschrijven het ongestructureerd klinisch oordeel als informeel, subjectief en impressionistisch, en sterk leunend op de expertise van de professional, die geheel vrij is wat betreft de informatie die hij/zij verzameld en hoe hij/zij deze weegt. Het ongestructureerd klinisch oordeel is aan sterke wetenschappelijke kritiek onderhevig (Hart, 2001; Meehl, 1996), omdat de betrouwbaarheid en de voorspellende waarde ervan zwak zijn. Zo zijn klinici bijvoorbeeld geneigd het risico van geweld bij psychiatrische patiënten te overschatten en houden ze te weinig rekening met *base rates* (Belfrage, 1998; Doren, 1998). Een tweede generatie risicotaxatie-instrumenten bestaat uit **zuiver actuariële instrumenten**. Deze instrumenten zijn ontwikkeld op basis van empirisch gevonden factoren die verband houden met het te voorspellen probleemgedrag. De instrumenten zijn relatief snel en eenvoudig volgens vast omliggende regels (algoritmen) te coderen, meestal niet noodzakelijk door een hooggespecialiseerde deskundige. Actuariële risicotaxatie-instrumenten bevatten vooral statische, niet (ten positieve) veranderbare factoren. Zij zijn derhalve vooral geschikt om risicogroepen te **signaleren**, maar ongeschikt om ingezet te worden om als basis te dienen voor een risicohanteringsinterventieplan (Douglas & Kropp, 2002).

Gedurende het afgelopen decennium is een derde generatie risicotaxatie-instrumenten ontwikkeld die werkt volgens de methode van het **gestructureerd professioneel oordeel (SPO)** (Fuller & Cowan, 1999). De wieg van deze methode stond in het midden van de jaren 90 van de vorige eeuw in de Simon Fraser University in Vancouver, Canada. Het doel van Dr. Christopher Webster en zijn collega's was het overbruggen van de kloof tussen de klinische praktijk van de risicotaxatie en de empirische kennis over risicofactoren. Zo ontstonden in de loop der jaren een aantal gestructureerde risicotaxatie-instrumenten voor diverse typen gedragsproblemen (bijvoorbeeld: de *Spousal Assault Risk Assessment* guide voor relationeel

¹² Prof.dr. Corine de Ruiter, klinisch psycholoog NIP is als bijzonder hoogleraar Forensische psychologie verbonden aan de Universiteit Maastricht, en tevens programmahoofd Nationale Monitor Geestelijke gezondheid, Trimbos-instituut. Website: www.trimbos.nl/default11436.html

geweld, de *Sexual Violence Risk-20 (SVR-20)*; Hildebrand, de Ruiter, & van Beek, 2001) voor seksueel geweld, de *Historical Clinical Risk management-20 (HCR-20)*; Philipse, de Ruiter, Hildebrand, & Bouman, 2000) voor algemeen geweld). Deze instrumenten bevatten allen een checklist met de belangrijkste empirisch onderbouwde risicofactoren voor dat type probleemgedrag. Deze risicofactoren zijn deels statisch en deels dynamisch. De checklist moet volgens een vaste richtlijn gescoord worden, er zijn instructies voor het verzamelen en wegen van informatie, en er worden eisen gesteld aan de deskundigheid van de gebruiker. De SPO benadering van risicotaxatie wint de laatste jaren steeds meer terrein, omdat uit empirisch onderzoek blijkt dat zij superieur is aan de eerste twee benaderingen. De meerwaarde van de SPO methoden blijkt vooral uit de accuraatheid van de voorspelling: in de vergelijking van de drie benaderingen komt de SPO methode steeds als significant nauwkeuriger naar voren (De Vogel, de Ruiter, Hildebrand, Bos, & van de Ven, 2004; de Vogel, de Ruiter, van Beek, & Mead, 2004; Douglas, Ogloff, & Hart, 2003; McNiel, Gregory, Lam, Binder, & Sullivan, 2003). De grootste meerwaarde van de SPO benadering van risicotaxatie ligt echter in haar directe link met risicohantering en -interventie. Immers: een gestructureerde risicotaxatie biedt inzicht in de historische en de dynamische, in principe veranderbare, risicofactoren voor het probleemgedrag, en daardoor onmiddellijk aanknopingspunten voor interventie. Onderzoek heeft aangetoond dat de SPO risicotaxatie-instrumenten gevoelig zijn voor het meten van verandering ten gevolge van een interventie (Belfrage & Douglas, 2002). De HCR-20 voor algemeen geweld en de SVR-20 voor seksueel geweld zijn voor Nederland vertaald en bewerkt en hun betrouwbaarheid en predictieve validiteit is aangetoond in een aantal empirische studies naar de voorspelling van delicttherhaling bij forensisch psychiatrische efficiënte (voor een overzicht van deze studies: zie de Vogel, 2005). Voor risicotaxatie van probleemgedrag bij kinderen en jeugdigen zijn inmiddels ook een aantal risicotaxatie-instrumenten volgens de SPO methode ontwikkeld en voor Nederland bewerkt. De stand van zaken in het internationale en Nederlandse onderzoek naar deze instrumenten wordt hieronder samengevat.

