



## De predictieve validiteit van de Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap

C. E. van der Put · M. B. R. Bouwmeester-Landweer · E. A. Landsmeer-Beker · J. M. Wit · F. W. Dekker · N. P. J. Kousemaker · H. E. M. Baartman

Published online: 19 March 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018

**Samenvatting** Om gezinnen met een hoog risico op kindermishandeling vroegtijdig op te sporen werd een actuariële screeningsinstrument ontwikkeld genaamd Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap. Het doel van deze studie was de predictieve validiteit van dit instrument te onderzoeken en te vergelijken met de predictieve validiteit van een klinische risico-inschatting door een jeugdgezondheidszorg (JGZ)-verpleegkundige. De onderzoeksgroep bestond uit 4.692 gezinnen met een pasgeboren baby. De uitkomstmaat was een melding bij Veilig Thuis gedurende een follow-up periode van 3 jaar. De combinatie van het actuariële instrument met een klinische inschatting leidde tot een hogere predictieve validiteit (*Area Under the*

*receiver operating characteristics Curve* (AUC)=0,72) dan een inschatting op basis van alleen het actuariële instrument (AUC=0,70), maar het verschil was niet significant. De predictieve validiteit van alleen de klinische inschatting was het minst goed (AUC=0,59). De Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap, al dan niet in combinatie met de klinische inschatting van de verpleegkundige, stelt professionals beter in staat om risico's vroegtijdig in te schatten en gezinnen door te verwijzen naar vroeg preventieve interventies.

**Trefwoorden** risicotaxatie · screening · kindermishandeling · predictieve validiteit · klinische inschatting

### Inleiding

Kindermishandeling is zowel nationaal als internationaal een ernstig probleem. De jaarprevalentie in Nederland wordt geschat op 10% gebaseerd op zelfrapportage [1], wat overeenkomt met schattingen van de prevalentie in de Verenigde Staten [2]. Jonge kinderen hebben de hoogste kans op slachtofferschap, en kindermishandeling op jonge leeftijd heeft ernstige negatieve gevolgen voor de sociaal-emotionele ontwikkeling van het kind, de hechting, de lichamelijke ontwikkeling en de kwaliteit van leven [3–5]. Om kindermishandeling te voorkomen is het belangrijk om vroegtijdig risico's in kaart te brengen in de algemene populatie, bijvoorbeeld tijdens bezoeken aan het consultatiebureau of de verloskundige. Screeningsinstrumenten kunnen professionals helpen risico's in te schatten en gezinnen door te verwijzen naar vroeg preventieve interventieprogramma's. De ontwikkeling en validatie van screeningsinstrumenten voor kindermishandeling in de algemene populatie staat echter nog in de kinderschoenen [6]. Wereldwijd zijn slechts een paar instrumenten beschikbaar en de meeste daarvan zijn niet of slechts in beperkte mate gevalideerd.

C. E. van der Put (✉)  
 afdeling Forensische Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam (UvA), Amsterdam, Nederland  
[c.e.vanderput@uva.nl](mailto:c.e.vanderput@uva.nl)

M. B. R. Bouwmeester-Landweer  
 GGD Hollands Midden, Leiden, Nederland

Vereniging Stevig Ouderschap, Utrecht, Nederland

E. A. Landsmeer-Beker  
 GGZ Rivierduinen kinderen en jeugd, Leiden, Nederland

J. M. Wit  
 afdeling kindergeneeskunde, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden, Nederland

F. W. Dekker  
 afdeling Klinische Epidemiologie, Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden, Nederland

N. P. J. Kousemaker  
 Praktijk Psynteger, Praktijk voor Speciale Kinderen, Leiden, Nederland

H. E. M. Baartman  
 Voorheen werkzaam bij: afdeling Orthopedagogiek, Vrije Universiteit Amsterdam, Amsterdam, Nederland



Er zijn twee belangrijke methoden voor screening en risicotaxatie in jeugdbescherming: actuariële methoden en instrumenten gebaseerd op het klinisch oordeel. In actuariële methoden worden risicofactoren op een vaststaande manier gewogen en gecombineerd tot een eindoordeel, terwijl bij klinische methoden de professional zelf bepaalt hoe zwaar hij of zij risicofactoren weegt en combineert tot een eindoordeel [7]. Klinische methoden kunnen verder worden verdeeld in: (a) het ongestructureerd klinisch oordeel (inschatting op basis van kennis, ervaring en expertise van de professional) en (b) het gestructureerd klinisch oordeel (instrumenten met wetenschappelijke basis, maar waarin de uiteindelijke beslissing aan de professional wordt overgelaten).

