

Jeugdbescherming op Maat: Een Pilotonderzoek naar ARIJ-Needs

Anne Bijlsma¹, Mark Assink¹ and Claudia van der Put¹

¹*Research Institute of Child Development and Education, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland*

Samenvatting Recentelijk is ARIJ-Needs ontwikkeld om professionals te ondersteunen in zowel behoeftetaxatie als besluitvorming over passende zorg voor gezinnen met risico's op (herhaling van) kindermishandeling. De huidige studie betrof een kwalitatief onderzoek naar de klinische waarde en bruikbaarheid van ARIJ-Needs. Hiervoor werden professionals ($N = 15$) geïnterviewd waarbij een fictieve gezinscasus werd voorgelegd om verschillen te onderzoeken tussen ongestructureerde klinische behoeftetaxatie zonder gebruik van ARIJ-Needs en gestructureerde behoeftetaxatie met gebruik van ARIJ-Needs. Volgens de resultaten signaleren professionals significant meer zorgbehoeften als zij ARIJ-Needs gebruiken dan wanneer zij zorgbehoeften taxeren volgens hun klinisch en ongestructureerd oordeel zonder gebruik van ARIJ-Needs. Ook blijven professionals meer opvoedings- en ouderfactoren te signaleren bij gebruik van ARIJ-Needs, wat sterke voorspellers zijn voor kindermishandeling en daarmee belangrijke aanknopingspunten voor behandeling. De zorgkeuzemodule van ARIJ-Needs werd beoordeeld als een 'verbreiding van de horizon' in het voortdurend groeiende aanbod van zorg en interventies in de jeugdbeschermingspraktijk. In conclusie ondersteunen de resultaten in deze studie de klinische waarde en bruikbaarheid van ARIJ-Needs.

Trefwoorden jeugdbescherming, ARIJ-Needs, zorgbehoeften, interventiekeuze

Artikelgeschiedenis

Ontvangen: 4 oktober 2022

Geaccepteerd: 11 oktober 2023

Online: 6 december 2023

Contactpersoon

Anne Bijlsma, a.m.e.bijlsma@uva.nl

Copyright

© Author(s); licensed under Creative Commons Attribution 4.0. This allows for unrestricted use, as long as the author(s) and source are credited.

Financiering Onderzoek

Deze studie is gesubsidieerd door ZonMw (projectnummer: 741100002).

Belangen

De geïnterviewde professionals waren op geen enkele manier betrokken in de ontwikkeling van ARIJ-Needs. Zodoende was geen sprake van belangenverstrengeling.

1 Introductie

1.1 Aanleiding van het Onderzoek

Kindermishandeling is een omvangrijk probleem met ernstige gevolgen voor zowel slachtoffers als de maatschappij (Stoltenborgh et al., 2015). Een effectieve aanpak gericht op het voorkomen van mishandeling is dan ook essentieel. Hoewel de preventie van kindermishandeling steeds meer aandacht krijgt, laten diverse meta-analyses zien dat preventieve interventies van kindermishandeling slechts in beperkte mate effectief zijn (e.g. Euser et al., 2015; van der Put et al., 2017). Een mogelijke oorzaak van deze matige

effectiviteit is dat interventies niet of onvoldoende zijn toegespitst op zorgbehoeften en kenmerken die per risicogezin kunnen verschillen (Ng & Weisz, 2016; Weisz, 2014), terwijl het personaliseren van behandelingen de effectiviteit van interventies juist kan vergroten, zoals onder meer het bewezen effectieve *Risk-Need-Responsivity*-model beschrijft (Andrews et al., 1990; Andrews et al., 2011; Bonta & Andrews, 2007; Bonta & Andrews, 2016). Dit model is ontwikkeld voor het effectief inrichten van strafrechtelijke zorg en schrijft in een aantal principes voor hoe interventies vormgegeven moeten worden om de effectiviteit van zorg te vergroten. In diverse studies is inmiddels betoogd dat dit model ook toepasbaar is in de jeugdbescherming en dat het werken volgens de RNR-principes de effectiviteit van preventieve interventies voor kindermishandeling kan vergroten (o.a. Van der Put et al., 2015; Van der Put et al., 2018). Om de RNR-principes toepasbaar te maken in de context van jeugdbescherming zijn recentelijk de ARIJ-Risk (Van der Put et al., 2018) en ARIJ-Needs (Van der Put et al., 2018) ontwikkeld. ARIJ-Needs heeft als doel professionals te ondersteunen in het taxeren van zorgbehoeften en het kiezen van passende zorg voor risicogezinnen in de jeugdbescherming (Van der Put et al., 2018).

Aangezien ARIJ-Needs nog niet eerder is geïntroduceerd in de Nederlandse jeugdbeschermingspraktijk, was het doel van het huidige onderzoek om de praktische bruikbaarheid van de tool ter ondersteuning van besluitvorming over passende interventies voor gezinnen in de jeugdbescherming te onderzoeken. Daarvoor werd eerst inzicht verkregen in de huidige stand van zaken van het besluitvormingsproces over passende interventies in de klinische jeugdbeschermingspraktijk. Hiervoor werden semigestructureerde interviews bij professionals afgenomen. Daarnaast is in een vignet-studie onderzocht in welke mate besluitvormingsprocessen over passende interventies verschillen tussen geïnterviewde professionals die zonder en met ARIJ-Needs te werk gaan. Aanvullend is een semigestructureerd interview afgenomen om gebruikerservaringen en relevante aanbevelingen voor doorontwikkeling van ARIJ-Needs uit te vragen bij de professionals.

1.2 RNR-Principes

In strafrechtelijke zorg worden de Risk-Need-Responsivity-principes veelvuldig toegepast om recidive op effectieve wijze te voorkomen (Andrews et al., 1990). Het RNR-model beschrijft op basis van drie principes hoe behandelingen gepersonaliseerd moeten worden voor individuele cliënten om de behandel-effectiviteit te vergroten. Zo stelt het risicoprincipe dat de intensiteit van een interventie moet aansluiten bij het recidiverisico en het behoefteprincipe dat een interventie gericht moet zijn op criminogene behoeften (i.e. de veranderbare risicofactoren die samenhangen met recidive). Tot slot schrijft het responsiviteitsprincipe voor dat interventies moeten aansluiten bij onder andere het cognitieve niveau, de motivatie en demografische eigenschappen (waaronder geslacht en etnische afkomst) van de cliënt. Interventies die zijn vormgegeven volgens deze principes blijken effectiever in het voorkomen van recidive dan interventies die niet voldoen aan

deze principes (Andrews et al., 1990; Dowden & Andrews, 1996; Dowden & Andrews, 2003; Dowden & Andrews, 2006; Hanson et al., 2009).

Hoewel het RNR-model is ontwikkeld ter voorkoming van criminele recidive, is het model ook veelbelovend voor de preventie van (herhaling van) kindermishandeling (Van der Put et al., 2015; Van der Put et al., 2018). Zo kan zowel delinquent gedrag als kindermishandeling worden verklaard door de balans tussen risicofactoren (denk aan armoede, stress en psychopathologie) en beschermende factoren (zoals sociale steun) in verschillende sociale systemen rondom een cliënt of risicogezin, zoals de familie, een school, en de buurt waarin een cliënt of gezin woont (Belsky, 1993; Van der Put et al., 2018). Het werken volgens het behoefteprincipe van het RNR-model sluit daarmee aan bij een holistische benadering binnen de jeugdbescherming door alle zorgbehoeften systematisch te inventariseren. Onder deze zorgbehoeften vallen specifieke casusfactoren, zoals de ontwikkelingsbehoeften van kinderen, de mogelijkheden van ouders en verzorgers om in deze ontwikkelingsbehoeften te voorzien, en familie- en omgevingsfactoren die mogelijk impact hebben op ouderlijke competenties en de ontwikkeling van kinderen (Spies et al., 2015; Wilson et al., 2008).

