



## 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**

Author accepted manuscript

**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-JJM., & 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, en Mark Assink

Tijdschrift: Kind en adolescent

Ingediend: 1 juni 2018

Geaccepteerd: 16 oktober 2018

Dit manuscript is *peer-reviewed* en geaccepteerd voor publicatie. Deze auteursversie kan afwijken van de gepubliceerde versie die binnenkort zal verschijnen in het tijdschrift *Kind en adolescent*.

## **CITATIE**

Mulder, T. M., Kuiper, K. C., Van der Put, C. E., Stams, G. J. J. M., & Assink, M. (ter perse). Risicofactoren voor verwaarlozing: Een meta-analyse. *Kind en adolescent*.

Risicofactoren voor Verwaarlozing: Een Meta-Analyse

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

*Tim M. Mulder, MSc*

Junior onderzoeker bij de programmagroep Forensische Orthopedagogiek van de Universiteit van Amsterdam

*Kimberly C. Kuiper, MSc*

Promovendus bij het Instituut Pedagogische Wetenschappen van de Universiteit Leiden.

*Dr. Claudia E. van der Put*

Universitair docent bij de programmagroep Forensische Orthopedagogiek van de Universiteit van Amsterdam

*Prof. Dr. Geert-Jan J. M. Stams*

Hoogleraar en voorzitter van de programmagroep Forensische Orthopedagogiek van de Universiteit van Amsterdam

*Dr. Mark Assink*

Postdoctoraal onderzoeker bij de programmagroep Forensische Orthopedagogiek van de Universiteit van Amsterdam

*Contactadres*

Correspondentie over dit manuscript kan gericht worden aan dr. Mark Assink, Research Institute of Child Development and Education, Universiteit van Amsterdam, Postbus 15780, 1001 NG, Amsterdam. E-mail: M.Assink@UvA.nl

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. doi: 10.1016/j.chiabu.2018.01.006

## Samenvatting (NL / EN)

## Risicofactoren voor Verwaarlozing: Een Meta-Analyse

**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 type verwaarlozing, en geslacht en etniciteit van onderzoeksdeelnemers. **Resultaten.** Het effect van 15 risicodomeinen was significant en varieerde in sterkte van klein ( $r = .110$ ) tot groot ( $r = .372$ ). 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.

*Trefwoorden:* verwaarlozing, risicofactoren, meta-analyse

## Risk Factors for Child Neglect: A Meta-Analytic Review

**Objective.** Knowledge of risk factors is essential for successfully preventing child neglect. In this review, a meta-analysis of studies on risk factors for child neglect was performed. **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 type of neglect and a sample's ethnicity and gender, were tested as moderator. **Results.** Effects of 15 risk domains were significant and ranged from small ( $r = .110$ ) to large ( $r = .372$ ) in magnitude. The strongest risk factors were parental-related, such as having a history of antisocial behavior; mental or psychiatric problems (both current and past problems); a low level of parental education; and victimization of abuse in own childhood. **Discussion.** It was concluded that family, parent, and child factors can increase the risk for child neglect, but that parent-related risk factors are most important in prevention.

*Keywords:* child neglect, risk factors, meta-analysis

### Risicofactoren voor Verwaarlozing: Een Meta-Analyse

De prevalentie van verwaarlozing van kinderen is in vergelijking met andere vormen van kindermishandeling, zoals fysieke mishandeling of seksueel misbruik, hoog (Sedlak en collega's, 2010; Stoltenborgh, Bakermans-Kranenburg, Alink, & Van IJzendoorn, 2015). Volgens de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling (NPM-2010; Alink en collega's, 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, Byambaa, De, Butchart, Scott, & Vos, 2012). Daarnaast zijn de maatschappelijke, medische, en persoonlijke kosten rondom verwaarlozing hoog (Florence, Brown, Fang, & Thompson, 2013; Gilbert, Widom, Browne, Fergusson, Webb, & Janson, 2009). Echter, in vergelijking met andere vormen van kindermishandeling heeft verwaarlozing de minste wetenschappelijke en publieke aandacht (Gilbert en collega's, 2009), wat door onderzoekers ook wel de "verwaarlozing van verwaarlozing" wordt genoemd (McSherry, 2007; Stoltenborgh en collega's, 2013).

Gegeven de ernstige gevolgen van verwaarlozing is grondige kennis in wetenschap en praktijk over risicofactoren voor verwaarlozing en de bijbehorende impact essentieel. Vanuit wetenschappelijk perspectief kan deze kennis meer licht werpen op de etiologie van verwaarlozing, terwijl deze kennis vanuit een klinisch perspectief relevant is voor de verbetering van procedures voor risico- en behoeftetaxatie. 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, zijn er verschillen tussen primaire studies in 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 risicofactoren en wat de werkelijke effecten zijn van deze factoren. Een systematische en kwantitatieve samenvatting van de resultaten van primaire studies is nodig om de bestaande kennis te vergroten. 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, een kind onthouden van school, en het onvoldoende tegemoetkomen aan medische behoeften van een kind. In algemene zin verwijst verwaarlozing naar passiviteit of nalatigheid in opvoedgedrag dat potentieel schadelijk is voor een gezonde ontwikkeling van kinderen, terwijl actief en schadelijk gedrag dat gericht is op een kind kenmerkend is voor andere vormen van mishandeling (Mennen, Kim, Sang, & Trickket, 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 over de te onderscheiden 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 en collega's, 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 & Egeland, 2002). Andere onderzoekers noemen ook cognitieve verwaarlozing (Slack, Holl, Altenbernd, McDaniel, & Stevens, 2003), psychologische en omgevingsverwaarlozing (Dubowitz, Pitts, & Black, 2004), een gebrek aan ouderlijk toezicht (Kaufman Kantor, en collega's, 2004), en weigering van noodzakelijke professionele hulp of behandeling (Knutson, DeGarmo, & Reid, 2004). Ondanks het benoemen van deze verschillende vormen van verwaarlozing, blijkt het definiëren hiervan lastig. Zo laten Trickett, Mennen, Kim en Sang (2009) zien dat emotionele verwaarlozing soms juist beschouwd wordt als emotionele mishandeling. Aansluitend op dit probleem ontbreekt in de maatschappij en onder klinische professionals 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 en collega's, 2010). Deze meta-analyse richtte zich op verwaarlozing in de meest brede zin, waarbij alle typen verwaarlozing zoals onderzocht in primaire studies werden geïnccludeerd.

