

Instrumenten voor risicotaxatie

Kinderen en jeugdigen

H.P.B. Lodewijks en L. van Domburgh (redactie)

PEARSON

10 Risicotaxatie bij kindermishandeling - De Child Abuse Risk Evaluation- Nederlandse versie (CARE-NL)

Corine de Ruiter, Martin Hildebrand en Steven van der Hoorn

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 risicogeveallen. Zowel professionals (kinderartsen, huisartsen, medewerkers van consultatiebureaus, leerkrachten) als niet-professionals (buurtbewoners, 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 Bureaus 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 intercollegiale toetsing wordt bepaald of het AMK overgaat tot onderzoek en een plan van aanpak. 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 (Inspectie Jeugdzorg, 2005).

In het begin van deze eeuw deden zich in Nederland een aantal schrijnende gevallen voor van falende kinderbescherming, 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 heeft 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. In een publicatie uit 2003 (de Ruiters & Pollmann, 2003) wezen wij al op een ander knelpunt in deze en vergelijkbare cases (bijvoorbeeld 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 Nederlandse richtlijn voor risicotaxatie van alle typen kindermishandeling, de *Child Abuse Risk Evaluation-NL* (CARE-NL; de Ruiter & de Jong, 2006).

Beschrijving van het instrument

De CARE-NL bevat 18 risicofactoren (zie Tabel 10.1). Acht van de 18 risicofactoren hebben betrekking op de ouders, drie op de ouder-kindrelatie, vijf op gezinskenmerken, 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).

Ouderfactoren (O)

- 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 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-kindfactoren (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 Socioeconomische stressoren in het afgelopen jaar
- G15 Ontoereikende sociale steun in het afgelopen jaar
- G16 Relatieve geweld
- G17 Culturele invloeden

Seksueel misbruik (S)

- S18 RRASOR (*Rapid Risk Assessment for Sex Offender Recidivism*)

Tabel 10.1 Risicofactoren CARE-NL (de Ruiter & de Jong, 2006)

Theoretische achtergrond van de CARE-NL

Aan de hand van systematisch literatuuronderzoek naar risicofactoren voor diverse vormen van 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 sterke vermoedens daarover waren. De CARE-NL was namelijk 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). Tot die professionals behoren medewerkers van de AMK's en de RvdK, maar ook andere professionals die in hun werk te maken hebben met doelgroepen van plegers en slachtoffers die een verhoogd risico lopen op kindermishandeling. Men kan hierbij denken aan psychiatrische patiënten met agressieregulatieproblemen die de zorg voor een kind dragen, maar ook aan verstandelijk beperkte kinderen die extra kwetsbaar zijn om mishandeld te worden.

Een systematisch literatuuroverzicht over risicofactoren voor kindermishandeling laat zien dat kenmerken van de ouders (ouderfactoren) de belangrijkste voorspelers 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 sociaaleconomische stress) en kwetsbaarheidsfactoren van het kind (bijvoorbeeld jonge leeftijd, verstandelijke beperking).

Er is sprake van een hoge mate van clustering van alle vormen van kindermishandeling (Clemmons, Walsh, DiLillo, & Messman-Moore, 2007; Higgins & McCabe, 2000; Trocmé, 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% 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% dat de kinderen lichamelijk mishandeld worden (Appel & Holden, 1998; 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 generatie risicotaxatie-instrumenten, dat wil zeggen, 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). Gestructureerde risicotaxatie en daaraan gekoppelde risicohantering vereisen complexe en gedetailleerde informatie in vergelijking met een zuiver actuariële benadering waarbij alleen gebruik gemaakt wordt van historische risicofactoren. Twee gevallen kunnen bijvoorbeeld dezelfde totale 'risicoscore' krijgen (de totaalscore op de aanwezige risicofactoren is gelijk), maar een volledig verschillende aanpak van risicohantering vereisen. Met deze aspecten in gedachten is de CARE-NL ontworpen als een leidraad voor professionele besluitvorming en niet als een actuariel instrument. 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 louter actuariële optelling van 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 BJZ'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 Ruiters & 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. Deze deskundigheid kan zijn verworven op basis van een formele opleiding en werkervaring op het terrein van psychologie, pedagogiek, psychiatrie, maatschappelijk werk, verpleging en/of binnen een justitiële setting. Een tweedaagse training in het gebruik van het instrument aan de hand van casuïstiek is noodzakelijk om de CARE-NL op een deskundige wijze te kunnen gebruiken. Ook daarna is regelmatige intervisie, 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.

Wetenschappelijk onderzoek

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).