Desondanks worden de RNR-principes tot op heden in beperkte mate toegepast in de jeugdbescherming. Om beter te kunnen werken volgens de RNR-principes is onlangs ARIJ-Needs ontwikkeld (van der Put et al., 2018), waarmee zorgbehoeften van risicogezinnen op gestructureerde wijze geïnventariseerd kunnen worden (i.e. de veranderbare risicofactoren die samenhangen met kindermishandeling). Daarnaast wordt er met deze tool een koppeling gemaakt tussen getaxeerde zorgbehoeften en het beschikbare zorgaanbod, waarmee ARIJ-Needs de toepassing van het behoefteprincipe van het RNR-model faciliteert.

1.3 ARIJ-Needs

Professionals kunnen met ARIJ-Needs inventariseren welke dynamische (veranderbare) risicofactoren voor kindermishandeling, oftewel zorgbehoeften, aanwezig zijn in een gezin en dus aanknopingspunten bieden voor behandeling. In dit onderdeel voor behoeftetaxatie gaat het om factoren die kindermishandeling veroorzaken en/of in stand houden (Van der Put et al., 2018). Voor de ontwikkeling van het behoeftetaxatie-onderdeel van ARIJ-Needs werden zulke dynamische risicofactoren geselecteerd op basis van (overzicht)studies naar significante voorspellers van kindermishandeling (o.a. Assink et al., 2016; Cash, 2001; Hindley et al., 2006; Mulder et al., 2018; Stith et al., 2009). Deze theoretisch-empirische aanpak sluit aan bij het waarborgen van een gestructureerde analyse van beschikbare informatie in gezinssituaties ter bevordering van de kwaliteit van klinische besluitvorming door professionals in de jeugdbescherming (Helm & Roesch-Marsh, 2010; Lauritzen et al., 2018). De geselecteerde dynamische risicofactoren werden vervolgens onderverdeeld in *opvoedingsfactoren* (o.a. problemen in de ouder-kind interactie, onvoldoende bescherming/toezicht/veiligheid), *gezinsfactoren* (o.a. weinig sociale

steun, financiële problemen) en *ouderfactoren* (o.a. opvoeder ervaart stress, problemen met agressie-regulatie), *kindfactoren* (o.a. internaliserende problematiek, leerproblemen). Daarnaast is er een overzicht van doelgroepfactoren (statische factoren, waaronder een cognitieve beperking), als mogelijke behoeftefactoren voor een passende interventie.

Voor de ontwikkeling van de module om professionals te ondersteunen in het kiezen van passende zorg en/of interventies is een database gemaakt van in totaal 116 interventies voor (de preventie van) kindermishandeling die in Nederland beschikbaar zijn. (Zie: Van der Put et al., 2018 voor een overzicht van deze interventies met per interventie een beschrijving en contra-indicaties. Een volledig overzicht van de database is op te vragen bij de auteurs.) Elk van deze interventies grijpt tenminste aan op één risicofactor voor kindermishandeling. Om interventies te identificeren zijn meerdere bronnen geraadpleegd, namelijk de databank Effectieve Jeugdinterventies (Nederlands Jeugdinstituut), de databank Effectieve interventies huiselijk geweld en seksueel geweld (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Movisie) en een overzicht van Jeugdbescherming Regio Amsterdam met daarin de interventies en andere zorgvormen die worden toegepast bij cliënten. Belangrijk om te vermelden is dat (nog) niet alle Nederlandse interventies opgenomen zijn in ARIJ-Needs, omdat het instrument in eerste instantie is ontwikkeld voor zorginstellingen in de regio Amsterdam (Van der Put et al., 2018). Verreweg de meeste interventies worden ook in andere regio's in het land aangeboden, maar om ARIJ-Needs volledig bruikbaar te maken in heel Nederland kan de database van de tool worden uitgebreid met andere interventies die elders in het land worden aangeboden. Van elke geïdentificeerde interventie werd de handleiding of het protocol gescreend op de dynamische factoren waarop de interventie aangrijpt. Zo was het mogelijk de interventies die werden opgenomen in de database van ARIJ-Needs te koppelen aan de veranderbare risicofactoren (ofwel de mogelijke zorgbehoeften) die gemeten worden met het behoeftetaxatie-onderdeel van ARIJ-Needs (Van der Put et al., 2018). De verwachting is dat ARIJ-Needs de besluitvorming over het inzetten van passende hulpverlening in de jeugdbescherming effectiever, efficiënter en minder subjectief maakt, omdat deze tool het mogelijk maakt om het behoefteprincipe van het RNR-model op systematische wijze in de klinische praktijk van jeugdbescherming toe te passen.

2 Methode

2.1 Participanten

In totaal werden bij vijftien professionals uit de jeugdzorg, waarvan twaalf vrouwen en drie mannen, semigestructureerde interviews afgenomen. Deze professionals hadden de volgende functies: gezinscoach, medewerker Crisis Interventie Team, klinisch/gz-(kinderen jeugd)psycholoog, jeugdmaatschappelijk werker, gedragswetenschapper, schoolmaat-

schappelijk werker en jeugdbeschermer. Zij waren werkzaam bij GGD Hollands Midden, Opvoedpoli, Levvel, Bureau Jeugdzorg (Limburg) en Bascule. De professionals waren niet bekend met het gebruik van ARIJ-Needs.

2.2 Procedure

De professionals werden geworven via de instellingen die betrokken waren bij het ZonMw-consortium 'Vroeg preventieve interventies' en via het netwerk van de onderzoekers in de periode september 2020 tot en met januari 2021. De participanten ontvingen informatie over het doel en de procedure van het onderzoek, waarna zij een *informed-consent*-formulier ondertekenden. De interviews duurden gemiddeld 37 minuten en werden op de werkplek van de participant of via een videoverbinding afgenomen. Er werd toestemming gevraagd voor het opnemen van het interview, met de expliciete vermelding dat de data vertrouwelijk en niet herleidbaar tot personen zouden worden verwerkt.

Dit onderzoek omvatte een *mixed-methods-design* waarbij interviews gecombineerd werden met kwantitatief onderzoek waarin een vergelijking werd gemaakt tussen het aantal getaxeerde behoeftefactoren zonder en met ARIJ-Needs. In het semigestructureerde interview werden allereerst vragen gesteld over het huidige besluitvormingsproces over passende behandeling in de jeugdbeschermingspraktijk. Vervolgens werd een fictieve casus voorgelegd aan de professional over de situatie van een gezin met meervoudige en complexe problemen (Bijlage 1). Deze casus is in eerder onderzoek ontwikkeld en gebruikt (Vial et al., 2021). Uit onderzoek blijkt dat een zogenoemde 'vignetstudie' een geschikte methode is voor het vergelijken van besluitvormingsprocessen binnen diverse groepen sociaal maatschappelijk werkers (Lauritzen et al., 2018). Er werd aan de professionals gevraagd of zij alle behoeftefactoren van het gezin in de casus konden opschrijven, en vervolgens welke specifieke interventie(s), die zij passend achtten bij de gesignaleerde behoeftefactoren, zij zouden aanbevelen. Vervolgens werd ARIJ-Needs geïntroduceerd waarbij het gebruik ervan werd toegelicht door de interviewer. Er werd aan de professionals nogmaals gevraagd om alle behoeftefactoren van het gezin in de casus te taxeren, maar dan nu met de tool. Ten slotte werden vragen gesteld over de gebruikservaringen met de tool en een evaluatie van de uitkomsten van de tool. Aangezien alle professionals een zekere mate van expertise in de jeugdbescherming hadden, werd op basis van de consensustheorie – het principe dat experts op een specifiek gebied overeenkomstige bevindingen rapporteren – aangenomen dat een voldoende mate van saturatie bereikt kon worden met een relatief kleine sample (Guest et al., 2006). Na vijftien interviews bleek dat de antwoorden van de professionals overeenkwamen en weinig nieuwe informatie naar voren kwam.

