

Gestructureerde risicotaxatie bij kindermishandeling: De Child Abuse Risk Evaluation - Nederlandse versie (CARE-NL)

C. de Ruiter, M. Hildebrand, S. van der Hoorn

In dit artikel wordt de *Child Abuse Risk Evaluation* – Nederlandse versie (CARE-NL) gepresenteerd. CARE-NL is een gestructureerde richtlijn voor de beoordeling van het risico van alle vormen van kindermishandeling. De richtlijn bevat achttien risicofactoren, waarvan er acht betrekking hebben op Ouderkenmerken, drie op de Ouder-Kind interactie, vijf op het Gezin, en één op kwetsbaarheidsverhogende kenmerken van het Kind. Er is nog een extra risicofactor voor seksueel misbruik. De CARE-NL werd ontwikkeld op basis van de wetenschappelijke onderzoeksliteratuur over risicofactoren voor (herhaling van) kindermishandeling. Wij toetsten de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de voorspellende waarde van het instrument in een retrospectief dossieronderzoek bij vier Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK). In de AMK-dossiers werd relatief weinig teruggevonden over de risicofactoren betreffende de ouders, terwijl Ouderkenmerken, zoals psychische stoornissen en verslaving, de belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling vormen. Er was daarentegen relatief veel aandacht voor kind- en gezinskenmerken. De CARE-NL was betrouwbaar te gebruiken door getrainde beoordelaars en de voorspellende waarde voor uithuisplaatsing en ondertoezichtstelling van het kind twee jaar later was goed. Gebruik van de CARE-NL door professionals zorgt ervoor dat de beoordeling van het risico van kindermishandeling gericht is op de juiste risicofactoren, die gestructureerd en in samenhang worden beschouwd.

Trefwoorden: risicofactoren, risicotaxatie, preventie, kindermishandeling, CARE-NL, AMK, seksueel misbruik

Inleiding

Met het Internationale VN-verdrag voor de Rechten van het Kind (IVRK), dat in 1990 in werking trad, werden alle rechten van een kind vastgelegd. Met betrekking tot kindermishandeling staat in het IVRK vermeld dat alle passende maatregelen genomen moeten worden om het kind te beschermen tegen alle vormen van kindermishandeling, zolang het kind onder de hoede is van de ouder(s), wettige voogd(en) of iemand anders die de zorg voor het kind heeft (art. 19 lid 1 IVRK). In lid 2 van hetzelfde artikel wordt aangegeven dat deze maatregelen doeltreffende procedures dienen te omvatten met betrekking tot de invoering van sociale programma's om te voorzien in de nodige ondersteuning van het kind en van degenen die de zorg voor het kind hebben. Er dienen procedures te zijn voor opsporing, melding, verwijzing, onderzoek, behandeling en follow-up van kindermishandeling, en indien van toepassing, voor inschakeling van rechterlijke instanties (art. 19 lid 2 IVRK).

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 lichamelijke mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, psychische of emotionele mishandeling, psychische of emotionele verwaarlozing en seksueel misbruik.

Vroegtijdig signaleren van kindermishandeling is essentieel om effectieve interventies toe te kunnen passen in risicogevele. Zowel professionals (kinderartsen, huisartsen, medewerkers van consultatiebureaus, leerkrachten) als niet-professionals (buurbewoners, gezinsleden, ouders zelf) kunnen (een vermoeden van) kindermishandeling melden bij het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Per 1 januari 2005 is het AMK onderdeel van de Bureau Jeugdzorg (BJZ). Het AMK heeft speciale bevoegdheden wat betreft het onderzoek naar mogelijke slachtoffers van kindermishandeling. Het primaire werkproces van het AMK begint met een bericht van een professional of een niet-professional die een vermoeden van kindermishandeling doorgeeft. De melding wordt aangenomen waarbij tijdens het gesprek een inschatting wordt gemaakt van de ernst of urgentie en de mate waarin de melder de situatie zelf adequaat kan aanpakken. Door middel van een intercollegiaal overleg waaraan een vertrouwensarts, een maatschappelijk werker en het bureauhoofd deelnemen, wordt bepaald of het AMK overgaat

tot onderzoek. Bij een melding heeft het AMK volgens de Wet op de Jeugdzorg (art. 54) de bevoegdheid om vier weken onderzoek te doen zonder de betrokkenen (meestal de ouder(s)) van het aangemelde gezin op de hoogte te stellen. Bij direct gevaar voor het kind wordt een doorgeleiding gedaan naar de Raad voor de Kinderbescherming (RvdK). In het onderzoek wordt informatie verzameld afkomstig van informatiebronnen als ouders/verzorgers (als deze op de hoogte gesteld zijn), kinderen, huisarts, jeugdgezondheidszorg en school. Binnen 13 weken (91 dagen) na de melding moet het onderzoek een resultaat opleveren. Het AMK verleent zelf geen hulp en moet volgens de Wet op de Jeugdzorg de casus, indien hulp nodig is, overdragen aan BJZ. De verwijzing naar de hulpverlening gebeurt door BJZ.

