



UvA-DARE (Digital Academic Repository)

Risicofactoren voor verwaarlozing: Een meta-analyse

Mulder, T.M.; Kuiper, K.C.; van der Put, C.E.; Stams, G.-J.J.M.; Assink, M.

DOI

[10.1007/s12453-018-00197-x](https://doi.org/10.1007/s12453-018-00197-x)

Publication date

2019

Document Version

Final published version

Published in

Kind en adolescent

[Link to publication](#)

Citation for published version (APA):

Mulder, T. M., Kuiper, K. C., van der Put, C. E., Stams, G.-J.J.M., & Assink, M. (2019). Risicofactoren voor verwaarlozing: Een meta-analyse. *Kind en adolescent*, 40(1), 1-43. <https://doi.org/10.1007/s12453-018-00197-x>

General rights

It is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), other than for strictly personal, individual use, unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Disclaimer/Complaints regulations

If you believe that digital publication of certain material infringes any of your rights or (privacy) interests, please let the Library know, stating your reasons. In case of a legitimate complaint, the Library will make the material inaccessible and/or remove it from the website. Please Ask the Library: <https://uba.uva.nl/en/contact>, or a letter to: Library of the University of Amsterdam, Secretariat, Singel 425, 1012 WP Amsterdam, The Netherlands. You will be contacted as soon as possible.

Risicofactoren voor verwaarlozing: een meta-analyse

Tim M. Mulder · Kimberly C. Kuiper · Claudia E. van der Put ·
Geert-Jan J.M. Stams · Mark Assink

Samenvatting

Inleiding Kennis over risicofactoren is essentieel om verwaarlozing van kinderen te voorkomen. In deze studie werd een meta-analyse uitgevoerd naar verschillende risicofactoren voor verwaarlozing.

Methode 315 effectgroottes werden afgeleid uit 36 studies en geclassificeerd in 24 risicodomeinen. Van elk risicodomein werd een effect geschat, waarna verschillende variabelen werden getoetst als moderator, waaronder de vorm van verwaarlozing, en geslacht en etniciteit van steekproeven.

Resultaten Het effect van 15 risicodomeinen was significant en varieerde in sterkte van klein ($r=0,110$) tot groot ($r=0,372$). De sterkste risico's bleken oudergerelateerde factoren, zoals een verleden van antisociaal gedrag, mentale of psychiatrische problemen (actueel of in het verleden), een laag opleidingsniveau van ouders, en slachtofferschap van verwaarlozing of mishandeling in de eigen kindertijd.

Discussie Geconcludeerd werd dat meerdere risicofactoren op verschillende niveaus (gezinsniveau, ouderniveau en kindniveau) kunnen bijdragen aan het risico op verwaarlozing van kinderen, maar dat met name ouder- en gezinsfactoren belangrijk zijn in preventie.

Dit manuscript betreft een bewerking van: 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 & Neglect*, 77, 198–210. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.01.006>

T.M. Mulder, MSc · Dr. C.E. van der Put · Prof. dr. G.-J.J.M. Stams · Dr. M. Assink
Forensische Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam, Amsterdam, Nederland

K.C. Kuiper, MSc
Instituut Pedagogische Wetenschappen, Universiteit Leiden, Leiden, Nederland

Dr. M. Assink (✉)
Research Institute of Child Development and Education, Universiteit van Amsterdam, Postbus
15780, 1001 NG Amsterdam, Nederland
e-mail: M.Assink@UvA.nl

Kind Adolesc (2019) 40:1–43, <https://doi.org/10.1007/s12453-018-00197-x>

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

onderdeel van Springer Nature 2018

Published online: 12 December 2018

Trefwoorden

verwaarlozing · risicofactoren · meta-analyse

Risk factors for child neglect: a meta-analytic review

Abstract

Objective Knowledge of risk factors is essential for successfully preventing child neglect. In this review, a meta-analysis of studies into risk factors for child neglect was carried out.

Method 315 effect sizes were extracted from 36 primary studies and classified into 24 risk domains. An effect was estimated for each risk domain, after which different variables, such as the type of neglect and a sample's ethnicity and gender, were tested as a moderator.

Results The effects of 15 risk domains were significant, ranging in magnitude from small ($r=0.110$) to large ($r=0.372$). The strongest risk factors were related to parents, such as having a history of antisocial behaviour; mental or psychiatric problems (both current and past problems); a low level of parental education; and victimization or abuse in their own childhood.

Discussion It was concluded that family, parent and child factors can increase the risk of child neglect, but that parent-related risk factors are the most important for prevention.

Keywords

child neglect · risk factors · meta-analysis

Inleiding

De prevalentie van verwaarlozing van kinderen is hoog in vergelijking met andere vormen van kindermishandeling, zoals fysieke mishandeling of seksueel misbruik (Sedlak et al. 2010; Stoltenborgh et al. 2015). Volgens de Nationale Prevalentie-studie Mishandeling (NPM-2010; Alink et al. 2011) is in Nederland sprake van 34 gevallen van kindermishandeling op iedere 1.000 kinderen. De meest voorkomende vorm is verwaarlozing (ongeveer 70%), waarbij het vooral gaat om fysieke en emotionele verwaarlozing, en het onthouden van onderwijs. De gevolgen van verwaarlozing voor de gezondheid en ontwikkeling van kinderen zijn minstens zo negatief als de gevolgen van andere vormen van kindermishandeling (Norman et al. 2012). Daarnaast zijn de maatschappelijke, medische, en persoonlijke kosten rondom verwaarlozing hoog (Florence et al. 2013; Gilbert et al. 2009). Echter, in vergelijking met andere vormen van kindermishandeling krijgt verwaarlozing de minste wetenschappelijke en publieke aandacht (Gilbert et al. 2009), wat door onderzoekers ook wel de 'verwaarlozing van verwaarlozing' wordt genoemd (McSherry 2007; Stoltenborgh et al. 2013).

Gegeven de ernstige gevolgen van verwaarlozing is het essentieel dat er grondige kennis bestaat in wetenschap en praktijk over risicofactoren voor verwaarlozing en

de impact daarvan. Kennis vanuit wetenschappelijk perspectief kan meer licht werpen op de etiologie van verwaarlozing, terwijl kennis vanuit klinisch perspectief relevant is voor de verbetering van procedures voor risico- en behoefte-taxatie. Hiermee kunnen zorgbehoeften van risicovolle kinderen en gezinnen beter in kaart worden gebracht om (herhaling van) verwaarlozing te voorkomen. Ondanks dat van veel variabelen de voorspellende waarde voor verwaarlozing al is onderzocht, verschillen primaire studies wat betreft kenmerken van onderzoeksdesign, geworven steekproef en statistische analyses. Deze verschillen maken dat resultaten van studies niet hetzelfde zijn, waardoor onzekerheid bestaat over welke variabelen zijn aan te wijzen als risicofactor en wat de werkelijke effecten zijn van deze factoren. Om de bestaande kennis te vergroten is een systematische en kwantitatieve samenvatting van de resultaten van primaire studies nodig. In zo'n samenvatting kan niet alleen een algemeen (of gemiddeld) effect van risicofactoren worden geschat, maar kunnen ook variabelen worden geïdentificeerd die dit algemene effect beïnvloeden (moderatoren). Het doel van deze studie was om zo'n meta-analyse uit te voeren, waarbij verschillende studie-, steekproef- en risicofactor-kenmerken werden getoetst als moderator.

Verwaarlozing van kinderen is een breed construct dat diverse negatieve kindervaringen omvat, zoals: een gebrek aan of slechte kwaliteit van ouderlijk toezicht, onvoldoende beschikbaarheid van (goede) voeding, het kind onderwijs onthouden, en het onvoldoende tegemoetkomen aan medische behoeften van een kind. In algemene zin verwijst verwaarlozing naar passiviteit of nalatigheid in opvoedgedrag die potentieel schadelijk is voor een gezonde ontwikkeling van kinderen, terwijl actief en schadelijk gedrag gericht op een kind kenmerkend is voor andere vormen van mishandeling (Mennen et al. 2010). In Nederland wordt huiselijk geweld waarvan een kind getuige is ook beschouwd als een ernstige bedreiging van de kindveiligheid en daarmee als een vorm van mishandeling. In het verleden hebben verschillende onderzoekers voorstellen gedaan voor het onderscheiden van typen en subtypen van verwaarlozing, maar tot op heden ontbreekt in de wetenschappelijke literatuur consensus over welke verwaarlozingsvormen te onderscheiden zijn en welke kindervaringen als verwaarlozing zijn aan te merken. Oorzaken hiervan zijn onder andere de grote verschillen in juridische definities van verwaarlozing die internationaal worden gehanteerd en de grote variatie in kindervaringen die als verwaarlozing aangemerkt kunnen worden (Mennen et al. 2010). Zo kan sprake zijn van verwaarlozing als een werkende moeder haar kind alleen thuis laat om te voorzien in een basisinkomen, maar ook als ouders met hun kind in een ernstig vervuilde woning verblijven en onvoldoende voorzien in (goede) voeding voor het kind.

Voorbeelden van typen verwaarlozing zijn fysieke verwaarlozing, emotionele verwaarlozing, medische verwaarlozing, educatieve verwaarlozing en het onvoldoende voorzien in de psychische zorg die een kind nodig heeft (Erickson en Ege-land 2002). Andere onderzoekers noemen ook cognitieve verwaarlozing (Slack et al. 2003), psychologische en omgevingsverwaarlozing (Dubowitz et al. 2004), een gebrek aan ouderlijk toezicht (Kaufman Kantor et al. 2004) en weigering van noodzakelijke professionele hulp of behandeling (Knutson et al. 2004). Het

definiëren van deze verschillende vormen van verwaarlozing blijkt echter lastig. Zo laten Trickett et al. (2009) zien dat emotionele verwaarlozing soms juist beschouwd wordt als emotionele mishandeling. Naast dit definitieprobleem bestaat er in de maatschappij en onder klinische professionals geen consensus over wanneer nalatigheid van ouders in het opvoeden en het bieden van zorg, een valide reden is om in te grijpen in een gezin en het leven van een kind (Mennen et al. 2010). Deze meta-analyse richtte zich op verwaarlozing in de breedste zin, waarbij alle typen verwaarlozing zoals onderzocht in primaire studies werden geïncludeerd.

Voor het verklaren van verwaarlozing zijn verschillende theoretische modellen ontwikkeld waarin verwaarlozing doorgaans wordt beschouwd als het resultaat van een complex samenspel van risicofactoren die bij een kind en in een opvoedomgeving aanwezig zijn. Zo kunnen volgens het model van Belsky (1980), dat gebaseerd is op de ecologische visie op kindontwikkeling van Bronfenbrenner (1979, 2000), risicofactoren aanwezig zijn op vier verschillende niveaus: (1) de ‘ontogenetische ontwikkeling’ van ouders, die verwijst naar het fenomeen dat (negatieve) opvoederervaringen uit de eigen kindertijd terugkomen in het opvoedgedrag, (2) kind- en gezinskenmerken (d.w.z. het microsysteem); (3) kenmerken van de leefomgeving (d.w.z. het exosysteem); en (4) de attitude van de maatschappij tegenover kinderen en kindermishandeling (d.w.z. het macrosysteem). Dit model verklaart het ontstaan van kindermishandeling (waaronder verwaarlozing) uit een disbalans in risico- en beschermende factoren. Bronfenbrenner stelt in zijn ecologische model dat factoren in proximale systemen (d.w.z. sociale systemen die dicht bij het kind staan) meer invloed uitoefenen op het kind en zijn ontwikkeling dan factoren in meer distale systemen (d.w.z. sociale systemen die verder van het kind afstaan). Op grond hiervan valt te verwachten dat effecten van proximale risicofactoren voor verwaarlozing, zoals kind-, ouder- en gezinsfactoren, sterker zijn dan effecten van distale risicofactoren, zoals kenmerken van de leefomgeving en maatschappelijke attitudes tegenover kinderen en kindermishandeling.

Een tweede theorie is het transactionele model van Cicchetti en Rizley (1981), waarin de wederzijdse interacties tussen een kind, de opvoeder(s) en de omgeving een centrale rol spelen. Dit model benadrukt niet alleen het belang van risicofactoren, die in de loop van de tijd kunnen veranderen, maar ook dat van beschermende factoren, die het effect van risicofactoren kunnen verminderen.

Een laatste theorie is het model van Wolfe (1991), dat een continuüm beschrijft dat varieert van positief ouderschap tot beschadigend ouderschap met daartussenin zorgelijk ouderschap. Kindermishandeling is volgens Wolfe en McIsaac (2011) beschadigend ouderschap wanneer sprake is van een chronisch, ernstig en escalerend patroon van opvoedgedrag, waarbij de kans op psychologische schade en een verstoorde kindontwikkeling steeds groter wordt. Anders gezegd, volgens dit model is inadequaat ouderschap de belangrijkste risicofactor voor verwaarlozing van kinderen.

Kort gezegd gaat elk van de hierboven genoemde modellen ervan uit dat de opeenstapeling van – en interacties tussen – verschillende risico- en beschermende factoren de kans op slachtofferschap van verwaarlozing doet toe- of afnemen. Het gaat dus niet zozeer om de aanwezigheid van één enkele factor (zie ook

Cicchetti en Carlson 1989). Om het inzicht in de etiologie van verwaarlozing te vergroten lijkt het dan ook waardevoller om de aandacht te richten op een opeenstapeling van, en interacties tussen, meerdere risicofactoren (MacKenzie et al. 2011). Kennis over risicofactoren is ook belangrijk om de klinische praktijk te verbeteren teneinde verwaarlozing of de herhaling daarvan te voorkomen. Met deze kennis kunnen zowel instrumenten voor risico- en behoeftetaxatie als interventies worden verbeterd, door de aandacht te richten op die factoren die het sterkst samenhangen met (toekomstige) verwaarlozing.

Stith et al. (2009) hebben als eersten een kwantitatief overzicht gemaakt van (het effect van) risicofactoren voor verschillende vormen van kindermishandeling, waaronder verwaarlozing. Zij vonden dat een problematische ouder-kindrelatie en negatieve percepties van ouders over het kind de twee risicofactoren met het sterkste effect waren. Andere grote effecten werden gevonden voor een sterke stressbeleving bij ouders, sterke uitingen van boosheid bij ouders, een lage eigenwaarde van ouders en lage sociale competenties van kinderen. Hoewel de meta-analyse van Stith et al. relevant is, kent deze studie een aantal tekortkomingen. Zo is niet onderzocht of effecten van risicofactoren beïnvloed worden door studie-, steekproef- en/of risicofactor-kenmerken. Het is van belang om dit wel te doen, omdat bijvoorbeeld niet zonder meer aangenomen kan worden dat effecten van moeder-gerelateerde risicofactoren hetzelfde zijn als effecten van vader-gerelateerde risicofactoren. Daarnaast kunnen primaire studies waarin mishandeling is vastgesteld door zelfrapportage, andere effecten van risicofactoren opleveren dan studies waarin mishandeling met officiële gegevens is vastgesteld (denk bijvoorbeeld aan het opvragen van Veilig-Thuis-meldingen).