2.3 Instrumenten

2.3.1 Interviews

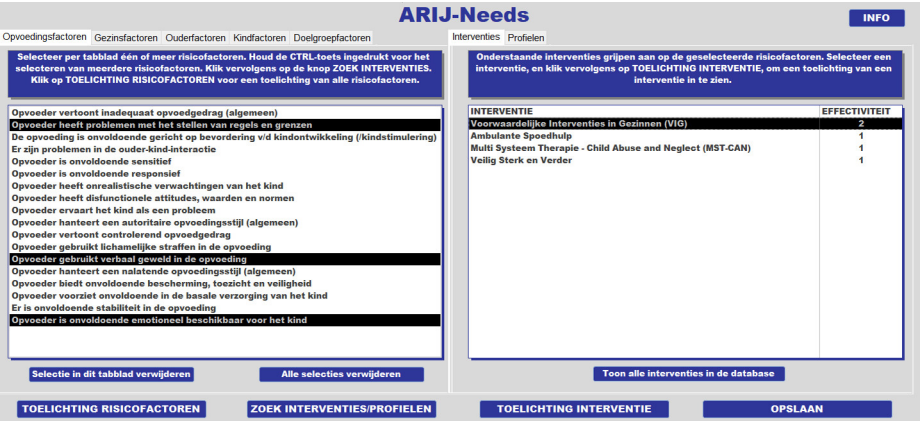
In de semigestructureerde interviews werd een vooraf opgestelde vragenlijst gebruikt. De interviews bestonden uit de volgende onderdelen:

1. De Jeugdbeschermingspraktijk zonder ARIJ-Needs
 - 1.1. Vragen over de huidige behoeftetaxatie-procedure en het besluitvormingsproces over passende zorg in de jeugdbeschermingspraktijk;
 - 1.2. Vragen over eventuele knelpunten in de begeleiding naar passende zorg;
 - 1.3. Vragen over mogelijke oplossingen ter verbetering van de zorg;
 - 1.4. Taxatie van zorgbehoeften bij een fictieve gezinscasus zonder ARIJ-Needs;
 - 1.5. Vragen over welke zorg past bij de casus;
2. Behoeftetaxatie en keuze voor passende zorg met ARIJ-Needs
 - 2.1. Introductie van ARIJ-Needs: taxatie van de zorgbehoeften in de casus;
 - 2.2. Evaluatie van de taxatieresultaten met ARIJ-Needs en vragen over de gebruikerservaringen met ARIJ-Needs.

2.3.2 ARIJ-Needs

ARIJ-Needs is een computerapplicatie die is ontwikkeld om zorgprofessionals te ondersteunen in enerzijds het taxeren van zorgbehoeften en anderzijds het kiezen van zorg die aangrijpt op de getaxeerde zorgbehoeften (Van der Put et al., 2018). Deze zorg bestaat uit werkwijzen, behandelingen en interventies die volgens handleidingen en protocollen aangrijpen op ten minste één risicofactor voor kindermishandeling. In Figuur 1 is een schermafdruck zichtbaar van de applicatie. Links in het scherm is het behoeftetaxatie-onderdeel zichtbaar waarin mogelijke zorgbehoeften in de vorm van dynamische risicofactoren voor kindermishandeling staan. Deze factoren zijn onderverdeeld in opvoedings-, gezins-, ouder-, en kindfactoren. In Figuur 1 worden de factoren getoond voor het tabblad opvoedingsfactoren. Rechts in het scherm worden de interventies getoond die aangrijpen op de geselecteerde factoren.

Hulpverleners kunnen meerdere factoren per tabblad selecteren. Met een aparte knop ('Toelichting risicofactoren') kan een toelichting voor elke factor in ARIJ-Needs worden opgevraagd, zodat gebruikers de factoren zoveel mogelijk hetzelfde interpreteren. Nadat een gebruiker alle aanwezige zorgbehoeften voor een casus heeft geselecteerd, kunnen interventies worden gezocht die aangrijpen op deze getaxeerde zorgbehoeften (zie knop 'Zoek interventies/Profielen' in Figuur 1). Zo zijn in Figuur 1 drie opvoedingsfactoren geselecteerd, waarbij in de database van ARIJ-Needs vier interventies zitten die elk aangrijpen op (ten minste) deze drie opvoedingsfactoren (zie de interventies rechts in het scherm; Figuur 1). Van elke getoonde interventie kan een toelichting worden opgevraagd (knop 'Toelichting interventie'), waarna informatie volgt over de doelstelling van een interventie, de doelgroep waarop een interventie zich richt, beschikbare kennis over de effectiviteit van een interventie en waar in Nederland een interventie wordt aan-



Figuur 1 Schermafdruck van ARIJ-Needs met daarin het behoeftetaxatie-onderdeel (links) en resultaten van de zoekopdracht naar interventies die aangrijpen op de getaxeerde zorg-behoeften (rechts)

geboden. Zoals Figuur 1 laat zien worden de interventies die aangrijpen op de selectie van zorgbehoeften getoond in afnemende volgorde van effectiviteitsbewijs waarbij de classificatie van Van Yperen, Veerman en Bijl (2017) is aangehouden. Na elke taxatie van zorgbehoeften en een zoekopdracht naar interventies die aangrijpen op de getaxeerde behoeften kunnen de resultaten van de behoeftetaxatie en de zoekopdracht worden opgeslagen.

2.4 Data-Analyse

De audio-opnames van de interviews zijn getranscribeerd en vervolgens gecodeerd met ATLAS.ti (versie 8) volgens de codeerfases uit de richtlijnen van Boeije (2014). Eerst werden relevante fragmenten en quotes voorzien van een code (open coderen), waarna overlappende thema's werden verzameld in code-groepen (axiaal coderen). Ten slotte werden thema's vergeleken en aan elkaar gerelateerd in netwerken (selectief coderen). Het coderen van alle interviews resulteerde in een totaal van 159 codes, verdeeld over zestien codegroepen. In het codeerproces zijn zowel inductieve als deductieve methodes gebruikt om de data te coderen (Green & Thorogood, 2018). Via deductieve analyse werden codes toegekend aan de hand van de interviewopzet. Per vragenlijstonderdeel werd een inductieve onderzoeksmethode toegepast, zodat eventuele assumpties of referentiekaders van de auteurs geen invloed hadden op het definitieve codeerschema (Green & Thorogood, 2018). De eerste auteur codeerde alle interviews waarbij onduidelijkheden werden gemarkeerd. Deze onduidelijkheden werden middels discussie met de coauteurs besproken tot volledige overeenstemming was bereikt over het codeerschema inclusief codegroepen en thema's. Aanvullend zijn t-toetsen voor onafhankelijke groepen uit-

gevoerd om verschillen in het aantal getaxeerde behoeftefactoren tussen de conditie zonder en met ARIJ-Needs te toetsen. Deze toetsen waren uitgevoerd per factorcategorie.

3 Resultaten

3.1 De Jeugdbeschermingspraktijk zonder ARIJ-Needs

3.1.1 Huidige Werkwijze Behoeftetaxatie en Zorgkeuze

De meeste professionals ($N = 12$) taxeren zorgbehoeften tijdens een (intake)gesprek met de cliënt/het gezin (*"In eerste instantie gaan wij in gesprek met ouders en de kinderen om te bekijken wat de grootste zorg is in het gezin."*). Zes professionals noemden daarbij dat overleg met collega's belangrijk is in het bepalen van de primaire zorgbehoeften en het opstellen van een behandelplan (*"Ik geef tijdens een vergadering aan waar ik naar op zoek ben en vervolgens geven collega's suggesties over welke zorg passend is."*). Ook gaven sommige professionals ($N = 4$) aan dat ze over zorgbehoeften overleggen met andere betrokken instanties (waaronder zorgverwijzers en gemeenten) (*"Wij hebben een casuïstiekbespreking samen met ouders en het kind, ketenpartners en de gemeente."*). Vijf professionals gaven aan meestal af te gaan op hun eigen ervaring in het taxeren van zorgbehoeften (*"Bij ons is er wel een gestructureerd protocol, maar in de praktijk doet iedere collega het toch op zijn eigen manier."*). De participanten noemden verschillende instrumenten/methodieken in hun antwoord op de vraag hoe zij doorgaans een gestructureerde behoefte-taxatie uitvoeren, namelijk: (1) ARIJ-Risk, RiS 2.0 en SIRE-lijst (risicotaxatieinstrumenten), (2) de TOP-3 methodiek (redeneer- en beslismodel over onveiligheid in huiselijke kring), (3) het meten van de *Big Five* middels een persoonlijkheidsvragenlijst, (4) het Dialoogmodel (een methode gericht op het bevorderen van afstemming, overeenstemming en samenwerking tussen hulpvragers en verleners), (5) Richtlijnen Jeugdhulp (globaal stappenplan), en (6) Ambulante Spoedhulp.