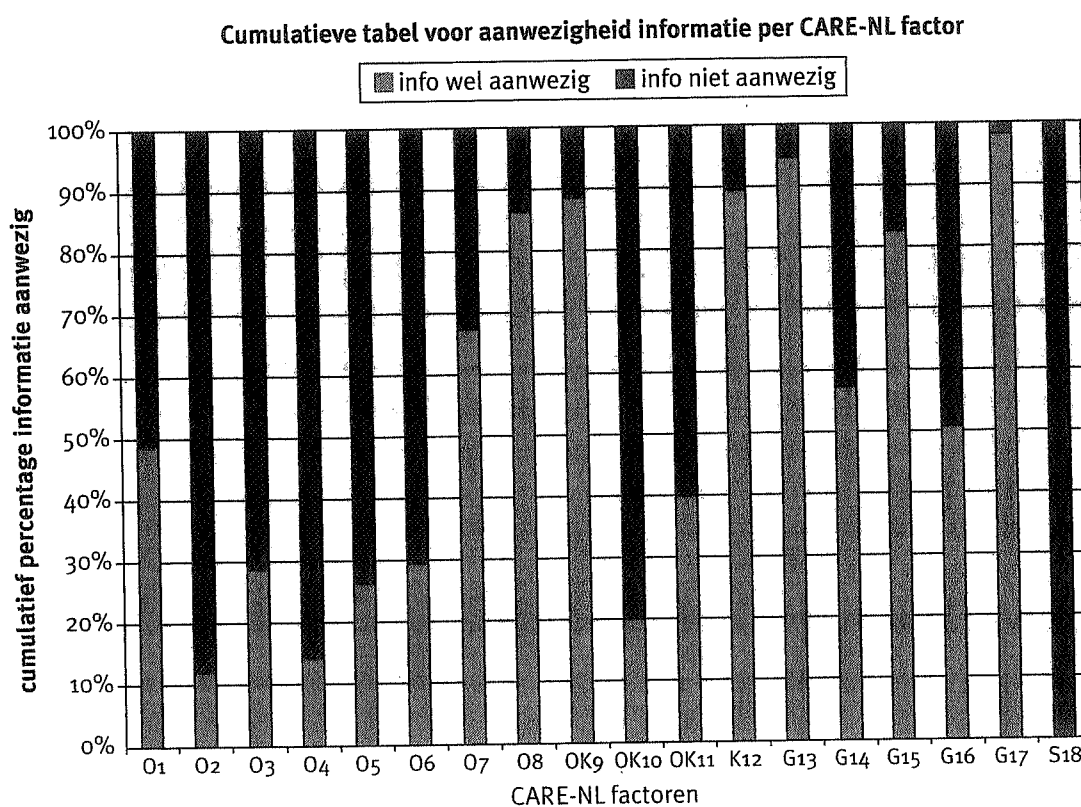
De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid en de predictieve validiteit van de CARE-NL zijn onderzocht middels een retrospectief onderzoeksdesign: op basis van oude dossiers van het AMK zijn beoordelingen met CARE-NL verricht, die vervolgens gerelateerd werden aan follow-upgegevens over nieuwe incidenten van kindermishandeling. Zo een retrospectief design is gebruikelijk als een eerste toets van de voorspellende waarde van een instrument en heeft als voordeel dat niet gewacht hoeft te worden op de follow-upgegevens. 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 de AMK-dossiers informatie over de relevante risicofactoren bevatten. Hiermee wordt inzicht verkregen in hoeverre de AMK-medewerkers in hun onderzoek de belangrijkste empirisch onderbouwde risicofactoren voor kindermishandeling betrekken.

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 naar de (vermoedelijke) mishandeling. 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, waardoor heel beperkt informatie aanwezig was in het AMK-dossier. Bij gemelde kinderen die ouder waren dan 16 jaar, was de kans groot dat het gezin niet bij BJZ aangemeld zou kunnen worden. Gezinnen worden in die gevallen doorverwezen naar andere hulpverlenende instellingen. Deze gevallen werden dan ook niet meegenomen in het onderzoek.

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 (43/211= 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. Gevonden werd dat in veel gevallen de risicofactoren niet gescoord konden worden, omdat geen informatie hierover vermeld werd in de dossiers. Figuur 10.1 geeft het percentage weer van de aan- en afwezigheid van informatie over de 18 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 informatie in de dossiers gevonden (OK10 'Negatieve opvattingen ten opzichte van het kind'; 79.9% en OK11 'Problemen in de ouder-kindinteractie'; 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 6 jaar als een kwetsbaarheidverhogende factor is aangemerkt, en de leeftijd van de kinderen altijd vermeld wordt in de dossiers.