Risicotaxatie-instrumenten voor jeugdigen: een overzicht

Het eerste SPO risicotaxatie-instrument dat ontwikkeld en onderzocht is voor het inschatten van het risico van antisociaal gedrag bij kinderen was de *Early Assessment Risk List for Boys (EARL-20B)*; Augimeri, Webster, Koegl, & Levene, 1998; Augimeri, Koegl, Webster, & Levene, 2001). Dit instrument is gemodelleerd naar de HCR-20 en bestaat uit 20 risicofactoren, elk voorzien van een duidelijke coderingsrichtlijn. Later werd volgens dezelfde principes de *Early Assessment Risk List for Girls (EARL-21G)*; Levene, Augimeri, Pepler, Walsh, Webster, & Koegl, 2001) ontwikkeld. Tenslotte verdient de *Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*; Borum, Bartel, & Forth, 2002) hier vermelding.

EARL-20B en EARL-21G

Inhoud. De EARL-20B is een risicotaxatie-instrument voor de beoordeling van jongens in de leeftijd van 6 tot 12 jaar, die gedragsproblemen vertonen die zouden kunnen wijzen op ontsporing in de richting van antisociaal, crimineel en gewelddadig gedrag. De beoogde doelen van de EARL-20B, maar ook van de EARL-21G en de SAVRY, zijn: (1) bijdragen aan de kennis over vroege risicofactoren voor antisociaal gedrag onder professionals, (2) een gestructureerd schema bieden waarin risicofactoren voor een individueel kind kunnen worden ondergebracht, en (3) bieden van effectieve risicohanteringsplannen voor deze kinderen en hun gezinnen (Augimeri, Koegl, Levene, & Webster, 2004). De items van de EARL-20B en EARL-21G zijn verdeeld in 3 hoofdcategorieën: Gezins-items, Kind-items and Responsiviteits-items (zie Tabel 1). Omdat wetenschappelijk onderzoek heeft aangetoond dat sommige risicofactoren zich anders manifesteren bij meisjes en jongens, zijn er kleine verschillen tussen de twee instrumenten.