In het begin van deze eeuw deden zich in Nederland een aantal schrijnende gevallen voor van falende kindbescherming, die een aantal jonge kinderen fataal werd. In Roermond stichtte een vader in de nacht van 11 op 12 juli 2002 brand in zijn huis met daarin zijn zes kinderen en zijn vrouw, die allen omkwamen (Inspectie Jeugdzorg, 2002). De Inspectie concludeerde vrij snel na dit drama dat 2,5 jaar bemoeienis van jeugdzorgorganisaties niet geleid had tot een verbetering in de leef- en opvoedingsituatie van de betrokken kinderen, en weet dit vooral aan een gebrek aan informatieoverdracht tussen de verschillende instanties (Inspectie Jeugdzorg, 2002). In een publicatie uit 2003 (de Ruiter & Pollmann, 2003) wezen wij al op een ander knelpunt in

deze en vergelijkbare cases (bijv. de zaak Savanna), namelijk het tekortschieten van de kwaliteit van de risicotaxatie. Die taxatie, door AMK-medewerkers, de RvdK, en andere jeugdzorginstanties, gebeurde overwegend op basis van het ongestructureerde klinische oordeel, wat onbetrouwbaar en inaccuraat is.

Aan de Simon Fraser University, Vancouver, Canada bestond al een traditie van onderzoek naar gestructureerde methoden van risicotaxatie voor diverse vormen van geweld, onder andere partnermishandeling en seksueel geweld (Boer et al., 1997). In 2002 verscheen daar een dissertatie, waarin een gestructureerde richtlijn voor de beoordeling van het risico van (alleen) 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 Ruiter & de Jong, 2006).

Methode en rationale voor de ontwikkeling van de CARE-NL

De CARE-NL is bedoeld voor professionals die in hun werk te maken hebben met secundaire preventie van kindermishandeling, en niet op signalering van kindermishandeling in de algemene bevolking (primaire preventie). Aan de hand van systematisch literatuuronderzoek naar risicofactoren voor diverse

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

Ouderfactoren (O)	
O1	In het verleden gepleegde mishandeling van een kind
O2	De ouder/verzorgers is zelf slachtoffer van kindermishandeling
O3	Ernstige psychische stoornis
O4	Suïcidale of moorddadige gedachten
O5	Problemen met 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
Ouder-Kind factoren (OK)	
OK9	Problemen met kennis over de opvoeding van kinderen, opvoedingsvaardigheden en/of -attitudes
OK10	Negatieve opvattingen ten aanzien van het kind
OK11	Problemen in de interactie tussen ouder en kind
Kindfactoren (K)	
K12	Kwetsbaarheidverhogende kenmerken van het kind
Gezinsfactoren (G)	
G13	Gezinsstressoren in het afgelopen jaar
G14	Sociaal-economische stressoren in het afgelopen jaar
G15	Ontoereikende sociale steun in het afgelopen jaar
G16	Relationeel geweld
G17	Culturele invloeden
Seksueel misbruik (S)	
S18	RRASOR (Rapid Risk Assessment for Sex Offender Recidivism)

vormen kindermishandeling werd de oorspronkelijke Canadese CARE uitgebreid met een aantal extra risicofactoren. Wij waren vooral op zoek naar factoren die herhaling van kindermishandeling konden voorspellen in gezinnen waar al eerder sprake was van kindermishandeling of waar er sterke vermoedens daarover waren. Een systematisch literatuuroverzicht over risicofactoren voor kindermishandeling laat zien 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 (de Ruiter & de Jong, 2006) bevat 18 risicofactoren (zie Tabel 1). Acht van de 18 risicofactoren hebben betrekking op de ouders, drie op de ouder-kind relatie, vijf op gezinskenmerken en één op kwetsbaarheidsverhogende kenmerken van het kind; 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.