Klinische methoden worden het meest toegepast in de praktijk van de jeugdbescherming, zowel in Nederland als internationaal. Dit is opmerkelijk omdat onderzoeken laten zien dat klinische instrumenten voor kindermishandeling vaak matig presteren en soms zelfs niet beter dan 'toeval', hetgeen betekent dat in veel gevallen een verkeerde inschatting wordt gemaakt [8–11]. Bovendien laten studies zien dat het risico op kindermishandeling beter kan worden ingeschat met actuariële instrumenten dan met klinische instrumenten [8, 11, 12]. Een van de verklaringen voor de betere predictieve validiteit van actuariële instrumenten is dat de betrouwbaarheid hoger is doordat professionals allemaal dezelfde objectieve scoringsregels toepassen, onafhankelijk van hun ervaring, terwijl bij klinische instrumenten factoren op een subjectieve manier worden gescoord [7].

Op het moment dat deze studie van start ging waren er geen screeningsinstrumenten in Nederland beschikbaar om het risico op kindermishandeling in te schatten in de algemene populatie. Er werden alleen instrumenten gebruikt om het risico op (herhaling van) kindermishandeling in te schatten bij hoog risicogroepen, waaronder de LIRIK [13], de CARE-NL [14], en de Delta Veiligheidslijst [15]. Het verschil tussen screening (hier: het risico op potentiële kindermishandeling inschatten voordat het plaats vindt) en het inschatten van het risico op herhaling van kindermishandeling is cruciaal omdat de populaties verschillen, evenals de relevante predictieve factoren [16] en de hoogte van het risico. Screening heeft als doel om het risico op kindermishandeling te schatten in de algemene populatie waarin het risico op kindermishandeling relatief klein is, terwijl risicotaxatie als doel heeft om het risico op (herhaalde) kindermishandeling te schatten in hoog-risico groepen, zoals gezinnen onder begeleiding van Jeugdbeschermingsinstanties. In de wetenschappelijke literatuur gaat de meeste aandacht uit naar instrumenten die het risico op (herhaling van) kindermishandeling inschatten in hoog risicogroepen, omdat deze vorm van risico-inschatting in de praktijk het meeste plaatsvindt.

Omdat er geen screeningsinstrumenten voor de algemene populatie beschikbaar waren in Nederland

werd een actuariële instrument ontwikkeld als onderdeel van een omvangrijk project waarin tevens een preventieve interventie werd ontwikkeld en geëvalueerd, genaamd Stevig Ouderschap [17]. Het doel was kindermishandeling te voorkomen door ouders met een verhoogd risico op kindermishandeling een preventieve interventie aan te bieden, bestaande uit begeleidende of coachende huisbezoeken gedurende 18 maanden na de geboorte van de baby. Het doel van de huidige studie was de predictieve validiteit van de Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap te onderzoeken. De volgende onderzoeksvragen stonden hierbij centraal: 1) hoe sterk is de samenhang tussen de individuele items van de screeningsvragenlijst en toekomstige meldingen van kindermishandeling; 2) wat is de predictieve validiteit van de screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap; 3) wat is de predictieve validiteit van de klinische risicoschatting van de JGZ-verpleegkundigen; en 4) wat is de predictieve validiteit van de combinatie van de screeningsvragenlijst en de klinische inschatting?

## Methode

### Onderzoeksgroep

Voor het onderzoek werden alle gezinnen met een pasgeboren baby in het noordelijke deel van Zuid-Holland ( $N=8.899$ ) benaderd door het consultatiebureau met de screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap gedurende een periode van 13 maanden vanaf oktober 2001. In het semi-stedelijke noordelijk deel van Zuid-Holland woont ongeveer 4% van de Nederlandse bevolking en vindt ongeveer 3,9% van de jaarlijkse geboorten plaats [17]. De geselecteerde regio is vergeleken met de Nederlandse populatie op een aantal demografische variabelen, zoals aantal kinderen per gezin en aantal eenouder gezinnen, en bleek representatief voor de Nederlandse bevolking [17]. Van de 8.899 benaderde gezinnen reageerden 4.899 gezinnen (55,1%), 4.882 moeders en 4.704 vaders. In 95,8% van de gezinnen ( $n=4.692$ ) vulden zowel vader als moeder als de verpleegkundige hun deel van de vragenlijst in. Tab. 1 geeft de achtergrondvariabelen weer van de gezinnen in de steekproef.