Een tweede tekortkoming is dat Stith et al. (2009) uit elke geïncludeerde studie slechts één effectgrootte haalden, ondanks dat primaire studies dikwijls over effecten van meerdere risicofactoren rapporteren. Deze keuze voor hun onderzoek leidt tot verlies aan informatie, wat afbreuk doet aan schattingen van effecten van risicofactoren en de statistische power van de analyses (zie ook Assink et al. 2015; Assink en Wibbelink 2016). Daarnaast hebben Stith et al. studies geïncludeerd die gepubliceerd waren vóór 2002, wat maakt dat het belangrijk is om een nieuwe, statistisch geavanceerde, meta-analyse uit te voeren van studies die in de afgelopen vijftien jaar zijn gepubliceerd.

Samenvattend was het doel van de huidige studie om in een drie-level-meta-analyse te onderzoeken welke variabelen beschouwd kunnen worden als risicofactoren voor (slachtofferschap van) verwaarlozing, en wat de impact van deze factoren is. In deze drie-level-structuur werden drie bronnen van variantie gemodelleerd (variantie tussen studies op level 3; variantie binnen studies op level 2; en steekproefvariantie op level 1), zodat uit elke primaire studie alle gerapporteerde effecten van (mogelijke) risicofactoren gehaald konden worden. Hierdoor was een maximale hoeveelheid informatie beschikbaar en konden analyses met de grootst mogelijke power worden uitgevoerd. Een tweede doel was om te bestuderen of de impact van deze factoren beïnvloed wordt door studie-, steekproef- en/of risicofactor-kenmerken.

Method

Inclusiecriteria

Voor de selectie van primaire studies werden meerdere inclusiecriteria geformuleerd. Ten eerste werden alleen studies geïncludeerd die gepubliceerd waren vanaf 1990. Eerder gepubliceerde studies werden niet geïncludeerd, omdat vroegere opvattingen over – en definities van – vormen van kindermishandeling aanzienlijk verschillen van hedendaagse opvattingen (Goode 1971; Gelles 1980). Daarnaast zijn eerdere studies naar kindermishandeling doorgaans methodologisch minder sterk dan recentere studies. Zo was in veel Amerikaans onderzoek vaak geen betrouwbare informatie aanwezig over gevallen van kindermishandeling die vóór 1990 plaatsvonden (zie bijvoorbeeld Bittler en Zavodny 2002; Paxson en Waldfoegel 2002). Ten tweede werden alleen studies die zich richtten op (slachtofferschap) van verwaarlozing in het algemeen en/of een specifieke vorm van verwaarlozing geïncludeerd. Hierbij werden studies over elke vorm van verwaarlozing geïncludeerd, zodat risicofactoren voor verwaarlozing in de breedste zin onderzocht konden worden. Het derde criterium was dat studies rapporteerden over ten minste één bivariate associatie tussen verwaarlozing en een variabele voorafgaand aan de periode(s) van verwaarlozing (m.a.w. een potentiële risicofactor). Als dit niet het geval was, dan was het noodzakelijk dat een studie voldoende statistische informatie rapporteerde om ten minste één bivariate associatie te berekenen. Ten vierde moest verwaarlozing betrekking hebben op de periode(s) van verwaarlozing voorafgaand aan het achttiende jaar van de onderzoeksdeelnemers. Ten vijfde moest in het design van studies onderscheid worden gemaakt tussen participanten die slachtoffer waren van verwaarlozing en participanten die geen slachtoffer waren van verwaarlozing. Gegeven het design van de meeste primaire studies kon deze laatste groep bestaan uit participanten die niet waren blootgesteld aan *enige* vorm van verwaarlozing of kindermishandeling, en/of uit participanten die geen slachtoffer waren van verwaarlozing, maar mogelijk wel van andere vormen van kindermishandeling (zoals fysiek of seksueel misbruik) (zie ook de bespreking hiervan in de Discussie). Matching van deze twee groepen van participanten op grond van bijvoorbeeld geslacht, leeftijd, etniciteit, of een andere variabele was niet toegestaan. In gematchte studies vindt matching immers lang niet altijd op grond van dezelfde variabelen plaats. Het combineren en vergelijken van effectgroottes uit studies waarin verschillende matchingprocedures zijn gehanteerd zou een vertekend beeld geven van het ‘ware’ effect van factoren. Bovendien kunnen matchingsvariabelen op zichzelf staande risicofactoren zijn, maar in een gematchte studie niet meer als zodanig worden aangemerkt. Ten slotte werden alleen Nederlandstalige en Engelstalige studies geïncludeerd.

Zoekstrategie

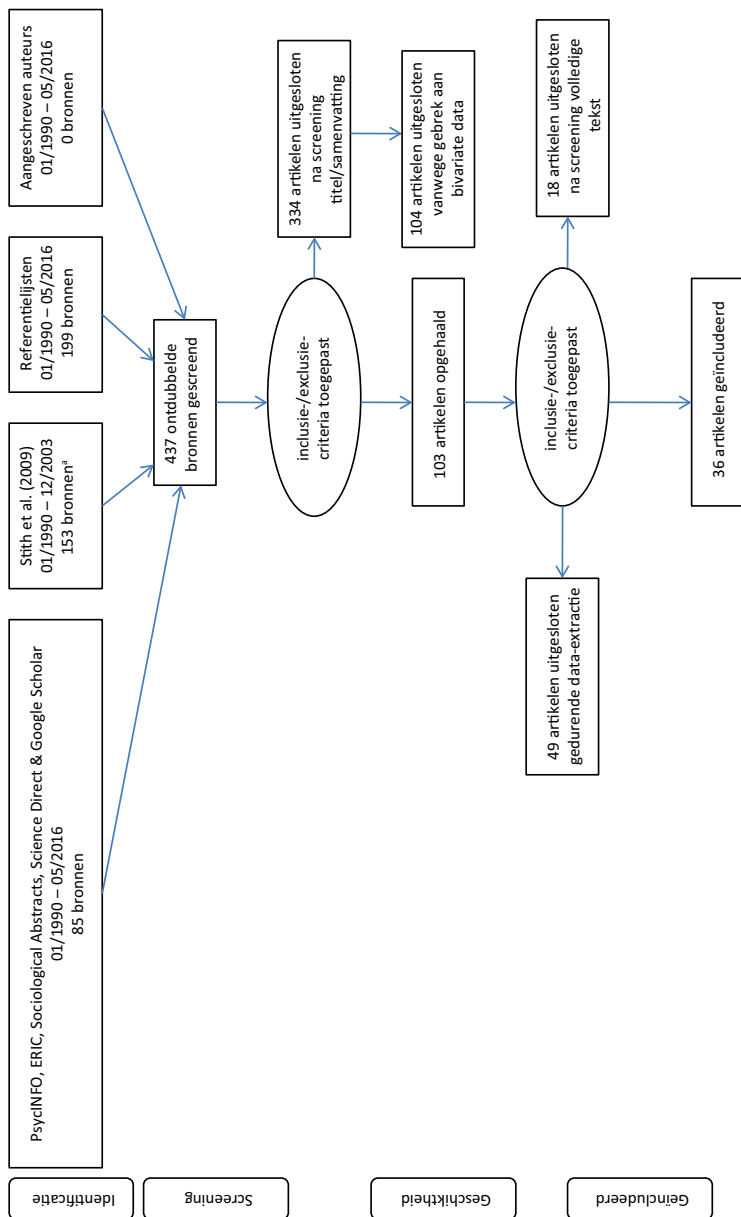
In vier stappen werd naar relevante studies gezocht. Eerst werd een elektronische zoekprocedure uitgevoerd in de databases *PsycINFO*, *ERIC*, *Sociological Abstracts*, *Science Direct* en *Google Scholar*. De volgende trefwoorden zijn in verschillende combinaties gebruikt om relevante artikelen, boekhoofdstukken, proefschriften en onderzoeksverslagen te vinden: neglect, maltreatment, victim*, child*, youth, adolescent*, juvenile*, risk, risk factor*, predictor*, association, etiology, correlate* en antecedent*. Hierin representeert een asterisk een 'joker'-teken. Daarna werden alle door Stith et al. (2009) geciteerde studies opgevraagd en getoetst aan de inclusiecriteria (zie vorige sectie). In de derde stap werden referentielijsten nagelopen van relevante primaire studies en reviews die in de vorige twee stappen waren gevonden (bijv. Connell-Carrick 2003; Thornberry et al. 2012). Ten slotte werden van een aantal niet opvraagbare studies de auteurs benaderd om deze op te vragen. Dit leverde geen aanvullende studies op. Ook zijn enkele onderzoekers met expertise in kindermishandeling benaderd voor suggesties voor relevante studies.

Of studies geschikt waren voor inclusie werd bepaald door de eerste twee auteurs aan de hand van titels en abstracts. Indien nodig werd de volledige tekst van de studie gelezen om twijfel over inclusie weg te nemen. Na de eerste screening werden 437 studies geselecteerd. Na grondige bestudering van deze studies voldeden 36 studies aan de inclusiecriteria, waarin gerapporteerd werd over 34 onafhankelijke steekproeven. In bijlage A staat een overzicht van de geïncludeerde studies met enkele studiekenmerken. Fig. 1¹ toont het stroomschema van de zoekprocedure.

Coderen van studies

Op grond van richtlijnen van Lipsey en Wilson (2001) is een codeerschema ontwikkeld om kenmerken van risicofactoren, studies en steekproeven te coderen, samen met gegevens die nodig waren om effectgroottes te berekenen (zie bijlage B voor dit codeerschema). Per studie werden alle variabelen geïncludeerd waarvan een associatie met verwaarlozing was onderzocht, mits aan alle inclusiecriteria was voldaan. Wanneer in studies een variabele als beschermend werd beschreven (bijvoorbeeld een moeder *zonder* een geschiedenis van alcoholmisbruik of -afhankelijkheid), dan werd deze variabele geïncludeerd als risicofactor met een effectgrootte van tegenovergestelde richting (d.w.z. een positieve effectgrootte werd veranderd in een negatieve en vice versa). Elke potentiële risicofactor werd vervolgens geïnclassificeerd in groepen – ook wel domeinen – van risicofactoren

¹ In de huidige review werden acht studies geïncludeerd die door Stith et al. (2009) juist werden geëxcludeerd. Daarnaast werden twee studies door ons uitgesloten, die wel geïncludeerd waren door Stith et al. Wij vonden en includeerden 15 publicaties die gepubliceerd waren sinds 2003, wat Stith et al. hanteerden als afkappunt.



Figuur 1 Stroomdiagram van de zoekprocedure

die sterke conceptuele gelijkennis vertonen. Hierdoor kon een algemeen (gemiddeld) effect voor elk risicodomein voor verwaarlozing geschat worden. Voor het indelen van factoren in risicodomeinen werd een classificatieschema ontwikkeld dat bestond uit 23 wederzijds uitsluitende risicodomeinen en één restcategorie, dus in totaal 24 risicodomeinen. Hierbij werd geprobeerd om een zo groot moge-

lijk aantal domeinen te definiëren, zodat zoveel mogelijk factoren geclassificeerd konden worden. Het minimale aantal factoren waarvoor een risicodomein werd gedefinieerd was vier, zodat de analyses voor het schatten van gemiddelde effecten ten minste enige statistische power hadden. In bijlage C staan alle risicodomeinen met voorbeelden van daarin geclassificeerde risicofactoren. Daarnaast werd voor oudergerelateerde factoren het geslacht van de ouder (vader- of moederfiguur) gecodeerd en voor elke factor of deze statisch of dynamisch is. Statische factoren, zoals geslacht of etniciteit, zijn doorgaans onveranderbaar en vormen daarom geen behandeldoel. Daarentegen zijn dynamische factoren, zoals middelenmisbruik door ouders of gebrekkige opvoedvaardigheden, juist wel veranderbaar en daardoor aangrijpingspunten voor behandeling.

Daarnaast werden de volgende studiekeurmerken gecodeerd: publicatiejaar, onderzoeksdesign (retrospectief/prospectief), werelddeel waarin de studie werd uitgevoerd (Verenigde Staten/Canada/Europa/Australië/anders) en type verwaarlozing (emotioneel/fysiek/educatief/ongespecificeerd), waarbij deze laatste categorieën zijn gebaseerd op een screening van de vormen van verwaarlozing die onderzocht waren in de geïncludeerde studies. Omdat veel studies geen specifieke vorm onderzochten, is de categorie ‘ongespecificeerd’ toegevoegd. Een aantal steekproefkenmerken werd ook gecodeerd, namelijk percentage mannen, percentage participanten met een niet-westerse achtergrond en de gebruikte methode om verwaarlozing te meten (gegevens van officiële instanties/zelfrapportage/combinatie hiervan). Voor uitsluitend beschrijvende doeleinden werd het aantal onderzoeksdeelnemers die verwaarloosd en niet verwaarloosd waren en de totale steekproefgrootte gecodeerd.

Aan het begin van het codeerproces werden alle geïncludeerde studies willekeurig toegewezen aan de eerste en tweede auteur, die vervolgens alle studies codeerden. Tijdens dit proces was wekelijks contact tussen de codeurs om een optimale betrouwbaarheid van het coderen te bereiken. Alle codeerbeslissingen waarover geen consensus werd bereikt door de eerste twee auteurs werden voorgelegd aan de overige auteurs. Aan het einde van het codeerproces werd de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid bepaald over een willekeurige selectie van 6 van de 36 gecodeerde studies (16,7 % van alle studies). Uit deze 6 studies werden 62 effectgroottes verkregen (19,7 % van het totaal aantal effectgroottes). Hoge percentages van overeenkomst (tenminste 85 %) werden gevonden voor de volgende variabelen: gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep (86,8 %), type onderzoeksdesign (93,5 %), en het aantal verwaarloosde (95,2 %) en niet-verwaarloosde (95,2 %) onderzoeksdeelnemers. De procentuele overeenkomst in de classificatie van risicofactoren in risicodomeinen was aanzienlijk lager (60,3 %). Daarom werd de classificatie van iedere risicofactor die uit elke studie verkregen kon worden (dus van alle (mogelijke) risicofactoren) besproken, totdat 100 % overeenkomst was bereikt. Perfecte overeenkomst (100 %) werd bereikt voor type risicofactor, type verwaarlozing, de verdeling van mannen en vrouwen in de steekproef, werelddeel waarin de studie werd uitgevoerd, het percentage niet-westerse deelnemers in de steekproef en het geslacht van de ouder voor elke oudergerelateerde factor. De intraklassecorrelatie voor alle geïncludeerde effectgroottes was $r = 0,920$.

Berekening van effectgroottes

Voor de impact (of het effect van) elke potentiële risicofactor zoals onderzocht in de geïncludeerde studies werd een correlatiecoëfficiënt (r) vastgesteld. Elke correlatie representeert één associatie tussen verwaarlozing en een variabele die voorafging aan de verwaarlozing. Er is gekozen voor de correlatiecoëfficiënt als algemene effectgrootte, omdat deze maat in wetenschappelijke literatuur vaak wordt gebruikt om een indicatie te geven van de impact van risicofactoren. Daarnaast zijn correlaties relatief eenvoudig te interpreteren en daarom van praktisch belang (Field 2005; Rosenthal 1991; Rosenthal en DiMatteo 2001). Bovendien kunnen correlaties eenvoudig berekend worden met percentages, oddsratio's, gemiddelden en standaarddeviaties, en χ^2 -, t -, F -, en d -waarden, wat in primaire studies veel gerapporteerde statistische gegevens zijn. Als in primaire studies correlaties ontbraken, werden de studiespecifieke statistische gegevens gebruikt om correlaties te berekenen, waarbij de methoden en formules van Ferguson (1966), Lipsey en Wilson (2001) en Rosenthal (1994) werden gebruikt. Correlaties werden alleen berekend voor bivariate effecten van factoren en niet voor effecten die voortvloeiden uit multivariate analyses (zoals gecorrigeerde gemiddelden of oddsratio's). Hiervoor werd gekozen, omdat in verschillende studies zelden exact dezelfde covariaten worden opgenomen in de analyses. Het combineren en vergelijken van op verschillende manieren gecorrigeerde effectgroottes zou afbreuk doen aan een betrouwbare schatting van het gemiddelde effect van risicodomeinen. Als studies rapporteerden over zowel bivariate als multivariate effecten, dan werden dus alleen de bivariate effecten geïncludeerd.