Tabel 1: Vergelijking van de EARL-20B en de EARL-21G¹³

EARL-20B Versie 2	EARL-21G Versie 1: Consultatie editie
Gezins-items	Gezins-items
G1. Gezinsomstandigheden	G1. Gezinsomstandigheden
G2. Continuïteit van zorg	G2. Continuïteit van zorg
G3. Ondersteuning	G3. Ondersteuning
G4. Stressoren	G4. Stressoren
G5. Opvoedingstijl van de ouders	G5. Opvoedingstijl van de ouders
G6. Antisociale waarden en gedrag	G6. Ouder-dochter interactie
	G7. Antisociale waarden en gedrag
Kind-items	Kind-items
K1. Ontwikkelingsproblemen	K1. Ontwikkelingsproblemen
K2. Begin van de gedragsproblemen	K2. Begin van de gedragsproblemen
K3. Mishandeling/verwaarlozing/trauma	K3. Mishandeling/verwaarlozing/trauma
K4. Hyperactiviteit / impulsiviteit / aandachtsstoornis	K4. Hyperactiviteit / impulsiviteit / aandachtsstoornis
K5. Prettig in de omgang	K5. Prettig in de omgang
K6. Omgang met leeftijdgenoten	K6. Omgang met leeftijdgenoten
K7. Schoolprestaties	K7. Schoolprestaties
K8. Buurt	K8. Buurt
K9. Contact met autoriteiten	K9. Psychoseksuele ontwikkeling
K10. Antisociale houding	K10. Antisociale houding
K11. Antisociaal gedrag	K11. Antisociaal gedrag
K12. Coping mogelijkheden	K12. Coping mogelijkheden
Responsiviteits-items	<i>Responsiviteits-items</i>
R1. Ontvankelijkheid van het gezin	R1. Ontvankelijkheid van het gezin
R2. Ontvankelijkheid van het kind	R2. Ontvankelijkheid van het kind

In de handleiding van de EARL's wordt iedere risicofactor op twee pagina's beschreven. Op de linkerpagina staat een beknopte samenvatting van de onderzoeksliteratuur over de betreffende risicofactor, op de rechterpagina staan de codeerinstrucies. Ieder item wordt op een driepuntschaal gecodeerd, waarbij 0 aangeeft dat de risicofactor niet aanwezig is, en 2 dat de risicofactor duidelijk aanwezig is. Bij een score 1 is de risicofactor mogelijk of in enige mate aanwezig. Alle items dienen gecodeerd te worden op basis van een interview met het kind en de ouders, én collaterale informatie (informatie van derden, zoals leerkracht, huisarts). In sommige gevallen kan voor het coderen van sommige items nader psychologisch testonderzoek nodig zijn. De scores worden samengevat op een Scoreformulier en uiteindelijk komt de professional tot een globale risicotaxatie in termen van 'laag', 'matig', of 'hoog'. Een eenvoudige optelling van de individuele items volstaat niet, omdat in een individueel geval één enkele risicofactor een zeer grote bijdrage kan leveren aan het risico. Bijvoorbeeld, een kind dat een relatief lage totaalscore heeft op de EARL-20B kan toch als 'hoog' risico op een antisociale ontwikkeling worden aangemerkt als het louter met antisociale leeftijdgenoten optrekt. Zo'n risicofactor kan dan op het Scoreformulier als een 'kritieke factor' worden aangemerkt. Uit het

¹³ De EARL-20B is voor Nederland vertaald en bewerkt door Hildebrand, de Ruiter en Ligthart, en zal in de loop van 2005 uitgegeven worden. De Nederlandse vertaling van de EARL-21G is in voorbereiding. (voor informatie: cruijter@trimbos.nl).

bovenstaande moge duidelijk worden dat toepassing van risicotaxatie-instrumenten als de EARL's is voorbehouden aan daartoe getrainde professionals.

Onderzoek. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de EARL-20B werd onderzocht in een retrospectief onderzoek met 229 random geselecteerde kinderen die tussen 1985 en 1999 waren behandeld in het *Earlscourt Child and Family Center*, Toronto, Canada (Augimeri et al., 2001). De intraklasse correlatie coëfficiënten (ICC's) voor overeenstemming tussen drie onafhankelijke beoordelaars voor de EARL-20B items lagen tussen .79 en .97, een hoog niveau van overeenstemming. In een Zweeds onderzoek werden ICC's tussen .90 en .92 gerapporteerd voor de Totaalscore, Kind-itemschaal en Gezins-itemschaal (Enebrink, Långström, Neij, Grann & Gumpert, 2001). Voor de EARL-21G zijn vergelijkbare waarden gevonden in retrospectief onderzoek (ICC's tussen .64 en .84; Levene et al., 2001) en prospectief onderzoek (Levene et al., 2004).