### Instrumenten

#### Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap

De Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap is een actuariële instrument, hetgeen betekent dat de overall risicoscore wordt berekend op basis van een vaststaande weging van de scores op de individuele items. De screeningsvragenlijst wordt op dit moment ingezet in 20 van de 42 JGZ-organisaties (0–4) in Nederland met als doel ouders te selecteren met een verhoogd risico op kindermishandeling zodat deze ouders Stevig Ouderschap kan worden aangeboden, een preventieve interventie bestaande uit huisbezoeken gedu-

**Tabel 1** Achtergrondkenmerken van de gezinnen in de steekproef ( $n = 4.692$ )

	<i>N</i>	%
alleenstaande moeder	233	5,0%
alleenstaande vader	147	3,1%
duur zwangerschap <37 weken	230	4,9%
geboortegewicht <2.500 gram	290	6,2%
leeftijd moeder <18 jaar	11	0,2%
leeftijd vader <18 jaar	1	0,0%

rende de eerste 18 maanden na de geboorte van de baby.

De Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap is gebaseerd op een review van de beschikbare literatuur over risicofactoren voor kindermishandeling in de algemene populatie [17]. Gebaseerd op het ecologische model geïntroduceerd door Belsky [18] en het concept van pedagogisch besef (attitudes en overtuigingen van ouders over de opvoeding) geïntroduceerd door Newberger en verder uitgewerkt door Baartman [19, 20], werden deze factoren gecategoriseerd in drie domeinen: 1) de persoonlijkheid en ontwikkelingsgeschiedenis van de ouders inclusief factoren gerelateerd aan pedagogische besef (ontogenetisch systeem) 2) eigenschappen van het kind en het gezin (microsysteem) en 3) eigenschappen van de sociale context (exosysteem). Binnen elk domein werden verschillende factoren geïdentificeerd die de basis vormden voor de vragen zoals geformuleerd in de screeningsvragenlijst. In het ontogenetisch systeem werden de volgende risicofactoren geïdentificeerd: ouders met eigen verleden van lichamelijke of emotionele mishandeling of seksueel misbruik (zowel binnen als buiten het gezin), ouders die getuige zijn geweest van huiselijk geweld tijdens hun kindertijd, ouders die voorstanders zijn van lichamelijke straf in de opvoeding, ouders met ambivalente gevoelens over het ouderschap of over de eigen opvoedcompetenties, jong ouderschap (<18 jaar), ouders met psychiatrische of psychologische problemen (depressie, angst), ouders met verslaving en ouders met problemen met het reguleren van boosheid. In het microsysteem werden de volgende risicofactoren geïdentificeerd: geweld tussen partners, onvoldoende steun verwacht van partner, alleenstaand ouderschap, prematuriteit en dysmaturiteit (laag geboortegewicht). Tot slot werd in het exosysteem de risicofactor sociale isolatie geïdentificeerd.

De vragenlijst Stevig Ouderschap is een vragenlijst die in een relatief korte tijd kan worden ingevuld (minder dan 7 minuten). De zelfrapportage vragenlijst bestaat uit 16 vragen, welke apart door vader en moeder worden ingevuld. De meeste risicofactoren worden gemeten op basis van slechts een item, met uitzondering van sociale isolatie. Sociale isolatie wordt gemeten door middel van vier items, namelijk 'onvoldoende in staat om hulp te vragen indien nodig', 'meer mensen nodig in de omgeving voor steun', 'het onvoldoende geaccepteerd voelen door de familie'

en 'een gevoel van vervreemding van de buurt'. De begrijpelijkheid van de vragenlijst werd vooraf getest in een pilotonderzoek en op basis van de resultaten werd de bewoording van enkele vragen en antwoordcategorieën aangepast. In tab. 2 staan de items, de antwoord categorieën en de scoring van de vragenlijst weergegeven.

*Selectie hoog-risico gezinnen op basis van de vragenlijst*  
Voor zowel vaders als moeders werd een totaalscore berekend door de scores van de 16 individuele risicofactoren bij elkaar op te tellen (tab. 2). Een gezin werd als hoog-risico geclassificeerd als een van de ouders een totaalscore had van 1 of meer. De totaalscores van vader en moeder werden hierbij niet bij elkaar opgeteld.

*Selectie hoog-risico gezinnen op basis van het klinisch oordeel*  
Om het klinische oordeel van de JGZ-verpleegkundigen te meten werd een aparte vragenlijst ontwikkeld waarin de verpleegkundige werd gevraagd om een risico-inschatting te maken van het betreffende gezin, uitgedrukt als 'zou u dit gezin ondersteuning aanraden'. Dit betrof de subjectieve inschatting van de verpleegkundige over de noodzaak tot ondersteuning van het gezin (ja/nee).

*Selectie van hoog-risico gezinnen op basis van de combinatie van de vragenlijst en de klinische inschatting*  
Hierbij werd een gezin geclassificeerd als hoog risico als ofwel de uitkomst van de vragenlijst hoog risico aangaf (totaalscore van 1 of meer bij een van de ouders), ofwel de verpleegkundige het gezin als hoog risico classificeerde (gebaseerd op haar klinische inschatting).