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, dat verwijst naar het fenomeen dat (negatieve) opvoedervaringen uit de eigen kindertijd terugkomen in het opvoedgedrag, (2) kind- en gezinskenmerken (i.e., het microsystem); (3) kenmerken van de leefomgeving (i.e., het exosysteem); en (4) de attitude van de maatschappij over kinderen en kindermishandeling (i.e., het macrosysteem). Dit model verklaart het ontstaan van kindermishandeling (waaronder verwaarlozing) door een disbalans in risico- en protectieve factoren. Bronfenbrenner stelt in zijn ecologische model dat factoren in proximale systemen (i.e., sociale systemen die dichtbij het kind staan) meer invloed uitoefenen op het kind en zijn ontwikkeling dan factoren in meer distale systemen (i.e., sociale systemen die verder van het kind af staan). 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 over 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 gedurende de tijd kunnen veranderen, maar ook dat van protectieve 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 aan beschadigend ouderschap met daar tussenin zorgelijk ouderschap. Kindermishandeling is volgens Wolfe en McIsaac (2001) 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 meest belangrijke risicofactor voor verwaarlozing van kinderen. Kort gezegd gaat elk van de hierboven genoemde modellen er van uit dat de opeenstapeling van – en interacties tussen – verschillende risico- en protectieve 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 & Carlson, 1989). Het richten van de aandacht op een opeenstapeling van, en interacties tussen, meerdere risicofactoren lijkt dan ook meer waardevol voor het vergroten van inzicht in de etiologie van verwaarlozing (MacKenzie, Kotch, & Lee, 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 en collega's (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 en collega's 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 produceren dan studies waarin mishandeling met officiële gegevens is vastgesteld (denk bijvoorbeeld aan het opvragen van Veilig-Thuis-meldingen).

Een tweede tekortkoming is dat Stith en collega's (2009) uit elke geïncludeerde studie slechts één effectgrootte haalden, ondanks dat primaire studies dikwijls over effecten van meerdere risicofactoren rapporteren. Deze onderzoekskeuze leidt tot verlies aan informatie, wat afbreuk doet aan schattingen van effecten van risicofactoren en de statistische power in de analyses (zie ook Assink en collega's, 2015; Assink & Wibbelink, 2016). Daarnaast hebben Stith en collega's studies geïncludeerd die gepubliceerd waren vóór 2002, wat maakt dat het belangrijk is om een nieuwe, statistisch geavanceerde, meta-analyse uit te voeren over studies die in de afgelopen 15 jaar zijn gepubliceerd. Samenvattend was het doel van deze 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 maximum aan 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.

## **Methode**

### *Inclusiecriteria*

Voor de selectie van primaire studies werden meerdere inclusiecriteria geformuleerd. Ten eerste werden alleen studies geïnccludeerd die gepubliceerd waren vanaf 1990. Eerder gepubliceerde studies werden niet geïnccludeerd, 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 & Zavodny, 2002; Paxson & Waldfogel, 2002). Ten tweede werden alleen studies die zich richtten op (slachtofferschap) van verwaarlozing in het algemeen en/of een specifieke vorm van verwaarlozing geïnccludeerd. Hierbij werden studies over elke vorm van verwaarlozing geïnccludeerd, zodat risicofactoren voor verwaarlozing in de meest brede zin onderzocht konden worden. Het derde criterium was dat studies rapporteerden over tenminste 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 noodzakelijk dat studies voldoende statistische informatie rapporteerden om tenminste één bivariate associatie te berekenen. Ten vierde, verwaarlozing had betrekking op de periode(s) van verwaarlozing voorafgaand aan het achttiende jaar van onderzoeksdeelnemers. Ten vijfde, in het design van studies werd onderscheid 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 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 Nederlandse en Engelse 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, adolescen\*, juvenile\*, risk, risk factor\*, predictor\*, association, etiology, correlate\* en antecedent\*. Hierin representeert een asterisk een ‘joker’-teken. Daarna werden alle door Stith en collega’s (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 (e.g., Connell-Carrick, 2003; Thornberry, Knight, & Lovegrove, 2012). Ten slotte waren 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 Appendix A staat een overzicht van de geïncludeerde studies met enkele studiekenmerken. Figuur 2 toont het stroomschema van de zoekprocedure.

### *Coderen van studies*

Met 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 Appendix B voor dit codeerschema). Per studie werden alle variabelen waarvan een associatie met verwaarlozing was onderzocht geïncludeerd, mits aan alle inclusiecriteria was voldaan. Wanneer in studies een variabele als protectief 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 (i.e., een positieve effectgrootte werd veranderd in een negatieve en vice versa). Elke potentiële risicofactor werd vervolgens geclassificeerd in groepen – ook wel domeinen - van risicofactoren die sterke conceptuele gelijkens 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 mogelijk aantal domeinen te

definiëren, zodat zoveel mogelijk factoren geclassificeerd konden worden. Het minimale aantal factoren waarvoor een risicodomein werd gedefinieerd was vier, zodat in de analyses voor het schatten van gemiddelde effecten tenminste enige statistische power was. In Appendix 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 (Douglas & Skeem, 2005). 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 veranderbaar en daardoor aangrijpingspunten voor behandeling.

Daarnaast werden de volgende studiekenmerken 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 werden 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 zo'n optimaal mogelijke

betrouwbaarheid in 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  $r = .920$ .

#### *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 & DiMatteo, 2001). Bovendien kunnen correlaties eenvoudig berekend worden met percentages, odds-ratio's, gemiddelden en standaarddeviaties, en  $\chi^2$ -,  $t$ -,  $F$ -, en  $d$ -waarden, wat in primaire studies veel gerapporteerde statistische gegevens zijn. Als correlaties ontbraken in primaire studies, dan 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 bivariante effecten van factoren en niet voor effecten die voortvloeiden uit multivariate analyses (zoals gecorrigeerde gemiddelden of odds-ratio's). Hiervoor was gekozen, omdat in verschillende studies zelden exact dezelfde co-varianten 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 rapporteren over zowel bivariante als multivariate effecten, dan werden dus alleen de bivariante effecten geïnccludeerd.