Figuur 10.1 Percentage AMK-dossiers waarin informatie aanwezig was over de achttien risicofactoren van de CARE-NL

Van de omstandigheden van het gezin (Gezinsfactoren) werd in de meeste dossiers een veel duidelijker 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 in veel dossiers (G14 'Sociaaleconomische 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. Per AMK-regio werd over vijftien dossiers een intervisiebespreking gehouden, waarbij steeds twee onderzoekers samen kwamen. Om de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vast te stellen, werden zestig dossiers (vijftien *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 interbeoordelaarsovereenstemming 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 van de CARE-NL wanneer deze door 1 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 10.2 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 retrospectieve onderzoek, en 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.

CARE-NL domeinen	Single IC	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	
<i>Noot.</i> BI = betrouwbaarheidsinterval GPO = Gestructureerd professioneel oordeel					

Tabel 10.2 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid van de CARE-NL

Predictieve validiteit

Omdat dossiers uit de jaren 2002/2003 zijn gebruikt, was het mogelijk om na circa drie jaar (in 2006) follow-upgegevens 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 BJZ (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.

Voor het opvragen van de follow-upinformatie bij BJZ is gebruik gemaakt van het BJZ follow-upformulier, dat speciaal ontwikkeld werd voor dit onderzoek. Deze lijst inventariseert de interventies die het gezin gevolgd heeft, en eventuele aanvullende informatie over deze interventies, zoals deze zijn teruggevonden in het IJ-systeem van BJZ. Onder interventies vielen ook Onder Toezichtstellingen (OTS) en Uithuisplaatsingen.

Om de predictieve validiteit te bepalen is gebruik gemaakt van de *Receiver Operating Characteristics (ROC) analyse* (Bouter & Van 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 van de CARE-NL was voor nieuwe meldingen van kindermishandeling bij het AMK. 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. Er werden per AMK verschillende criteria toegepast om nieuwe meldingen te registreren. Het was ook mogelijk dat het gezin al bij het BJZ 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, in geval van een inschatting van acuut gevaar en grote onveiligheid voor het kind/de kinderen. 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).

Casusbeschrijving

Ter illustratie van het gebruik van de CARE-NL volgt hieronder een casus. Het betreft een melding bij het AMK in verband met vermoedens van kindermishandeling bij een driejarig jongetje, Ramon.

Melding

Ramon (drie jaar) woont bij zijn moeder (Daphne) en haar vriend (Erik), die beiden drank en drugs (wiet) gebruiken. Erik heeft moeder op straat in elkaar geslagen, waar Ramon bij aanwezig was. Ramon kon nog net een schop van Erik ontwijken. De politie (wijkagent) werd erbij betrokken. De melder, een buurman, geeft aan dat Erik bekend is bij de politie. Moeder zou geen aangifte gedaan hebben. De relatie tussen Daphne en Erik is slecht. Ramon is vaak getuige van deze ruzies, waarin Erik bij het minste of geringste door het lint gaat, aldus de buurman. Verder meldt de buurman dat Ramon de hele dag kan doen en laten wat hij wil, zolang moeder er maar geen last van heeft. Hierdoor zit hij de hele dag achter de televisie en gaat hij laat naar bed. Ramon gaat één keer per twee weken naar zijn biologische vader (Mark), maar die schijnt ook geen “fris” persoon te zijn, volgens de melder. Ook hij zou moeder in het verleden geslagen hebben.

Op basis van bovenstaande melding begint het AMK een onderzoek. De bevindingen uit het onderzoek, met name naar moeder en haar vriend, worden hieronder weergegeven op het CARE-NL Codeerblad.

CARE-NL Codeerblad

Datum 9 mei 2007					
	Naam	Man/ Vrouw	Relatie tot kind	Geboortedatum	Aangemeld
Melder 1	Buurman	M			
Opvoeder 1	Moeder (Daphne)	V			
Opvoeder 2	Stiefvader (Erik)	M			
Opvoeder 3	Biologische vader (Mark)	M			
Kind 1	Ramon	M		06-09-2003	X
Categorie mishandeling	De melding doet vermoeden dat er sprake is van emotionele mishandeling (getuige van relationeel geweld). Ook kon Ramon nog net een schop ontwijken (mogelijk lichamelijke mishandeling).				
Voorlopig oordeel	Hoog; alleen op basis van de melding is onmiddellijk onderzoek gestart. De risicotaxatie is uitgevoerd voor moeder en stiefvader.				
Reden melding/ verwijzing	Stiefvader Erik heeft moeder op straat in elkaar geslagen, waar Ramon bij aanwezig was. Ramon kon nog net een schop van Erik ontwijken. Het betreft een open melding bij het AMK; dit betekent dat door vertrouwensarts bekend gemaakt mag worden aan het gezin wie de melding bij het AMK gedaan heeft.				