Er is sprake van een hoge mate van clustering van alle vormen van kindermishandeling (Clemmons, Walsh, DiLillo, & Messman-Moore, 2007; Higgins & McCabe, 2000; Trocme, Toruigny, MacLaurin, & Fallon, 2003). Lichamelijke kindermishandeling en verwaarlozing komen vaak samen voor (Higgins & McCabe, 2000; Tourigny, Hébert, Joly, Cyr, & Baril, 2008). In gezinnen waar sprake is van partnermishandeling, vindt vaak ook kindermishandeling plaats. Zo vonden Hazen, Connelly, Kelleher, Landsverk en Barth (2004) in hun onderzoek dat in 44,8 procent van de gevallen van vermoedelijke kindermishandeling tevens partnermishandeling voorkwam. Ook het omgekeerde is gevonden: in een populatie van gezinnen waarin relationeel geweld plaatsvindt, is de kans ongeveer 40 procent dat de kinderen lichamelijk mishandeld worden (Appel & Holden, 1998; Ross, 1996; Rumm, Cummings, Kraus, Bell, & Rivara, 2000). Bovendien lopen verschillende vormen van kindermishandeling veelal in elkaar over. Wanneer mishandeling bijvoorbeeld bestaat uit opsluiting of vastbinden worden de emotionele basisbehoeften van het kind ondermijnd. Echter, wanneer het kind door deze omstandigheden verwondingen worden toegebracht, spreekt men (ook) van lichamelijke mishandeling.

De CARE-NL risicofactoren zijn niet uitputtend. De beslissing om een beperkt aantal goed definieerbare factoren in de CARE-NL op te nemen houdt verband met het doel de risicotaxatie zowel breed toepasbaar als efficiënt te houden. Veel risicofactoren die in de literatuur worden genoemd, zijn gebaseerd op klinische ervaring en niet empirisch onderzocht, en zijn om die reden niet in de CARE-NL opgenomen. De gebruiker van

de CARE-NL heeft echter de mogelijkheid om in een specifiek geval risicofactoren toe te voegen die hij/zij belangrijk acht, zelfs wanneer daarvoor nog geen wetenschappelijke evidentie bestaat.

De CARE-NL behoort tot de zogenaamde derde-generatierisicotaxatie-instrumenten, dat wil zeggen, 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. Kropp, Hart, Webster en Eaves (1999) wijzen erop dat in bepaalde gevallen het eindoordeel 'hoog risico' gebaseerd kan zijn op de aanwezigheid van slechts één risicofactor (bijvoorbeeld Moorddadige gedachten). Daarentegen kan het risico in een geval waarbij een groot aantal risicofactoren aanwezig is, als 'laag risico' beoordeeld worden mits deze factoren goed worden gehanteerd (zogenaamde risicohantering). Twee gevallen kunnen dezelfde totale risico-'score' krijgen, maar een volledig verschillende aanpak van risicohantering vereisen. In diverse studies is aangetoond dat het gestructureerde professioneel oordeel, zoals gebaseerd op instrumenten als de HCR-20 en de SVR-20, een significant betere voorspelling oplevert dan een optelling van de risicofactoren (Douglas, Ogloff, & Hart, 2003; Enebrink et al., 2006; Kropp & Hart, 2000).

Doelgroep

De CARE-NL is ontwikkeld voor het beoordelen van het risico van kindermishandeling in zowel civiele als forensische settings. In Nederland betekent dit dat alle uitvoerende instanties die vallen onder de Wet op de Jeugdzorg gebruik kunnen maken van de CARE-NL. Te denken valt aan de BIZ's, AMK's en de RvdK. Bovendien kan het instrument van toepassing zijn in de Jeugdgezondheidszorg (consultatiebureaus) en in civielrechtelijke procedures (bijvoorbeeld rondom echtscheiding, voogdijtoewijzing). Ten slotte kan de CARE-NL ook gebruikt worden voor opleidingsdoeleinden (bijvoorbeeld door huisartsen en kinderartsen), voor kwaliteitsbewaking (Inspectie voor de Gezondheidszorg, Integraal Toezicht Jeugdzaken) en voor de evaluatie van ernstige incidenten (cf. de Roermondse casus; de Ruiter & Pollmann, 2003).

De CARE-NL is geschikt voor het verrichten van onderzoek, het opstellen van een risicohanteringsplan, en het nemen van beslissingen over een kind of gezin inzake (vermoedens van) kindermishandeling. In deze situaties ligt de verantwoordelijkheid bij de gebruiker om ervoor te zorgen dat de risicotaxatie verricht wordt met inachtneming van relevante wetgeving, richtlijnen en beleid. De gebruiker dient over kennis met betrekking tot diagnostische methoden te beschikken en dient deskundig te zijn op het gebied van kindermishandeling. Een tweedaagse training in het gebruik van het instrument aan de hand van casuïstiek wordt sterk aangeraden om de CARE-NL op een deskundige wijze te kunnen gebruiken. Ook daarna is regelmatige interactie, waarbij cases besproken worden, van groot nut. Wanneer

de professional van mening is dat de beoordeling van bepaalde risicofactoren (bijvoorbeeld 'Ernstige psychische stoornis') niet tot zijn/haar expertisegebied behoort en deze aspecten van belang zijn in een specifieke casus, dienen professionals die wel over deze deskundigheid beschikken, geraadpleegd te worden.