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  $r > .100$ , een middelmatige impact  $r > .243$ , en een grote impact  $r > .371$ . Deze criteria geven een meer nauwkeurige 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 Fisher's  $z$ -waarden voordat statistische analyses worden uitgevoerd in een meta-analyse (zie bijvoorbeeld Cooper, 2010; Lipsey & 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 Fisher's  $z$ -waarden. Na de analyses werden deze Fisher's  $z$ -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 & 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 Fisher's  $z$ -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 & Onghena, 2003; Raudenbusch, 2009). De meeste studies rapporteren over meerdere risicofactoren, waardoor uit elke geïnccludeerde studie vaak meerdere effectgroottes verkregen konden worden (zie Tabel 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 (e.g. Houben, Van den Noortgate, & Kuppens, 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 geïnccludeerde 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 & 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 effect sizes in de dataset. Deze bronnen zijn: variantie in effectgroottes die uit verschillende studies komen (op level 3), variantie in effectgroottes die uit dezelfde studies komen (op level 2) en steekproef-variantie van de effectgroottes (op level 1) (Cheung, 2014; Hox, 2002; Van den Noortgate, López-López, Martín-Martínez, & Sánchez-Meca, 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 (i.e. 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 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 formules van Cheung (2014, p. 2015) werd gebruikt om deze variantie te berekenen. Voor het maken van alle drie-level-modellen en het uitvoeren van moderatoranalyses, zoals beschreven door Cheung (2015) en Van den Noortgate en collega's (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 & 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 variantiebronnen werd vergeleken met de kwaliteit van het volledige model met beide variantiebronnen. 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 en collega's (2015), waarin effecten van risicodomeinen voor ernstig delinquent gedrag zijn onderzocht. In het toetsen van elke gecodeerde 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 moderatoren voor elk risicodomein afzonderlijk (i.e. 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 de *metafor*-package van Viechtbauer (2010).

Tot slot, om vast te stellen of en in welke mate de resultaten beïnvloed waren door verschillende vormen van bias (bijvoorbeeld publicatiebias), werd de non-parametrische trim-en-fill-analyse uitgevoerd, zoals beschreven door Duval en Tweedie (2000a, 2000b) en Duval (2005). Onder 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 Egger's toets en Begg's en Mazumdar's 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 geïnccludeerd 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 geïnccludeerde studies (bij aanvang van de studies) varieerde 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 uit alle geïnccludeerde 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 Tabel 1. Elk effect representeert de impact van een risicodomein op (het voorvallen of herhalen van) verwaarlozing, waarbij dit effect relatief is ten opzichte van “controle-“ participanten zonder een verleden van verwaarlozing, maar 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 ( $r = .110$  voor het domein problematisch(e) gedrag en/of cognities) tot groot ( $r = .372$  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 ( $r = .110$ ); kind woont niet met twee biologische ouders ( $r = .120$ ); niet gemiddelde leeftijd van ouders bij eerstgeborene ( $r = .140$ ); laag gezins-SES ( $r = .166$ ); gedrags-, psychische, en/of fysieke problemen van kind ( $r = .171$ ); ouderlijk verleden van slachtofferschap van kindermishandeling ( $r = .182$ ); perinatale problemen ( $r = .185$ ); relatief groot gezin ( $> 2$  kinderen,  $r = .186$ ); fysiek geweld in de thuisomgeving van het kind ( $r = .197$ ); actuele mentale en/of fysieke problemen van ouders ( $r = .207$ ); een niet-Westerse achtergrond van een kind ( $r = .216$ ); laag opleidingsniveau van ouders ( $r = .229$ ); ouderlijk verleden van psychische / psychiatrische problemen ( $r = .259$ ); ouders zijn niet getrouwd ( $r = .285$ ); en een ouderlijk verleden van antisociaal gedrag/delinquentie ( $r = .372$ ). Het effect van drie domeinen was trend-significant en van zes domeinen niet significant, wat betekent dat deze negen effecten niet

significant afwijken van nul (i.e. 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 effect sizes afkomstig uit dezelfde studies (level-2-variantie) significant was in 14 risicodomeinen, en dat de variantie in effect sizes afkomstig uit verschillende studies (level-3-variantie) significant was in 7 risicodomeinen (zie Tabel 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 gemodereerd worden door studie-, steekproef- of risicofactor-kenmerken. Uit de moderatoranalyses bleek dat geen van de getoetste variabelen een significante moderator was. Wel werd een trend-significant effect gevonden ( $p < .100$ ), waarbij de impact van factoren gerelateerd aan moeders ( $r = .194$ ) mogelijk sterker is dan de impact van factoren gerelateerd aan vaders ( $r = .120$ ). 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 Tabel 3). Er werden kleinere effecten gevonden voor zes risicodomeinen en grotere effecten voor tien risicodomeinen. Het effect van 2 domeinen veranderde van significant in niet-significant, terwijl het effect van 3 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 verschillende risicofactoren op verschillende niveaus een rol spelen bij verwaarlozing van kinderen. Hiermee wordt bevestigd dat de oorzaak van verwaarlozing multi-causaal is en dat niet één specifieke risicofactor voor verwaarlozing is aan te wijzen (zie ook de ecologische theorieën van Belsky, 1980;1993; Cicchetti & Rizley, 1981; Wolfe, 1991). Tevens tonen de resultaten dat 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 niet voldeden aan de inclusiecriteria. Een verklaring voor deze schaarste is dat de meeste studies zich richtten op factoren in meer proximale sociale systemen (die dichtbij 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 bestaan de risicofactoren voor verwaarlozing met de grootste impact uit 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 beschrijven dat de kindontwikkeling sterker beïnvloed wordt proximale systemen. Aangezien ouders of verzorgers het meest nabijgelegen - en daarmee meest belangrijke - sociale systeem vormen, is 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, Cohen, Johnson, & Salzinger, 1998; Sidebotham & Heron, 2006; Wu en collega's, 2004). In deze studie werd wel een relatief sterk effect gevonden voor 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 kindleeftijd 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 opgroeit. 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 zelf mishandeld en/of verwaarloosd zijn in de kindertijd, een risico lopen om ook slachtoffer te worden van verwaarlozing. Bewijs voor intergenerationele overdracht van verschillende vormen van kindermishandeling wordt ook gegeven in andere overzichtsstudies (zie bijvoorbeeld Assink, Spruit, Schuts, Lindauer, Van der Put, & Stams (2018) en Ertem, Leventhal, & Dobbs (2000)). Helaas rapporteerde het leeuwendeel van geïncludeerde studies niet welke vormen van verwaarlozing werden gemeten, waardoor sluitende conclusies over vormspecifieke overdrachtsprocessen, zoals geformuleerd door Kim (2009), niet getrokken kunnen worden.