	Score (I, ?, N, X)	Motivering
Ouder- factoren (O)		
O1. In het verleden gepleegde mishandeling van een kind	Opvoeder 1 I Opvoeder 2 J	Blijkbaar is het niet de eerste keer dat moeder geslagen wordt door haar partner, waarvan Ramon getuige is geweest (= emotionele mishandeling). Moeder heeft niet kunnen voorkomen dat Ramon blootgesteld is aan mishandeling, bovendien herhaalt zij dit in haar nieuwe relatie met stiefvader. Stiefvader vecht met moeder in het bijzijn van Ramon. Dat is een duidelijke aanwijzing voor emotionele mishandeling. Daarnaast zou hij Ramon geslagen hebben (fysieke mishandeling).

O2. De ouder/ verzorger is zelf slachtoffer van kindermishandeling	Opvoeder 1 J	Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat moeder is opgegroeid bij een alcoholverslaafde moeder. De moeder van Daphne (oma van Ramon) was net zwanger geraakt van haar zusje toen haar vader haar van de trap gooide en achterna zat met een honkbalknuppel. Daphne herinnert zich dit als een van de vreselijkste momenten uit haar opvoeding. Al die jaren heeft het geweld tussen haar ouders aangehouden tot ze op haar 16de jaar het huis verliet. Het geweld was altijd gericht op haar moeder, maar soms kon haar vader heel hardhandig omgaan met de kinderen als ze toevallig in de buurt stonden. Al met al duidelijke aanwijzingen dat moeder zelf slachtoffer is geweest van kindermishandeling, meer in het bijzonder emotionele mishandeling en lichamelijke mishandeling
	Opvoeder 2 X	Stiefvader heeft gedurende het onderzoek weinig tot niets losgelaten over zijn verleden. Te weinig informatie om de risicofactor te kunnen scoren.
O3. Ernstige psychische stoornis	Opvoeder 1 N	Er is geen sprake van een psychose of een depressie of een van die grootte psychiatrische beelden. Wel wordt gesproken over 'angsten' bij M, als reden voor haar softdrugsgebruik.
	Opvoeder 2 X	Te weinig informatie in dossier om de risicofactor te kunnen scoren. Huisarts zou hierover bevraagd moeten worden. Hij is wel gewelddadig en op het criminele pad, maar er zijn geen aanwijzingen voor een ernstige psychische stoornis. Er lijkt meer sprake te zijn van persoonlijkheidsproblematiek.
O4. Suïcidale of moorddadige gedachten	Opvoeder 1 X	Er is, gezien de agressieproblematiek in de relatie, alle reden om hier systematisch onderzoek naar te doen. In het AMK onderzoek is dit te weinig uitgevraagd. Dat geldt ook voor haar vriend.
	Opvoeder 2 X	Zie hierboven.
O5. Problemen met het gebruik van middelen	Opvoeder 1 J	Moeder geeft zelf aan doordeweeks weinig te blowen en te drinken en in het weekend (1 keer per twee weken, staat vermeld) zou Ramon bij zijn biologische vader zijn. Volgens de politie zou moeder de hele dag blowen. Het CAD geeft aan dat het blowen vooral is gekoppeld aan haar angsten, in dit geval voor haar huidige vriend. Het CAD heeft dit gehoord van moeder die haar afspraken zeer slecht nakomt en daarmee niet zo'n betrouwbare indruk maakt. Dat er sprake is van afhankelijkheid lijkt aannemelijk omdat ze met regelmaat gebruikt en er sprake is van ontwijkend gedrag tegenover de drugshulpverlening.
	Opvoeder 2 ?	Stiefvader gebruikt en hij zal het gebruik waarschijnlijk bagatelliseren, al is dat uit het onderzoek niet duidelijk naar voren gekomen. Vandaar een score ? (mogelijk/gedeeltelijke aanwijzingen) en geen score J (duidelijke aanwijzingen).