#### Uitkomstmaat

Geverifieerde meldingen van kindermishandeling in het gezin bij Veilig Thuis, gedurende een follow-up periode van 3 jaar na invullen van de vragenlijst.

#### Procedure

Alle 83 JGZ-verpleegkundigen werkzaam bij de drie consultatiebureaus in de geselecteerde regio waren bereid om deel te nemen aan het onderzoek. Alle verpleegkundigen hadden voor de start van het project een training gevolgd over kindermishandeling. Daarnaast namen alle verpleegkundigen deel aan een specifiek trainingsprogramma waarin communicatievaardigheden werden geoefend door middel van rollenspellen en waarin werd geleerd hoe het project en de vragenlijst kon worden geïntroduceerd bij ouders. Tijdens deze training werd eveneens aandacht besteed aan het maken van een klinische inschatting en het signaleren van risicofactoren van kindermishandeling, zoals problematische gezinsinteracties, gebrek aan hygiëne of veiligheid in het huis of wan-

**Tabel 2** Items van de screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap

item	antwoordcategorieën (scoring)
1. ik verwacht dat ik genoeg steun zal krijgen van mijn partner	1. altijd (0), 2. vaak (0), 3. soms (0,5), 4. nooit (0,5)
2. ik zie erg op tegen het grootbrengen van mijn kind	1. altijd (0,5), 2. vaak (0,5), 3. soms (0), 4. nooit (0)
3. ik voelde me tijdens de zwangerschap ongelukkig omdat ik een kind zou krijgen	1. altijd (0,5), 2. vaak (0,5), 3. soms (0), 4. nooit (0)
4. ik voelde me als kind in het algemeen veilig bij mijn ouders/verzorgers	1. altijd (0), 2. vaak (0), 3. soms (1), 4. nooit (1)
5. ik vind dat het er tussen mijn ouders/verzorgers vaak hardhandig aan toe ging toen ik nog een kind was	1. ja (1), 2. nee (0)
6. ik vind dat ik als kind te veel geslagen ben door mijn ouders/verzorgers	1. ja (1), 2. nee (0)
7. ik ben in de afgelopen drie jaar (een tijd) psychisch ernstig van streek geweest	1. ja (1), 2. nee (0)
8. er vallen wel eens klappen als ik ruzie heb met mijn partner	1. ja (1), 2. nee (0)
9. ik zou eigenlijk minder alcohol en/of drugs moeten gebruiken	1. ja (1), 2. nee (0)
10. in een goede opvoeding moet je een kind geregeld een pak slaag geven	1. ja (1), 2. nee (0)
11. ik heb voor mijn 16 <sup>e</sup> jaar een nare seksuele ervaring gehad	1. ja (1), 2. nee (0)
12. ik voel me goed geaccepteerd door mijn familie	1. altijd (0), 2. vaak (0,1), 3. soms (0,2), 4. nooit (0,3)
13. ik kan zo driftig worden dat ik er op los sla	1. altijd (1), 2. vaak (1), 3. soms (0), 4. nooit (0)
14. ik heb het gevoel dat ik er in de buurt helemaal bij hoor	1. altijd (0), 2. vaak (0,1), 3. soms (0,2), 4. nooit (0,3)
15. ik zou willen dat ik meer mensen in mijn omgeving had waar ik voor steun op zou kunnen terugvallen	1. altijd (0,3), 2. vaak (0,2), 3. soms (0,1), 4. nooit (0)
16. het gaat me makkelijk af om te vragen om hulp of raad	1. altijd (0), 2. vaak (0,1), 3. soms (0,2), 4. nooit (0,3)

trouwen van ouders ten aanzien van (mentale) gezondheidsinstellingen.

De vragenlijst werd naar alle gezinnen met pasgeboren baby's gestuurd, binnen vijf dagen na de geboorte van de baby. JGZ-verpleegkundigen leggen standaard een huisbezoek af rond de 14<sup>e</sup> dag na de geboorte, waardoor ouders vijf tot acht dagen de tijd hadden om de vragenlijst in te vullen. Tijdens het huisbezoek kon de verpleegkundige haar eigen vragenlijst invullen, eventuele vragen van de ouders over de vragenlijst beantwoorden en beide vragenlijsten terugsturen naar de onderzoekscoördinator. In gezinnen met meerdere kinderen kon de verpleegkundige kennis van eerdere bezoeken meewegen in haar risico-inschatting. Ouders die meer tijd nodig hadden om de vragenlijst in te vullen konden de vragenlijst meenemen naar het consultatiebureau bij het eerste bezoek, ongeveer een maand na de geboorte van het kind, of konden de vragenlijst per post insturen. Om de response te verhogen werden reminders verstuurd naar verpleegkundigen en ouders.

De ethische commissie van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC) heeft het onderzoek goedgekeurd.