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. Echter, belangrijke beperkingen verdienen hierbij de aandacht. Allereerst, sommige domeinen zijn 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. In het kort zijn dus meer studies nodig die effecten van deze domeinen nader bekijken, zodat meer betrouwbare conclusies getrokken kunnen worden.

De resultaten komen grotendeels overeen met de resultaten van Stith en collega's (2008) 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, laag gezins-SES, een groot gezin, en een problematisch

gezinsfunctioneren. Op verschillende manieren vult deze studie het werk van Stith en collega's (2009) aan. Allereerst, deze meta-analyse geeft een up-to-date overzicht van (effecten van) risicofactoren voor verwaarlozing. Daarnaast werden hier studie-, steekproef, en risicofactorkenmerken 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, Schmid, Lau, & Okin, 2003; Peters, Sutton, Jones, Abrams, & Rushton, 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 in drie-level meta-analyse, omdat deze methoden uitgaan van onafhankelijkheid in effectgroottes. Bovendien is nog nauwelijks onderzoek beschikbaar naar de mate waarin de beschikbare methoden valide en betrouwbare resultaten leveren wanneer deze toegepast worden als uit geïnccludeerde 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. De effecten van individuele risicodomeinen kunnen echter minder robuust zijn, omdat moderatoranalyses niet voor elk risicodomein 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 éénoudergezinnen waarin kinderen vaker bij hun moeder inwonen. Aan de andere kant zou dit verschil kunnen verdwijnen naarmate de tijd vordert, omdat de verdeling van opvoedrollen tussen vaders en moeders steeds meer gelijk wordt en minder traditioneel (i.e. moeders zijn hoofdzakelijk verantwoordelijk voor de opvoeding van kinderen en vaders voor financiële en materiële zaken; Parker & 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, Fields, Kamboukous, & Lopez, 2005; Schumacher, Slep, & Heyman, 2001; Davison en collega's, 2016), is aanzienlijk meer onderzoek nodig om beter zicht te krijgen op de rol van vaders in 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 benoemen. Allereerst, om (herhaling van) verwaarlozing te voorkomen is belangrijk dat instrumenten voor risico- en behoeftetaxatie risicofactoren meten op kindniveau (gedrags-, psychische, en/of fysieke problemen), ouderniveau (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 sterkste impact werd gevonden voor ouder- en gezinsfactoren, is 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, Assink, & Stams, 2016) en *ARIJ-Needs* (Van der Put, Assink, Gubbels, Van Lent, & Stams, 2018). Deze instrumenten zijn ondersteunend in twee aspecten van besluitvorming over welke interventies of hulpverlening het meest passend zijn (zie ook Van der Put et al., 2018 en Vogtländer & Van Arum, 2016). Met *ARIJ-Risk* kan nagegaan worden welke kinderen en hun gezinnen 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 presenteert 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 & Griffiths, 2014; voor een analyse van Nederlandse casussen, zie Inspectie Jeugdzorg, 2016).

Ten tweede, (preventieve) interventies gericht op verlagen van het risico op verwaarlozing zouden 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 behoeftetaxatie enerzijds en het aanpakken van dynamische risicofactoren in (preventieve) hulpverlening anderzijds, kunnen het risico- en behoefteprincipe van Andrews en Bonta (2010) goed worden toegepast in de klinische praktijk.

Ten derde, gegeven de relatief sterke impact van statische risicofactoren, waartoe factoren horen die betrekking hebben op het verleden van ouders, is correcte rapportage en goede dossiervorming belangrijk. Hierbij gaat het niet alleen om een juiste verslaglegging gedurende de tijd, maar ook om de mogelijkheid dat zorginstanties informatie met elkaar kunnen delen. Deze twee aspecten zijn essentieel in 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 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 (zoals blijkt uit Figuur 1) is het aantal wetenschappelijke studies dat zich specifiek richt op verwaarlozing schaars. Veel studies die relevant leken in het zoekproces voldeden uiteindelijk niet aan de inclusiecriteria, wat met name kwam door methodologische kenmerken. Veel studies konden niet worden geïncludeerd, 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 was het aantal studies en effectgroottes waarop sommige risicodomeinen gebaseerd waren tamelijk klein, 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 en collega's, 2013). Verreweg de meeste variabelen (i.e., ruim 80% van alle geïncludeerde 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 geïncludeerde 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 zo goed mogelijk worden geschat. Echter, het aantal geïncludeerde 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 in het meten van gevallen van mishandeling en verwaarlozing (e.g. Fergusson, Horwood, & Woodward, 2000; Finkelhor, 2008), waarbij ook nog eens geldt dat vormen van mishandeling vaak samen voorkomen (e.g. Arata, Langhinrichsen-Rohling, Bowers, O’Farrill-Swails, 2005). Daarom zijn in deze meta-analyse ook studies geïncludeerd 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 geïncludeerde studies werd in slechts twee studies (Schenkel en collega's, 2004; Hussey en collega's, 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 en collega's (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 en collega's (2014) lieten juist zien dat doof- of slechthorendheid bij kinderen een risicofactor is voor zowel emotionele als fysieke verwaarlozing. In 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 & Wolfe, 2002). Een derde aanbeveling is om effecten van risicodomeinen te onderzoeken in verschillende populaties. Hoewel geen modererend effect werd gevonden voor het percentage niet-Westerse participanten in steekproeven 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 zijn 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 modererend effect 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, ongehuwde ouders, 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 multi-causaal is. Bij het inschatten van de ernst van (en het risico op toekomstige) kindermishandeling (waaronder verwaarlozing) wordt in de klinische praktijk nog wel eens teveel aandacht besteed aan kindfactoren zoals blijkt uit diverse inspectierapporten (zie bijvoorbeeld Inspectie Jeugdzorg, 2016; Samenwerkend Toezicht Jeugd, 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 afname 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 &

Hollenbaugh, 2015; Gutermann et al., 2016), om interventies te richten op 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 & Van Arum 2016). Tot slot is methodologisch sterk onderzoek naar risicofactoren voor alle vormen van verwaarlozing hard nodig, omdat dergelijk onderzoek nog steeds te weinig aandacht krijgt.