06. Persoonlijkheidsstoornis gekenmerkt door boosheid, impulsiviteit of instabiliteit	Opvoeder 1 ?	Het onderzoek maakt duidelijk dat moeders leven een lange ongelukkige lijn laat zien: in haar gezin van herkomst is haar moeder aan de drank en haar vader is een gewelddadige man. Ze is dan ook al vroeg het huis uit om in de armen te vallen van een gewelddadige man. En na deze komt er een tweede partner die maar weinig beter lijkt. Moeder zegt dat ze hem in geval van geweld op straat zal zetten, maar dat is maar de vraag. Maar ook wat ze bij het CAD zegt over haar angst en gebruik is weinig overtuigend
	Opvoeder 2 J	Stiefvader vertoont crimineel gedrag, is agressief en er is theatraaliteit, zo blijkt uit het onderzoek. De gebroken arm/pols en de blauwe plekken op moeders rug, zoals naar voren is gekomen gedurende het onderzoek, zijn zeer suspect voor mishandeling. Boosheid en agressiviteit is geen twijfel; het was ook de aanleiding voor de melding en een aangifte bij de politie. Gedacht moet worden aan (trekken van) een antisociale/narcistische persoonlijkheidsstoornis.
07. Sterke minimalisering of ontkenning van kindermishandeling	Opvoeder 1 J	Moeder maakt zich zorgen over Ramon, omdat ze bang is dat de situatie niet goed voor hem is en ze wil minder drugs gebruiken, maar onderneemt geen actie. De indruk ontstaat dat ze haar angst voor haar vriend nodig heeft om zich voor haar gebruik te verontschuldigen; tegelijk is het lastig haar zorgen voor Ramon serieus te nemen omdat ze geen serieus werk maakt van de hulpverlening. Het gemelde incident ontkent en bagatelliseert ze, daarbij steunend op de aantekeningen van de wijkagent, die er echter later is bijgeroepen. Verder lijkt er sprake van een behoorlijk gebrek aan inzicht, wat ook een argument is bij dit item.
	Opvoeder 2 J	Gedurende het onderzoek heeft stiefvader zich 'bescheiden' op de achtergrond gehouden, terwijl hij natuurlijk zijn mond had open moeten doen als hij niet gewelddadig agressief was geweest. Over het effect op Ramon laat hij zich ook niet horen.
08. Negatieve houding ten opzichte van interventie	Opvoeder 1 ?/J	Ze is meerdere malen niet op komen dagen voor afspraken bij het CAD en is na twee gesprekken niet meer terug gekomen. Maar ze accepteert wel dat de vertrouwensarts langskomt en gaat blijkbaar ook naar de huisarts als dat nodig is voor blauwe plekken op haar arm en rug. Mogelijk dat ze dus interventies zou accepteren als ze wat sterker zou zijn. Of als de omgeving wat sterker zou aandringen. Het is <i>denkbaar</i> dat ze met sterke externe steun wel in staat blijkt hulp te benutten maar vooralsnog weten we te weinig over haar motivatie en <i>structurele</i> mogelijkheden. Het feit dat zij repeterend de verkeerde partner kiest en uit zo'n nest komt maakt dat wij sceptisch zijn.
	Opvoeder 2 X	We hebben weinig hoop dat stiefvader open zal staan voor daderbehandeling of welke vorm van interventie dan ook, maar het is gedurende het onderzoek niet aan de orde gesteld, daarom een score X.