Betrouwbaarheid en predictieve validiteit

Voor een professioneel beoordelingsinstrument zoals de CARE-NL is een adequate interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van groot belang: twee beoordelaars dienen op basis van informatie over de casus tot een gelijklopend oordeel over de aanwezigheid van risico(factoren) te komen. Ten tweede dient de uitkomst van de CARE-NL een goede voorspeller te zijn van nieuwe incidenten van kindermishandeling (predictieve validiteit).

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de predictieve validiteit van de CARE-NL zijn onderzocht middels een retrospectief onderzoeksdesign: op basis van oude dossiers van het AMK zijn CARE-NL beoordelingen verricht, die vervolgens gerelateerd werden aan follow-up gegevens. Zo'n retrospectief design is gebruikelijk als een eerste toets van de voorspellende waarde van een instrument. Naast de beantwoording van de onderzoeksvragen naar de betrouwbaarheid en validiteit van de CARE-NL, biedt dit onderzoek de mogelijkheid om na te gaan in hoeverre AMK-dossiers informatie over de relevante risicofactoren bevatten.

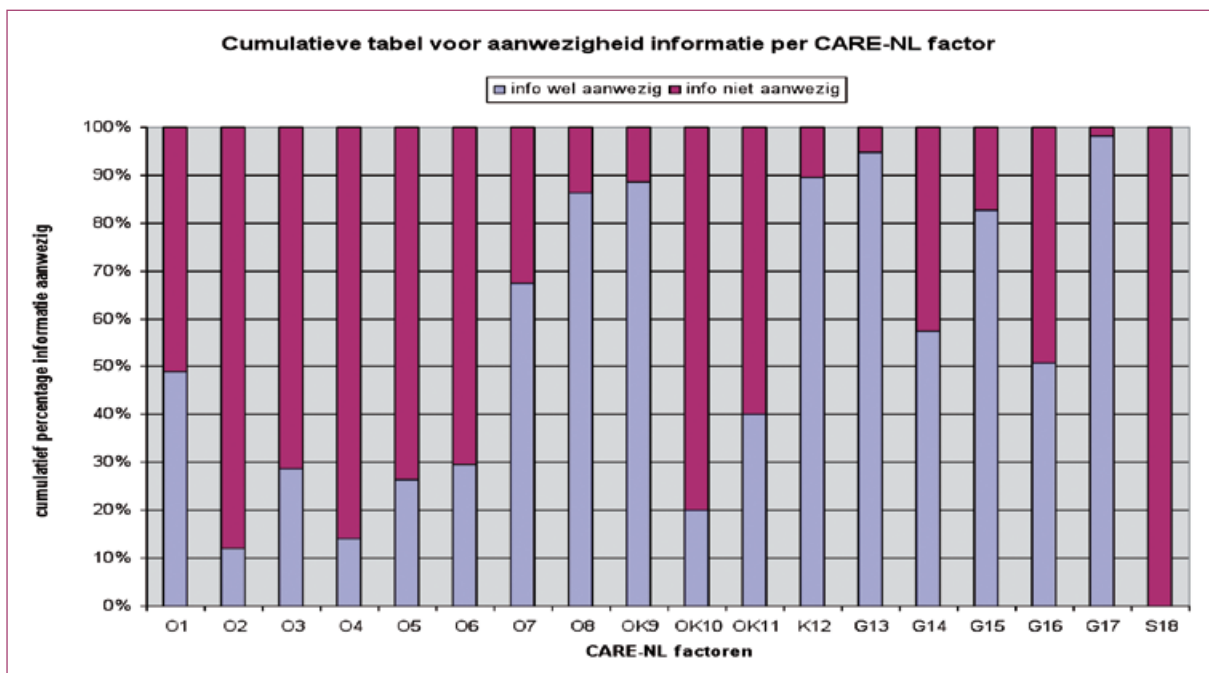
De steekproef bestond uit 240 dossiers van gezinnen aangemeld in de jaren 2002/2003 bij vier AMK's verspreid over Nederland wegens een vermoeden van kindermishandeling. Het betreft eerste meldingen van mishandeling, waarbij door het AMK ook daadwerkelijk een (afgerond) onderzoek verricht is. In totaal

zijn er van de 240 dossiers 29 uitgevallen (N = 211). De redenen hiervoor waren divers. Bij een aantal dossiers was sprake van een onmiddellijke doorgeleiding naar de RvdK met beperkt onderzoek door het AMK.