### Literatuurlijst

Referenties gemarkeerd met een asterisk (\*) verwijzen naar geïnccludeerde studies.

- 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. (Eds.). (2010). *The psychology of criminal conduct* (5<sup>th</sup> ed.). New Providence, NJ: Matthew Bender & Company, Inc., LexisNexis Group.
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Hoge, R. D. (1990). Classification for effective rehabilitation: Rediscovering psychology. *Criminal Justice and Behavior*, *17*, 19-52. doi: 10.1177/0093854890017001004
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model: Does adding the good lives model contribute to effective crime prevention? *Criminal Justice and Behavior*, *38*(7), 735-755. doi: 10.1177/0093854811406356
- 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. doi: 10.1300/J146v11n04\_02
- Assink, M., Spruit, A., Schuts, M., Lindauer, R., Van der Put, C. E., & Stams, G. J. J. M. (2018). *The intergenerational transmission of child maltreatment: A three-level meta-analysis*. Manuscript aangeboden voor publicatie.
- Assink, M., Van der Put, C. E., 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. doi: 10.1016/j.cpr.2015.08.002

- 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. doi: 10.20982/tqmp.12.3.p154
- \*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. doi: 10.1080/19315864.2011.615460
- \*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. doi: 10.1016/j.chilyouth.2012.07.011
- \*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. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.11.011
- \*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. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.02.018
- Belsky, J. (1980). Child maltreatment: An ecological integration. *American Psychologist, 35*(4), 320-335. doi: 10.1037/0003-066X.35.4.320
- Belsky, J. (1993). Etiology of child maltreatment: A developmental ecological analysis. *Psychological Bulletin, 114*(3), 413-434. doi: 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.

Bittler, M., & Zavodny, M. (2002). Child abuse and abortion availability. *The American Economic Review*, *92*(2), 363-367. doi: 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. doi: 10.1016/S0022-3476(05)80912-6

Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (2000). Ecological theory. In A. Kazdin (Ed.), *Encyclopedia of psychology*. Washington, DC: American Psychological Association and 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.

\*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. doi: 10.1016/j.chiabu.2007.04.017

\*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.

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. doi: 10.1037/a0032968

- Cicchetti, D., & Carlson, V. (Eds.) (1989). *Child Maltreatment: Theory and Research on the Causes and Consequences of Child Abuse and Neglect*. Cambridge, UK: 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. doi: 10.1002/cd.23219811104
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: 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.
- \*Compier- de Block, L. H. C. G., Alink, L. R. A., Reijman, S., Werner, C. D., Maras, A., Rijnberk, C., ... & Bakermans-Kranenburg, J. J. (2015). Handgrip force of maltreating mothers in reaction to infant signals. *Child Abuse & Neglect*, *40*, 124-131. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.03.006
- 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. doi: 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.
- \*Coohey, C. (1996). Child maltreatment: Testing the social isolation hypothesis. *Child Abuse & Neglect*, *20*(3), 241-254.

- Cooper, H. (2010). *Research synthesis and meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, Inc.
- \*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. doi: 10.1177/0886260508317197
- 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. doi: 10.1016/0163-6383(90)90015-Z
- \*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.
- Dubowitz, H., Pitts, S. C., & Black, M. (2004). Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreatment, 9*(4), 344-356. doi: 10.1177/1077559504269191
- Dubowitz, H., Pitts, S. C., Litrownik, A. J., Cox, C. E., Runyan, D., & Black, M. M. (2005). Defining child neglect based on child protective services data. *Child Abuse & Neglect, 29*, 493-511. doi: 10.1016/j.chiabu.2003.09.024
- 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.
- Duval, S. J. (2005). The trim and fill method. In H. R. Rothstein, A. J. Sutton, & M. Borenstein (Eds.), *Publication bias in meta-analysis: Prevention, assessment, and adjustments*(pp. 127–144). Chichester, England: Wiley.
- \*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.
- \*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. doi: 10.1177/0886260513506276
- Erickson, M. F., & Egeland (2002). Child neglect. In J. E. B. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendriz, C. Jenny, & T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ertem, I. O., Leventhal, J. M., & Dobbs, S. (2000). Intergenerational continuity of child abuse: How good is the evidence? *The Lancet*, 356, 814–819. doi: 10.1016/S0140-6736(00)02656-8
- Éthier, L. S., Lacharite, C., & Couture, G. (1995) Childhood adversity, parental stress, and depression of negligent mothers. *Child Abuse and Neglect*, 19, 619–632.
- Euser, E. M., Van IJzendoorn, M. H., Prinzie, P., & Bakermans-Kranenburg, M. J. (2010). Prevalence of child maltreatment in the Netherlands. *Child Maltreatment*, 15(1), 5-17, doi: 10.1177/1077559509345904

Ferguson, G. A. (1966). *Statistical analysis in psychology & education* (p. 244). New York, NY: 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*, 529–44

Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS* (2<sup>nd</sup> ed.). London, United Kingdom: Sage Publications.

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. doi: 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.

\*Gaudin, J. M., Polansky, N. A., Kilpatrick, A. C., & Shilton, P. (1996). Family functioning in neglectful families. *Child Abuse & Neglect, 20*(4), 363-377.

Gelles, R. J. (1980). Violence in the family: A review of research in the seventies. *Journal of Marriage and the Family, 873-885*.

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. doi: 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. doi: 10.1016/j.chiabu.2015.05.014

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. doi: 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. doi: 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. doi: 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. doi: 10.1037//0893-3200.14.1.95

Hox, J. (2002). *Multilevel analysis: Techniques and applications*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

Hunter, J. E., & Schmidt, F. L. (2004). *Methods of meta-analysis: Correcting error and bias in research findings (2nd ed.)*. Thousand Oaks, CA: Sage.

\*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. doi: 10.1542/peds.2005-2452

Inspectie Jeugdzorg (2016). *Casusonderzoek Drenthe: Onderzoek naar aanleiding van het overlijden van een kind*. Utrecht, Nederland: 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. doi: 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. doi: 10.1016/j.chilyouth.2009.02.002

\*Kinard, E. M. (1995). Perceived social support and competence in abused children: A longitudinal perspective. *Journal of Family Violence, 10*(1), 73-98.