Ouder – Kind factoren (OK)	Score (J, ?, N, X)	Motivering
OK9. Problemen met kennis over de opvoeding van kinderen, opvoedingsvaardigheden en/ - attitudes	Opvoeder 1 J	Moeder houdt de emotionele mishandeling in stand door mannen te kiezen die haar slecht behandelen. Daarnaast weet ze dat haar drugsgebruik en te lang achter de computer zitten slecht is voor Ramon.
	Opvoeder 2 J	Stiefvader zou Ramon geslagen hebben, dus de vraag is: hoe gaat hij om met straffen? En hoe gaat hij om met de driftbuien die Ramon heeft? En verder kan natuurlijk opgemerkt worden dat het slaan van zijn vriendin, in het bijzijn Ramon, een klein kind, getuigt van weinig kennis over de opvoeding van kinderen.
OK10. Negatieve opvattingen ten aanzien van het kind	Opvoeder 1 N/?	Moeder verzekerde dat Ramon niet geslagen werd, maar ze maakte zich wel zorgen om zijn welzijn. Er is niets wat ze hem in negatieve zin toeschrijft. De peuterleidster observeert dat moeder de tijd neemt om met Ramon te spelen, rustig afscheid te nemen of nog even te blijven bij het ophalen. Aan de andere kant horen we van de melder dat Ramon de hele dag mag doen wat hij wil, zolang zij er maar geen last van heeft. Dat zou kunnen wijzen op een negatieve opvatting.
	Opvoeder 2 X	Stiefvader blijft gedurende het onderzoek op de vlakte en of dat nou komt omdat er hem niets gevraagd wordt of omdat hij zich drukt, is niet duidelijk uit de gegevens af te leiden.
OK11. Problemen in de interactie tussen ouder en kind	Opvoeder 1 N/?	Volgens de leidster van de peuterspeelzaal is moeder lief voor haar zoontje. Ze leest hem bijvoorbeeld altijd nog een boekje voor voordat ze weggaat (Ramon gaat meteen een boekje zoeken zodra hij binnenkomt) en laat hem altijd nog even uitspelen aan het einde van de dag. Soms doet ze zelfs nog een spelletje of een puzzel met hem als hij dat graag wil aan het begin of einde van de dag. De vertrouwensarts meldt over het huisbezoek: “Moeder lacht, geeft Ramon een aai over zijn haar en moedigt hem aan de wagen terug te vragen en weer te gaan spelen. Er blijkt uit dat ze geduldig is, vriendelijk en affectief, dat ze leiding geeft en hem bemoedigt. Ramon laat ook zien zich bij haar veilig te voelen en reageert ook conform haar intenties.” Dit stemt positief over haar mogelijkheden in een <i>stabiele situatie</i> . En dat is een aanzienlijke beperking als je de verkeerde partners kiest.
	Opvoeder 2 X	De interactie tussen stiefvader en Ramon is tijdens het onderzoek niet onderzocht.

	Score (J, ?, N, X)	Motivering
Kind factoren (K)		
K12. Kwetsbaarheidverhogende kenmerken van het kind	J	Score 'J' omdat Ramon 6 6 jaar is en daardoor dus extra kwetsbaar en afhankelijk van zijn moeder. Verder is Ramon een rustig kind dat zich tamelijk goed ontwikkelt. Hij kan wel snel kwaad worden (driftig) waarna hij met alles kan smijten. En soms heeft hij periodes dat hij alles kapot maakt. Maar deze buien zijn snel weer voorbij als de leidsters hem rustig benaderen en wat aandacht geven. Soms wat externaliserend gedrag, maar over het algemeen rustig.

	Score (J, ?, N, X)	Motivering
Gezinsfactoren (G)		
G13. Gezinsstressoren in het afgelopen jaar	J	Moeder heeft een nieuwe vriend, die blijkbaar vaak aanwezig is, agressief is, een criminele reputatie heeft, wat niet direct geruststellende of rustgevend omstandigheden zijn. Ramon is in het weekend bij zijn biologische, eveneens criminele vader. Wij weten niets over wat daar gebeurt (is niet onderzocht), maar zijn er niet gerust op.
G14. Sociaaleconomische stressoren in het afgelopen jaar	?/X	Moeder geeft aan als serveerster te werken in een lunchroom op dezelfde dagen dat Ramon naar de peuterspeelzaal gaat. De biologische vader van Ramon doet maandelijks een bijdrage in het onderhoud van Ramon en haar huidige vriend helpt door af en toe de boodschappen te doen en dergelijke. Heeft moeder nog een uitkering? Is daarmee in de noodzakelijke financiële behoeften voorzien? Wat voor kostenpost betekent het drugsgebruik in hun budget? Lastig te scoren, er is niet echt onderzoek naar gedaan.
G15. Ontoereikende sociale steun in het afgelopen jaar	?	Er is de peuterspeelzaal, waar Ramon terecht kan. Verder zijn er geen concrete bronnen, waar moeder hulp van kan verwachten, bekend. Wel de huisarts en het CAD, maar de hulp van CAD accepteert ze niet...
G16. Relationeel geweld	J	Moeder geeft zelf aan dat ze door haar vorige en huidige vriend mishandeld wordt, maar dat ze niet sterk genoeg is (want angstig) om hier iets aan te doen.
G17. Culturele invloeden	N	Nederlands

Seksueel misbruik (S)		J / N		
S18. RRASOR NVT	1.	Eerdere arrestaties en veroordelingen voor seksueel geweld.	Veroordelingen: 0 (0 pnt) 1 (1 pnt) 2-3 (2pnt) 4 (3 pnt)	Arrestaties: 0 (0 pnt) 1-2 (1pnt) 3-4-5 (2pnt)→ 6 (3 pnt)
	2.	Was het slachtoffer een vreemde (geen verwantschap)?	Ja (1 pnt) Nee (0 pnt)	
	3.	Was het slachtoffer een man (mannelijk geslacht)?	Ja (1 pnt) Nee (0 pnt)	
	4.	Wat is de leeftijd van de verzorger/opvoeder?	18 t/m 25 jaar (1 pnt)→ 25 jaar (0 pnt)	
Risicocategorie ¹ : Laag / matig / hoog			Eindscore:	