De eerste studie naar de validiteit van de EARL-20B voor het voorspellen van efficiënte criminele recidive was een retrospectief onderzoek met 447 kinderen die tussen 1985 en 1999 behandeld waren in *Earlscourt* (Augimeri et al., 2001). Gemiddeld werden de kinderen gevolgd tot het 18^{de} levensjaar. Er was een significante relatie tussen de scores op de EARL-20B en contacten met het strafrechtssysteem voor jongens en meisjes gedurende de follow-up periode (Webster et al., 2002). Recent onderzoek in Zweden biedt verdere steun voor de validiteit van de EARL-20B (Enebrink et al., 2003).

SAVRY

Ook de SAVRY is een SPO methode, die bedoeld is om risicofactoren te identificeren waardoor effectieve risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten mogelijk wordt.

Inhoud. De SAVRY bestaat uit 24 items (Historische, Individuele en Contextuele) afkomstig uit wetenschappelijk onderzoek naar risicofactoren voor agressie en gewelddadig gedrag bij adolescenten. Daarnaast zijn in de SAVRY zes protectieve factoren opgenomen (Borum, Bartel, & Forth, 2002). De items van de SAVRY staan vermeld in Tabel 2.

De risicofactoren van de SAVRY worden gescoord op een driepuntschaal, analoog aan de scoring van de EARL's. De protectieve factoren wordt alleen als aan- of afwezig gecodeerd. Ook voor de SAVRY geldt dat de scores van de schalen kunnen worden opgeteld, maar het meest relevant voor de praktijk is de weging van de risico- en protectieve factoren door de professional, die zo tot een eindoordeel over het risico komt.

Onderzoek. In een eerste onderzoek met de SAVRY vonden Borum en Forth (2000) dat de SAVRY totaalscore significant samenhang met toekomstig geweld, met niet-gewelddadige criminele handelingen en met veelzijdigheid van het geweld (Pearson correlatiecoëfficiënt tussen .20 en .33). Catchpole en Gretton (2003) vonden een interbeoordelaarsbetrouwbaarheid ICC van .81 voor de totaalscore en van .77 voor het eindoordeel in termen van laag-matig-hoog. De predictieve validiteit van de SAVRY totaalscore voor gewelddadige recidive in een steekproef van 74 adolescenten die een gewelddelict hadden gepleegd was goed (Area Under the Curve= .73; Catchpole & Gretton, 2003). Het internationale onderzoek met de SAVRY wordt verder samengevat in een artikel van Lodewijks, De Ruiters & Doreleijers (2003).

Tabel 2: Risico- en protectieve factoren van de SAVRY¹⁴

SAVRY Versie 1. Consultatie editie
Historische risicofactoren
H1. Eerder gewelddadig gedrag
H2. Eerder niet-gewelddadig delinquent gedrag
H3. Jonge leeftijd bij eerste gewelddadig incident
H4. Eerdere onttrekking aan toezicht
H5. Eerdere zelfbeschadiging of suïcidepogingen
H6. Getuige geweest van geweld in het gezin
H7. Geschiedenis van mishandeling als kind
H8. Criminaliteit van ouders/verzorgers
H9. Vroege verstoring in de verzorgingssituatie
H10. Slechte schoolprestaties
Contextuele risicofactoren
C11. Omgang met delinquente leeftijdgenoten
C12. Afwijzing door leeftijdgenoten
C13. Ervaren stress en geringe copingvaardigheden
C14. Zwakke opvoedingsvaardigheden van de ouders
C15. Gebrek aan steun van andere volwassenen
C16. Achterstandbuurt
Individuele risicofactoren
I17. Negatieve opvattingen
I18. Riskant gedrag/impulsiviteit
I19. Problemen met middelengebruik
I20. Problemen met hanteren van boosheid
I21. Psychopathische trekken
I22. Aandachtstekortstoornis/hyperactiviteit
I23. Weinig medewerking aan interventies
I24. Weinig interesse/binding met school
Protectieve factoren
P1. Prosociale betrokkenheid
P2. Ondersteuning door een ander/anderen
P3. Hechte band met een ander/anderen
P4. Positieve houding tegenover interventie en autoriteit
P5. Duidelijke positieve gerichtheid op school
P6. Veerkrachtige persoonlijkheid

CARE-NL

Een risicotaxatie-instrument uit de SPO traditie dat zich niet zozeer op de jeugdige zelf richt, maar op zijn of haar ouders/verzorgers is de *Child Abuse Risk Evaluation- NL versie* (de Ruiter & de Jong, 2005). Systematische taxatie van het risico van kindermishandeling mag in een verantwoord jeugdbeleid niet ontbreken.