Knapp, G., & Hartung, J. (2003). Improved tests for a random effects meta-regression with a single covariate. *Statistics in Medicine, 22*(17), 2693-2710. doi: 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. doi: 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. doi: 10.1016/j.chiabu.2012.04.002

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. doi: 10.1177/2150137815573790

Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (2001). *Practical meta-analysis*. Thousand Oaks, CA: 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. doi: 10.1016/j.chilyouth.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. doi: 10.1017/S0954579400005915
- \*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. doi: 10.1016/S0145-2134(01)00244-7
- 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. doi: 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. doi: 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.
- 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, doi: 10.3923/jas.2012.1413.1417
- 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. doi: 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, DC: Pew Research Center.
- Paxson, C., & Waldfogel, J. (2002). Work, welfare, and child maltreatment. *Journal of Labor Economics*, 20(3), 435-474. doi: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.
- R Core Team (2015). *R: A language and environment for statistical computing*. Vienna, Austria: 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 (Eds.), *The handbook of research synthesis and meta-analysis* (pp. 295-315). New York, NY: Russell Sage Foundation.
- 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. doi: 10.1007/s10979-005-6832-7

- Rosenberg, M. S. (2005). The file-drawer problem revisited: A general weighted method for calculating fail-safe numbers in meta-analysis. *Evolution*, *59*(2), 464-468. doi: 10.1111/j.0014-3820.2005.tb01004.x
- 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 (Eds.), *The handbook of research synthesis* (p. 239). New York, NY: 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. doi: 10.1016/j.chiabu.2014.04.010
- 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. doi: 10.1016/S1359-1789(00)00024-0
- Sedlak, A.J., Mettenburg, 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, DC: 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. doi: 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. doi: 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. (2009). Risk factors in child maltreatment: A meta-analytic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 14(1), 13-29. doi: 10.1016/j.avb.2006.03.006
- 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. doi: 10.1007/s00127-012-0549-y
- 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. doi: 10.1002/car.2353
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2013). *Using multivariate statistics* (6th ed.). Boston, MA: 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. doi: 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.
- 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](http://www.norfolkscb.org/wp-content/uploads/2015/03/Norfolk-SCR_Case-L_FINAL.pdf)
- 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. doi: 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. doi: 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. doi: 10.3758/s13428-014-0527-2
- Van der Put, C. E., Assink, M., Gubbels, J., Van Lent, J., & Stams, G. J. J. M. (2018). *Risico op kindermishandeling verlagen met ARIJ-Needs: 'What Whorks-principes' in de jeugdzorg - Een nieuw instrument*. Manuscript geaccepteerd voor publicatie in Kind en Adolescent Praktijk.
- Viechtbauer, W. (2010). Conducting meta-analyses in R with the metafor package. *Journal of Statistical Software*, *36*(3), 1-48.
- Vogtländer, L., & Van Arum, S. (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\\_ketensamenwerkingvogtlande\\_r\\_van\\_arum\\_0.pdf](https://vng.nl/files/vng/201605_visiedocument_gefaseerde_ketensamenwerkingvogtlande_r_van_arum_0.pdf)

Ward, T., Melsler, J., & Yates, P. M. (2007). Reconstructing the risk – need – responsivity model: A theoretical elaboration and evaluation. *Aggression and Violent Behavior, 12*(2), 208-228. doi: 10.1016/j.avb.2006.07.001

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.

Wolfe, D. A. (1991). *Preventing physical and emotional abuse of children*. New York: Guilford Press.

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. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.07.005

\*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.

\*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.

Tabel 1

*Algemene Effecten van de 24 Risicodomeinen*

Risicodomeinen	# Studies	# EG	Fisher's 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 getrouwd	5	6	.293 (.099)	0.040, 0.546	.031*	.285	0.65	.000	0.00	.046	99.35
Fysiek geweld in de thuisomgeving	6	8	.200 (.048)	0.087, 0.313	.004**	.197	4.43	.016*	95.57	.000	0.00
Relatief groot gezin (> 2 kinderen)	17	18	.188 (.040)	0.105, 0.272	<.001***	.186	0.36	.021***	99.64	.000	0.00
Laag gezins-SES	19	28	.168 (.052)	0.062, 0.275	.003**	.166	0.18	.041***	69.48	.018	30.34
Kind woont niet met twee biologische ouders	14	17	.121 (.030)	0.057, 0.184	<.001***	.120	3.39	.008***	85.64	.001	10.97
Problematisch(e) opvoedgedrag en/of cognities	8	27	.110 (.038)	0.032, 0.188	.007**	.110	15.80	.002**	16.16	.008**	68.03
Onvoldoende sociale steun	10	20	.037 (.036)	-0.038, 0.112	.313	.037	13.52	.000	0.00	.011***	86.48
Ouderniveau											
Ouderlijk verleden van antisociaal gedrag / delinquentie	2	4	.391 (.070)	0.168, 0.615	.011*	.372	1.98	.001***	13.38	.006	84.63
Ouderlijk verleden van psychische / psychiatrische problemen	4	13	.265 (.067)	0.118, 0.411	.002**	.259	0.53	.035***	87.13	.005	12.35
Prenatale problemen	2	5	.249 (.134)	-0.122,0.620	.136	.244	0.03	.003***	7.86	.034*	92.11
Laag opleidingsniveau van ouders	19	21	.233 (.041)	0.147, 0.318	<.001***	.229	1.09	.019***	67.09	.009	31.83