De meeste professionals ($N = 9$) gaven aan in overleg met collega's te bepalen welke zorg/interventies nodig zijn voor de cliënt/het gezin (*"Ik neem contact op met onze gedragswetenschapper en daarnaast werk ik veel samen met een zorgcoördinator. Soms raadpleeg ik een consulent van het gemeentelijke jeugdloket."*). Ook wordt vaak zorg ingezet op basis van eerdere ervaringen met cliënten (*"Ik kies voor zorg of een interventie waarmee ik bekend ben in mijn omgeving, of op grond van mijn eerdere ervaringen met bepaalde zorg of interventies."*). Drie professionals gebruikten de Zorgkeuze Midden-Holland (Gemeente Gouda, 2021), wat een website omvat met daarop een sociale kaart van zorgaanbieders in de regio. Daarnaast gaven drie professionals aan rekening te houden met het zorgverleden, het cognitief niveau of de identiteit (waaronder geloofsovertuiging) van cliënten bij het vinden van passende zorg. Ook noemde een professional vaak even te 'Googelen' naar welke zorg passend kan zijn.

3.1.2 *Knelpunten in de Begeleiding van Cliënten naar Passende Zorg*

Wachtlijsten en stroeve samenwerking. De meeste professionals ($N = 12$) noemden de lange wachtlijsten in de jeugdzorg als groot knelpunt in de toeleiding van cliënten naar passende zorg (*"De route die een cliënt moet afleggen om een doorverwijzing te krijgen van de gemeente verloopt echt moeizaam. Bij het gemeentelijke loket is de gemiddelde wachttijd zo'n zes weken. Vervolgens wordt daar de zorgbehoefte nogmaals in kaart gebracht en pas daarna wordt een aanmelding gedaan bij een zorginstantie, waarna eerst weer enkele maanden wachttijd verstrijkt."*). Daardoor wordt soms ook een volgens de professionals minder passend alternatief aangeboden (*"Soms is een wachtlijst te lang, en dan ga ik op zoek naar een alternatief."* of *"Ik zit soms te stutten en steunen totdat ik de hulp kan inzetten die passend is."*). Zes professionals gaven daarnaast aan dat een gebrek aan samenwerking of wisselingen tussen hulpverleners/instanties soms ook leidt tot vertraging in de zorg (*"Je moet net de goede persoon treffen die zegt: Ik ga dat gelijk voor je regelen."*).

Beperkte inkoop, ingewikkeld financieringsbeleid en lastige verwijscriteria. Zeven professionals noemden een beperkte inkoop van zorg door gemeenten als knelpunt bij het inzetten van passende zorg (*"Het inkoopbeleid van de gemeente is zó leidend dat je niet altijd de best passende zorg kan inzetten."*). Twee professionals gaven daarnaast aan dat het verkrijgen van de benodigde financiering van zorg ook vaak leidt tot vertraging (*"Ik wacht vaak op administratieve rompslomp, terwijl het juist zo belangrijk is om aan een gezin te laten zien dat sprake is van een goede samenwerking met andere partijen."*). Drie professionals noemden ook dat ingewikkelde verwijscriteria een barrière vormen voor aanmelding bij zorginstanties (*"Soms valt een gezin net niet onder de ingewikkelde verwijscriteria van een instantie, en dat is niet altijd even makkelijk."*).

Onvoldoende zicht op interventieaanbod en zorgbehoeften. Drie professionals vertelden niet altijd bekend te zijn met het hulpaanbod (*"Ik vraag me wel eens af: Is er niet een betere oplossing? Ik kies toch snel voor een interventie waarmee ik bekend ben, terwijl er misschien een beter alternatief is."*). Ook gaven twee professionals aan dat ze soms te weinig informatie over problematiek en zorgbehoeften hebben om een inschatting te kunnen maken van welke zorg of hulp nodig is (*"Het is lastig wanneer je nog weinig informatie hebt en snel beslissingen moet nemen."*).

Complexe problematiek en gebrekkige motivatie. Vijf professionals gaven aan dat er niet altijd passende hulp beschikbaar is, omdat de problematiek te ingewikkeld is voor het zorgaanbod waaruit gekozen kan worden (*"Bij complexe echtscheidingen vind ik het heel lastig om passende hulp in te zetten, omdat ouders tegelijkertijd met een rechtszaak bezig zijn."*). Vier professionals benoemden het gebrek aan motivatie bij cliënten als knelpunt (*"Wat doe je als mensen gewoon geen hulp willen?"*).

3.1.3 *Suggesties ter Verbetering van de Jeugdbeschermingspraktijk*

Professionals gaven meerdere suggesties op de vraag wat er nodig zou zijn om de knelpunten in het vinden van passende zorg in de jeugdbescherming te verhelpen. Zo is er behoefte aan meer kennis over (1) het hulpaanbod (*"Het zou helpend zijn om meer kennis*

Tabel 1 Aantal gesignaleerde zorgbehoeften (zonder en met ARIJ-Needs)

Categorie	Zonder ARIJ-Needs		Met ARIJ-Needs		t
	M	SD	M	SD	
Familie	3.53	1.06	5.87	0.83	-6.70***
Kind	2.53	2.48	3.60	1.50	-1.43
Opvoeding	1.73	0.88	6.40	3.38	-5.18***
Ouder	1.27	1.28	5.80	2.11	-7.11***
Totaal	9.07	3.88	21.67	5.98	-6.84***

Noot. Voor elke categorie is een *independent samples t-test* uitgevoerd om het verschil in het gemiddeld aantal getaxeerde zorgbehoeften te toetsen tussen de behoefte-taxaties met en zonder ARIJ-Needs. Het gebruik van de tool was een dichotome variabele (0 = zonder ARIJ-Needs, 1 = met ARIJ-Needs), wat betekent dat een negatieve t-waarde een hoger gemiddeld aantal getaxeerde zorgbehoeften impliceert met ARIJ-Needs.

*** $p < .001$.

te hebben over het aanbod in de regio.”), (2) een betere samenwerking tussen betrokken instanties, (3) een specifiek zoekstelsel met mogelijke interventies (“Thema’s zijn nu zo algemeen, zoals ‘autisme’ of ‘psychiatrie’, ik wil specifiekere kunnen zoeken.”), (4) het inzetten van wachtlijstcoaches of een casusregisseur, en (5) een aangepast financieringssysteem (“Het zou mooi zijn als ieder kind een persoonlijk budget krijgt, want dan maakt het niet uit met welke instanties er wel of geen contracten zijn.”).

3.2 Behoeftetaxatie met- en zonder ARIJ-Needs

Na het lezen van de fictieve casus bleek dat professionals significant meer zorgbehoeften taxeerden met gebruik van ARIJ-Needs ($M = 21.67, SD = 5.98$), dan tijdens de eerste taxatieronde die gebaseerd was op alleen de eigen klinische inschatting ($M = 9.07, SD = 3.88$) ($t(28) = -6.84, p < .001$) (zie Tabel 1). Professionals taxeerden significant meer factoren (o.a. huiselijk geweld, een problematische relatie tussen opvoeders en financiële problemen), opvoedingsfactoren (o.a. inconsistente opvoeding, verstoorde ouder-kindrelatie en problemen met het stellen van grenzen) en ouderfactoren (o.a. ouderlijke stress en agressieregulatie-problematiek).