De CARE-NL is een bewerking van het Canadese risicotaxatie-instrument CARE (Agar, 2001), dat bedoeld is voor risicotaxatie in gevallen van lichamelijke mishandeling en verwaarlozing.

¹⁴ De SAVRY is in het Nederlands vertaald door Lodewijks, Doreleijers, de Ruiter, & de Wit-Grouls (2001). Er loopt in de justitiële jeugdinrichtingen Rentray en Harreveld een valideringsonderzoek naar de SAVRY, dat in 2006 zal worden afgerond. (Voor informatie: hlodewijks@rentray.nl).

Er is voor gekozen de oorspronkelijke CARE aan te vullen op basis van de empirische literatuur over risicofactoren voor seksueel misbruik en emotionele verwaarlozing/mishandeling van kinderen. Het leek ons van groot belang om op basis van de Nederlandse praktijk van kindbescherming een instrument te ontwikkelen dat alle gangbare vormen van kindermishandeling omvat en daardoor breed toepasbaar is. De CARE-NL bevat 17 risicofactoren voor kindermishandeling die kunnen worden onderscheiden in Ouderfactoren, Ouder-kind factoren, Kindfactoren en Omgevingsfactoren (zie Tabel 3).

Tabel 3: Risicofactoren van de CARE-NL voor risicotaxatie van kindermishandeling

CARE-NL
Ouderfactoren
O1. In het verleden gepleegde mishandeling van een kind
O2. Ouder/verzorgen is zelf slachtoffer van kindermishandeling
O3. Ernstige psychische stoornis
O4. Suïcidale/homicidale gedachten
O5. Problemen met middelengebruik
O6. Persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door boosheid, impulsiviteit of instabiliteit
O7. Sterke minimalisering of ontkenning van kindermishandeling
O8. Negatieve houding ten opzichte van interventies
O9. Problemen met kennis over de opvoeding van kinderen, opvoedingsvaardigheden en/of -attitudes
O10. Negatieve opvattingen ten aanzien van het kind
O11. Risicotaxatie betreffende seksueel misbruik
Ouder-kind interactie factoren
OK12. Problemen in de interactie tussen ouder en kind
Kindkenmerken
K13. Kwetsbaarheidverhogende kenmerken van het kind
Contextfactoren
C14. Gezinsstressoren
C15. Sociaal-economische stressoren
C16. Ontoereikende sociale steun
C17. Culturele invloeden

Over de CARE-NL zijn nog geen betrouwbaarheids- en validiteitsgegevens bekend, dit onderzoek start najaar 2005 in een aantal Nederlandse Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK). Het ligt echter in de lijn der verwachting dat de bevindingen vergelijkbaar zullen zijn met de resultaten die gevonden zijn met de andere instrumenten, zoals de HCR-20, SVR-20, EARL's en SAVRY, die gebaseerd zijn op de SPO methode. Dat invoering van een gestructureerd risicotaxatie-instrument voor kindermishandeling binnen de Nederlandse jeugdzorg hard nodig is bewijst een recent onderzoek van De Jong en Reus (2004). Zij vonden in een vergelijkende studie naar besluitvormingsprocessen rondom meldingen van kindermishandeling dat AMK-medewerkers in vergelijking met studenten psychologie, significant minder systematisch tot een besluit kwamen en hun besluiten eveneens significant minder op relevante risicofactoren baseerden. De CARE-NL richtlijn maakt duidelijk dat ouderfactoren de belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling vormen: AMK-medewerkers richtten zich in hun onderzoek van een melding voornamelijk op contextfactoren, de studenten hadden meer aandacht voor de ouderfactoren.