Actuele mentale en/of fysieke problemen van ouders	6	22	.210 (.071)	0.063, 0.357	.007**	.207	1.62	.017***	46.31	.020*	52.07
Ouderlijk verleden van slachtofferschap van kindermishandeling	7	21	.184 (.036)	0.108, 0.259	<.001***	.182	3.81	.024***	96.19	.000	0.00
Niet gemiddelde leeftijd van ouders bij eerstgeborene	15	18	.141 (.036)	0.065, 0.217	.001**	.140	2.51	.000	0.00	.014*	97.49
Ouderlijke werkloosheid	6	7	.137 (.070)	-0.034, 0.307	.097 <sup>+</sup>	.136	7.71	.000	0.00	.025	92.29
Middelenmisbruik door ouders	4	5	.128 (.091)	-0.125, 0.381	.234	.127	1.59	.004	10.94	.029	87.47
Negatieve ervaringen van ouders in de eigen kindertijd	5	11	.127 (.060)	-0.008, 0.262	.062 <sup>+</sup>	.126	14.97	.032**	85.03	.000	0.00
Negatieve cognities van ouders over zwangerschap	4	5	.021 (.036)	-0.080, 0.122	.594	.021	4.65	.005***	95.35	.000	0.0
Kindniveau											
Kind heeft geen Westerse achtergrond	6	13	.219 (.070)	0.067, 0.372	.009**	.216	0.34	.006***	25.46	.019 <sup>+</sup>	74.20
Perinatale problemen	5	8	.187 (.039)	0.095, 0.279	.002**	.185	11.85	.003	37.28	.004	50.87
Kind heeft gedrags-, psychische, en/of fysieke problemen	8	12	.173 (.044)	0.077, 0.270	.002**	.171	9.80	.002	14.31	.010*	75.89
Kind is van het vrouwelijke geslacht	9	10	.002 (.032)	-0.071, 0.075	.954	.002	4.18	.002	37.41	.003	58.41
Kind is jong(er) <sup>a</sup>	8	8	-.045 (.085)	-0.247, 0.157	.618	-.045	9.03	.023	45.49	.023	45.49
Overige factoren	5	7	.129 (.062)	-0.023, 0.281	.084 <sup>+</sup>	.128	0.81	.000	1.33	.018*	97.86

*Noot.* # Studies = aantal studies; # EG = aantal effectgroottes; SE = standaard error; BI = betrouwbaarheidsinterval voor Fisher's  $z$ ; sig = significantie; gem.  $z$ . = algemeen/gemiddelde effect (uitgedrukt in Fisher's  $z$ );  $r$  = algemeen/gemiddelde effect (uitgedrukt in correlatie); % var = variantiepercentage; Level-2-variantie = variantie in effectgroottes binnen studies; Level-3-variantie = variantie in effectgroottes tussen studies.

<sup>a</sup> Dit 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.

<sup>+</sup>  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Tabel 2

*Resultaten voor Categorische en Continue Moderatoren (Bivariate Modellen)*

Moderatorvariabelen	# Studies	# EG	Intercept (95% BI) /gem. $z$ (95% BI)	Gem. $r$	$\beta$ (95% BI)	$F$ (df1, df2) <sup>a</sup>	$p$ <sup>b</sup>	Level-2-variantie	Level-3-variantie
Onderzoeksdesign						$F(1,313) = 0.556$	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						$F(1,313) = 2.693$	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						$F(1,110) = 3.157$	0.078 <sup>+</sup>	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) <sup>+</sup>				
Vorm van verwaarlozing						$F(2,312) = 0.997$	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)				
Type meting van verwaarlozing						$F(2,312) = 1.538$	0.216	0.056***	0.009***
Officiële gegevens (RC)	25	182	0.120 (0.062;0.177)	0.119					
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)	$F(1,171)=0.957$	0.329	0.085***	0.017***
Percentage niet-Westerse participanten	19	141	0.138 (0.053;0.222)	-	-0.002 (-0.005;0.001)	$F(1,139) = 1.499$	0.223	0.110***	0.014

Publicatiejaar	36	315	0.142(0.094;0.191)	-	0.000(-0.005;0.006)	$F(1,313)=0.025$	0.876	0.056***	0.011***
----------------	----	-----	--------------------	---	---------------------	------------------	-------	----------	----------

*Noot.* # studies = aantal studies; # EG = aantal effectgroottes; gem  $r$  = gemiddelde effectgrootte ( $r$ ); BI = betrouwbaarheidsinterval;  $\beta$  = geschatte regressiecoëfficiënt; Level-2-variantie = residuele variantie in effectgroottes uit dezelfde studie; Level-3-variantie = residuele variantie in effectgroottes van verschillende studies; RC = referentiecategorie.

<sup>a</sup> Omnibustoets van alle regressiecoëfficiënten in het model.

<sup>b</sup> p-waarde van de omnibustoets.

<sup>+</sup>  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Tabel 3

*Algemene Effecten van de 24 Risicodomeinen na Trim-en-Fill-Analyse.*

Risicodomein	# Studies	# EG	Fisher's z (SE)	95% BI	Sig. Gem. z (p)	Gem. r	Δ Sig.
<b>Gezinsniveau</b>							
Ouders zijn niet getrouwd	-	-	-	-	-	-	-
Fysiek geweld in de thuisomgeving	-	-	-	-	-	-	-
Relatief groot gezin (> 2 kinderen)	18	19	.203 (.041)	0.117; 0.290	<.001***	.200	S = S
Laag gezins-SES	23	33	.237 (.057)	0.122; 0.353	<.001***	.233	S = S
Kind woont niet met twee biologische ouders	18	22	.176 (.036)	0.102; 0.251	<.001***	.174	S = S
Problematisch(e) gedrag en/of cognities	-	-	-	-	-	-	-
Onvoldoende sociale steun	12	25	.007 (.036)	-0.067; 0.081	.847	.007	S = S
<b>Ouderniveau</b>							
Ouderlijk verleden van antisociaal gedrag / delinquentie	3	5	.348 (.065)	0.167; 0.528	.065 <sup>+</sup>	.335	S → NS
Ouderlijk verleden van psychische / psychiatrische problemen	6	17	.165 (.078)	0.001; 0.329	.049*	.164	S = S
Prenatale problemen	3	6	.340 (.122)	0.027; 0.653	.039*	.327	NS → S
Laag opleidingsniveau van ouders	-	-	-	-	-	-	-
Actuele mentale en/of fysieke problemen van ouders	9	27	.316 (.073)	0.167; 0.466	<.001***	.306	S = S
Ouderlijk verleden van slachtofferschap van kindermishandeling	-	-	-	-	-	-	-
Niet gemiddelde leeftijd van ouders bij eerstgeborene	-	-	-	-	-	-	-
Ouderlijke werkloosheid	8	9	.194 (.066)	0.041; 0.347	.019*	.192	NS → S
Middelenmisbruik door ouders	5	6	.167 (.081)	-0.041; 0.374	0.094 <sup>+</sup>	.165	NS = NS
Negatieve ervaringen van ouders in de eigen kindertijd	-	-	-	-	-	-	-
Negatieve cognities van ouders over zwangerschap	5	6	.035 (.036)	-0.058; 0.129	.374	.035	NS = NS