3.3 Zorgkeuze met- en zonder ARIJ-Needs

Na de behoeftetaxatie zonder ARIJ-Needs gaven professionals verschillende suggesties voor zorg die zij zouden inzetten bij de fictieve gezinscasus, waaronder: sociaal maatschappelijke ondersteuning, systeemgerichte zorg, opvoedondersteuning, ambulante spoedhulp, mediation, stresshantering, veiligheidsafspraken, logopedie voor het kind en een kindercoach. Ook werden verschillende interventies genoemd, waaronder: 'Kinderen uit de Knel', 'En nu ik ...!', *Families First*, 'KIES', 'Ouderschap Blijft', 'Piep zei de muis', 'SCHIP-aanpak', *Signs of Safety* en *Words and Pictures*.

Bij de eerste taxatie met ARIJ-Needs, waarbij de respondenten alle aanwezige zorgbehoeften bij de casus taxeerden, bleek dat er maar twee interventies in ARIJ-Needs-database zaten die op *alle* aanwezige zorgbehoeften in de casus aansloten. Multisysteemtherapie – *Child Abuse and Neglect* (MST-CAN) kwam bijna altijd naar voren (93,3%), en Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding kwam één keer naar voren (6,7%). Bij de tweede taxatie met ARIJ-Needs, waarbij respondenten de zorgbehoeften met de meeste prioriteit taxeerden, bleken meer interventies in ARIJ-Needs-database passend te zijn bij de casus. MST-CAN bleek ook hierbij het vaakst passend (93,3%), gevolgd door Ambulante Spoedhulp (66,7%), Voorwaardelijke Interventies in Gezinnen (60%), Families First en Veilig Sterk en Verder (46,7%) en *Parent Child Interaction Therapy* en Intensieve Ambulante Gezinsbegeleiding (40%).

3.4 Evaluatie van ARIJ-Needs

3.4.1 Interventieaanbevelingen

De meeste professionals (10) konden zich vinden in de interventieaanbevelingen die volgden uit de behoeftetaxatie met ARIJ-Needs. Acht professionals gaven aan niet bekend te zijn met één of meerdere interventies. Twee professionals vonden de interventies wel passend, maar pas in een later behandelstadium (*"Ouders moeten eerst een stabiele woonomgeving krijgen."*).

3.4.2 Module voor Behoeftetaxatie

Bij de boordeling van de bruikbaarheid van het behoeftetaxatie-onderdeel was het merendeel van de feedback positief. Professionals benoemden onder andere dat het overzicht van de verschillende domeinen structuur biedt en handig is tijdens het schrijven van rapportages. Ook gaven ze aan dat de tool makkelijk in teamverband gebruikt kan worden en goed inzetbaar is bij gezinnen met meervoudige en complexe problemen. Daarnaast gaven professionals aan dat er overlap zit in sommige factoren (*"Vooral bij opvoedingsfactoren, waarbij veel andere factoren lijken te vallen onder de algemene factor 'er is onvoldoende stabiliteit in de opvoeding'."*). Ook benoemden twee professionals het belang van het kunnen aangeven van de ernst van de problematiek, oftewel dat de huidige dichotome antwoordoptie (wel/niet aanwezig van een factor) uitgebreid zou moeten worden met een ernstgradatie.

3.4.3 Module voor Zorgkeuze

Vijf professionals noemden het interventieoverzicht in ARIJ-Needs een verbreding van de horizon (*"Het geeft een mooi beeld van de mogelijkheden, ook van interventies waaraan je in eerste instantie niet zou denken. Normaal gesproken kies je toch voor een interventie waar je bekend mee bent, of waar je goede ervaringen mee hebt."*). Zes professionals vonden het interventieoverzicht in het algemeen nuttig (*"Het is best concreet en ik denk dat het heel helpend kan zijn."*). Drie professionals benoemden dat het interventieoverzicht moet aansluiten bij het beschikbare aanbod in de regio waarin gewerkt zou worden met ARIJ-Needs. Verder gaven professionals aan dat het zinvol zou zijn om het interventieaanbod uit te breiden met diverse methodieken, waaronder Signs of Safety en de MPG-Aanpak (ketenaanpak voor zorg aan gezinnen met meervoudige en complexe problemen, regio Amsterdam).

3.4.4 Ontbrekende Informatie

Alle professionals gaven aan dat er geen overbodige informatie in de tool staat. Wel zeiden drie professionals de ruimte voor positieve/beschermende factoren (zoals sociale steun) te missen in de tool. Andere missende factoren waren volgens de professionals: hulpverleningsgeschiedenis, (complexe) scheiding van ouders, specifieke kindfactoren (i.p.v. algemeen externaliserende- en internaliserende problematiek), trauma (kind), leeftijdsindicaties van interventies en het mentaliserend vermogen van ouders. Daarnaast misten enkele participanten de optie voor prioritering van factoren (ernstgradatie) en de verwerking van veiligheidsafspraken als eventuele bijlage.

3.4.5 Gebruikservaringen en Suggesties voor Bevordering van Gebruiksgemak

Twaalf professionals vonden ARIJ-Needs over het algemeen een gebruiksvriendelijke en overzichtelijke tool (*"Ik vind hem heel overzichtelijk, vooral de tabbladen/categorieën zijn erg helpend."*). Drie professionals suggereerden dat het makkelijker zou zijn als de Control-toets niet ingedrukt hoeft te worden bij de selectie van behoeftefactoren. Andere suggesties waren: een minder 'basic' ontwerp, online beschikbaarheid van de tool, minder gebruik van jargon, 'onbekend' toevoegen als antwoordoptie en continue zichtbaarheid van de toelichtingen bij de factoren. Eén professional benoemde dat het ook nuttig zou zijn als ouders de tool zelf kunnen gebruiken om te onderzoeken welke hulp zij nodig zouden hebben.

3.4.6 Gebruik in de Praktijk

Alle professionals gaven aan de tool in de praktijk te willen gebruiken (*"Je kiest toch snel voor een interventie die je vaker hebt ingezet en waar je positieve ervaringen mee hebt in plaats van een minder bekende, maar eventueel beter passende interventie. Ik denk dat je hiermee een heel goed beeld krijgt van de mogelijkheden."*). Ook zouden de professionals de tool bij collega's aanraden (*"Zeker voor wijkteams of spoedhulp."*). Ten slotte benoemden

meerdere professionals dat het nuttig zou zijn om ARIJ-Needs te koppelen aan ARIJ-Risk (Van der Put et al., 2018).

4 Discussie

ARIJ-Needs is, voor zover bekend, het eerste instrument dat specifiek ontwikkeld is om professionals in jeugdbescherming te ondersteunen in behoeftetaxatie én besluitvorming over passende zorg. Het doel van deze studie was om te onderzoeken of ARIJ-Needs daadwerkelijk ondersteunend is in behoeftetaxatie en het besluitvormingsproces. Om hier uitspraken over te kunnen doen werd in deze studie ook nagegaan wat de huidige werkwijze is van professionals voor het taxeren van zorgbehoeften en het kiezen van passende zorg.

4.1 ARIJ-Needs in de Jeugdbeschermingspraktijk

Uit dit onderzoek blijkt dat ongestructureerde besluitvorming over passende zorg nog altijd gebruikelijk is in de jeugdbeschermingspraktijk, ondanks de voordelen van een gestructureerd klinisch besluitvormingsproces (Douglas et al., 2002; ARIJ-Needs). De jeugdzorgprofessionals die in dit onderzoek zijn geïnterviewd baseren hun keuze over passende zorg doorgaans op eigen ervaringen en adviezen van collega's. Valkuilen van dergelijke intuïtieve besluitvorming zijn het optreden van vooroordelen (bias) in het beoordelen van een casus en het diagnostisch proces (Helm, 2011; Saltiel, 2016). Zo kan een professional door bias in de oordeelsvorming vooral aandacht hebben voor bepaalde herkenbare problematiek door eerdere ervaringen met dezelfde problemen en minder aandacht hebben voor andere (complexe) informatie die niet direct samenhangt met de gesignaleerde problematiek (Saltiel, 2016).