Om uitspraken te kunnen doen over de impact of sterkte van risicofactoren werden criteria van Rice en Harris (2005) gehanteerd voor de interpretatie van correlaties, met als grens voor een kleine impact $r > 0,100$, voor een middelmatige impact $r > 0,243$ en voor een grote impact $r > 0,371$. Deze criteria geven een nauwkeuriger interpretatie van correlaties tussen een ordinale of continue variabele en een dichotome variabele dan de criteria van Cohen (1988). De juiste richting van een correlatie (positief of negatief) die aan elke – als risicofactor geformuleerde – variabele werd toegekend, werd afgeleid uit de statistische gegevens die in primaire studies werden gerapporteerd. Een positieve waarde werd toegekend aan een correlatie wanneer hogere scores of hogere prevalenties van een veronderstelde risicofactor – zoals een hoog niveau van ouderlijke stress – geassocieerd waren met meer gevallen van verwaarlozing onder onderzoeksdeelnemers. Een negatieve waarde werd juist toegekend aan een correlatie wanneer hogere scores of hogere prevalenties van een veronderstelde risicofactor geassocieerd waren met minder gevallen van verwaarlozing.

In het algemeen wordt aangeraden om correlaties te transformeren naar Fishers z -waarden voordat statistische analyses worden uitgevoerd in een meta-analyse (zie bijvoorbeeld Cooper 2010; Lipsey en Wilson 2001). Correlaties zijn namelijk niet normaal verdeeld, waardoor resultaten van analyses van correlaties een vertekening van de werkelijkheid kunnen bevatten. Daarom zijn voorafgaand aan de analyses alle correlaties getransformeerd naar Fishers z -waarden. Na de analyses werden

deze Fishers z -waarden weer omgezet in correlaties om de interpretatie van de resultaten te vergemakkelijken. Om te voorkomen dat extreme waarden (uitbijters) een onevenredig grote invloed zouden hebben op schattingen van parameters in de statistische analyses, werden eventuele uitbijters in elk domein van risicofactoren geïdentificeerd door op zoek te gaan naar effectgroottes met een corresponderende z -waarde groter dan 3,29 of kleiner dan $-3,29$ (Tabachnik en Fidell 2013). In totaal werd één effectgrootte in het domein ‘laag gezins-SES’ met een z -waarde groter dan 3,29 geclassificeerd als uitbijter. Deze ruwe effectgrootte werd vervangen door een nieuwe effectgrootte met de hoogst mogelijke corresponderende z -waarde (3,29) onder de assumptie dat Fishers z -waarden normaal verdeeld zijn.

Statistische analyses

De geïncludeerde studies werden beschouwd als een willekeurige (*random*) steekproef uit een populatie van alle studies. Daarom is een *random-effect*-benadering toegepast in de statistische analyses (zie ook Van den Noortgate en Onghena 2003; Raudenbusch 2009). De meeste studies rapporteren over meerdere risicofactoren, waardoor uit elke geïncludeerde studie vaak meerdere effectgroottes verkregen konden worden (zie tab. 1 voor een overzicht van het aantal gecodeerde effectgroottes per studie). Nu is het zo dat effectgroottes uit dezelfde studie meer gelijkenis vertonen dan effectgroottes uit verschillende studies, omdat de eerste gebaseerd zijn op dezelfde participanten, instrumenten en/of studie-omstandigheden (bijv. Houben et al. 2015). In traditionele meta-analyses vormt deze gelijkenis (ook wel aangeduid als afhankelijkheid in effectgroottes) een probleem, omdat daarin een belangrijke assumptie is dat effectgroottes volledig onafhankelijk van elkaar zijn. Omdat in deze review meerdere effectgroottes per geïncludeerde studie werden gecodeerd en dus geen sprake was van onafhankelijkheid in effectgroottes, is in de statistische analyses een techniek gebruikt waarin de afhankelijkheid in effectgroottes gemodelleerd kon worden. Meer specifiek zijn alle gecodeerde effectgroottes geanalyseerd in drie-level-meta-analytische modellen (zie ook Assink en Wibbelink 2016), waarin ‘rekening werd gehouden’ met de afhankelijkheid in effectgroottes.

In drie-level-modellen voor meta-analyse wordt de afhankelijkheid in effectgroottes gemodelleerd door drie bronnen van variantie te modelleren, waarbij variantie niets anders is dan de spreiding van effectgroottes in de dataset. Deze bronnen zijn: variantie in effectgroottes die uit verschillende studies komen (op level 3), variantie in effectgroottes die uit dezelfde studie komen (op level 2) en steekproefvariantie van de effectgroottes (op level 1) (Cheung 2014; Hox 2002; Van den Noortgate et al. 2013, 2014). Voor elk van de 24 risicodomeinen is met één zo’n model een gemiddeld (of algemeen) effect berekend. Wanneer variantie in alle effectgroottes op level 2 en/of level 3 niet aan toeval kon worden toegeschreven (d.w.z. significante variantie, ook wel heterogeniteit in effectgroottes), is onderzocht of de gecodeerde studie-, steekproef- en/of risicofactor-kenmerken deze variantie konden verklaren door elk kenmerk als verklarende variabele op te

Tabel 1 Algemene effecten van de 24 risicodomeinen

risicodomeinen	# studies	# EG	Fishers z (SE)	95% BI	sig. gem. z (p)	gem. r	% var. level 1	level-2-variantie	% var. level 2	level-3-variantie	% var. level 3
gezinsniveau											
ouders zijn niet gestrouwd	5	6	0,293 (0,099)	0,040; 0,546	0,031*	0,285	0,65	0,000	0,00	0,046	99,35
fysiek geweld in de thuisomgeving	6	8	0,200 (0,048)	0,087; 0,313	0,004**	0,197	4,43	0,016*	95,57	0,000	0,00
relatief groot gezin (>2 kinderen)	17	18	0,188 (0,040)	0,105; 0,272	<0,001***	0,186	0,36	0,021***	99,64	0,000	0,00
laag gezins-SES	19	28	0,168 (0,052)	0,062; 0,275	0,003**	0,166	0,18	0,041***	69,48	0,018	30,34
kind woont niet met twee biologische ouders	14	17	0,121 (0,030)	0,057; 0,184	<0,001***	0,120	3,39	0,008***	85,64	0,001	10,97
problematisch(e) opvoedgedrag en/of cognities	8	27	0,110 (0,038)	0,032; 0,188	0,007**	0,110	15,80	0,002**	16,16	0,008**	68,03
onvoldoende sociale steun	10	20	0,037 (0,036)	-0,038; 0,112	0,313	0,037	13,52	0,000	0,00	0,011***	86,48
ouderniveau											
ouderlijk verleden van antisociaal gedrag/delinquentie	2	4	0,391 (0,070)	0,168; 0,615	0,011*	0,372	1,98	0,001***	13,38	0,006	84,63
ouderlijk verleden van psychische/psychiatrische problemen	4	13	0,265 (0,067)	0,118; 0,411	0,002**	0,259	0,53	0,035***	87,13	0,005	12,35

Tabel 1 (Vervolg)

risicodomenein	# studies	# EG	Fishers z (SE)	95% BI	sig. gem. z (p)	gem. r	% var. level 1	level-2-variantie	% var. level 2	level-3-variantie	% var. level 3
prenatale problemen	2	5	0,249 (0,134)	-0,122; 0,620	0,136	0,244	0,03	0,003***	7,86	0,034*	92,11
laag opleidingsniveau van ouders	19	21	0,233 (0,041)	0,147; 0,318	<0,001***	0,229	1,09	0,019***	67,09	0,009	31,83
actuele mentale en/of fysieke problemen van ouders	6	22	0,210 (0,071)	0,063; 0,357	0,007**	0,207	1,62	0,017***	46,31	0,020*	52,07
ouderlijk verleden van slachtofferschap van kindermishandeling	7	21	0,184 (0,036)	0,108; 0,259	<0,001***	0,182	3,81	0,024***	96,19	0,000	0,00
niet gemiddelde leeftijd van ouders bij eerstegebo- rene	15	18	0,141 (0,036)	0,065; 0,217	0,001**	0,140	2,51	0,000	0,00	0,014*	97,49
ouderlijke werkloosheid	6	7	0,137 (0,070)	-0,034; 0,307	0,097+	0,136	7,71	0,000	0,00	0,025	92,29
middenmisbruik door ouders	4	5	0,128 (0,091)	-0,125; 0,381	0,234	0,127	1,59	0,004	10,94	0,029	87,47
negatieve ervaringen van ouders in de eigen kindertijd	5	11	0,127 (0,060)	-0,008; 0,262	0,062+	0,126	14,97	0,032**	85,03	0,000	0,00
negatieve cognities van ouders over zwangerschap	4	5	0,021 (0,036)	-0,080; 0,122	0,594	0,021	4,65	0,005***	95,35	0,000	0,0

Tabel 1 (Vervolg)

risicodomeinen	# studies	# EG	Fishers z (SE)	95% BI	sig. gem. z (p)	gem. r	% var. level 1	level-2-variantie	% var. level 2	level-3-variantie	% var. level 3
kindniveau											
kind heeft geen westerse achtergrond	6	13	0,219 (0,070)	0,067; 0,372	0,009**	0,216	0,34	0,006***	25,46	0,019 ⁺	74,20
perinatale problemen	5	8	0,187 (0,039)	0,095; 0,279	0,002**	0,185	11,85	0,003	37,28	0,004	50,87
kind heeft gedrags-, psychische en/of fysieke problemen	8	12	0,173 (0,044)	0,077; 0,270	0,002**	0,171	9,80	0,002	14,31	0,010*	75,89
kind is van het vrouwelijk geslacht	9	10	0,002 (0,032)	-0,071; 0,075	0,954	0,002	4,18	0,002	37,41	0,003	58,41
kind is jong(er) ^a	8	8	-0,045 (0,085)	-0,247; 0,157	0,618	-0,045	9,03	0,023	45,49	0,023	45,49
overige factoren	5	7	0,129 (0,062)	-0,023; 0,281	0,084 ⁺	0,128	0,81	0,000	1,33	0,018*	97,86

studies aantal studies, # EG aantal effectgroottes, SE standaard-error, BI betrouwbaarheidsinterval voor Fishers z , sig significantie, gem. z algemeen/gemiddeld effect (uitgedrukt in Fishers z), r algemeen/gemiddeld effect (uitgedrukt in correlatie), % var variantiepercentage, level-2-variantie variantie in effectgroottes binnen studies, level-3-variantie variantie in effectgroottes tussen studies

^aDit domein omvat de leeftijd van het kind, waarbij een jongere leeftijd van verwaarloosde kinderen (ten opzichte van de leeftijd van niet-verwaarloosde kinderen) was beschouwd als risico

⁺ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

nemen in een model. Hiermee werd getoetst of elk van de gecodeerde kenmerken invloed had op de sterkte van het gemiddelde (of algemene) effect van alle risicofactoren samen. Deze analyses worden ook wel aangeduid als moderatoranalyses. De zogeheten steekproefvariantie van de effectgroottes (op level 1) werd niet in de hier uitgevoerde statistische analyses geschat, maar werd verondersteld bekend te zijn, waarbij de benadering en formule van Cheung (2014) werden gebruikt om deze variantie te berekenen. Voor het maken van alle drie-level-modellen en het uitvoeren van moderatoranalyses, zoals beschreven door Van den Noortgate et al. (2013, 2014), is het statistische programma *R* (versie 3.3.0; R Core Team 2015) gebruikt en de syntax zoals beschreven door Assink en Wibbelink (2016; zie ook Wibbelink en Assink 2015). Alle waarden in elk model, zoals effecten van risicodomeinen, werden tweezijdig getoetst met een Knapp-Hartung-correctie (Knapp en Hartung 2003), wat betekent dat een *t*-verdeling in plaats van de standaardnormale *z*-verdeling is gebruikt om te bepalen of een waarde significant van nul afweek. Voor de zogeheten omnibus-toets, waarin vastgesteld werd of elk van de gecodeerde studie-, steekproef- en risicofactor-kenmerken een moderator was van het gemiddelde effect van alle risicofactoren, werd een *F*-verdeling gebruikt. Om te bepalen of de level-2- en level-3-variantie significant was, werden twee eenzijdige log-likelihood-ratio-toetsen uitgevoerd, waarin de kwaliteit (deviantie) van het model zonder één van deze twee variantie-bronnen werd vergeleken met de kwaliteit van het volledige model met beide variantie-bronnen. De *restricted-maximum-likelihood*-methode werd gebruikt voor het schatten van alle waarden in elk model.

Omdat elk risicodomein bestond uit factoren die (sterk) verschilden van factoren in andere risicodomeinen, is besloten om voor elk domein een algemeen effect te schatten in een apart drie-level-model. Anders gezegd, voor elk van de 24 risicodomeinen werd een aparte meta-analyse uitgevoerd. Deze aanpak is in lijn met de studie van Assink et al. (2015), waarin effecten van risicodomeinen voor ernstig delinquent gedrag zijn onderzocht. In het toetsen van elk gecodeerd studie-, steekproef- en risicofactor-kenmerk als mogelijke moderator is besloten om dat te doen voor het gemiddelde effect van alle risicofactoren samen in plaats van het toetsen van moderators voor elk risicodomein afzonderlijk (d.w.z. elk kenmerk toetsen voor het effect van elk risicodomein). Hiervoor is gekozen, omdat een substantieel aantal risicodomeinen uit minder dan tien effectgroottes bestond, wat een lage statistische power zou betekenen met als gevolg dat werkelijke moderatoreffecten niet aangetoond zouden worden in de analyses. Voorafgaand aan de moderatoranalyses zijn dummy-variabelen (0/1-variabelen) gemaakt voor elke categorie van categorische variabelen en zijn alle continue variabelen gecentreerd rond hun gemiddelde. Alle meta-analyses zijn uitgevoerd in *R*, waarbij gebruik is gemaakt van de ‘*rma.mv*’-functie van het *metafor*-package van Viechtbauer (2010).