### Analyses

Om te onderzoeken hoe sterk de individuele items van de vragenlijst samenhangen met toekomstige meldingen van kindermishandeling werden punt-biseriele correlaties ( $r_{pb}$ ) berekend, apart voor vaders en voor moeders. Een punt-biseriele correlatie is de correlatie tussen twee variabelen waarvan er ten minste een dichotoom (bijvoorbeeld ja of nee) is. De predictieve validiteit van de screeningsvragenlijst en van de klinische inschatting van de verpleegkundi-

gen werd onderzocht met behulp van de AUC en de sensitiviteit en specificiteit bij de verschillende afkappunten. De AUC-waarde geeft de kans weer, dat een random geselecteerd gezin, waarbij er daadwerkelijk een melding van kindermishandeling plaatsvindt in de follow-up periode, een hogere risicoscore krijgt dan een random geselecteerd gezin waarbij geen melding van kindermishandeling plaatsvindt in de follow-up periode [21]. Een AUC-waarde van 0,50 betekent dat het instrument niet beter dan toeval presteert, een AUC-waarde van 1,00 betekent een perfect positieve voorspelling en een AUC-waarde van 0,00 betekent een perfect negatieve voorspelling. AUC-waarden van 0,64–0,71 corresponderen met een medium effect en AUC-waarden van 0,71 en hoger corresponderen met een groot effect [22].

Sensitiviteit is de kans op een positief resultaat bij kinderen bij wie er daadwerkelijk een melding van kindermishandeling plaatsvindt in de follow-up periode en specificiteit is de kans op een negatief resultaat bij kinderen waarbij er geen melding plaatsvindt. In het ideale geval zijn beide 100%. De methode van DeLong, DeLong and Clarke-Pearson (1988) [23] werd gebruikt om te testen of de AUC-waarden van de screeningsvragenlijst en de klinische inschatting van de verpleegkundige significant verschillen.

### Resultaten

In totaal werden 915 gezinnen als hoog-risico geclassificeerd op basis van de vragenlijst, en oordeelde de JGZ-verpleegkundige dat voor 144 gezinnen ondersteuning aan te raden was. In totaal was bij 0,4% van de onderzoeksgroep sprake van een melding van kindermishandeling gedurende de follow-up periode ( $n=17$ ).

**Tabel 3** Point-biseriële correlaties tussen de items van de screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap en toekomstige meldingen kindermishandeling, apart voor moeders en vaders

Item	moeders <i>n</i> = 4.882	vaders <i>n</i> = 4.704
1. onvoldoende steun verwacht van partner	0,03	0,02
2. ambivalente gevoelens over de eigen opvoedcompetenties	0,03*	0,05**
3. ambivalente gevoelens over het krijgen van een kind	0,04**	0,01
4. ouder(s) met eigen verleden van (emotionele) mishandeling	0,03*	0,04**
5. ouder(s) die getuige zijn geweest van huiselijk geweld	0,06***	0,03*
6. ouder(s) met eigen verleden van lichamelijke mishandeling	0,04*	0,06***
7. psychische problemen	0,03*	0,01
8. partnergeweld	0,15***	0,11***
9. verslaving aan alcohol/drugs	-0,00	0,06***
10. voorstander van lichamelijk straffen in opvoeding	0,02	0,02
11. ouders met eigen verleden van seksueel misbruik voor het 16 <sup>e</sup> jaar	0,01	0,03*
12. onvoldoende geaccepteerd door familie	0,01	0,03*
13. problemen met reguleren boosheid	0,11***	0,09***
14. vervreemding van de buurt	0,01	0,03
15. meer mensen nodig in omgeving voor steun	0,07***	0,08***
16. ouder(s) onvoldoende in staat hulp te vragen	0,02	0,04*

\*  $p < 0,05$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*\*\*  $p < 0,001$

**Tabel 4** Sensitiviteit, specificiteit en AUC-waarden van (a) de screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap, (b) de klinische inschatting van de JGZ-verpleegkundige en (c) de combinatie van de vragenlijst en de klinische inschatting

	sensitiviteit	specificiteit	AUC	95% BI
a) screeningsvragenlijst	0,61	0,79	0,70	(0,57–0,83)
b) klinische inschatting	0,21	0,97	0,59	(0,42–0,76)
c) combinatie van de vragenlijst en klinische inschatting	0,67	0,77	0,72	(0,59–0,85)

### Samenhang tussen de individuele items van de Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap en toekomstige meldingen van kindermishandeling