Verder bleken de geïnterviewde professionals risicotaxatie-instrumenten (o.a. ARIJ-Risk, RiS 2.0 en SIRE-lijst) te gebruiken in het besluitvormingsproces over passende interventies in de jeugdbescherming, in plaats van behoeftetaxatie-instrumenten. Zoals beschreven in het visiedocument 'Gefaseerde ketensamenwerking bij kindermishandeling, huiselijk geweld en seksueel misbruik' (Vogtländer & van Arum, 2016), is het belangrijk om onderscheid te maken tussen het werken aan (1) kindveiligheid, (2) risicogestuurde zorg en (3) herstelgerichte zorg. Zoals eerder genoemd maakt risicotaxatie inzichtelijk wie hulpverlening nodig heeft (gezinnen met een verhoogd risico) en met welke intensiteit deze hulpverlening aangeboden moet worden (risicogestuurde zorg), terwijl behoeftetaxatie zichtbaar maakt wat aangepakt moet worden met welke interventies (herstelgerichte zorg) (Van der Put et al., 2018). ARIJ-Needs is daarmee een aanvulling op het reeds bestaande aanbod van instrumenten voor het opstellen van een systeemgericht hulpverleningsplan.

De resultaten van dit onderzoek sluiten aan op eerder onderzoek waaruit blijkt dat gestructureerde besluitvorming (zoals met ARIJ-Needs) tunnelvisie kan voorkomen en een holistische benadering van probleemgezinnen in de jeugdbescherming bevordert (Bartelink et al., 2015). Bij een holistisch besluitvormingsproces wordt naast zorgbehoeften van kinderen rekening gehouden met zorgbehoeften van de opvoeders en/of de bredere sociale omgeving. Zo bleek dat professionals tijdens de gestructureerde behoeftetaxatie met ARIJ-Needs significant meer zorgbehoeften signaleerden dan tijdens de klinische taxatie zonder ARIJ-Needs. Daarnaast viel op dat professionals vooral gezins- en kindfactoren en relatief weinig ouderfactoren taxeerden in hun eigen klinisch oordeel van zorgbehoeften, terwijl zij significant meer gezins-, ouder-, en opvoedingsfactoren signaleerden wanneer gewerkt werd met ARIJ-Needs. Hiermee lijkt ARIJ-Needs een belangrijke meerwaarde te hebben ten opzichte van ongestructureerde behoeftetaxatie, omdat opvoedingsfactoren (o.a. problematische ouder-kind relatie) en ouderfactoren (o.a. crimineel gedrag en psychopathologie) aanzienlijk sterkere voorspellers zijn voor kindermishandeling dan kindfactoren (Mulder et al., 2018; Stith et al., 2009). Ook uit een calamiteitenonderzoek (Toezicht Sociaal Domein, 2015) bleek dat professionals onvoldoende aandacht hadden voor risicofactoren van ouders in kwetsbare gezinnen waarin de veiligheid van kinderen in gevaar was. ARIJ-Needs kan professionals dus ondersteunen in het signaleren van de meest relevante risicofactoren die fungeren als aanknopingspunten voor behandeling.

Over de gebruiksvriendelijkheid van ARIJ-Needs zeiden professionals dat het overzicht van risicofactoren in verschillende domeinen structuur biedt bij het in kaart brengen van hulpbehoeften. Daarbij werd benoemd dat zo'n overzicht belangrijke en inzichtelijke aanknopingspunten biedt voor het maken van doeltreffende rapportages of gezinsplannen, wat gezinswerkers vooral beschouwen als een administratieve last (Sekreve et al., 2020). De zorgkeuzemodule van ARIJ-Needs werd gezien als een 'verbreding van de horizon' in het voortdurend groeiende aanbod van zorg en interventies, die al dan niet effectief zijn bevonden. Uit recent onderzoek blijkt dat veel gezinswerkers onbekend zijn met effectieve behandelvormen die bijvoorbeeld zijn opgenomen in de databank Effectieve Jeugdinterventies (DEJ) van het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) (Sekreve et al., 2020). ARIJ-Needs vergroot niet alleen de kennis van professionals over het beschikbare aanbod van behandelingen en interventies, maar maakt ook inzichtelijk welke interventies aangrijpen op de risicofactoren die professionals selecteren in een behoeftetaxatie. Bovendien maakt ARIJ-Needs inzichtelijk in welke mate de werkzaamheid van interventies wetenschappelijk is onderbouwd (ARIJ-Needs), wat een belangrijk aspect is om mee te wegen in besluitvorming over passende zorg.

4.2 Aanbevelingen voor de Doorontwikkeling van ARIJ-Needs

De geïnterviewde professionals noemden ook suggesties om de tool te verbeteren en de inzetbaarheid ervan in de jeugdbeschermingspraktijk te vergroten. Ten eerste noem-

den zij dat niet alle interventies in de database van ARIJ-Needs beschikbaar zijn in elke regio in Nederland vanwege het decentrale, gemeentelijk inkoopbeleid van jeugdzorg. Enerzijds belemmert dat de algemene bruikbaarheid van de tool, maar anderzijds biedt de tool op deze manier wel inzicht in lacunes in het regionale hulpaanbod. Zo kunnen jeugdzorginstanties in overleg met gemeenten aangeven welke nog niet beschikbare interventies geschikt zouden zijn voor hun cliënten.

Ten tweede merkten professionals op dat de huidige module voor behoeftetaxatie alleen (veranderbare) risicofactoren meet en geen beschermende factoren. In de doorontwikkeling van ARIJ-Needs kan worden overwogen om beschermende factoren op te nemen in de behoeftetaxatie om het draagvlak voor deze tool in de jeugdbescherming te vergroten (Wilkins, 2015). Het blijft daarbij wel belangrijk dat dynamische risicofactoren centraal staan in zowel behoeftetaxatie als de behandeling van gezinnen, zodat de klinische praktijk aansluit bij het bewezen effectieve Needs-principe van het RNR-model (REF). Bovendien blijkt uit onderzoek dat kinderen uit hoog-risico-gezinnen minder profiteren van de eventuele aanwezigheid van beschermende factoren dan laag-risico-gezinnen (Luthar & Goldstein, 2004).

Ten derde bleek dat er slechts een beperkt aanbod is van interventies die aansluiten op multidimensionale gezinsproblematiek waarbij veel en diverse behoeftefactoren aanwezig zijn, zoals het geval was in de casus die in dit onderzoek werd voorgelegd aan de respondenten. Naarmate minder risicofactoren worden geselecteerd in ARIJ-Needs neemt het aantal interventies dat aangrijpt op alle geselecteerde risicofactoren toe en daardoor toont ARIJ-Needs ook meer passende interventies in de zorgkeuze-module. Professionals gaven de suggestie om een ernstgradatie toe te voegen aan de dichotome antwoordcategorieën (wel/niet aanwezig) bij de behoeftetaxatie. Met deze mogelijkheid kunnen professionals zicht krijgen op behoeftefactoren met de meeste prioriteit en interventiemogelijkheden die aansluiten op deze factoren. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat ARIJ-Needs interventiemogelijkheden biedt die meestal in geprotocolleerde vorm worden aangeboden. Hoewel deze interventies algemeen werkzame factoren kunnen bevatten die een interventie effectief maken, ongeacht het doel, de doelgroep en het soort interventies, kunnen deze interventies essentiële specifiek werkzame elementen missen die een interventie effectiever maken voor gezinnen waarin sprake is van kindonveiligheid (Van Yperen et al., 2015). Hierbij is het belangrijk te vermelden dat voor het terugdringen van kindermishandeling tot op heden nog geen specifiek werkzame elementen van interventies zijn gevonden die eventueel gekoppeld kunnen worden aan behoeftefactoren van de doelgroep (Van der Put et al., 2018). Daarnaast is ten tijde van dit schrijven slechts 1,82% van alle interventies in de Nji-databank bewezen effectief volgens sterke aanwijzingen (Nederlands Jeugdinstituut, 2023). Dit maakt dat de interventieaanbevelingen door ARIJ-Needs kritisch geëvalueerd dienen te worden door de gebruikers, waarbij de geschiktheid van een interventie op papier afgewogen moet worden tegen de daadwerkelijke aangetoonde effectiviteit.