Tot slot werd, om vast te stellen of en in welke mate de resultaten beïnvloed waren door verschillende vormen van bias (bijvoorbeeld publicatiebias), de non-parametrische trim-en-fill-analyse uitgevoerd, zoals beschreven door Duval en Tweedie (2000a, 2000b) en Duval (2005). Van alle beschikbare technieken voor het vaststellen van bias is de trim-en-fill-methode een conceptueel relatief eenvoudige

methode. In het kort wordt met deze methode nagegaan of de verdeling van effectgroottes in de dataset symmetrisch is (in de vorm van een trechter), en zo niet, dan worden fictieve effectgroottes toegevoegd om de symmetrie te herstellen. Een asymmetrische trechter en het toevoegen van effectgroottes impliceren dat sprake kan zijn van bias in de resultaten. Het voordeel van deze methode is dat niet alleen nagegaan wordt of sprake is van bias, maar ook hoe groot de impact daarvan is op de resultaten. Bovendien blijkt uit onderzoek van Nik Idris (2012) dat de trim-en-fill-methode beter is in het detecteren van ontbrekende data dan Eggers toets en Beggs en Mazumdars correlatie, wat andere methoden zijn voor het vaststellen van bias. De trim-en-fill-analyse is uitgevoerd voor elk risicodomein, waarbij opnieuw de *metafor*-package (Viechtbauer 2010) werd gebruikt in het programma *R*. Voor alle analyses werd een 5 %-significantieniveau aangehouden.

Resultaten

In totaal werden $K=36$ primaire studies geïncludeerd, waarvan de meerderheid werd uitgevoerd in de Verenigde Staten ($k=33$) en enkele overige studies in Zuid-Korea ($k=1$), Vietnam ($k=1$) en Nederland ($k=1$). De gecombineerde steekproefgrootte (N) bedroeg 726.787 onderzoeksdeelnemers, waarvan $n=19.851$ slachtoffer waren van verwaarlozing en $n=706.936$ geen slachtoffer waren. De steekproefgrootte van de geïncludeerde studies varieerde (bij aanvang van de studies) van $n=23$ tot $n=495.368$. De gemiddelde leeftijd van de kinderen bij aanvang van de studies was 4,42 jaar ($SD=5,20$). Het merendeel van de studies had een retrospectieve opzet ($k=27$). Gemiddeld konden uit de primaire studies 7,86 ($SD=6,23$) effectgroottes worden verkregen. In totaal werden 315 effectgroottes ontleend aan alle geïncludeerde studies. Deze effectgroottes hadden vooral betrekking op risicofactoren voor een niet-specifieke vorm van verwaarlozing (namelijk 256 risicofactoren; 81,3 % van het totaal aantal risicofactoren). In de andere gevallen was fysieke verwaarlozing de meest onderzochte uitkomst (50 risicofactoren; 15,9 % van het totaal aantal risicofactoren), gevolgd door emotionele verwaarlozing (9 risicofactoren; 2,9 % van het totaal aantal risicofactoren). Opvallend was dat uit geen van de geïncludeerde primaire studies mogelijke risicofactoren voor educatieve verwaarlozing afgeleid konden worden.

Effecten van risicodomeinen

De algemene (gemiddelde) effecten voor de 24 onderzochte risicodomeinen staan in tab. 1. Elk effect representeert de impact van een risicodomein op (het voorkomen of herhalen van) verwaarlozing, waarbij dit effect relatief is ten opzichte van ‘controle’-participanten zonder een verleden van verwaarlozing, maar die mogelijk wel aan een andere vorm van kindermishandeling zijn blootgesteld, zoals fysieke mishandeling of seksueel misbruik. De effecten van 15 risicodomeinen bleken significant en varieerden in sterkte van klein ($r=0,110$ voor het domein proble-

matisch(e) gedrag en/of cognities) tot groot ($r=0,372$ voor het domein ouderlijk verleden van antisociaal gedrag/delinquentie). De volgende risicodomeinen bleken significant (in oplopende volgorde van sterkte): problematisch(e) opvoedgedrag en/of cognities ($r=0,110$), kind woont niet met twee biologische ouders ($r=0,120$), niet gemiddelde leeftijd van ouders bij eerstgeborene ($r=0,140$), laag gezins-SES ($r=0,166$), gedrags-, psychische en/of fysieke problemen van kind ($r=0,171$), ouderlijk verleden van slachtofferschap van kindermishandeling ($r=0,182$), perinatale problemen ($r=0,185$), relatief groot gezin (>2 kinderen, $r=0,186$), fysiek geweld in de thuisomgeving van het kind ($r=0,197$), actuele mentale en/of fysieke problemen van ouders ($r=0,207$), een niet-westerse achtergrond van een kind ($r=0,216$), laag opleidingsniveau van ouders ($r=0,229$), ouderlijk verleden van psychische/psychiatrische problemen ($r=0,259$), ouders zijn niet getrouwd ($r=0,285$), en een ouderlijk verleden van antisociaal gedrag/delinquentie ($r=0,372$). Het effect van drie domeinen was trend-significant en van zes domeinen niet significant, wat betekent dat deze negen effecten niet significant afweken van nul (d.w.z. op grond van deze resultaten zijn negen domeinen geen ware risicodomeinen).

Heterogeniteit en moderatoreffecten

De resultaten van de likelihood-ratio-toetsen lieten zien dat de variantie in effectgroottes afkomstig uit dezelfde studies (level-2-variantie) significant was in 14 risicodomeinen, en dat de variantie in effectgroottes afkomstig uit verschillende studies (level-3-variantie) significant was in 7 risicodomeinen (zie tab. 1). In zes risicodomeinen werd geen significante level-2- of level-3-variantie gevonden. In de analyse van alle effectgroottes samen, waarbij de classificatie van factoren in risicodomeinen buiten beschouwing werd gelaten, lieten de log-likelihood-ratio-toetsen een trend-significante level-2-variantie zien ($p=0,056$), en een significante level-3-variantie ($p=0,010$). Deze laatste resultaten geven aan dat het verantwoord is om te onderzoeken of effecten van risicofactoren gemiddeld worden door studie-, steekproef- of risicofactor-kenmerken. Uit de moderatoranalyses bleek dat geen van de getoetste variabelen een significante moderator was (zie tab. 2). Wel werd een trend-significant effect gevonden ($p<0,100$), waarbij de impact van factoren gerelateerd aan moeders ($r=0,194$) mogelijk sterker is dan de impact van factoren gerelateerd aan vaders ($r=0,120$). Het land waarin studies werden uitgevoerd kon niet getoetst worden als moderator door onvoldoende variabiliteit.

Resultaten van de bias-analyse

De resultaten van de trim-en-fill-analyse lieten zien dat effectgroottes in 16 van de 24 risicodomeinen niet symmetrisch waren verdeeld in de funnel-plots (die opvraagbaar zijn bij de auteurs), wat impliceert dat het geschatte algemene effect van deze 16 domeinen mogelijk beïnvloed is door vormen van bias. Na het toevoegen van de ‘ontbrekende’ effectgroottes die voortkwamen uit de trim-en-fill-analyse

aan de dataset, zijn de 16 algemene effecten opnieuw geschat (zie tab. 3). Er werden kleinere effecten gevonden voor zes risicodomeinen en grotere effecten voor tien risicodomeinen. Het effect van twee domeinen veranderde van significant in niet-significant, terwijl het effect van drie andere domeinen veranderde van niet-significant in significant. Volgens de trim-en-fill-analyse was de funnel-plot symmetrisch voor de resterende acht domeinen, wat betekent dat de effecten van deze domeinen – volgens deze analyse – niet beïnvloed waren door vormen van bias. Daarom zijn de algemene effecten van acht risicodomeinen niet opnieuw geschat.

Discussie

In het algemeen laten de resultaten zien dat bij verwaarlozing van kinderen verschillende risicofactoren op verschillende niveaus een rol spelen. Hiermee wordt bevestigd dat de oorzaak van verwaarlozing multicausaal is en dat er niet één specifieke risicofactor voor verwaarlozing is aan te wijzen (zie ook de ecologische theorieën van Belsky 1980; 1993; Cicchetti en Rizley 1981; Wolfe 1991). Tevens tonen de resultaten aan dat er risicofactoren aanwezig kunnen zijn in meerdere ecologische contexten rondom het kind, zoals ook beschreven is door Belsky (1980) en Bronfenbrenner (2000). Het was echter niet mogelijk om factoren te onderzoeken in het macrosysteem, voornamelijk omdat primaire studies naar deze factoren schaars zijn en omdat de studies die beschikbaar waren niet voldeden aan de inclusiecriteria. Een verklaring voor de schaarste is dat de meeste studies zich richten op factoren in meer proximale sociale systemen (die dicht bij het kind staan) en veel minder op factoren in meer distale sociale systemen (die verder verwijderd zijn van het kind). Ecologische theorieën schrijven sterkere effecten toe aan proximale factoren, wat impliceert dat deze factoren relevanter zijn om te bestuderen dan distale factoren.

Volgens deze review betreffen de risicofactoren voor verwaarlozing met de grootste impact de eigenschappen van ouders/verzorgers, zoals een ouderlijk verleden van antisociaal en/of delinquent gedrag, psychische en/of psychiatrische problemen van ouders (zowel actueel als in het verleden) en een laag opleidingsniveau van ouders. Dit is in lijn met ecologische modellen (zie bijvoorbeeld Bronfenbrenner 2000; Belsky 1980), die stellen dat de kindontwikkeling sterker beïnvloed wordt door proximale systemen. Aangezien ouders of verzorgers het meest nabijgelegen – en daarmee belangrijkste – sociale systeem vormen, is het niet verwonderlijk dat de sterkste effecten zijn gevonden voor ouder- en gezinsfactoren. Ook zijn de huidige resultaten in lijn met studies die aantonen dat effecten van risicofactoren in microsystemen over het algemeen sterker zijn dan risicofactoren die gerelateerd zijn aan het kind (Brown et al. 1998; Sidebotham en Heron 2006; Wu et al. 2004). In deze studie werd wel een relatief sterk effect gevonden van de etniciteit van een kind, in de zin dat kinderen met een niet-westerse achtergrond meer risico lopen op verwaarlozing. Echter, in tegenstelling tot factoren zoals leeftijd en geslacht van het kind, kan etniciteit niet alleen beschouwd worden als een kindfactor, omdat dit juist een indicatie is voor de (culturele) omgeving waarin een kind op-

groeit. Hierbij dient opgemerkt te worden dat verreweg de meeste geïncludeerde studies uitgevoerd waren in westerse landen, waardoor de (externe) validiteit van (de impact van) deze risicofactor zeer beperkt is.

Ook werd bewijs gevonden voor intergenerationele overdracht van verwaarlozing, omdat een ouderlijk verleden van slachtofferschap van kindermishandeling een significant risico bleek te zijn. Hoewel de impact hiervan in statistisch opzicht klein is, kan worden gesteld dat kinderen van ouders die in hun kindertijd zelf mishandeld en/of verwaarloosd zijn, een risico lopen om ook slachtoffer te worden van verwaarlozing. Bewijs voor intergenerationele overdracht van verschillende vormen van kindermishandeling is ook te vinden in andere overzichtsstudies (zie bijvoorbeeld Assink et al. (2018) en Ertem et al. (2000)). Helaas rapporteerde het leeuwendeel van de geïncludeerde studies niet welke vormen van verwaarlozing werden gemeten, waardoor er geen sluitende conclusies kunnen worden getrokken over vorm-specifieke overdrachtsprocessen, zoals geformuleerd door Kim (2009).

Voor zes domeinen werd geen significante impact gevonden. Dit waren de domeinen onvoldoende sociale steun, prenatale problemen, negatieve cognities van ouders over de zwangerschap, middelenmisbruik door ouders, het geslacht van het kind en de leeftijd van het kind. Hierbij moet echter wel gewezen worden op enkele belangrijke beperkingen. Allereerst zijn sommige domeinen gebaseerd op een klein aantal effectgroottes afkomstig uit weinig studies, wat afbreuk doet aan de statistische power en de betrouwbaarheid van de schatting van het algemene effect. Daarnaast was sprake van heterogeniteit in vrijwel alle domeinen, wat suggereert dat tussen geïncludeerde studies een substantieel verschil is in gerapporteerde impact van factoren. Er zijn dus meer studies nodig die effecten van deze domeinen nader bekijken, zodat betrouwbaardere conclusies getrokken kunnen worden.

De resultaten komen grotendeels overeen met de resultaten van Stith et al. (2009), die ook de sterkste effecten vonden voor ouder- en gezinsfactoren, namelijk actuele mentale en/of psychiatrische problemen, een verleden van mentale of psychiatrische problemen, een ouderlijk verleden van slachtofferschap van kindermishandeling, leeftijdsaspecten van ouders, alleenstaand ouderschap, lage gezins-SES, een groot gezin en een problematisch gezinsfunctioneren. Op verschillende manieren vult deze studie het werk van Stith et al. (2009) aan. Allereerst geeft deze meta-analyse een up-to-date overzicht van (effecten van) risicofactoren voor verwaarlozing. Daarnaast werden hier studie-, steekproef- en risicofactor-kenmerken onderzocht als potentiële moderatoren van effecten van risicofactoren. Ten derde konden andere risicofactoren onderzocht worden, hetgeen het inzicht in risicofactoren voor verwaarlozing verder vergroot.

De trim-en-fill-analyses toonden aan dat mogelijk sprake was van bias in 16 risicodomeinen, wat suggereert dat de geschatte domeineffecten kunnen verschillen van de ware domeineffecten. De opnieuw geschatte effecten na een 'correctie' voor deze bias kunnen echter niet beschouwd worden als ware effecten. Uit onderzoek blijkt namelijk dat het algoritme van de trim-en-fill-analyse niet altijd juist corrigeert voor bias, omdat immers 'fictieve' effectgroottes worden toegevoegd (Terrin et al. 2003; Peters et al. 2007). Bovendien is dit algoritme niet specifiek ontwikkeld voor data waarin sprake is van heterogeniteit, terwijl in meta-

analyses vaak wel sprake is van heterogene data. Aan de andere kant zijn geen van de beschikbare methoden voor bias-assessment goed bruikbaar bij een drie-level-meta-analyse, omdat deze methoden uitgaan van onafhankelijkheid in effect-groottes. Bovendien is nog nauwelijks onderzoek beschikbaar naar de mate waarin de beschikbare methoden valide en betrouwbare resultaten leveren wanneer deze toegepast worden als uit geïncludeerde studies meerdere effectgroottes worden gehaald. In elk geval moeten de opnieuw geschatte effecten met voorzichtigheid geïnterpreteerd worden en zijn deze slechts indicatief voor mogelijke bias in de resultaten.

Moderatoreffecten

Geen van de gecodeerde studie-, steekproef- en risicofactor-kenmerken bleek het effect van alle risicofactoren te modereren (zie tabel 2). De effecten van individuele risicodomeinen kunnen echter minder robuust zijn, omdat niet voor elk risicodomein moderatoranalyses werden uitgevoerd. Meerdere risicodomeinen zijn immers gebaseerd op een beperkt aantal effectgroottes en/of studies, wat maakt dat de statistische power in moderatoranalyses gering zou zijn. Het is daarom belangrijk dat het modererende effect van studie-, steekproef- en risicofactor-kenmerken op effecten van individuele risicodomeinen of risicofactoren nader wordt bekeken in toekomstig onderzoek.