De gemiddelde duur van melding tot en met sluiting van het dossier bedroeg 220,2 dagen (SD=145,8; minimum van 8 dagen, maximum van 770 dagen). Zoals gezegd moet volgens de Wet op de Jeugdzorg binnen een termijn van 91 dagen vanaf de melding een resultaat van het onderzoek bekend zijn. Het gemiddelde laat zien dat de meeste onderzoeken bij het AMK fors over deze termijn heen zijn gegaan. In totaal zijn 43 (20,4%) van de dossiers binnen 91 dagen afgehandeld.

De dossiers van het AMK werden gescoord aan de hand van de achttien risicofactoren van de CARE-NL. In veel gevallen konden de risicofactoren niet gescoord worden, omdat geen informatie hierover vermeld werd in de dossiers. Figuur 1 geeft het percentage weer van de aan- en afwezigheid van informatie over de achttien risicofactoren.

De belangrijkste bevinding is dat zeer weinig informatie werd gevonden over een aantal van de Ouderfactoren. Vooral over de risicofactoren O2 'De ouder/verzorger is zelf slachtoffer van kindermishandeling' (88%), O3 'Ernstige psychische stoornis' (71,3%), O4 'Suïcidale of moorddadige gedachten' (86%), O5 'Problemen met het gebruik van middelen' (73,5%) en O6 'Persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door boosheid, impulsiviteit of instabiliteit' (70,4%) was in de meeste dossiers geen informatie beschikbaar. Maar ook over de risicofactoren waarin de relatie met het kind en de opvattingen ten opzichte van het kind gescoord moesten worden, werd in veel gevallen weinig informa-



Figuur 1 Percentage AMK-dossiers waarin informatie aanwezig was over de 18 risicofactoren van de CARE-NL

tie gevonden (OK10 'Negatieve opvattingen ten opzichte van het kind'; 79,9% en OK11 'Problemen in de ouder-kind interactie'; 59,9%). Over de risicofactor OK9 'Problemen met kennis over de opvoeding van kinderen, opvoedingsvaardigheden en/of -attitudes' (88,6%) was meestal wel informatie te vinden. Dit geldt ook voor de risicofactor K12 'Kwetsbaarheidverhogende kenmerken van het kind' (89,5%). Hierbij moet wel opgemerkt worden dat een leeftijd jonger dan zes jaar een kwetsbaarheidverhogende factor is, en de leeftijd van de kinderen altijd in de dossiers staat. Van de omstandigheden van het gezin (Gezinsfactoren) werd in de meeste dossiers een duidelijk beeld geschetst. Uit de meeste dossiers kon opgemaakt worden of culturele invloeden een rol speelden in het gezin (G17; 98,2%) en welke stressoren (G13; 94,8%) het gezin beïnvloedden. Gegevens over de financiële situatie van het gezin ontbraken vaak (G14 'Sociaal-economische stressoren in het afgelopen jaar'; 42,7%) evenals informatie over de relatie tussen de ouders/verzorgers (G16 'Relationeel geweld'; 50%). Ten slotte kon de risicofactor Seksueel geweld voor geen van de dossiers gescoord worden, omdat onvoldoende informatie beschikbaar was.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

Drie codeurs werden in het project betrokken en zij werden getraind in de CARE-NL door C. de Ruiter. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vast te stellen, werden 60 dossiers (15 *at random* geselecteerde cases per AMK) onafhankelijk gescoord door de drie opgeleide codeurs. De resterende dossiers werden verdeeld onder de drie codeurs. De *interbeoordelaarsbetrouwbaarheid* is vastgesteld aan de hand van de *Intraklasse Correlatie Coëfficiënt* (ICC). Hierbij is gekozen voor de ICC van het *consistency* type, waarbij gebruik is gemaakt van het *two-way random effect variance model* (McGraw & Wong, 1996). De ICC is een maat voor interbeoordelaar-overeenstemming die de feitelijke overeenstemming als proportie van de potentiële overeenstemming weergeeft, na correctie voor de toevalsovereenstemming (Bouter & Van Dongen, 1995). ICC's hebben een minimale waarde van 0.0 en een maximale waarde van 1.0. ICC-waarden worden geïnterpreteerd volgens de volgende richtlijn: ICC \geq .75

= zeer hoog; .60 \leq ICC < .75 = hoog; .40 \leq ICC < .60 = matig; ICC < .40 = laag (Bouter & Dongen, 1995; Fleiss, 1986). De *single measure* ICC geeft de betrouwbaarheid wanneer het instrument door één beoordelaar zou worden ingevuld. De *average* ICC geeft de betrouwbaarheid van de CARE-NL weer als deze door meerdere beoordelaars zou worden ingevuld, die vervolgens tot een consensus zouden komen (Shrout & Fleiss, 1979).