Risicoscenario's	Motivering
<p>Aard Wat is de aard van de mogelijk toekomstige kindermishandeling? Is die mogelijk levensbedreigend?</p>	Emotionele mishandeling en mogelijk lichamelijke mishandeling; geen levensbedreigende daden, zo lijkt het, maar meer informatie over stiefvader is noodzakelijk om hier een goed beeld over te krijgen. Is stiefvader impulsief en heftig, of theatraal? Had Ramon op een trap kunnen rekenen als hij minder geluk had gehad? De aard van het risico is de schade die ontstaat door de aanwezigheid bij partnergeweld. En de suggestie van het verhaal is dat dat partnergeweld heftig en ernstig is. Het lijkt op de situatie van haar eigen thuis: haar moeder werd ernstig en zwaar mishandeld waar zij bij waren als kind en als ze in de buurt waren kregen ze een tik mee.
<p>Kans Wat is de kans dat mishandeling zal plaatsvinden in de toekomst?</p>	<p>Hoog Matig Laag</p> <p>De inschatting is dat de vriend van moeder onveranderd zijn agressie zal blijven botvieren op moeder, zonder enige aandacht te schenken aan Ramon.</p>
<p>Termijn (wanneer) Wanneer zal de volgende mishandeling plaatsvinden (week, maand of jaar bijvoorbeeld)? Wat zijn de <i>triggers</i> van mishandeling geweest op basis waarvan de dreiging laag, matig of hoog is?</p>	<p>Zodra stiefvader zich weer een keer laat gaan. Omdat geen specifieke <i>triggers</i> genoemd zijn kan dit op elk moment zijn en zou het vanaf nu plaats kunnen vinden.</p>

1 Omcirkelen welk niveau van risico van toepassing is op basis van de eindscore RRASOR.

Frequentie/ duur

Wat is de meest waarschijnlijkste frequentie en voor hoe lang zal de mishandeling plaatsvinden (dagelijks, maandelijks of een aantal keren per jaar)?

Gelijkmatige frequentie, maar de eerlijkheid gebied te zeggen dat op basis van de beschikbare informatie er weinig over kan worden gezegd. Wat moeder erover zegt lijkt niet erg betrouwbaar. De vraag is of, omdat dit soort geweld -van de vriend van moeder ten opzichte van haar- altijd onredelijk is, het vooral zijn onlustgevoelens zullen zijn die hij afreageert op haar omdat zij daar met haar geschiedenis de geschikte kandidaat voor is. Dat zou nader onderzocht moeten worden.

Ernst (lichamelijk)

Wat kan potentieel de schade zijn voor het kind (blauwe plekken, botbreuken, brandwonden)?

Hoog
Matig
Laag

Tot nu toe heeft nog geen lichamelijke mishandeling plaatsgevonden richting Ramon, volgens moeder, maar bij het incident dat aanleiding was voor de AMK-melding heeft Ramon nog net een trap weten te ontwijken. In 40-60% van de gevallen van partnermishandeling is er ook lichamelijke mishandeling van het kind, dus de kans is aanwezig dat ook Ramon in een onbewaakt moment van moeder mishandeld kan worden. Het huidige AMK onderzoek schiet echt tekort om hier duidelijkheid over te verschaffen en daarom is een inschatting lastig te maken.

Ernst (emotioneel)

Wat is de impact (emotionele schade) van de toekomstige mishandeling?

Hoog
Matig
Laag

In dit geval zal de emotionele schade hoog zijn. Op zo een jonge leeftijd leren kinderen het meeste van hun ouders en wordt hun karakter gevormd. Ramon heeft nu reeds aanvallen waarin hij heel driftig kan worden. Dit is mogelijk een resultaat van de mishandeling die zijn moeder ondergaat. En hij heeft moeten aanschouwen.

Factoren die het risico verhogen of verlagen

Wat zijn de protectieve en/ of risicofactoren die het risico respectievelijk verlagen of verhogen?

De relatie tussen moeder en zoon is goed en zou enigszins een balans kunnen geven. De band met de peuterspeelzaal lijkt ook goed te zijn, omdat moeder zich daar als moeder toont. Ze voelt zich daar kennelijk op haar gemak. Misschien dat ze ook haar problemen daar kenbaar maakt als die er zijn. Het gebeurt wel eens en dat kan haar helpen. Ze komt bij haar huisarts en die is nu misschien met achtergrondinformatie geholpen om zijn aandacht naar eventuele relatieproblemen te laten uitgaan.