Wel werd een trend-significant moderatoreffect van het geslacht van ouders gevonden, namelijk dat moeder-gerelateerde risicofactoren mogelijk een sterkere impact hebben dan vader-gerelateerde risicofactoren. Een verklaring kan zijn dat moeders emotioneel en/of fysiek meer betrokken zijn bij hun kinderen dan vaders, zeker in eenoudergezinnen waarin kinderen vaker bij hun moeder inwonen. Aan de andere kant zou dit verschil in de loop van de tijd kunnen verdwijnen, omdat de verdeling van opvoedrollen tussen vaders en moeders steeds meer gelijk wordt en minder traditioneel (d.w.z. dat voorheen moeders hoofdzakelijk verantwoordelijk waren voor de opvoeding van kinderen en vaders voor financiële en materiële zaken; Parker en Wang 2013). Omdat wetenschappelijk onderzoek zich veel meer heeft gericht op de rol van moeders dan op de rol van vaders in opvoeding (Phares 1992; Phares et al. 2005; Schumacher et al. 2001; Davison et al. 2016), is aanzienlijk meer onderzoek nodig om beter zicht te krijgen op de rol van vaders bij de verwaarlozing van kinderen en (het effect van) vader-gerelateerde risicofactoren. Tenslotte zijn vaders én moeders verantwoordelijk voor het opvoeden van kinderen in een veilige omgeving.

Implicaties voor de klinische praktijk

Enkele belangrijke klinische implicaties zijn hier te noemen. Allereerst is het, om (herhaling van) verwaarlozing te voorkomen, belangrijk dat instrumenten voor risico- en behoefte-taxatie risicofactoren meten op kindniveau (gedrags-, psychi-

Tabel 2 Resultaten voor categorische en continue moderatoren (bivariate modellen)

moderatorvariabelen	# stu- dies	# EG	intercept (95 % BI)/gem. z (95 % BI)	gem. <i>r</i>	β (95 % BI)	<i>F</i> (df1, df2) ^a	<i>p</i> ^b	level-2- variantie	level-3- variantie
onderzoekdesign						<i>F</i> (1,313)=0,556	0,456	0,056***	0,010***
retrospectief (RC)	26	186	0,129 (0,071;0,187)	0,128					
prospectief	10	129	0,167 (0,086;0,248)	0,165	0,038(-0,062;0,137)				
type risicofactor						<i>F</i> (1,313)=2,693	0,102	0,056***	0,011***
statisch (RC)	31	204	0,160 (0,107;0,213)	0,159					
dynamisch	23	111	0,106 (0,041;0,171)	0,106	-0,054 (-0,119;0,011)				
geslacht van ouder						<i>F</i> (1,110)=3,157	0,078 ⁺	0,015***	0,008***
vader (-figuur) (RC)	5	21	0,121 (0,031;0,210)	0,120					
moeder (-figuur)	18	91	0,196 (0,138;0,254)	0,194	0,076 (-0,009;0,160) ⁺				
vorm van verwaarlozing						<i>F</i> (2,312)=0,997	0,370	0,056***	0,010***
ongespecificeerd (RC)	28	256	0,159 (0,106;0,211)	0,158					
fysiek	6	50	0,087 (-0,018;0,191)	0,087	-0,072(-0,189;0,045)				
emotioneel	2	9	0,043 (-0,157;0,242)	0,043	-0,116(-0,322;0,091)				

Tabel 2 (Vervolg)

moderatorvariabelen	# stu- dies	# EG	intercept (95 % BI)/gem. <i>z</i> (95 % BI)	gem. <i>r</i>	β (95 % BI)	<i>F</i> (df1, df2) ^a	<i>p</i> ^b	level-2- variantie	level-3- variantie
type meting van verwaarlozing									
officiële gegevens (RC)	25	182	0,120 (0,062;0,177)	0,119		<i>F</i> (2,312)= 1,538	0,216	0,056***	0,009***
zelfrapportage	10	109	0,164 (0,083;0,246)	0,163	0,045 (-0,055;0,144)				
gecombineerd	1	24	0,302 (0,090;0,514)	0,293	0,182 (-0,038;0,402)				
continue variabelen									
percentage mannen	17	173	0,131 (0,048;0,214)	-	-0,004 (-0,013;0,004)	<i>F</i> (1,171)=0,957	0,329	0,085***	0,017***
percentage niet-wes- terse participanten	19	141	0,138 (0,053;0,222)	-	-0,002 (-0,005;0,001)	<i>F</i> (1,139)= 1,499	0,223	0,110***	0,014
publicatiejaar	36	315	0,142(0,094;0,191)	-	0,000(-0,005;0,006)	<i>F</i> (1,313)=0,025	0,876	0,056***	0,011***

studies aantal effectgroottes, # *EG* aantal effectgroottes, *gem r* gemiddelde effectgrootte (*r*), *BI* betrouwbaarheidsinterval, β geschatte regressiecoëfficiënt, *level-2-variantie* residuele variantie in effectgroottes uit dezelfde studie, *level-3-variantie* residuele variantie in effectgroottes van verschillende studies, *RC* referentiecategorie

^aOmnibustoets van alle regressiecoëfficiënten in het model

^b*p*-waarde van de omnibustoets

* $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$

Tabel 3 Algemene effecten van de 24 risicodomeinen na trim-en-fill-analyse

risicodomein	# stu- dies	# EG	Fishers z (SE)	95 % BI	sig. gem. z (p)	gem. r	Δ sig
gezinsniveau							
ouders zijn niet getrouwd	–	–	–	–	–	–	–
fysiek geweld in de thuisomgeving	–	–	–	–	–	–	–
relatief groot gezin (>2 kinderen)	18	19	0,203 (0,041)	0,117; 0,290	<0,001***	0,200	S = S
laag gezins-SES	23	33	0,237 (0,057)	0,122; 0,353	<0,001***	0,233	S = S
kind woont niet met twee biologische ouders	18	22	0,176 (0,036)	0,102; 0,251	<0,001***	0,174	S = S
problematisch(e) gedrag en/of cognities	–	–	–	–	–	–	–
onvoldoende sociale steun	12	25	0,007 (0,036)	–0,067; 0,081	0,847	0,007	S = S
ouderniveau							
ouderlijk verleden van antisociaal gedrag/ delinquentie	3	5	0,348 (0,065)	0,167; 0,528	0,065 ⁺	0,335	S → NS
ouderlijk verleden van psychische/psychiatrische problemen	6	17	0,165 (0,078)	0,001; 0,329	0,049 [*]	0,164	S = S
prenatale problemen	3	6	0,340 (0,122)	0,027; 0,653	0,039 [*]	0,327	NS → S
laag opleidingsniveau van ouders	–	–	–	–	–	–	–
actuele mentale en/of fysieke problemen van ouders	9	27	0,316 (0,073)	0,167; 0,466	<0,001***	0,306	S = S
ouderlijk verleden van slachtofferschap van kin- dermishandeling	–	–	–	–	–	–	–
niet gemiddelde leeftijd van ouders bij eerstgebo- rene	–	–	–	–	–	–	–
ouderlijke werkloosheid	8	9	0,194 (0,066)	0,041; 0,347	0,019 [*]	0,192	NS → S
middelenmisbruik door ouders	5	6	0,167 (0,081)	–0,041; 0,374	0,094 ⁺	0,165	NS = NS
negatieve ervaringen van ouders in de eigen kinder- tijd	–	–	–	–	–	–	–
negatieve cognities van ouders over zwangerschap	5	6	0,035 (0,036)	–0,058; 0,129	0,374	0,035	NS = NS

Tabel 3 (Vervolg)

risicodomein	# studies	# EG	Fishers z (SE)	95 % BI	sig. gem. z (p)	gem. r	Δ sig
kindniveau							
kind heeft geen westerse achtergrond	7	14	0,244 (0,067)	0,100; 0,388	0,003**	0,239	S = S
perinatale problemen	8	11	0,157 (0,038)	0,072; 0,242	0,002**	0,156	S = S
kind heeft gedrags-, psychische en/of fysieke problemen	13	17	0,070 (0,048)	-0,031; 0,172	0,161	0,070	S → NS
kind is van het vrouwelijke geslacht	14	15	-0,058 (0,032)	-0,127; 0,012	0,096 ⁺	-0,058	NS = NS
kind is jong(er) ^a	–	–	–	–	–	–	–
overige factoren	6	8	0,149 (0,056)	0,017; 0,281	0,032*	0,148	NS → S

studies aantal studies, # EG aantal effectgroottes, SE standaard-error, BI betrouwbaarheidsinterval voor Fishers z , sig significantie, gem. z algemeen/gemiddelde effect (uitgedrukt in Fishers Z), r algemeen/gemiddeld effect (uitgedrukt in correlatie), Δ sig verschil in significantie tussen geschatte effecten voorafgaand en na trim-en-fill, 'S = S' domeineffect bleef significant (d.w.z. p -waarde bleef $\leq 0,05$), 'S → NS' domeineffect veranderde van significant in niet-significant, 'NS → S' domeineffect veranderde van niet-significant in significant

Liggende streepjes impliceren dat de verdeling van effectgroottes in een domein symmetrisch was en dat daarom herschatting van het algemene effect niet nodig bleek.

^aDit domein omvat de leeftijd van het kind, waarbij een *jongere* leeftijd van verwaarloosde kinderen (ten opzichte van de leeftijd van niet-verwaarloosde kinderen) was beschouwd als risico.

⁺ $p < 0,10$; * $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; *** $p < 0,001$.

sche en/of fysieke problemen), ouder niveau (zoals een verleden van antisociaal gedrag/delinquentie, en actuele en vroegere mentale of psychiatrische problemen) en gezinsniveau (zoals fysiek geweld in de thuisomgeving, een lage SES). Omdat de grootste impact werd gevonden voor ouder- en gezinsfactoren, is het van belang dat met name deze factoren gemeten worden in instrumenten voor risico- en behoeftetaxatie, zoals gebeurt in ARIJ-Risk (Actuarieel Risicotaxatie-Instrument voor Jeugdbescherming; Van der Put et al. 2016) en ARIJ-Needs (Van der Put et al. 2018). Deze instrumenten ondersteunen twee aspecten van de besluitvorming over welke interventies of vormen van hulpverlening het meest passend zijn (zie ook Van der Put et al. 2018 en Vogtländer en Arum 2016). Met ARIJ-Risk kan worden nagegaan welke kinderen en hun gezin een hoog risico lopen op kindonveiligheid en dus hulpverlening nodig hebben (risicotaxatie). In dit instrument scoren professionals een vast aantal risicofactoren, waarna het instrument een indicatie geeft van het risico op toekomstige kindonveiligheid. Met ARIJ-Needs kunnen professionals gestructureerd in kaart brengen wat de zorgbehoeften of dynamische risicofactoren zijn van kinderen en gezinsleden (behoeftetaxatie), waarna het instrument suggesties doet voor passende interventies die aangrijpen op die getaxeerde zorgbehoeften. In zowel ARIJ-Risk als ARIJ-Needs wegen ouderfactoren het zwaarst, omdat risico's en zorgbehoeften voornamelijk door ouder- en

gezinsfactoren worden bepaald. Het belang van specifiek die risicofactoren wordt onderstreept door analyses van gevallen waarin kinderen zijn overleden door een gebrek aan aandacht voor ouder- en gezinsgerelateerde risicofactoren. In vrijwel al deze gevallen hechtten klinici onvoldoende belang aan aanwezige ouder-gerelateerde risicofactoren als kindsignalen afwezig waren, met tragische uitkomsten als gevolg (voor een analyse van casussen in Groot-Brittannië, zie Trench en Griffiths 2014; voor een analyse van Nederlandse casussen, zie Inspectie Jeugdzorg 2016).

Ten tweede zouden (preventieve) interventies gericht op het verlagen van het risico op verwaarlozing zich specifiek moeten richten op de aanwezige dynamische risicofactoren met de grootste impact, waaronder mentale of psychiatrische problemen van ouders; (omgaan met) gedrags-, mentale of fysieke problemen van het kind; en huiselijk geweld. Uiteraard moeten ook andere zorgbehoeften van kinderen en gezinsleden aandacht krijgen om het risico op verwaarlozing te verminderen. Alleen door het juist meten en wegen van risicofactoren in risico- en behoefteanalyse enerzijds en het aanpakken van dynamische risicofactoren in (preventieve) hulpverlening anderzijds, kan het risico- en behoefteprincipe van Andrews en Bonta (2010) goed worden toegepast in de klinische praktijk.

Ten derde is, gegeven de relatief grote impact van statische risicofactoren, waartoe factoren behoren die betrekking hebben op het verleden van ouders, correcte rapportage en goede dossiervorming belangrijk. Hierbij gaat het niet alleen om een juiste verslaglegging in de loop van de tijd, maar ook om de mogelijkheid dat zorginstanties informatie met elkaar delen. Deze twee aspecten zijn essentieel voor het goed kunnen voorzien in alle zorgbehoeften van kinderen en gezinsleden. Uiteraard vereist dit een weloverwogen afweging tussen het bieden van effectieve zorg en het delen van privacygevoelige informatie tussen zorginstanties. Een laatste implicatie is dat risicofactoren gerelateerd aan zowel vaders als moeders aandacht verdienen in hulpverlening en instrumenten voor assessment, omdat er geen eenduidig verschil is gevonden in impact tussen vader- en moeder-gerelateerde factoren.

Beperkingen van de studie

Deze studie kent een aantal beperkingen die genoemd moeten worden. Ten eerste is het aantal wetenschappelijke studies dat zich specifiek richt op verwaarlozing schaars (zoals blijkt uit fig. 1). Veel studies die in het zoekproces relevant leken, voldeden uiteindelijk niet aan de inclusiecriteria, met name vanwege methodologische kenmerken. Veel studies konden niet worden geïnccludeerd, omdat geen bivariate associaties werden gerapporteerd. Bovendien werden in veel studies wel risicofactoren onderzocht, maar voor kindermishandeling in algemene zin en niet specifiek voor verwaarlozing. Als gevolg hiervan waren sommige risicodomeinen gebaseerd op een tamelijk klein aantal studies en effectgroottes, wat een negatief effect had op de statistische power en de validiteit van de resultaten. Daarnaast kan volgens de resultaten sprake zijn van bias in 14 van de 25 onderzochte risicodomeinen. De geschatte effecten van de risicodomeinen en de resultaten van de moderatoranalyses dienen dan ook met voorzichtigheid geïnterpreteerd te worden.

Een tweede probleem betreft de vorm van verwaarlozing waarover primaire studies rapporteerden. Hoewel fysieke en seksuele kindermishandeling gezien worden als verschillende vormen van kindermishandeling en daardoor in studies vaak apart worden onderzocht, gebeurt dat nauwelijks voor verschillende vormen van verwaarlozing (Stoltenborgh et al. 2013). Verreweg de meeste variabelen (d.w.z. ruim 80 % van alle geïnccludeerde effectgroottes) werden onderzocht als risicofactor voor een niet-specifieke vorm van verwaarlozing, waarbij geen onderscheid werd gemaakt naar verschillende vormen van verwaarlozing (zoals fysieke, emotionele en educatieve verwaarlozing). Het was dan ook niet mogelijk om verschillen te onderzoeken in impact van risicodomeinen voor verschillende vormen van verwaarlozing.