Toepassing van risicotaxatie-instrumenten in de jeugdzorg in Nederland

Zoals hierboven al werd betoogd verdient het gebruik van gestructureerde risicotaxatie-instrumenten **altijd** de voorkeur boven het ongestructureerd klinisch oordeel. Het laatste is notoir onbetrouwbaar en onnauwkeurig en wordt door internationale deskundigen op het gebied van risicotaxatie zelf als professioneel onethisch beschouwd. Aan de gebruiker van de SPO risicotaxatie-instrumenten worden kwalificatie-eisen gesteld, die in de handleidingen van de verschillende instrumenten geëxpliciteerd worden. Dit zijn terechte eisen, omdat een incorrect uitgevoerde risicotaxatie potentieel ernstige gevolgen kan hebben voor het betrokken kind en zijn/haar ouders. Men hoeft hier alleen maar recente gevallen van in Nederland overleden kinderen in herinnering te roepen (bijvoorbeeld de Roermondse casus, het meisje Savanna; de Ruiters & Pollmann, 2003). In deze recente gevallen is uiteraard nog niet met gestructureerde risicotaxatie gewerkt.

De SPO instrumenten als de EARL's, de CARE-NL en de SAVRY zijn geschikt voor toepassing in eerste- en tweedelijns voorzieningen, gezien de tijdinvestering en de deskundigheid die zij vragen. Voor de nuldelijnsvoorzieningen zoals de JGZ zijn actuariële risicotaxatie-instrumenten geschikt. Op basis van de uitslag van zo'n actuariële **risicosignaleringsinstrument** kan dan besloten worden dat ouder en kind verwezen dienen te worden voor een uitgebreidere risicotaxatie met een SPO risicotaxatie-instrument. Het actuariële instrument is eenvoudig af te nemen door een minder geschoolde medewerker; alleen als deze risicosignalering een hoog-risico uitslag geeft, wordt een uitgebreide risicotaxatie gericht op veranderbare risicofactoren uitgevoerd.

Het unieke van de SPO risicotaxatie-instrumenten is naast hun voortreffelijke voorspellende waarde, hun directe relevantie voor interventies. Zij zijn expliciet ontwikkeld met als doel risicofactoren te reduceren en zo ongunstige ontwikkelingsuitkomsten voor het kind te voorkomen. Voor de praktijk van de jeugdzorg betekent dit dat deze instrumenten een hoge mate van praktische relevantie hebben. In onderstaande Tabel 4 staat met een voorbeeld uitgewerkt hoe op basis van een gestructureerde risicotaxatie een interventieplan is opgesteld.

Tabel 4: Casusvoorbeeld Jeroen (7 jaar): van risicotaxatie met de EARL-20B naar risicohanteringsinterventies

Risicotaxatie	Risicohantering
EARL-20B Versie 2	
Gezins-items	
G1. Armoedige woning, te weinig ruimte voor de kinderen	Op wachtlijst plaatsen voor grotere woning
G2. Vader verliet het huishouden 2 jaar geleden	
G3. Eén goede vriendin, geen vrijetijdsactiviteiten	Moeder stimuleren in ieder geval 1 gestructureerde vrijetijdsactiviteit te gaan ondernemen, o.a. om nieuwe sociale contacten op te doen
G4. Hoge mate van ouderlijke stress, geïsoleerd	Idem als voor G3. Structureel in de week rustpunten voor moeder inbouwen/oppas regelen
G5. Inconsequente opvoedingsstijl, slaan, gebrek aan toezicht	Parent Management Training
G6. Vader veroordeeld wegens relationeel geweld	
Kind-items	
K1. Geen ontwikkelingsproblemen	
K2. Begin van de gedragsproblemen op 5-jarige leeftijd	Begin lijkt samen te hangen met vertrek van vader
K3. Getuige van extreem relationeel geweld tussen de ouders	Eventueel traumaverwerking voor de kinderen
K4. Impulsief, concentratieproblemen	Nader onderzoek door een kinderpsychiater om ADHD uit te sluiten
K5. Leuk kind, creatief	
K6. Eén positieve relatie met een vriendje; veel afgewezen	Agressiehanteringsinterventie voor Jeroen
K7. Schoolprestaties: achter met lezen	Begeleiding bij het leesonderwijs
K8. Achterstandbuurt, veel criminaliteit	Zie G1.
K9. Heeft contact met de politie	Eventueel in het kader van herstelrecht een interventie opstarten
K10. Antisociale houding: afwezig, voelt zich schuldig	
K11. Antisociaal gedrag: vechtpartij met gebruik van een mes	
K12. Heeft slaapproblemen	Probleemoplossingsvaardigheden verbeteren, kan in aanvulling op de agressiehanteringsinterventie
Responsiviteits-items	
R1. Ontvankelijkheid van het gezin: wil graag hulp, ietwat gereserveerd	
R2. Ontvankelijkheid van het kind: wil leren omgaan met zijn boosheid	