In tab. 3 worden de punt-biseriële correlaties ( $r_{pb}$ ) tussen de individuele items van de vragenlijst en meldingen van kindermishandeling weergegeven. De  $r_{pb}$  grenswaarden voor een klein, gemiddeld en groot effect bij een 0,4% base rate zijn respectievelijk 0,01; 0,03; en 0,05 [22, 24, 25]. Zeven items bleken zowel bij vaders als bij moeders significant samen te hangen met meldingen van kindermishandeling, namelijk: ambivalente gevoelens over de eigen opvoedcompetenties, ouder(s) met eigen verleden van (emotionele) mishandeling tijdens hun jeugd, ouder(s) die zelf getuige zijn geweest van huiselijk geweld tijdens hun jeugd, ouders met eigen verleden van lichamelijke mishandeling tijdens hun jeugd, partnergeweld, problemen met het reguleren van boosheid en de behoefte aan meer mensen in de omgeving voor steun. Vijf items waren alleen voor vaders significant gerelateerd aan meldingen van kindermishandeling, namelijk: verslaving aan alcohol of drugs, een verleden van seksueel misbruik voor 16 jaar, onvoldoende geaccepteerd door familie en onvoldoende in staat om hulp te vragen indien nodig. Twee items waren alleen voor moeders significant gerelateerd aan meldingen

van kindermishandeling, namelijk: ambivalente gevoelens over het krijgen van een kind en psychische problemen.

### Predictieve validiteit van de Screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap en klinische inschatting van de verpleegkundige

Tab. 4 laat de sensitiviteit, specificiteit en AUC-waarden zien van a) de vragenlijst Stevig Ouderschap, b) de klinische inschatting van de verpleegkundige en c) de combinatie van de vragenlijst en de klinische inschatting. De AUC-waarde van de vragenlijst was met een waarde van 0,70 significant hoger dan toeval. De AUC-waarde van de klinische inschatting van de verpleegkundige was daarentegen slechts 0,59. De combinatie van de vragenlijst en de klinische inschatting leidde tot de hoogste AUC-waarde (0,72), maar de verschillen tussen de AUC-waarden waren niet significant.

### Discussie

De doelen van deze studie waren a) de predictieve validiteit van de screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap te onderzoeken en b) te onderzoeken of de combinatie van de screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap en de klinische inschatting van een JGZ-verpleegkundige



leidde tot een verbetering van de predictieve validiteit. Items van de screeningsvragenlijst die het sterkst samenhangen met toekomstige meldingen van kindermishandeling waren partnergeweld, ouder(s) met problemen met het reguleren van boosheid, ouder(s) die meer mensen in omgeving nodig hebben voor steun en ouder(s) met eigen ervaringen met lichamelijke mishandeling in hun jeugd. Deze factoren komen deels overeen met de risicofactoren voor het ontstaan van kindermishandeling die Cash (2001) [16] vond in zijn overzichtsstudie, namelijk: ouderlijke depressie, middelenmisbruik, werkloosheid, sociale isolatie, verhoogde stress, onrealistische verwachtingen van de ouder(s) over het kind en een eigen geschiedenis van ouders met kindermishandeling. In de huidige studie vonden we dat de risicofactor psychische problemen alleen bij moeders was gerelateerd aan toekomstige meldingen van kindermishandeling. Verslaving aan alcohol of drugs was alleen bij vaders gerelateerd aan toekomstige meldingen van kindermishandeling. Een aantal van de items van de screeningsvragenlijst was niet of slechts zwak gerelateerd aan toekomstige meldingen van kindermishandeling, zoals onvoldoende steun verwacht van partner, voorstander van lichamelijke straffen bij de opvoeding, en vervreemding van de buurt. In toekomstig onderzoek met een langere follow-up periode en of een andere uitkomstmaat (zie beperkingen van de studie), zou moeten worden onderzocht of deze items weggelaten kunnen worden uit de screeningsvragenlijst zonder in te boeten aan predictieve validiteit.

De predictieve validiteit van de screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap bleek acceptabel met een AUC-waarde van 0,70, terwijl de predictieve validiteit van de klinische inschatting van de JGZ-verpleegkundige met een AUC-waarde van 0,59 minder goed was. Met name de sensitiviteit van de klinische inschatting was erg laag met een waarde van 0,21, hetgeen betekent dat slechts 21% van de meldingen van kindermishandeling werd voorspeld. De slechte predictieve validiteit van een klinische inschatting is in overeenstemming met resultaten uit eerdere studies [26–29]. De combinatie van de screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap en de klinische inschatting van de JGZ-verpleegkundige resulteerde in de hoogste predictieve validiteit (AUC = 0,72), maar de verschillen in AUC-waarden tussen de methoden waren niet significant.