Een derde beperking betreft de wijze waarop de onderzoeksgroepen (participanten met een verleden van verwaarlozing en controle-participanten zonder een verleden van verwaarlozing) in geïnccludeerde studies tot stand kwamen. Idealiter worden effecten van (mogelijke) risicofactoren vastgesteld in onderzoek waarin factoren vergeleken worden tussen een groep verwaarloosde kinderen en een groep niet-verwaarloosde kinderen, waarbij in beide groepen geen sprake was van slachtofferschap van een andere mishandelingsvorm (zoals fysieke mishandeling en/of seksueel misbruik). Alleen op deze manier kan de impact van risicofactoren goed worden geschat. Echter, het aantal geïnccludeerde studies met een dergelijk design was zeer beperkt. In algemene zin is het bovendien lastig om elke episode van slachtofferschap van mishandeling of verwaarlozing uit te sluiten, omdat onderrapportage vrijwel altijd een probleem is bij het meten van gevallen van mishandeling en verwaarlozing (bijv. Fergusson et al. 2000; Finkelhor 2008), waarbij ook nog eens geldt dat vormen van mishandeling vaak samen voorkomen (bijv. Arata et al. 2005). Daarom zijn in deze meta-analyse ook studies geïnccludeerd waarin een verwaarloosde groep werd vergeleken met een niet-verwaarloosde groep, waarin mogelijk participanten zaten die slachtoffer waren van andere mishandelingsvormen. Deze beperking van het beschikbare onderzoek naar risicofactoren van verwaarlozing is ook een beperking van deze studie en dient in het achterhoofd te worden gehouden bij de interpretatie van de resultaten.

Aanbevelingen voor toekomstig onderzoek

Gegeven het gebrek aan studies van methodologisch sterke kwaliteit is belangrijk dat toekomstig onderzoek naar risicofactoren voor verwaarlozing van betere kwaliteit is. Belangrijk is dat bivariate associaties worden gerapporteerd tussen mogelijke risicofactoren en verwaarlozing (al dan niet in combinatie met multivariate resultaten) en dat een controlegroep deel uitmaakt van het design, zodat de impact van factoren zo goed mogelijk geschat kan worden.

Een andere aanbeveling is dat onderzoek wordt gedaan naar risicofactoren voor zowel verwaarlozing in het algemeen als de verschillende vormen van verwaarlozing. Van alle geïnccludeerde studies werden in slechts twee studies (Schenkel et al. 2014; Hussey et al. 2006) verschillende vormen van verwaarlozing in ogenschouw

genomen. Hieruit bleek dat er verschillen zijn in (effecten van) risicofactoren voor de verschillende vormen van verwaarlozing. Zo toonden Hussey et al. (2006) aan dat onder andere geslacht en etniciteit van het kind, en een laag gezinsinkomen, sterkere voorspellers zijn voor fysieke verwaarlozing dan voor emotionele verwaarlozing. Ook bleek dat een laag opleidingsniveau van ouders wel een risicofactor is voor fysieke verwaarlozing, maar niet voor emotionele verwaarlozing. Schenkel et al. (2014) lieten juist zien dat doof- of slechthorendheid bij kinderen een risicofactor is voor zowel emotionele als fysieke verwaarlozing. In de wetenschappelijke literatuur wordt veel meer aandacht gegeven aan verschillende vormen van kindermishandeling, hoewel gevolgen van verwaarlozing minstens zo schadelijk kunnen zijn als gevolgen van andere vormen van mishandeling (Hildyard en Wolfe 2002).

Een derde aanbeveling is om effecten van risicodomeinen te onderzoeken in verschillende populaties. Hoewel in steekproeven geen modererend effect werd gevonden voor het percentage niet-westerse participanten op het effect van risicofactoren, kan niet zomaar worden aangenomen dat effecten van individuele risicodomeinen hetzelfde zijn voor populaties met verschillende etnische/culturele achtergronden. Tussen groepen kunnen verschillen bestaan in factoren die bijdragen aan het risico op verwaarlozing, alsmede verschillen in de impact van factoren. Studies naar risicofactoren voor verwaarlozing worden vooral uitgevoerd in westerse landen en culturen, wat afbreuk doet aan de generaliseerbaarheid van resultaten naar andere landen en culturen. Op dezelfde wijze werd geen modereffect gevonden van het percentage mannen/jongens in steekproeven, maar dat neemt niet weg dat er verschillen kunnen bestaan in (impact van) risicofactoren voor verwaarlozing tussen jongens en meisjes. Dit kan verder worden uitgezocht in toekomstig onderzoek.

Conclusie

In deze overzichtsstudie werden risicofactoren voor verwaarlozing onderzocht. De grootste impact werd gevonden voor gezins- en oudergerelateerde factoren, zoals een verleden van antisociaal gedrag of delinquentie, ongehuwd ouderschap, mentale of psychiatrische problemen (actueel of in het verleden), een laag opleidingsniveau en fysiek geweld in de thuisomgeving. Gedrags-, mentale en/of fysieke problemen van het kind bleken ook bij te dragen aan het risico op verwaarlozing, wat mogelijk komt doordat ouders niet altijd adequaat kunnen omgaan met deze problemen. De resultaten bevestigen dat risicofactoren voor verwaarlozing aanwezig kunnen zijn in verschillende ecologische systemen rondom het kind en dat de etiologie van verwaarlozing multicausaal is. Bij het inschatten van de ernst van (en het risico op toekomstige) kindermishandeling (waaronder verwaarlozing) wordt in de klinische praktijk nog wel eens te veel aandacht besteed aan kindfactoren, zoals blijkt uit diverse inspectierapporten (zie bijvoorbeeld Inspectie Jeugdzorg 2016; Samenwerkend Toezicht Jeugd et al. 2015). De huidige resultaten laten juist zien dat meer aandacht gegeven moet worden aan ouderfactoren, omdat deze talrijker zijn, met een aanzienlijk sterkere impact. Interventies gericht op het verkleinen van

het risico op kindermishandeling zouden zich dan ook vooral moeten richten op aanwezige risicofactoren bij ouders. Uiteraard is het ook belangrijk, en bovendien effectief (Lenz en Hollenbaugh 2015; Gutermann et al. 2016), om interventies te richten op de aanwezige problematiek bij een kind, maar hierbij gaat het vaak om gevolgen van kindermishandeling, zoals traumagerelateerde klachten. Van belang is om hierbij herstelgerichte zorg in te zetten in plaats van risicogestuurde zorg (zie ook Vogtländer en Arum 2016). Tot slot is methodologisch sterk onderzoek naar risicofactoren voor alle vormen van verwaarlozing hard nodig, omdat dergelijk onderzoek nog steeds te weinig plaatsvindt.

Bijdrage van de auteurs Tim M. Mulder en Kimberly C. Kuiper zochten naar primaire studies, codeerden alle studies, voerden statistische analyses uit en schreven het manuscript. Claudia E. van der Put verwierf de financiering, droeg bij aan de onderzoeksopzet en gaf een kritische reflectie op het manuscript. Geert-Jan J. M. Stams verwierf de financiering en gaf een kritische reflectie op het manuscript. Mark Assink begeleidde het onderzoeksproject, verwierf de financiering, droeg bij aan de onderzoeksopzet, voerde statistische analyses uit en droeg bij aan het schrijven en reviseren van het manuscript. Alle auteurs hebben bijgedragen aan – en zijn akkoord met – de huidige versie van dit manuscript.

Financiering Deze studie is gefinancierd door het *Netwerk Effectief Jeugdstelsel Amsterdam* (NEJA). NEJA had geen rol in het ontwerp of de opzet van de studie, het verzamelen of analyseren van data, het interpreteren van de data, het schrijven van het manuscript, noch in de beslissing om dit manuscript aan te bieden voor publicatie.

Belangenverstrengeling Alle auteurs verklaren dat geen sprake was van financiële belangen of van enige andere vorm van belangenverstrengeling.

Bijlage A

Tabel A.1

Tabel A.1 Geïnccludeerde studies en studiekenmerken

referentie (jaar)	<i>N</i>	geslacht van steekproef	gemiddelde leeftijd steekproef	land van onderzoek	onderzoeksdesign	# risicofactoren	vorm van onderzochte verwaarlozing
Azar et al. (2012)	72	m/v	4,69	VS	retrospectief	8	verwaarlozing, ongespecificeerd
Bartlett en Easterbrooks (2012)	67	n/b	7,90	VS	retrospectief	2	verwaarlozing, ongespecificeerd
Bartlett en Easterbrooks (2015)	447	n/b	n/b	VS	retrospectief	3	verwaarlozing, ongespecificeerd
Bartlett et al. (2014)	383	m/v	0,88	VS	prospectief	30	verwaarlozing, ongespecificeerd
Benedict et al. (1994)	495.368	m/v	9,00	VS	retrospectief	1	gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging
Brayden et al. (1992)	1376	n/b	n/b	VS	prospectief	5	gebrek aan ouderlijk toezicht of (medische) verzorging
Brown et al. (1998)	644	m/v	n/b	VS	retrospectief	24	het alleen laten van een kind tijdens een nacht of langer, zonder een volwassen verzorger voor tienjarige leeftijd
Casamueva et al. (2009)	1236	m/v	n/b	VS	prospectief	1	fysieke verwaarlozing en/of gebrek aan ouderlijk toezicht
Chaffin et al. (1996)	7036	m/v	n/b	VS	prospectief	11	gebrek aan ouderlijk toezicht of (medische) verzorging

Tabel A.1 (Vervolg)

referentie (jaar)	<i>N</i>	geslacht van steekproef	gemiddelde leeftijd steekproef	land van onderzoek	onderzoeksdesign	# risicofactoren	vorm van onderzochte verwaarlozing
Cohen et al. (2001)	606	m/v	22,32	VS	prospectief	5	gebrek aan ouderlijk toezicht
Compier-de Block et al. (2015)	60	n/b	12,46	Nederland	retrospectief	4	fysieke of emotionele verwaarlozing door moeder
Coohey (1995)	207	n/b	n/b	VS	retrospectief	4	verwaarlozing, onge-specificeerd
Coohey (1996)	219	n/b	n/b	VS	retrospectief	4	verwaarlozing, onge-specificeerd
Cuevas et al. (2009)	2030	m/v	9,50	VS	retrospectief	1	verwaarlozing, onge-specificeerd
DiLalla en Crittenden (1990)	69	m/v	2,17	VS	retrospectief	6	gebrek aan ouderlijk toezicht, medische verzorging, voeding en dagelijkse hygiëne
Dubowitz et al. (2000)	70	m/v	5,14	VS	retrospectief	17	gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging
Egami et al. (1996)	9840	m/v	n/b	VS	retrospectief	16	gebrek aan ouderlijke toezicht, onvoldoende voorziening van voedsel, medische verwaarlozing

Tabel A.1 (Vervolg)

referentie (jaar)	<i>N</i>	geslacht van steekproef	gemiddelde leeftijd steekproef	land van onderzoek	onderzoekdesign	# risicofactoren	vorm van onderzochte verwaarlozing
Emery et al. (2014)	269	m/v	<i>n/b</i>	Vietnam	retrospectief	20	medische verwaarlozing en/of onvoldoende voorziening van voedsel
Gaudin et al. (1993)	205	<i>n/b</i>	<i>n/b</i>	VS	retrospectief	7	verwaarlozing, onge-specificeerd
Gaudin et al. (1996)	205	m/v	<i>n/b</i>	VS	retrospectief	5	verwaarlozing, onge-specificeerd
Guterman (2015)	2317	<i>n/b</i>	0,00 ^a	VS	prospectief	2	verwaarlozing, onge-specificeerd
Howes et al. (2000)	35	m/v	<i>n/b</i>	VS	retrospectief	9	verwaarlozing, onge-specificeerd
Hussey et al. (2006)	10.324	m/v	<i>n/b</i>	VS	retrospectief	16	gebrek aan ouderlijk toezicht en algemene verwaarlozing (bijv. er wordt niet voorzien in basale behoeften van kind)
Kim (2009)	2977	<i>n/b</i>	<i>n/b</i>	Zuid-Korea	retrospectief	21	fysieke verwaarlozing en/of gebrek aan ouderlijk toezicht
Kimard (1995)	132	m/v	9,00	VS	retrospectief	9	verwaarlozing, onge-specificeerd

Tabel A.1 (Vervolg)

referentie (jaar)	N	geslacht van steekproef	gemiddelde leeftijd steekproef	land van onderzoek	onderzoekdesign	# risicofactoren	vorm van onderzochte verwaarlozing
Lee et al. (2012)	1089	m/v	5,00	VS	prospectief	15	fysieke en/of psychologische verwaarlozing
Manly et al. (1994)	137	m/v	8,16	VS	retrospectief	6	verwaarlozing, onge-specificeerd
McGuigan en Pratt (2001)	2426	n/b	2,80	VS	prospectief	2	gebrek aan ouderlijk toezicht, medische verwaarlozing, verzuimen te voorzien van voedsel of kleding, gebrekkige huisvesting, verlatenheid, of iedere andere vorm van fysieke verwaarlozing
Milner en Robertson (1990)	60	n/b	n/b	VS	retrospectief	3	gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging
Price en Glad (2003)	81	m/v	6,50	VS	retrospectief	7	verwaarlozing, onge-specificeerd
Schenkel et al. (2014)	464	m/v	21,24	VS	retrospectief	2	emotionele en/of fysieke verwaarlozing

Tabel A.1 (Vervolg)

referentie (jaar)	<i>N</i>	geslacht van steekproef	gemiddelde leeftijd steekproef	land van onderzoek	onderzoeksdesign	# risicofactoren	vorm van onderzochte verwaarlozing
Toth et al. (1992)	107	m/v	7,00	VS	retrospectief	2	fysieke verwaarlozing
Williamson et al. (1991)	23	m/v	12,00	VS	retrospectief	7	gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging
Wu et al. (2004)	189.055	m/v	0,00 ^a	VS	prospectief	15	enige nalatigheid of verzuim door een verzorger om te zorgen voor verzorging, toezicht, diensten of bescherming die noodzakelijk zijn om de fysieke en mentale gezondheid van het kind te waarborgen
Zuravin en DiBlasio (1992)	102	m/v	<i>n/b</i>	VS	retrospectief	8	gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging
Zuravin en DiBlasio (1996)	102	<i>n/b</i>	<i>n/b</i>	VS	retrospectief	18	gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging

jaar jaar van publicatie, *N* totaal aantal participanten in de steekproef, # *risicofactoren* totaal aantal risicofactoren dat verkregen is uit elke studie, *n/b* niet beschikbaar (bijv. de gemiddelde leeftijd van de steekproef kon niet worden berekend op basis van de gerapporteerde informatie in een primaire studie), *m/v* steekproef bestond uit zowel mannen als vrouwen, *VS* Verenigde Staten

^aIn de studies van Guterman (2015) en Wu et al. (2004) werden net-geboren baby's gevolgd in longitudinale studies. Daarom was in deze studies de gemiddelde leeftijd van de steekproef 0,00

Bijlage B

Codeerschema

In het geval van een niet te coderen/ontbrekende waarde, noteer ‘9999’

Bibliografische informatie

1. StudyID (= uniek nummer voor iedere geïncludeerde studie)
2. Auteurs van studie
3. Titel van studie
4. Publicatiejaar
5. Naam van codeur
6. Datum van coderen

Steekproefkenmerken

1. Geslacht van de steekproef (alleen vrouwen/alleen mannen/zowel mannen als vrouwen)
2. Percentage mannen in de steekproef
3. Percentage niet-westerse participanten
4. Percentage westerse participanten
5. Gemiddelde leeftijd van participanten (bij aanvang studie)
6. Aantal participanten die slachtoffer waren van verwaarlozing
7. Aantal participanten die geen slachtoffer waren van verwaarlozing
8. Totale steekproefgrootte (is gelijk aan de som van item 6 en 7)