Ten slotte is het belangrijk om naast gebruikerservaringen ook de psychometrische kwaliteit van ARIJ-Needs te onderzoeken. Hoewel uit eerder onderzoek blijkt dat toepassing van instrumenten die gebaseerd zijn op de RNR-principes het besluitvormingsproces in de jeugdbescherming verbeteren (Vial et al., 2019; Vial et al., 2021), blijft een urgente vraag of implementatie van ARIJ-Needs werkelijk leidt tot betere besluitvorming in de praktijk en dus tot minder kindermishandeling. Daarnaast waren geen kenmerken van de professionals gemeten die mogelijk van invloed zijn op het besluitvormingsproces in de jeugdbescherming. Zo zijn etnische achtergrond, aantal jaar werkervaring en diverse attitudes over overschrijdend opvoedingsgedrag mogelijk van invloed op de besluitvorming over passende ingrepen bij kindonveiligheid (Jent et al., 2011; Lauritzen et al., 2018; Lee et al., 2013). In vervolgonderzoek is het relevant om de eventuele invloed van dergelijke factoren op het gebruik van ARIJ-Needs te toetsen.

4.3 Klinische Implicaties

In dit onderzoek benoemden professionals knelpunten in de huidige jeugdbeschermingspraktijk die ook in eerdere onderzoeken naar voren zijn gekomen, zoals lange wachtlijsten, beperkingen in het hulpaanbod door het inkoopbeleid van gemeenten en een gebrekkige samenwerking tussen instanties (Gubbels et al., 2021; Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, 2020). Een gestructureerd, consistent besluitvormingsproces over passende interventies kan de samenwerking tussen partijen in de jeugdbeschermingspraktijk verbeteren (De Bortoli et al., 2016). Het is belangrijk om te benadrukken dat ARIJ-Needs geen vervanging is van het oordeel van professionals, omdat casus-specifieke en tijdgebonden factoren, zoals ernst en spoedeisendheid, meewegen in de keuze voor de best passende interventie (Van der Put et al., 2018). Daarnaast is een inschatting van responsiviteitsfactoren van cliënten in de jeugdbescherming (waaronder niveau van motivatie, het cognitief functioneren van opvoeder(s) en de culturele achtergrond van een gezin) belangrijk om zorg op maat te kunnen bieden wat de effectiviteit van de zorg ten goede komt (Bijlsma et al., 2021). Ook worden ouders en kinderen bij voorkeur betrokken bij het besluitvormingsproces om het vertrouwen en de kans op een positieve samenwerking te vergroten (Van Bijleveld et al., 2019; Helm, 2011; Van der Put et al., 2018).

4.4 Conclusie

Uit deze pilotstudie blijkt dat ARIJ-Needs professionals ondersteunt in behoeftetaxatie en besluitvorming over passende zorg voor het verlagen van het risico op (de herhaling van) kindermishandeling. Professionals signaleerden significant meer zorgbehoeften bij een gezin met meervoudige en complexe problemen wanneer zij zorgbehoeften taxeerden met ARIJ-Needs dan wanneer zij taxeerden volgens hun eigen klinische ongestructureerde oordeel. Ook signaleerden professionals meer opvoedings- en ouderfactoren met ARIJ-

Needs, wat de sterkste voorspellers zijn voor kindermishandeling en daarmee belangrijke aanknopingspunten voor behandeling. De zorgkeuzemodule van ARIJ-Needs werd beoordeeld als een ‘verbreding van de horizon’ in het voortdurend groeiende aanbod van zorg en interventies in de jeugdbeschermingspraktijk.

Korte Verklaring over de Data en Analyses

Analysescodes en output: De analysescodes en output zijn niet vrij toegankelijk, maar wel opvraagbaar bij de auteur(s).

Data: Wegens gevoeligheid van de (interview)data zijn deze niet vrij toegankelijk. Informatie/vragen over de data is op te vragen bij/kunnen gesteld worden aan Anne Bijlsma.

Auteursbijdragen

AB, CvdP, and MA hebben het studiedesign bedacht. AB heeft de interviews afgenomen en gecoördeneerd en de (statistische) analyses uitgevoerd. De eerste versie van dit manuscript werd opgesteld door AB. Alle auteurs hebben bijgedragen aan het uiteindelijke manuscript.

Literatuur

- Assink, M., Van der Put, C.E., Kuiper, K., Mulder, & Stams, G.J.J.M. (2016). *Risicofactoren voor kindermishandeling: Een meta-analytisch onderzoek naar risicofactoren voor seksuele mishandeling, fysieke mishandeling en verwaarlozing*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Hoge, R.D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, 17, 19–52. <https://doi.org/10.1177/0093854890017001004>
- Andrews, D.A., Bonta, J., & Wormith, J.S. (2011). The Risk-Need-Responsivity (RNR) Model: Does adding the Good Lives Model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, 38(7), 735–755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Bartelink, C., van Yperen, T.A., & ten Berge, I.J. (2015). Deciding on child maltreatment: A literature review on methods that improve decision-making. *Child Abuse & Neglect*, 49, 142–153. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.07.002>
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413–434. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>
- Bijleveld, van, G.G., Bunders-Aelen, J.F.G., Dedding, C.W.M. (2019). Exploring the essence of enabling child participation within child protection services. *Child & Family Social Work*, 25(2), 286–293. <https://doi.org/10.1111/cfs.12684>
- Bijlsma, A.M.E., van der Put, C.E., Overbeek, G.J., Stams, G.J.J.M., & Assink, M. (2021). Personalizing child protection: The value of responsivity factors. *Social Sciences*, 10(6), 205. <https://doi.org/10.3390/socsci10060205>
- Boeije, H. (2014). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam: Boom