Het huidige onderzoek had een aantal beperkingen. De meeste beperkingen hadden betrekking op de uitkomstmaat van dit onderzoek, welke bestond uit meldingen van kindermishandeling bij Veilig Thuis gedurende een follow-up periode van 3 jaar na het invullen van de screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap. Ten eerste was de follow-up periode relatief kort waardoor het aantal meldingen van kindermishandeling relatief laag was, namelijk slechts bij 0,4% ( $n=17$ ) van de gezinnen. Ten tweede wordt een groot deel van kindermishandeling niet gemeld bij Veilig Thuis. Op basis van de resultaten van de Nationale Prevalentie

Studie kan worden afgeleid dat slechts ongeveer 10% van de gevallen van kindermishandeling worden gemeld bij Veilig Thuis [1]. We hadden helaas niet de mogelijkheid om kindermishandeling tijdens de follow-up periode op een andere manier vast te stellen, zoals bijvoorbeeld op basis van multidisciplinair onderzoek, gebruik makend van meerdere bronnen (ouders, kinderen, politie, leraren, medewerkers uit de opvang en professionals bij Jeugdbeschermingsinstanties). Daarom is de tijdens de follow-up periode vastgestelde kindermishandeling waarschijnlijk een onderrepresentatie van het aantal werkelijke gevallen van kindermishandeling. Ten derde zijn sommige vormen van kindermishandeling minder goed zichtbaar voor de omgeving, zoals emotionele mishandeling en verwaarlozing, waardoor deze vormen moeilijker zijn vast te stellen [30]. Als gevolg daarvan is er waarschijnlijk sprake van een onderrepresentatie van het aantal gevallen van emotionele mishandeling en verwaarlozing. Bovengenoemde tekortkomingen van de uitkomstmaat hebben onze resultaten waarschijnlijk beïnvloed en daarom zou de predictieve validiteit van de screeningsvragenlijst opnieuw moeten worden onderzocht met een langere follow-up periode en of een andere meting van kindermishandeling. Hiermee samenhangend kan zowel de sensitiviteit (0,61) als de specificiteit (0,79) van de screeningsvragenlijst worden beschouwd als laag voor een screeningsinstrument voor de algemene populatie. Echter, deze waarden zijn gebaseerd op de specifieke uitkomstmaat van dit onderzoek. Zoals hierboven aangegeven wordt geschat dat slechts 10% van de gevallen van kindermishandeling wordt gemeld bij Veilig Thuis, waardoor we verwachten dat de in deze studie gevonden waarden van zowel de sensitiviteit als de specificiteit een onderschatting zijn van de daadwerkelijke performance van de screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap. Tenslotte moeten we erop wijzen dat de data reeds begin jaren 2000 werden verzameld. We gaan er echter van uit dat er geen belangrijke verschuivingen zijn geweest in de onderzochte risicofactoren zodat de resultaten nog steeds van toepassing zijn.

Ondanks deze beperkingen zijn de resultaten van deze studie zeer belangrijk om kindermishandeling vroegtijdig te signaleren en te voorkomen. De screeningsvragenlijst Stevig Ouderschap in combinatie met de klinische inschatting van de JGZ-verpleegkundige stelt professionals beter in staat om risico's vroegtijdig op te sporen en gezinnen door te verwijzen naar vroeg preventieve interventieprogramma's zoals het programma Stevig Ouderschap. In toekomstig onderzoek zou kunnen worden bekeken of de screeningsvragenlijst kan worden ingekort zonder dat het ten koste gaat van de predictieve validiteit, hetgeen van belang is in het kader van tijd- en kostenbesparingen en om de screeningsvragenlijst breder toepasbaar te maken.