Studiekenmerken

1. Type verwaarlozing dat is onderzocht (fysiek/emotioneel/educatief/ongespecificeerd)
2. Land waarin de studie werd uitgevoerd (VS/Canada/Europa/Australië/anders: specificieer)
3. Indien ander land, specificieer
4. Onderzoeksdesign (retrospectief/prospectief)
5. Wijze waarop verwaarlozing werd gemeten (officiële gegevens/zelfrapportage/een combinatie van type metingen)

Kenmerken van risicofactoren

1. Uniek effectgrootte-ID (= uniek nummer voor iedere geïncludeerde factor)

2. Label van risicofactor (bijvoorbeeld: kind is van vrouwelijk geslacht, vader is werkloos; zie bijlage C voor voorbeelden van factoren)
3. Risicodomein (zie bijlage C voor alle domeinen)
4. Type factor (statisch/cynamisch)
5. In geval van een oudergerelateerde factor, het geslacht/type van de ouder (vader/ moeder)
6. Correlatiecoëfficiënt (r)

Bijlage C

Overzicht van domeinen van risicofactoren met voorbeelden van risicofactoren

Gezinsniveau

Risicodomein: Ouders zijn niet getrouwd

- Ouders zijn ongetrouwd; kind is niet geboren binnen een huwelijk; moeder is nooit getrouwd

Risicodomein: Fysiek geweld in de thuisomgeving

- Er is sprake van huiselijk geweld (door de partner van moeder); er is sprake van huiselijk geweld (door de moeder); ouder had een verwonding door huiselijk geweld

Risicodomein: Relatief groot gezin (>2 kinderen)

- Drie of meer kinderen in één huishouden

Risicodomein: Laag gezins-SES

- Het gezin zit in de bijstand; het kind zit in een aanvullend voedingsprogramma; het gezinsinkomen zit onder 120 % van de armoedegrens

Risicodomein: Kind woont niet met twee biologische ouders

- Er is sprake van een éénoudergezin; de partner van moeder is nooit aanwezig in de thuissituatie, of minder dan de helft van de tijd; de (volwassen) man in het gezin is niet de biologische vader van het kind of de kinderen

Risicodomein: Problematisch(e) opvoedgedrag en/of cognities

- Vader toont laag niveau van ‘warmte’; er is een gebrek aan empathie bij ouders; het kind moet (deels) oudertaken vervullen (/ er is sprake van omgekeerde rolpatronen in een gezin)

Risicodomein: Onvoldoende sociale steun

- Afwezigheid van een ouderlijke vertrouwenspersoon; relatief weinig sociale contacten in de leefomgeving; relatief klein sociaal netwerk

Ouderniveau

Risicodomein: Ouderlijk verleden van antisociaal gedrag/delinquentie

- Ouder was betrokken bij een fysiek gevecht tijdens het gebruik van alcohol; ouder heeft (ooit) een wapen gebruikt; moeder heeft juridische problemen

Risicodomein: Ouderlijk verleden van psychische/psychiatrische problemen

- Moeder had een postnatale depressie; ouder heeft een geschiedenis van een psychiatrische stoornis (bijv. depressie, affectieve stoornis, schizofrenie); moeder maakt gebruik van geestelijke gezondheidszorg

Risicodomein: Prenatale problemen

- Er werd gerookt tijdens de zwangerschap; er was ontoereikende prenatale zorg

Risicodomein: Laag opleidingsniveau van ouders

- Ouder heeft de middelbare school niet afgemaakt; ouder heeft relatief weinig jaren een opleiding gevolgd

Risicodomein: Actuele mentale en/of fysieke problemen van ouders

- Ouder heeft een depressieve stoornis; ouder heeft weinig zelfvertrouwen; ouder heeft een laag IQ

Risicodomein: Ouderlijk verleden van slachtofferschap van kindermishandeling

- Ouderlijke geschiedenis van verwaarlozing; ouderlijke geschiedenis van seksueel misbruik; moeder is in haar jeugd ernstig geslagen (met of zonder gebruik van objecten)

Risicodomein: Niet gemiddelde leeftijd van ouders bij eerstgeborene

- Moeder is jong (19 jaar of jonger); vader is jong (19 jaar of jonger)

Risicodomein: Ouderlijke werkloosheid

- Chronische werkloosheid van de ouders; vader is momenteel werkloos; ouder werkt niet of verdient geen geld

Risicodomein: Middelenmisbruik door ouders

- (Zware) mate van ouderlijk alcoholgebruik; ouder heeft een middelenverslaving; ouder misbruikt alcohol of heeft een (potentieel) probleem met alcoholgebruik

Risicodomein: Negatieve ervaringen van ouders in de eigen kindertijd

- Moeder is vroeger weggerend van huis; moeder scoort laag op de kwaliteit van de gehechtheid aan haar eigen moeder; moeder heeft weinig positieve ouderlijke zorg ervaren in de eigen kindertijd

Risicodomein: Negatieve cognities van ouders over zwangerschap

- Vader heeft abortus overwogen; een zwangerschap was ongewenst

Kindniveau

Risicodomein: Kind heeft geen westerse achtergrond

- Kind behoort tot een minderheid (bijv. Latino, Amerikaans-Aziatisch)

Risicodomein: Perinatale problemen

- Kind had een laag geboortegewicht; kind had een lage APGAR-score; kind is prematuur geboren

Risicodomein: Kind heeft gedrags-, psychische en/of fysieke problemen

- Kind is doof geboren of met gehoorproblemen; kind heeft een laag IQ; kind heeft een geschiedenis van achterblijvende ontwikkeling

Risicodomein: Kind is van het vrouwelijk geslacht

Risicodomein: Kind is jong(er) (d.w.z. kinderen in de verwaarloosde onderzoeksgroep zijn jonger dan kinderen in de niet-verwaarloosde onderzoeksgroep)

Overig

Risicodomein: Overige factoren

- Zwangerschapsinterval is minder dan 15 maanden; ouderlijke immigratiestatus (eerste generatie); ouders kennen een belangrijke/overheersende rol toe aan de vaderfiguur; ouders hebben een filosofisch-/ethisch-gedreven levensstijl (confucianisme)

Literatuur

- Alink, L., Van IJzendoorn, R., Bakermans-Kranenburg, M., Pannebakker, F., Vogels, T., & Euser, S. (2011). *De tweede nationale prevalentiestudie mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM–2010)*. Leiden: TNO Child Health.
- Andrews, D. A., & Bonta, J. (red.). (2010). *The psychology of criminal conduct* (5e druk.). New Providence: Matthew Bender, LexisNexis.
- Arata, C. M., Langhinrichsen-Rohling, J., Bowers, D., & O’Farrill-Swails, L. (2005). Single versus multi-type maltreatment: an examination of the long-term effects of child abuse. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 11(4), 29–52. https://doi.org/10.1300/J146v11n04_02.
- Assink, M., & Wibbelink, C. J. M. (2016). Fitting three-level meta-analytic models in R: a step-by-step tutorial. *The Quantitative Methods for Psychology*, 12(3), 154–174. <https://doi.org/10.20982/tqmp.12.3.p154>.
- Assink, M., Put, C. E. van der, Hoeve, M., De Vries, S. L. A., Stams, G. J. J. M., & Oort, F. J. (2015). Risk factors for persistent delinquent behavior: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 42, 47–61. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.08.002>.
- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., Put, C. E. van der, & Stams, G. J. J. M. (2018). The intergenerational transmission of child maltreatment: a three-level meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.07.037>.
- Azar, S. T., Stevenson, M. T., & Johnson, D. R. (2012). Intellectual disabilities and neglectful parenting: preliminary findings on the role of cognition in parenting risk. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 5(2), 94–129. <https://doi.org/10.1080/19315864.2011.615460>. geïncludeerde studie.
- Bartlett, J. D., & Easterbrooks, M. A. (2012). Links between physical abuse in childhood and child neglect among adolescent mothers. *Children and Youth Sciences Review*, 34(11), 2164–2169. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.07.011>. geïncludeerde studie.
- Bartlett, J. D., & Easterbrooks, M. A. (2015). The moderating effect of relationships on intergenerational risk for infant neglect by young mothers. *Child Abuse & Neglect*, 45, 21–34. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.02.018>. geïncludeerde studie.
- Bartlett, J. D., Raskin, M., Kotake, C., Nearing, K. D., & Easterbrooks, A. (2014). An ecological analysis of infant neglect by adolescent mothers. *Child Abuse & Neglect*, 38(4), 723–734. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.011>. geïncludeerde studie.
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: an ecological integration. *American Psychologist*, 35(4), 320–335. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.4.320>.
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: a developmental ecological analysis. *Psychological Bulletin*, 114(3), 413–434. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.114.3.413>.
- Benedict, M. I., Zuravin, S., Brandt, D., & Abbey, H. (1994). Types and frequency of child maltreatment by family foster care providers in an urban population. *Child Abuse & Neglect*, 18(7), 577–585. geïncludeerde studie.
- Bittler, M., & Zavodny, M. (2002). Child abuse and abortion availability. *The American Economic Review*, 92(2), 363–367. <https://doi.org/10.1257/000282802320191624>.

- Brayden, R. M., Altemeier, W. A., Tucker, D. D., Dietrich, M. S., & Vietze, P. (1992). Antecedents of child neglect in the first two years of life. *The Journal of Pediatrics*, *120*(3), 426–429. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(05\)80912-6](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(05)80912-6). geïnccludeerde studie.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Cambridge: Harvard University Press.
- Bronfenbrenner, U. (2000). Ecological theory. In A. Kazdin (red.), *Encyclopedia of psychology*. Washington: American Psychological Association, Oxford University Press.
- Brown, J., Cohen, P., Johnson, J. G., & Salzinger, S. (1998). A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect*, *22*, 1065–1078. geïnccludeerde studie.
- Casanueva, C., Martin, S. L., & Runyan, D. K. (2009). Repeated reports for child maltreatment among intimate partner violence victims: findings from the national survey of child and adolescent well-being. *Child Abuse & Neglect*, *33*(2), 84–93. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2007.04.017>. geïnccludeerde studie.
- Chaffin, M., Kelleher, K., & Hollenberg, J. (1996). Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse and Neglect*, *20*, 191–203. geïnccludeerde studie.
- Cheung, M. W. L. (2014). Modeling dependent effect sizes with three-level meta-analyses: a structural equation modeling approach. *Psychological Methods*, *19*(2), 211–229. <https://doi.org/10.1037/a0032968>.
- Cicchetti, D., & Carlson, V. (red.). (1989). *Child maltreatment: theory and research on the causes and consequences of child abuse and neglect*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Cicchetti, D., & Rizley, R. (1981). Developmental perspectives on the etiology, intergenerational transmission, and sequelae of child maltreatment. *New Direction for Child and Adolescent Development*, *11*, 31–55. <https://doi.org/10.1002/cd.23219811104>.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2e druk.). Hillsdale: Erlbaum.
- Cohen, P., Brown, J., & Smailes, E. (2001). Child abuse and neglect and the development of mental disorders in the general population. *Development and Psychopathology*, *13*(4), 981–999. geïnccludeerde studie.
- Compier- de Block, L. H. C. G., Alink, L. R. A., Reijman, S., Werner, C. D., Maras, A., Rijnberk, C., Bakermans-Kranenburg, J. J., et al. (2015). Handgrip force of maltreating mothers in reaction to infant signals. *Child Abuse & Neglect*, *40*, 124–131. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.03.006>. geïnccludeerde studie.
- Connell-Carrick, K. (2003). A critical review of the empirical literature: identifying correlates of child neglect. *Child and Adolescent Social Work Journal*, *20*(5), 389–425. <https://doi.org/10.1023/A:1026099913845>.
- Coohey, C. (1995). Neglectful mothers, their mothers, and partners: the significance of mutual aid. *Child Abuse & Neglect*, *19*(8), 885–895. geïnccludeerde studie.
- Coohey, C. (1996). Child maltreatment: testing the social isolation hypothesis. *Child Abuse & Neglect*, *20*(3), 241–254. geïnccludeerde studie.
- Cooper, H. (2010). *Research synthesis and meta-analysis*. Thousand Oaks: SAGE.
- Cuevas, C. A., Finkelhor, D., Ormrod, R., & Turner, H. (2009). Psychiatric diagnosis as a risk marker for victimization in a national sample of children. *Journal of Interpersonal Violence*, *24*(4), 636–652. <https://doi.org/10.1177/0886260508317197>. geïnccludeerde studie.
- Davison, K. K., Gicevic, S., Aftosmes-Tobio, S., Ganter, C., Simon, C. L., Newlan, S., & Manganello, J. A. (2016). Fathers' representation in observational studies on parenting and childhood obesity: a systematic review and content analysis. *American Journal of Public Health*, *106*(11), e14–e21.
- DiLalla, D. L., & Crittenden, P. M. (1990). Dimensions of maltreated children's home behavior: a factor analytic approach. *Infant Behavior and Development*, *13*(4), 439–460. [https://doi.org/10.1016/0163-6383\(90\)90015-Z](https://doi.org/10.1016/0163-6383(90)90015-Z). geïnccludeerde studie.
- Dubowitz, H., Black, M. M., Kerr, M. A., Starr, R. H., & Harrington, D. (2000). Fathers and child neglect. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine Journal*, *154*(2), 135–141. geïnccludeerde studie.
- Dubowitz, H., Pitts, S. C., & Black, M. (2004). Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreatment*, *9*(4), 344–356. <https://doi.org/10.1177/1077559504269191>.
- Duval, S. J. (2005). The trim and fill method. In H. R. Rothstein, A. J. Sutton & M. Borenstein (red.), *Publication bias in meta-analysis: prevention, assessment, and adjustments* (pag. 127–144). Chichester: Wiley.
- Duval, S. J., & Tweedie, R. L. (2000a). Trim and fill: a simple funnel-plot-based method of testing and adjusting for publication bias in meta-analysis. *Biometrics*, *56*(2), 455–463.