De ICC-waarden zijn per factor over een verschillend aantal cases berekend omdat over veel van de factoren geen informatie in de dossiers te vinden was. Tabel 2 laat zien dat de resultaten voor de *average* ICC voor alle typen risicofactoren (Ouderfactoren: .66 < ICC < .94, Ouder-kindfactoren: .85 < ICC < 1.0, Kindfactor: .83 en Gezinsfactoren: -.18 < ICC < .93) hoger zijn dan voor de *single* ICC (Ouderfactoren: .40 < ICC < .84, Ouder-kindfactoren: .66 < ICC < 1.0, Kindfactor: .62 en Gezinsfactoren: -.08 < ICC < .81). Dit geldt ook voor het gestructureerde professionele oordeel voor de ouder/opvoeder en voor het gezin. Omdat in de meeste situaties waarin in de Nederlandse jeugdbescherming een risicotaxatie van kindermishandeling verricht wordt, sprake zal zijn van slechts één professional die de CARE-NL scoort, is de *single* ICC het meest representatief. Deze ICC's lopen sterk uiteen in dit onderzoek, dit is waarschijnlijk mede te wijten aan het feit dat de informatie in de dossiers niet verzameld was met het oog op het coderen van de CARE-NL.

Predictieve validiteit

Omdat dossiers uit de jaren 2002/2003 werden gebruikt, was het mogelijk om na circa drie jaar (in 2006) follow-up gegevens over de gemelde gezinnen te verzamelen. Met de gekoppelde gegevens werd door een onderzoeker nagegaan of de desbetreffende kinderen/gezinnen voor de tweede keer aangemeld waren bij het AMK (op basis van het KIDS-systeem) of bij BIZ (op basis van het IJ-systeem) in de vier regio's. Ook werd nagegaan of het gezin hulp had gekregen, en zo ja, wat voor hulp. Ook werd geregistreerd of het kind/de kinderen uit huis geplaatst waren en of er een OTS-maatregel was opgelegd.

Om de predictieve validiteit te bepalen is gebruik gemaakt van de *Receiver Operating Characteristics (ROC) analyse* (Bouter & Van

Tabel 2 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de CARE-NL

CARE-NL domeinen	Single ICC	95% BI	Average ICC	95% BI	N
Categorieën risicofactoren					
Categorie Ouderfactoren	.59	.51 – .67	.81	.76 – .86	140
Categorie Ouder-kindfactoren	.80	.74 – .85	.92	.90 – .94	123
Categorie Kindfactoren	.62	.54 – .70	.83	.78 – .88	155
Categorie Gezinsfactoren	.66	.58 – .72	.85	.81 – .89	135
Professioneel oordeel CARE-NL					
GPO voor opvoeder	.59	.51 – .66	.81	.76 – .86	
GPO voor gezin	.56	.48 – .64	.79	.73 – .84	
Noot. BI = betrouwbaarheidsinterval. GPO = Gestructureerd professioneel oordeel					

Dongen, 1995; Rice & Harris, 1995). De ROC-analyse zet voor verschillende cut-off scores van de CARE-NL de sensitiviteit (X-as) af tegen de specificiteit (Y-as), waardoor de zogenaamde ROC-curve ontstaat. De oppervlakte onder deze curve geeft de AUC-waarde (*Area Under the Curve*). De AUC geeft de kans aan dat een willekeurig gezin waarin sprake is van herhaling van kindermishandeling ten opzichte van een willekeurig gezin waarin geen nieuwe kindermishandeling plaatsvindt, een hogere score heeft op de CARE-NL. De minimale waarde van de AUC is 0, de maximale waarde 1. Een AUC van .50 betekent een voorspellende waarde op kansniveau. Een AUC-waarde van .75 of hoger wordt als een goede voorspellende waarde beschouwd (Douglas, 2001).