Literatuur

- Agar, S. (2001). *The development of general risk assessment guidelines for physical child abuse and neglect*. Doctoral Dissertation, Simon Fraser University, Burnaby, BC, Canada.
- Augimeri, L.K., Koegl, C.J., Webster, C.D., & Levene, K.S. (2001). *Early Assessment Risk List for boys: EARL-20B, Version 2*. Toronto, Ontario: Earls court Child and Family Centre.
- Augimeri, L.K., Koegl, C.J., Levene, K.S., & Webster, C.D. (2004). Early Assessment Risk Lists for boys and girls: EARL-20B and EARL-21G. In: *Handbook of Mental Health Screening and Assessment for Juvenile Justice*. New York: Guilford.
- Belfrage, H. (1998). Making risk predictions without an instrument. *International Journal of Law and Psychiatry*, 21, 59-64.
- Belfrage, H., & Douglas, K.S. (2002). Treatment effects on forensic psychiatric patients measured with the HCR-20 violence risk assessment scheme. *International Journal of Forensic Dental Health*, 1, 25-36.
- Borum, R. (1996). Improving the clinical practice of violence risk assessment: Technology, guidelines and training. *American Psychologist*, 51, 945-956.
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2002). *Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY), Version 1*. Florida: University of South Florida.
- Catchpole, R.H., & Gretton, H.M. (2003). The predictive validity of risk assessment with violent young offenders: A 1-year examination of criminal outcome. *Criminal Justice and Behavior*, 30, 688-708.
- Doren, D.M. (1998). Recidivism base rates, predictions of sex offender recidivism, and the 'sexual predator' commitment laws. *Behavioral Sciences and the Law*, 16, 97-114.
- Douglas, K.S., & Kropp, P.R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment *Criminal Justice and Behavior*, 29, 617-658.
- 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, S., & Gumpert, C.H. (2003). *Swedish validation of the EARL-20B, a decision-aid for use with children presenting conduct-disordered behaviour*. manuscript submitted for publication.
- Enebrink, P., Långström, N., Neij, J., Grann, M., & Gumpert, C.H. (2001). *Brief report: Interrater reliability of the EARL-20B: A new guide for clinical evaluation of conduct-disordered boys*. Huddinge, Sweden: Karolinska Institute.
- Fuller, J., & Cowan, J. (1999). Risk assessment in a multi-disciplinary forensic setting: Clinical judgment revisited. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 10, 276-289.
- Grove, W.M., & Meehl, P.E. (1996). Comparative efficiency of informal (subjective, impressionistic) and formal (mechanical, algorithmic) prediction procedures: The clinical- statistical controversy. *Psychology, Public Policy, and Law*, 2, 293-323.
- Hart, S.D. (2001). *Risk assessment: Possibilities and impossibilities*. Retrieved from Simon Fraser University website: www.sfu.ca/psychology/groups/hart/violink.html.
- Hildebrand, M., de Ruiter, C. & van Beek, D.J. *SVR-20. Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gewelddadig gedrag*. Utrecht: Forum Educatief.
- Jong, E.M., de, & Reus, C.P.A. (2004). *Kind in Nood II: Besluitvormingsprocessen en risicotaxatie in multidisciplinair teamverband*. Afstudeerscriptie Universiteit van Amsterdam, Afdeling Psychologie.
- Levene, K.S., Augimeri, L.K., Pepler, D., Walsh, M., Webster, C.D., & Koegl, C.J. (2001). *Early Assessment Risk List for Girls: EARL-21G, Version 1, Consultation Edition*. Toronto, Ontario: Earls court Child and Family Centre.
- Levene, K.S., Walsh, M.M., Augimeri, L.K., & Pepler, D. (2004). Linking identification and treatment of early risk factors for female delinquency. In: M. Moretti, C. Odgers, & M. Jackson (Eds.), *Girls and aggression: Contributing factors and intervention principles: Perspectives in law and psychology* (Vol. 19), pp. 131-146. New York: Kluwer Academic/Plenum.