- Duval, S. J., & Tweedie, R. L. (2000b). A nonparametric “trim and fill” method of accounting for publication bias in meta-analysis. *Journal of the American Statistical Association*, 95(449), 89–98.
- Egami, Y., Ford, D. E., Greenfield, S. F., & Crum, R. M. (1996). Psychiatric profile and sociodemographic characteristics of adults who report physically abusing or neglecting children. *American Journal of Psychiatry*, 153(7), 921–928. geïnccludeerde studie.
- Emery, C. R., Nguyen, H. T., & Kim, J. (2014). Understanding child maltreatment in Hanoi: Intimate partner violence, low self-control, and social and child care support. *Journal of Interpersonal Violence*, 29(7), 1227–1257. <https://doi.org/10.1177/0886260513506276>. geïnccludeerde studie.
- Erickson, M. F., & Egeland (2002). Child neglect. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendriz, C. Jenny & T. A. Reid (red.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. Thousand Oaks: SAGE.
- Ertem, I. O., Leventhal, J. M., & Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child abuse: How good is the evidence? *The Lancet*, 356, 814–819. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(00\)02656-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(00)02656-8).
- Ferguson, G. A. (1966). *Statistical analysis in psychology & education* (pag. 244). New York: McGraw-Hill.
- Fergusson, D. M., Horwood, L. J., & Woodward, L. J. (2000). The stability of child abuse reports: a longitudinal study of the reporting behaviour of young adults. *Psychological Medicine*, 30, 529–544.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2e druk.). London: SAGE.
- Finkelhor, D. (2008). *Childhood victimization: violence, crime and abuse in the lives of young people*. Oxford: Oxford University Press.
- Florence, C., Brown, D. S., Fang, X., & Thompson, H. F. (2013). Health care costs associated with child maltreatment: impact on Medicaid. *Pediatrics*, 132(2), 312–318. <https://doi.org/10.1542/peds.2012-2212>.
- Gaudin, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C., & Shilton, P. (1993). Loneliness, depression, stress, and social supports in neglectful families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(4), 597–605. geïnccludeerde studie.
- Gaudin, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C., & Shilton, P. (1996). Family functioning in neglectful families. *Child Abuse & Neglect*, 20(4), 363–377. geïnccludeerde studie.
- Gelles, R. J. (1980). Violence in the family: a review of research in the seventies. *Journal of Marriage and the Family*, 873–885. <https://doi.org/10.2307/351830>.
- Gilbert, R., Widom, C. S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., & Janson, S. (2009). Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*, 373(9657), 68–81. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(08\)61706-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(08)61706-7).
- Goode, W. J. (1971). Force and violence in the family. *Journal of Marriage and the Family*, 33, 624–636.
- Guterman, K. (2015). Unintended pregnancy as a predictor of child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 48, 160–169. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.05.014>. geïnccludeerde studie.
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 19, 77–93. <https://doi.org/10.1007/s10567-016-0202-5>.
- Hildyard, K. L., & Wolfe, D. A. (2002). Child neglect: developmental issues and outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 26(6–7), 679–695. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00341-1](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00341-1).
- Houben, M., Van den Noortgate, W., & Kuppens, P. (2015). The relation between short-term emotion dynamics and psychological well-being: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 141(4), 901–930. <https://doi.org/10.1037/a0038822>.
- Howes, P. W., Cicchetti, D., Toth, S. L., & Rogosch, F. A. (2000). Affective, organizational, and relational characteristics of maltreating families: a systems perspective. *Journal of Family Psychology*, 14(1), 95–110. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.14.1.95>. geïnccludeerde studie.
- Hox, J. (2002). *Multilevel analysis: techniques and applications*. Mahwah: Lawrence Erlbaum.
- Hussey, J. M., Chang, J. J., & Kotch, J. B. (2006). Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118(3), 933–942. <https://doi.org/10.1542/peds.2005-2452>. geïnccludeerde studie.
- Inspectie Jeugdzorg (2016). *Casusonderzoek Drenthe: Onderzoek naar aanleiding van het overlijden van een kind*. Utrecht: Inspectie Jeugdzorg.
- Kaufman Kantor, G., Holt, M. K., Mebert, C., Straus, M. A., Drach, K. M., Ricci, L. R., MacAllum, C., & Brown, W. (2004). Development and psychometric properties of the Child Self-Report Multidimensional Neglectful Behavior Scale (MNBS-CR). *Child Maltreatment*, 9(4), 409–429. <https://doi.org/10.1177/1077559504269530>.

- Kim, J. (2009). Type-specific intergenerational transmission of neglectful and physically abusive parenting behaviors among young parents. *Children and Youth Services Review, 31*(7), 761–767. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2009.02.002>. geïnccludeerde studie.
- Kinard, E. M. (1995). Perceived social support and competence in abused children: a longitudinal perspective. *Journal of Family Violence, 10*(1), 73–98. geïnccludeerde studie.
- Knapp, G., & Hartung, J. (2003). Improved tests for a random effects meta-regression with a single covariate. *Statistics in Medicine, 22*(17), 2693–2710. <https://doi.org/10.1002/sim.1482>.
- Knutson, J. F., DeGarmo, D. S., & Reid, J. B. (2004). Social disadvantage and neglectful parenting as precursors to the development of antisocial and aggressive child behavior: testing a theoretical model. *Aggressive Behavior, 30*, 187–205. <https://doi.org/10.1002/ab.20016>.
- Lee, S. J., Taylor, C. A., & Bellamy, J. L. (2012). Paternal depression and risk for child neglect in father-involved families of young children. *Child Abuse & Neglect, 36*(5), 461–469. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2012.04.002>. geïnccludeerde studie.
- Lenz, S. A., & Hollenbaugh, M. K. (2015). Meta-analysis of trauma-focused cognitive behavioral therapy for treating PTSD and co-occurring depression among children and adolescents. *Counseling Outcome Research and Evaluation, 6*(1), 18–32. <https://doi.org/10.1177/2150137815573790>.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks: SAGE.
- MacKenzie, M. J., Kotch, J. B., & Lee, L. (2011). Toward a cumulative ecological risk model for the etiology of child maltreatment. *Children and Youth Services Review, 33*(9), 1638–1647. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2011.04.018>.
- Manly, J. T., Cicchetti, D., & Barnett, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology, 6*(1), 121–143. <https://doi.org/10.1017/S0954579400005915>. geïnccludeerde studie.
- McGuigan, W. M., & Pratt, C. C. (2001). The predictive impact of domestic violence on three types of child maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 25*(7), 869–883. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(01\)00244-7](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(01)00244-7). geïnccludeerde studie.
- McSherry, D. (2007). Understanding and addressing the “neglect of neglect”: Why are we making a mole-hill out of a mountain? *Child Abuse & Neglect, 31*(6), 607–614. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2006.08.011>.
- Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J., & Trickett, P. K. (2010). Child neglect: definition and identification of youth’s experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse & Neglect, 34*, 647–658. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.02.007>.
- Milner, J. S., & Robertson, K. R. (1990). Comparison of physical child abusers, intrafamilial sexual abusers, and child neglecters. *Journal of Interpersonal Violence, 5*(1), 37–48. geïnccludeerde studie.
- Nik Idris, N. R. (2012). A comparison of methods to detect publication bias for meta-analysis of continuous data. *Journal of Applied Sciences, 12*(13), 1413–1417. <https://doi.org/10.3923/jas.2012.1413.1417>.
- Van den Noortgate, W., & Onghena, P. (2003). Multilevel meta-analysis: a comparison with traditional meta-analytical procedures. *Educational and Psychological Measurement, 63*(5), 765–790. <https://doi.org/10.1177/0013164403251027>.
- Van den Noortgate, W., López-López, J. A., Marin-Martinez, F., & Sánchez-Meca, J. (2013). Three-level meta-analysis of dependent effect sizes. *Behavior Research Methods, 45*(2), 576–594. <https://doi.org/10.3758/s13428-012-0261-6>.
- Van den Noortgate, W., López-López, J. A., Marin-Martinez, F., & Sánchez-Meca, J. (2014). Meta-analysis of multiple outcomes: a multilevel approach. *Behavior Research Methods, 47*(4), 1274–1294. <https://doi.org/10.3758/s13428-014-0527-2>.
- Norman, R. E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J., & Vos, T. (2012). The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis. *PLOS medicine, 9*(11), 1–31. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001349>.
- Parker, K., & Wang, W. (2013). *Modern parenthood: roles of moms and dads converge as they balance work and family*. Washington: Pew Research Center.
- Paxson, C., & Waldfogel, J. (2002). Work, welfare, and child maltreatment. *Journal of Labor Economics, 20*(3), 435–474. <https://doi.org/10.1086/339609>.
- Peters, J. L., Sutton, A. J., Jones, D. R., Abrams, K. R., & Rushton, L. (2007). Performance of the trim and fill method in the presence of publication bias and between-study heterogeneity. *Statistics in Medicine, 26*(25), 4544–4562.

- Phares, V. (1992). Where's poppa? The relative lack of attention to the role of fathers in child and adolescent psychopathology. *Journal of American Psychology*, *47*(5), 656–664.
- Phares, V., Fields, S., Kamboukos, D., & Lopez, E. (2005). Still looking for poppa. *Journal of American Psychology*, *60*(7), 735–736.
- Price, J.M., & Glad, K. (2003). Hostile attributional tendencies in maltreated children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, *31*(3), 329–343. geïnccludeerde studie.
- Van der Put, C.E., Assink, M., Gubbels, J., Lent, J. van, & Stams, G.J.J.M. (2018). Risico op kindermishandeling verlagen met ARIJ-Needs: 'What Works-principes' in de jeugdzorg – Een nieuw instrument. *Kind en Adolescent Praktijk*, *17*(3), 16–24. <https://doi.org/10.1007/s12454-018-0031-4>
- Van der Put, 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>
- R Core Team (2015). *R: a language and environment for statistical computing*. Vienna: R Foundation for Statistical Computing. Geraadpleegd op: <http://www.R-project.org/>
- Raudenbusch, S.W. (2009). Analyzing effect sizes: random-effects models. In H. Cooper, L.V. Hedges & J.C. Valentine (red.), *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (pag. 295–315). New York: SAGE.
- Rice, M.E., & Harris, G.T. (2005). Comparing effect sizes in follow-up studies: ROC area, Cohen's d, and r. *Law and Human Behavior*, *29*(5), 615–620. <https://doi.org/10.1007/s10979-005-6832-7>.
- Rosenthal, R. (1991). Effect sizes: Pearson's correlation, its display via the BESD, and alternative indices. *American Psychologist*, *46*(10), 1086–1087.
- Rosenthal, R. (1994). Parametric measures of effect size. In H. Cooper & L.V. Hedges (red.), *The handbook of research synthesis* (pag. 239). New York: SAGE.
- Rosenthal, R., & DiMatteo, M.R. (2001). Meta-analysis: recent developments in quantitative methods for literature reviews. *Annual Review of Psychology*, *52*, 59–82.
- Samenwerkend Toezicht Jeugd, Toezicht Sociaal Domein, & Samenwerkende Jeugdinspecties (2015). *Calamiteitenonderzoek Amsterdam: Borgen van veiligheid in kwetsbare gezinnen*. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.
- Schenkel, L.S., Rothman-Marshall, G., Schlehofer, D.A., Towne, T., Burnash, D.L., & Priddy, B.M. (2014). Child maltreatment and trauma exposure among deaf and hard of hearing young adults. *Child Abuse & Neglect*, *38*(10), 1581–1589. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2014.04.010>. geïnccludeerde studie.
- Schumacher, J.A., Slep, A.M.S., & Heyman, R.E. (2001). Risk factors for child neglect. *Aggression and Violent Behavior*, *6*(2–3), 231–254. [https://doi.org/10.1016/S1359-1789\(00\)00024-0](https://doi.org/10.1016/S1359-1789(00)00024-0).
- Sedlak, A.J., Mettenberg, J., Basena, M., Petta, I., McPherson, K., Greene, A., & Li, S. (2010). *Fourth National Incidence Study of child abuse and neglect (NIS-4): report to congress*. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families.
- Sidebotham, P., & Heron, J. (2006). Child maltreatment in the "children of the nineties": a cohort study of risk factors. *Child Abuse and Neglect*, *30*, 497–522. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2005.11.005>.
- Slack, K.S., Holl, J., Altenbernd, L., McDaniel, M., & Stevens, A.B. (2003). Improving the measurement of child neglect for survey research: issues and recommendations. *Child Maltreatment*, *8*(2), 98–111. <https://doi.org/10.1177/1077559502250827>.
- Stith, M.S., Liu, T.L., Davies, C., Boykin, E.L., Alder, M.C., Harris, J.F., Dees, J.E.M.E.G., et al. (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>.
- 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>.
- Stoltenborgh, M., Bakermans-Kranenburg, M.J., & Van IJzendoorn, M.H. (2013). The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *48*(3), 345–355. <https://doi.org/10.1007/s00127-012-0549-y>.
- Tabachnik, B.G., & Fidell, L.S. (2013). *Using multivariate statistics* (6e druk.). Boston: Allynand Bacon.
- Terrin, N., Schmid, C.H., Lau, J., & Olkin, I. (2003). Adjusting for publication bias in the presence of heterogeneity. *Statistics in Medicine*, *22*(13), 2113–2126.

- Thornberry, T.P., Knight, K.E., & Lovegrove, P.J. (2012). Does maltreatment beget maltreatment? A systematic review of the intergenerational literature. *Trauma Violence Abuse, 13*(3), 135–152. <https://doi.org/10.1177/1524838012447697>.
- Toth, S.L., Manly, J.D., & Cicchetti, D. (1992). Child maltreatment and vulnerability to depression. *Development and Psychopathology, 4*(1), 97–112. geïnccludeerde studie.
- Trench, S., & Griffiths, S. (2014). *Serious case review report: family L OCT 2014*. Geraadpleegd van de Norfolk Safeguarding Children Board website: http://www.norfolkscb.org/wp-content/uploads/2015/03/Norfolk-SCR_Case-L_FINAL.pdf
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software, 36*(3), 1–48.
- Vogtländer, L., & Arum, S. van (2016). *Eerst samenwerken voor veiligheid, dan samenwerken voor risicogestuurde zorg*. GGD GHOR Nederland. Verkregen op 20 augustus 2018 via: https://vng.nl/files/vng/201605_visiedocument_gefaseerde_ketensamenwerkingvogtlander_van_arum_0.pdf
- Wibbelink, C.J.M., & Assink, M. (2015). *Handleiding voor het uitvoeren van een drie-level meta-analyse in R*. Amsterdam: Universiteit van Amsterdam.
- Williamson, J.M., Borduin, C.M., & Howe, B.A. (1991). The ecology of adolescent maltreatment: a multilevel examination of adolescent physical abuse, sexual abuse, and neglect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(3), 449–457. geïnccludeerde studie.
- Wolfe, D.A. (1991). *Preventing physical and emotional abuse of children*. New York: Guilford.
- Wolfe, D.A., & McIsaac, C. (2011). Distinguishing between poor/dysfunctional parenting and child emotional maltreatment. *Child Abuse and Neglect, 35*, 802–813.
- Wu, S.S., Ma, C.X., Carter, R.L., Ariet, M., Feaver, E.A., Resnick, M.B., & Roth, J. (2004). Risk factors for infant maltreatment: a population-based study. *Child Abuse & Neglect, 28*(12), 1253–1264. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.07.005>. geïnccludeerde studie.
- Zuravin, S.J., & DiBlasio, F.A. (1992). Child-neglecting adolescent mothers: How do they differ from their nonmaltreating counterparts? *Journal of Interpersonal Violence, 7*(4), 471–489. geïnccludeerde studie.
- Zuravin, S.J., & DiBlasio, F.A. (1996). The correlates of child physical abuse and neglect by adolescent mothers. *Journal of Family Violence, 11*(2), 149–166.

Tim M. Mulder is junior onderzoeker bij de programmagroep Forensische Orthopedagogiek van de Universiteit van Amsterdam.

Kimberly C. Kuiper is promovendus bij het Instituut Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Leiden.

Dr. Claudia E. van der Put is universitair docent bij de programmagroep Forensische Orthopedagogiek van de Universiteit van Amsterdam.

Prof. Dr. Geert-Jan J. M. Stams is hoogleraar en voorzitter van de programmagroep Forensische Orthopedagogiek van de Universiteit van Amsterdam.

Dr. Mark Assink is postdoctoraal onderzoeker bij de programmagroep Forensische Orthopedagogiek van de Universiteit van Amsterdam.