Door gebrek aan eenduidigheid in de dossiervorming bleek dat niet onderzocht kon worden wat de voorspellende waarde voor nieuwe meldingen van kindermishandeling was. Bij sommige AMK's werden tweede meldingen over hetzelfde kind in het dossier geregistreerd als onderdeel van het dossier van de eerste melding; bij andere gebeurde dit niet. Ook werden per AMK verschillende criteria toegepast om nieuwe meldingen te registreren. Het was ook mogelijk dat het gezin al bij het BJJ kwam voor hulp, waardoor een nieuwe melding rechtstreeks naar de gezinsvoogd ging, in plaats van naar het AMK. Daarom werd gezocht naar een alternatieve uitkomstmaat. In de dossiers van het AMK werd vermeld of er sprake was van Uithuisplaatsing of Onder Toezichtstelling (OTS). Verondersteld werd dat ingrepen als Uithuisplaatsing en OTS samenhangen met een als hoog getaxeerd risico van kindermishandeling. Daarom is er voor gekozen de Uithuisplaatsing en de OTS-maatregel als alternatieve uitkomstmaat voor herhaling van kindermishandeling te hanteren, om (toch) de predictieve validiteit van de CARE-NL te kunnen onderzoeken.

Het gestructureerde professionele oordeel op de CARE-NL (laag-matig-hoog) laat een redelijke predictieve validiteit zien voor OTS (AUC = .73) en een goede predictieve validiteit voor Uithuisplaatsing (AUC = .77).

Conclusie

De CARE-NL is een risicotaxatie-instrument, dat een wetenschappelijke onderbouwing biedt bij de beoordeling van het risiconiveau en het opstellen van een risicohanteringsplan, in gevallen van (vermoedens van) kindermishandeling. In dit retrospectieve onderzoek is gekeken naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de CARE-NL. Dit is het eerste onderzoek in Nederland naar de voorspellende waarde van een risicotaxatie-instrument voor kindermishandeling.

In de AMK-dossiers werd weinig teruggevonden over de risicofactoren betreffende de ouders. Ouderfactoren hebben, in vergelijking met de andere risicofactoren, de grootste impact op kindermishandeling (Brown, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Ethier, Courture, & Lacharité, 2004; Hindley et al., 2006). Gevallen waarin psychische stoornissen (O3) en persoonlijk-

heidsstoornissen (O6) een rol spelen zijn complexe zaken, waarvoor misschien onvoldoende aandacht is. Ook vonden wij het opvallend dat de AMK-medewerkers slechts in 25 procent van de dossiers informatie noteerden over eventuele verslavingsproblematiek, terwijl verslaving een belangrijke risicofactor is voor verwaarlozing. De dossiers zijn vollediger wat betreft de informatie over de opvoedingsvaardigheden van de ouders, de gezinsomstandigheden worden voldoende in kaart gebracht en informatie over de kwetsbaarheden van het aangemelde kind is bijna altijd terug te vinden. De gevonden waarden voor de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid waren goed, evenals de predictieve validiteit. We verwachten dat deze waarden nog hoger zullen uitvallen wanneer in prospectief vervolgonderzoek gericht informatie wordt verzameld over alle CARE-NL risicofactoren.

Het onderzoek heeft de meerwaarde van de CARE-NL voor professionals die zich een oordeel moeten vormen over het risico van kindermishandeling laten zien. De CARE-NL biedt een systematiek waarin men gedwongen wordt alle risicofactoren, die wetenschappelijk aantoonbaar samenhangen met een verhoogd risico op kindermishandeling, in de taxatie te betrekken. De AMK-medewerkers vertoonden een overmatige focus op kind- en gezinskenmerken ten koste van ouderkenmerken, terwijl deze laatste de belangrijkste risicofactoren voor kindermishandeling zijn. In de jaren vanaf 2007, is de CARE-NL door een aantal AMK's in Nederland als standaard ingevoerd. Medewerkers zijn (en worden nog steeds) door ons opgeleid middels een tweedaagse training, waardoor meer eenheid in taal is ontstaan. Het zou interessant zijn om in de komende jaren met deze AMK's een prospectief onderzoek naar de waarde van de CARE-NL voor het voorkomen van kindermishandeling uit te voeren. Ook verdient het aanbeveling dat andere partnerorganisaties in de kindbescherming, zoals de RvdK en de gezinsvoogdij, de CARE-NL in hun standaardinstrumentarium opnemen. ■

Dit hoofdstuk zal verschijnen in: Lodewijks, H.P.B. & van Domburgh, L. (red.) (2012). Instrumenten voor risicotaxatie bij kinderen en jongeren. Amsterdam: Pearson.

Auteurs

- Prof. dr. Corine de Ruiter is hoogleraar Forensische psychologie aan de Universiteit Maastricht. Zie www.corinederuiter.eu. Correspondentie: corine.deruiter@maastrichtuniversity.nl.
- Dr. mr. Martin Hildebrand is zelfstandig gevestigd forensisch psychologisch onderzoeker/consultant.
- Steven van der Hoorn is psycholoog in opleiding tot gz-psycholoog bij GGZinGeest. Hij volgt een deel van de opleiding bij het NIFP te Den Haag.