Andere overwegingen (overige risicofactoren cruciaal voor deze casus)

Geen.

Eindconclusie Risicotaxatie

Risico toekomstige kindermishandeling

Laag Matig **Hoog****Opvoeder 1**

Motivering (op basis van de huidige situatie):

Zolang deze vriend het huis blijft terroriseren zal het risico voor Ramon hoog blijven. Moeders onmacht en angst zorgen ervoor dat ze onvoldoende in staat is haar zoon te beschermen. Zolang de kwestie niet veel scherper is blootgelegd, is de aanleiding om te veranderen minder dwingend aanwezig en is ook de richting die men daarin kiezen kan niet duidelijk.

Risico toekomstige kindermishandeling

Laag Matig **Hoog****Opvoeder 2**

Motivering (op basis van de huidige situatie): Als moeder niet versterkt wordt en stiefvader zich niet betrekken laat in een interventie dan is er niet veel hoop dat er iets verbeteren kan. Het komt niet uit henzelf. Mishandeling gaat zeker door.

Risicohantering: Een combinatie van verder onderzoek en hulpverlening is nodig omdat een interventie nu nog niet te motiveren is. Onderzoek moet systematisch plaatsvinden en de hulp zou moeten bestaan uit gespecialiseerde pedagogische thuiszorg waarbij ouders zich met Ramon leren bezighouden, hervatting van drugshulpverlening, daderbehandeling voor stiefvader, vergroting weerbaarheid moeder.

Eindoordeel GEZIN**Laag Matig Hoog****Beoordelaar:****Datum:****Handtekening****Tot besluit**

De CARE-NL is een risicotaxatie-instrument, dat behulpzaam kan zijn bij de beoordeling van het risiconiveau en het opstellen van een risicohanteringsplan, in gevallen van (vermoedens van) kindermishandeling. In het uitgevoerde retrospectieve onderzoek is gekeken naar de betrouwbaarheid en predictieve validiteit van de CARE-NL. Dit is het eerste onderzoek in Nederland dat op dergelijke schaal is uitgevoerd voor een risicotaxatie-instrument voor kindermishandeling.

In de dossiers bij het AMK werd weinig teruggevonden over de risicofactoren betreffende de ouders (Ouderfactoren). Ouderfactoren, in vergelijking met de andere risicofactoren, hebben de grootste impact op kindermishandeling (Brown, Cohen, Johnson & Salzinger, 1998; Ethier, Courture, & Lacharité, 2004; Hindley et al., 2006). Cases waarin psychische stoornissen (O3) en persoonlijkheidsstoornissen (O6) een rol spelen zijn complexe zaken, waarvoor misschien onvoldoende aandacht is. Bovendien was beperkte informatie aanwezig om de CARE-NL factor 'Seksueel misbruik' (S18) te kunnen scoren. Deze risicofactor is geheel uit de analyses weggelaten, omdat weinig

onderzoek gedaan werd naar de vermeende beschuldigingen van seksueel misbruik. 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 beter zullen worden wanneer in prospectief vervolgonderzoek gericht informatie wordt gezocht over alle CARE-NL risicofactoren.

Het onderzoek heeft de meerwaarde laten zien van de CARE-NL voor professionals die zich een oordeel moeten vormen over het risico van kindermishandeling. 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 vormen. 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 meerwaarde van de CARE-NL voor het voorkomen van kindermishandeling uit te voeren. Ook verdient het aanbeveling dat andere partnerorganisaties in de kinderbescherming, zoals de RvdK en de gezinsvoogdij, de CARE-NL in hun standaardinstrumentarium gaan opnemen.

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)*.
- 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.
- Hazen, A. L., Connelly, C. D., Kelleher, K., Landsverk, J., & Barth, R. (2004). Intimate partner violence among female caregivers of children reported for child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 28(3), 301-319.
- 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.
- 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.
- Ruiter, C., de & de Jong, E.M. (2006). CARE-NL: Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling. Utrecht: C. de Ruiter.
- Ruiter, C., de & Pollmann, P. (2003). De risico's van kindermishandeling. *Tijdschrift over Kindermishandeling*, 17, 18-21.
- Rumm P.D., Cummings P., Krauss M.R., Bell M.A., & Rivara F.P. (2000). Identified spouse abuse as a risk factor for child abuse. *Child Abuse and Neglect*, 24(11):1375-1381
- 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.