- Lodewijks, H.P.B., Doreleijers, Th., de Ruiter, C., & de Wit-Grouls, H. (2001). *Gestructureerde taxatie van geweldsrisico bij jongeren (geautoriseerde vertaling en onderzoeksversie van de SAVRY)*. Eefde: Rentray.
- Lodewijks, H., de Ruiter, C., & Doreleijers, Th. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Directieve therapie*, 23, 25-42.
- McNiel, D.E., Gregory, A., Lam, J., Binder, R.L., & Sullivan, G. (2003). Utility of decision support tools for assessing acute risk of violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71, 945-953.
- Meehl, P.E. (1996). *Clinical versus statistical prediction: A theoretical analysis and a review of the literature*. Northvale, NJ: Aronson (original work published in 1954).
- Monahan, J., Steadman, H.J., Silver, E., Appelbaum, P., Robbins, P.C. et al. (2001). *Rethinking risk assessment: The MacArthur study of mental disorder and violence*. Oxford, Oxford University Press.
- Philipse, M, de Ruiter, C, Hildebrand, M. & Bouman, Y. *HCR-20. Beoordelen van het risico van gewelddadig gedrag, Versie 2.* Nijmegen/Utrecht: Prof.mr. W.P.J. Pompestichting/Dr. Henri van der Hoeven Stichting.
- Ruiter, C., de, & Pollmann, P. (2003). De risico's van kindermishandeling. *Tijdschrift over Kindermishandeling*, 17, 18-21.
- Ruiter, C., de, & de Jong, E.M. (2005). *CARE-NL: Professionele richtlijnen voor de beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: Socrates Consultancy.
- Sheldrick, C. (1999). Practitioner review: The assessment and management of risk in adolescents. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 40, 507-518.
- Vogel, V., de (2005). *Structured risk assessment of (sexual) violence in forensic clinical practice: The HCR-20 and SVR-20 in Dutch forensic psychiatric patients*. Dissertatie Universiteit van Amsterdam. Amsterdam: Dutch University Press.
- Vogel, V., de, de Ruiter, C., Hildebrand, M., Bos, B., & van de Ven, P. (2004). Type of discharge and risk of recidivism measured by the HCR-20: A retrospective study in a Dutch sample of treated forensic psychiatric patients. *International Journal of Forensic Mental Health*, 3, 149-165.
- Vogel, V., de, de Ruiter, C., van Beek, D. & Mead, G. (2004). Predictive validity of the SVR-20 and Static-99 in a Dutch sample of treated sex offenders. *Law and Human Behavior*, 28, 235-251.
- Webster, C.D., Augimeri, L.K., & Koegl, C.J. (2002). The under 12 Outreach Project for antisocial boys: A research based clinical program. In: R.R. Corrado, R. Roesch, S.D. Hart & J.K. Gierowski (Eds.), *Multi-problem violent youth: A foundation for comparative research needs, interventions, and outcomes*, pp. 207-218. Amsterdam: IOS Press.