- Bonta, J., & Andrews, D.A. (2016). *The psychology of criminal conduct (sixth edition)*. New York: Routledge
- De Bortoli, L., Ogloff, J., Coles, J., & Dolan, M. (2017). Towards best practice: Combining evidence-based research, structured assessment and professional judgement. *Child & Family Social Work*, 22(2), 660–669. <https://doi.org/10.1111/cfs.12280>
- Douglas, K.S., & Kropp, P.R. (2002). A prevention-based paradigm for violence risk assessment: Clinical and research applications. *Criminal Justice and Behavior*, 29(5), 617–658. <https://doi.org/10.1177/009385402236735>
- Dowden, C., & Andrews, D.A. (1996). What works for female offenders: A meta-analytic review. *Crime and Delinquency*, 45(4), 438–452. <https://doi.org/10.1177/0011128799045004002>
- Dowden, C., & Andrews, D.A. (2000). Effective correctional treatment and violent reoffending: A meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology*, 42, 449–467. <https://doi.org/10.3138/cjcrim.42.4.449>
- Dowden, C., & Andrews, D.A. (2003). Does family intervention work for delinquents? Results of a meta-analysis. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 45(3), 327–342. <https://doi.org/10.3138/cjccj.45.3.327>
- Euser, S., Alink, L.R.A., Stoltenborgh, M., & Bakermans-Kranenburg, M.J. (2015). A gloomy picture: A meta-analysis of randomized controlled trials reveals disappointing effectiveness of programs aiming at preventing child maltreatment. *BMC Public Health*, 15, 1068. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2387-9>
- Gemeente Gouda. (2021). *Zorgkeuze Midden Holland*. Verkregen via: <https://www.zorgkeuzemidde.nl>
- Green, J. & Thorogood, N. (2018). *Qualitative Methods for Health Research. 4th edition*. London: SAGE.
- Guest, G., Bunce, A., & Johnson, L. (2006). How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability. *Field methods*, 18(1), 59–82. <https://doi.org/10.1177/1525822X05279903>
- Gubbels, J., Assink, M., Prinzie, P., & van der Put, C.E. (2021). Why healthcare and education professionals underreport suspicions of child abuse: A qualitative study. *Social Sciences*, 10(3), 98. <https://doi.org/10.3390/socsci10030098>
- Hanson, R.K., Bourgon, G., Helmus, L., & Hodgson, S. (2009). The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior*, 36(9), 865–891. <https://doi.org/10.1177/0093854809338545>
- Helm, D. (2011). Judgments or assumptions? The role of analysis in assessing children and young people's needs. *British Journal of Social Work*, 41, 894–911. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcr096>
- Helm, D., & Roesch-Marsh, A. (19 oktober, 2010). *Ecology of judgment in child welfare and protection*. University of Stirling. <https://www.iriss.org.uk/sites/default/files/2016-07/iriss-ecology-of-judgement-report-2011-07-13.pdf>
- Hindley, N., Ramchandani, P.G., & Jones, D.P. (2006). Risk factors for recurrence of maltreatment:

- A systematic review. *Archives of Disease in Childhood*, 91(9), 744–752. <http://dx.doi.org/10.1136/adc.2005.085639>
- Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd, Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. (2020). *Voortgangsrapportage kwetsbare kinderen onvoldoende beschermd*. Verkregen via: <https://www.rijksoverheid.nl/documenten/rapporten/2020/10/15/tk-bijlage-voortgangsrapportage-igj-en-ij-env-kwetsbare-kinderen-onvoldoende-beschermd>
- Jent, J.F., Eaton, C.K., Knickerbocker, L., Lambert, W.F., Merrick, M.T., & Dandes, S.K. (2011). Multidisciplinary child protection decision making about physical abuse: Determining substantiation thresholds and biases. *Children and Youth Services Review*, 33(9), 1673–1682. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.029>
- Lauritzen, C., Vis, S.A., & Fossum, S. (2018). Factors that determine decision making in child protection investigations: A review of the literature. *Child & Family Social Work*, 23(4), 743–756. <https://doi.org/10.1111/cfs.12446>
- Lee, S.J., Soback, J.L., Djelaj, V., & Agius, E. (2013). When practice and policy collide: Child welfare workers' perceptions of investigation processes. *Children and Youth Services Review*, 35(4), 634–641. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2013.01.004>
- Luthar, S.S., & Goldstein, A. (2004). Children's exposure to community violence: Implications for understanding risk and resilience. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33(3), 499–505. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3303_7
- Mulder, T.M., Kuiper, K.C., van der Put, C.E., Stams, G.J.J.M., & Assink, M. (2018). Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. *Child Abuse and Neglect*, 77, 198–210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>
- Nederlands Jeugdinstituut. (2023, augustus 31). *Databank Effectieve Jeugdinterventies*. <https://www.nji.nl/interventies>
- Ng, M.Y., & Weisz, J.R. (2016). Annual research review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 216–236. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12470>
- Put, van der, C.E., Assink, M., & Stams, G.J.J.M. (2015). *Actuarieel Risicotaxatie Instrument voor Jeugdbescherming (ARIJ): Eindrapport*. Amsterdam: Jeugdbescherming
- Put, van der, C.E., Assink, M., Gubbels, J., & Stams, G.J. (2018). Risico op kindermishandeling verlagen met ARIJ-Needs: 'What works-principles' in de jeugdzorg: Een nieuw instrument. *Kind en Adolescent Praktijk*, 17(3), 16–24. <http://dx.doi.org/10.1007/s12454-018-0031-4>
- Put, van der, C.E., Assink, M., Gubbels, J., & Boekhout van Solinge, N.F. (2017). Identifying effective components of child maltreatment interventions: A meta analysis. *Clinical Child and Family, Psychology Review*, 21(2), 171–202. <https://doi.org/10.1007/s10567-017-0250-5>
- Put, van der, C.E., Assink, M., & Stams, G.J.J.M. (2016). Predicting relapse of problematic child-rearing situations. *Children and Youth Services Review*, 61, 288–295. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2016.01.002>
- Saltiel, D. (2016). Observing front line decision making in child protection. *British Journal of Social Work*, 46, 2104–2119. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bcv112>

- Sekreve, A., Campmans, M., van Bon-Martens, M., & Orobio de Castro, B. (2020). Doelgericht werken in wijkteams laat nog te wensen over. *Kind & Adolescent Praktijk*, 19, 6–12. <https://doi.org/10.1007/s12454-020-0627-3>
- Spies, G.M., Delport, C.S.L., & le Roux, M.P. (2015). Developing safety and risk assessment tools and training materials: A researcher-practice dialogue. *Research on Social Work Practice*, 25(6), 670–680. <https://doi.org/10.1177/1049731514565393>
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., Alink, L.R.A., & Van IJzendoorn, M.H. (2015). The Prevalence of child maltreatment across the globe: Review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review*, 24(1), 37–50. <https://doi.org/10.1002/car.2353>
- Stith, S.M., Ting Liu, L., Davies, C., Boykin, E.L., Alder, M.C., Harris, J.M., Som, A., McPherson, M., & Dees, J.E.M.E.G. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13–29. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.006>
- Toezicht Jeugd/Sociaal Domein. (2015). *Calamiteitenonderzoek Amsterdam: Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen*. Verkregen via: <https://www.toezichtsociaaldomein.nl/documenten/rapporten/2015/09/30/calamiteit-amsterdam-borgen-van-veiligheid-in-kwetsbare-gezinnen>
- Vial, A., Assink, M., Stams, G.J.J.M., & van der Put, C. (2019). Safety and risk assessment in child welfare: A reliability study using multiple measures. *Journal of Child and Family Studies*, 28(12), 3533–3544. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01536-z>
- Vial, A., van der Put, C., Stams, G.J.J.M., Dinkgreve, M., & Assink, M. (2021). Validation and further development of a risk assessment instrument for child welfare. *Child Abuse and Neglect*, 117, 105047. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105047>
- Vogtlander, L., & Arum, van, S. (mei 2016). *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg*. VNG & GGD GHOR Nederland. https://vng.nl/files/vng/201605_visiedocument_gefaseerde_ketensamenwerkingvogtlander_van_arum_0.pdf
- Weisz, J.R. (2014). Building robust psychotherapies for children and adolescents. *Perspectives on Psychological Science*, 9(1), 81–84. <https://doi.org/10.1177/1745691613512658>
- Wilkins, D. (2015). Balancing risk and protective factors: How do social workers and social work managers analyse referrals that may indicate children are at risk of significant harm. *British Journal of Social Work*, 45, 395–411. <https://doi.org/10.1093/bjsw/bct114>
- Wilson K., Ruch G., Lymberry M., Cooper A. (2008). *Social work. An introduction to contemporary practice*. London, England: Pearson Longman.
- Yperen, van, T., Veerman, J.W., & Bijl, B. (2017). *Zicht op effectiviteit. Handboek voor resultaatgerichte ontwikkeling van interventies in de jeugdsector*. Rotterdam: Lemniscaat
- Yperen, van, T., Veerman, J.W., & Berg, van den, G. (juni 2015). *Elementen die er toe doen: Overzicht van begrippen over werkzame elementen en een voorstel voor een indeling*. ZonMw. https://www.zonmw.nl/sites/zonmw/files/typo3-migrated-files/Begrippenkader_Werkz_Elem_versie_juni_2015.pdf