## Literatuur

1. Alink L, IJzendoorn M van, Bakermans-Kranenburg M, Pannebakker F, Vogels A, Euser S. *Kindermishandeling 2010. De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2010)*. Leiden: Leiden University/TNO; 2011.
2. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics*. 2009;124(5):1411–23.
3. Eigsti IM, Cicchetti D. The impact of child maltreatment on expressive syntax at 60 months. *Dev Sci*. 2004;7(1):88–102.
4. English DJ, Thompson R, Graham JC, Briggs EC. Toward a definition of neglect in young children. *Child Maltreat*. 2005;10(2):190–206.
5. Scarborough AA, McRae JS. Maltreated infants: reported eligibility for part C and later school-age special education services. *Topics Early Child Spec Educ*. 2008;28(2):75–89. <https://doi.org/10.1177/0271121408320349>.
6. Nygren P, Nelson HD, Klein J. Screening children for family violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Fam Med*. 2004;2(2):161–9.
7. Dawes RM, Faust D, Meehl PE. Clinical versus actuarial judgment. *Science*. 1989;243(4899):1668–74.
8. Baird C, Wagner D. The relative validity of actuarial and consensus based risk assessment systems. *Child Youth Serv Rev*. 2000;22:839–71.
9. Barber JG, Shlonsky A, Black T, Goodman D, Trocmé N. Reliability and predictive validity of a consensus-based risk assessment tool. *J Public Child Welf*. 2008;2(2):173–95.
10. Camasso M, Jagannathan R. Modeling the reliability and predictive validity of risk assessment in child protective services. *Child Youth Serv Rev*. 2000;22:873–96.
11. D'Andrade A, Benton A, Austin MJ. Risk and safety assessment in child welfare: Instrument comparisons. Center for Social Services Research. 2005. [http://cssr.berkeley.edu/bassc/public/risk\\_full.pdf](http://cssr.berkeley.edu/bassc/public/risk_full.pdf). Geraadpleegd op: 11 nov 2013.
12. Van der Put CE, Assink M, Solinge NFB van. Predicting child maltreatment: a meta-analysis of the predictive validity of risk assessment instruments. *Child Abuse Negl*. 2017;73:1–88.
13. Ten Berge IJ, Eijgenraam K. *Licht Instrument Risicotaxatie Kindermishandeling (LIRIK) [Check List of Child Safety (CLCS)]*. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut; 2009.
14. De Ruiters C, De Jong EM. *CARE-NL. Richtlijn voor gestructureerde beoordeling van het risico van kindermishandeling*. Utrecht: Corine de Ruiters; 2005.
15. Heinrich R, Braak J van den. *De Delta veiligheidslijst. Gestructureerde risicotaxatie en management binnen de Deltamethode*. Amsterdam, Woerden: PI Research, Adviesbureau Van Montfoort; 2007.
16. Cash SJ. Risk assessment in child welfare: the art and science. *Child Youth Serv Rev*. 2001;23(11):811–30.
17. Bouwmeester-Landweer MBR. *Early home visitation in families at risk for child Maltreatment (Doctoral dissertation)*. 2006 Leiden University. Retrieved from <https://openaccess.leidenuniv.nl/handle/1887/4396>.
18. Belsky J, Vondra J. Lessons from child abuse: the determinants of parenting. In: Cicchetti D, Carlson V, redactie. *Child Maltreatment, theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press; 1989.
19. Baartman HEM. *Opvoeden kan zeer doen, over oorzaken van kindermishandeling*. Utrecht: SWP; 1996. *Childrearing can be painful, about the causes of child maltreatment*.
20. Newberger CM. The cognitive structure of parenthood; the development of a descriptive measure. In: Selman RL, Yando R, redactie. *Clinical-developmental psychology. New directions of child development: clinical developmental research, No. 7*. San Francisco: Jossey-Bass; 1980.
21. Hanley JA, McNeil BJ. A method of comparing the areas under receiver operating characteristic curves derived from the same cases. *Radiology*. 1983;148:839–43.
22. Rice ME, Harris GT. Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC Area, Cohen's d, and r. *Law Hum Behav*. 2005;29(5):615.
23. DeLong ER, DeLong DM, Clarke-Pearson DL. Comparing the areas under two or more correlated receiver operating characteristic curves: a nonparametric approach. *Biometrics*. 1998;44:837–45.
24. Rosenthal R. Parametric measures of effect size. In: Cooper H, Hedges LV, redactie. *The handbook of research synthesis*. New York: SAGE; 1994. pag. 239.
25. Swets JA. Indices of discrimination or diagnostic accuracy: their ROCs and implied models. *Psychol Bull*. 1986;1:99100–17.
26. Arad-Davidson B, Benbenishty R. The role of workers' attitudes and parent and child wishes in child protection workers' assessments and recommendation regarding removal and reunification. *Child Youth Serv Rev*. 2008;30:107–21.
27. DePanfilis D, Girvin H. Investigating child maltreatment in out-of-home care: barriers to good decision-making. *Child Youth Serv Rev*. 2005;27:353–74.
28. Munro E. Common errors of reasoning in child protection work. *Child Abuse Negl*. 1990;23:745–58.
29. Pfister H, Böhm G. The multiplicity of emotions: a framework of emotional functions in decision making. *Judgm Decis Mak*. 2008;3:5–17.
30. Glaser D. Emotional abuse and neglect (psychological maltreatment): a conceptual framework. *Child Abuse Negl*. 2002;26:697–714.

**C.E. van der Put**, universitair docent

**M.B.R. Bouwmeester-Landweer**, beleidsmedewerker

**E.A. Landsmeer-Beker**, kinderarts

**J.M. Wit**, emeritus hoogleraar kindergeneeskunde

**E.W. Dekker**, hoogleraar klinische epidemiologie

**N.P.J. Kousemaker**, klinisch pedagoog en GZ-psycholoog

**H.E.M. Baartman**, emeritus hoogleraar preventie en hulpverlening inzake kindermishandeling