Literatuur

- Agar, S. E. (2003). The development of general risk assessment guidelines for physical child abuse and neglect. PhD Dissertation. Burnaby, B.C.: Simon Fraser University.
- Appel, A.E. & Holden, G.W. (1998). The co-occurrence of spouse and physical

- child abuse: a review and appraisal. *Journal of Family Psychology*, 12, 578-599.
- Boer, D.P., Hart, S.D., Kropp, P.R. & Webster, C.D. (1997). *Manual for the Sexual Violence Risk - 20 (SVR - 20)*. Burnaby, Canada: Simon Fraser University. [Nederlandse vertaling: Hildebrand, M., de Rooter, C., & van Beek, D. (2001). *SVR -20: Richtlijnen voor het beoordelen van het risico van seksueel gedrag*. Utrecht: Van der Hoeven Stichting]
 - Bouter, L.M. & van Dongen, M.C.J.M. (1995). Epidemiologisch onderzoek opzet en interpretatie. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, derde herziene druk.
 - Brown, J., Cohen, P., Johnson, J.P. & Salzinger, S. (1998). 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 and Neglect*, 22, 1065-1078.
 - Clemmons, J.C., Walsh, K., DiLillo, D. & Messman-Moore, T.L. (2007). Unique and combined contributions of multiple child abuse types and abuse severity to adult trauma symptomatology. *Child Maltreatment*, 12, 172-181.
 - Douglas, K.S. (2001). HCR-20 violent risk assessment scheme: Overview and annotated bibliography. Burnaby, Canada: The Mental Health, Law & Policy Institute, Simon Fraser University.
 - 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.
 - Ethier, L.S., Couture, G. & Lacharité, C. (2004). Risk factors associated with the chronicity of high potential for child abuse and neglect. *Journal of Family Violence*, 19, 13-24.
 - Fleiss, J.L. (1986). *The design and analysis of clinical experiments*. New York: Wiley.
 - Higgins, D. J. & McCabe, M. P. (2000). Multi-type maltreatment and the long-term adjustment of adults. *Child Abuse Review*, 9, 6-18.
 - 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.
 - Inspectie Jeugdzorg (2002). *Casus Roermond nader onderzocht*. Den Bosch: Inspectie Jeugdhulpverlening en jeugdbescherming Regio Zuid.
 - Inspectie Jeugdzorg (2005). *Bellen met het AMK, en dan? Een onderzoek naar de werkwijze van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling*. Utrecht: augustus 2005.
 - 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.
 - Kropp, P.R., Hart, S.D., Webster, C.D. & Eaves, D. (1999). *Manual for the Spousal Assault Risk Assessment Guide (Version 3)*. Vancouver: British Columbia Institute against Family Violence.
 - McGraw, K.O. & Wong, S.P. (1996). Forming inferences about some intra-class correlation coefficients. *Psychological Methods*, 1, 30 -46.
 - Rice, M.E. & Harris, G.T. (1995). Violent Recidivism: assessing predictive validity. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 737-748.
 - Rooter, C. de & de Jong, E.M. (2006). *CARE-NL: Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: C. de Rooter.
 - Rooter, C. de & Pollmann, P. (2003). *De risico's van kindermishandeling*. Tijdschrift over Kindermishandeling, 17, 18-21.
 - Shrout, P.E. & Fleiss, J.L. (1979). Intra-class correlations: uses in assessing rater reliability. *Psychological Bulletin*, 86, 420-428.
 - Tourigny, M., Hébert, M., Joly, J., Cyr, M. & Baril, K. (2008). Prevalence and co-occurrence of violence against children in the Quebec population. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 32, 331-335.
 - Trocmé, N.M., Toruigny, M., MacLaurin, B. & Fallon, B. (2003). Major findings of the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, 27, 1427 - 1439.



Help War Child de oorlog uit een kind te halen

Kinderen horen niet thuis in een oorlog. Nooit. En toch gebeurt het. Elke dag. War Child zet zich in voor een vreedzame toekomst voor oorlogskinderen en richt zich op hun psychosociale ontwikkeling. Creativiteit, sport en onderwijs staan in de aanpak centraal. Met deze activiteiten helpen we kinderen hun kracht terug te vinden, zodat zij in staat zijn om de toekomst te veranderen.

Word nu Friend. Ga naar www.warchild.nl

Deze advertentie is 100% gesponsord