## Kindniveau

Kind heeft geen Westerse achtergrond	7	14	.244 (.067)	0.100; 0.388	.003**	.239	S = S
Perinatale problemen	8	11	.157 (.038)	0.072; 0.242	.002**	.156	S = S
Kind heeft gedrags-, psychische, en/of fysieke problemen	13	17	.070 (.048)	-0.031; 0.172	.161	.070	S → NS
Kind is van het vrouwelijke geslacht	14	15	-.058 (.032)	-0.127; 0.012	.096 <sup>+</sup>	-.058	NS = NS
Kind is jong(er) <sup>a</sup>	-	-	-	-	-	-	-
Overige factoren	6	8	.149 (.056)	0.017; 0.281	.032*	.148	NS → S

*Noot.* # Studies = aantal studies; # EG = aantal effectgroottes; SE = standaard error; BI = betrouwbaarheidsinterval voor Fisher's  $z$ ; sig = significantie; gem.  $z$  = algemeen/gemiddelde effect (uitgedrukt in Fisher's  $Z$ );  $r$  = algemeen/gemiddelde effect (uitgedrukt in correlatie);  $\Delta$  sig = verschil in significantie tussen geschatte effecten voorafgaand en na trim-en-fill; "S = S" = domeineffect bleef significant (i.e.  $p$ -waarde bleef  $\leq .05$ ); "S → NS" = domeineffect veranderde van significant in niet-significant; "NS → S" = domeineffect veranderde van niet-significant in significant.

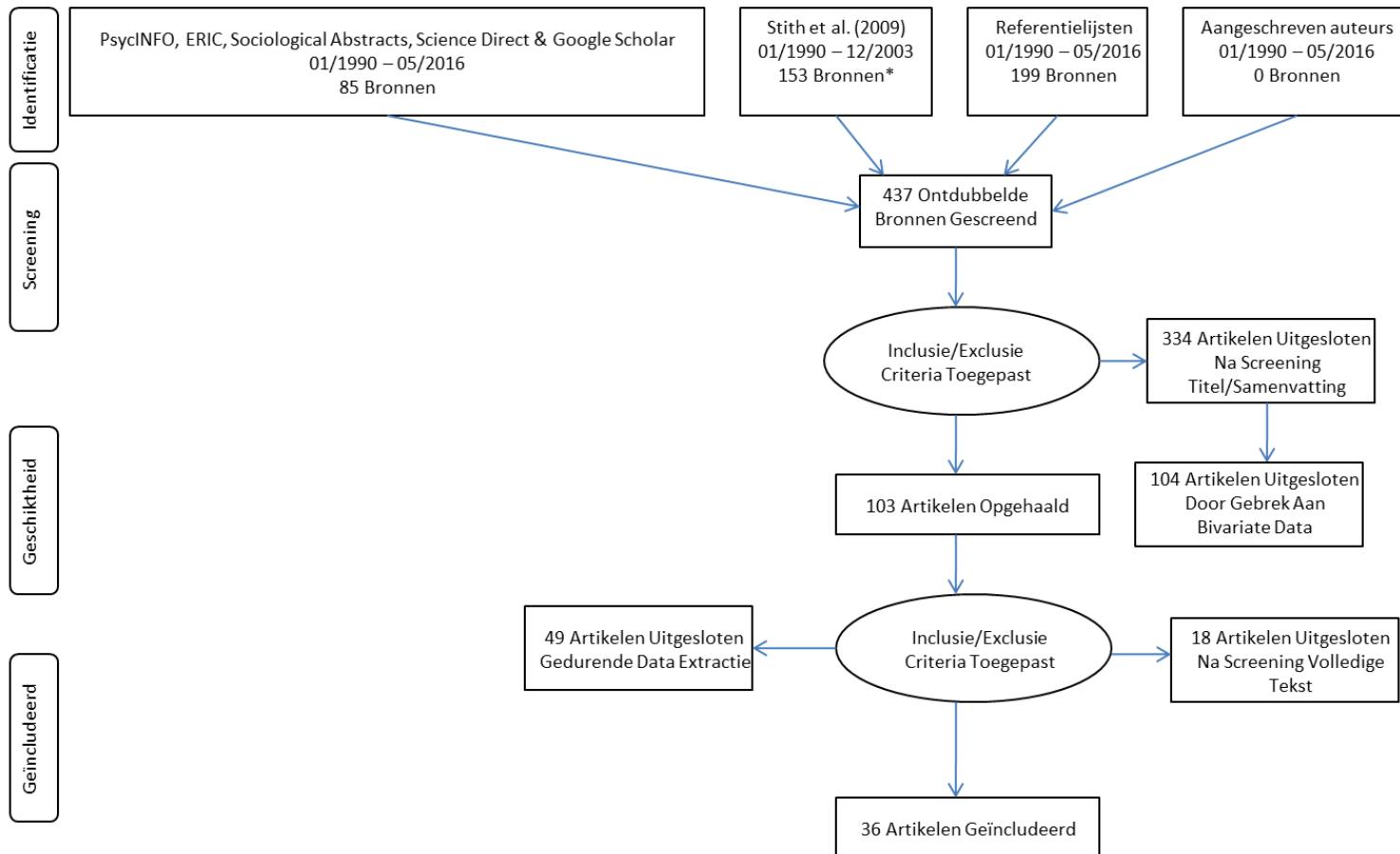
Liggende streepjes impliceren dat de verdeling van effectgroottes in een domein symmetrisch was en dat daarom herschatting van het algemene effect niet nodig bleek.

<sup>a</sup> Dit 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.

<sup>+</sup>  $p < .10$ ; \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$ .

Figuur 1

Stroomdiagram van de Zoekprocedure.



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

## Appendices A t/m D – Risicofactoren voor Verwaarlozing: Een Meta-Analyse

### Inhoudsopgave

[Appendix A: Geïnccludeerde studies en studiekekenmerken](#)

[Appendix B: Codeerschema](#)

[Appendix C: Overzicht van domeinen van risicofactoren met voorbeelden van risicofactoren](#)

[Appendix D: Auteursinformatie](#)

## Appendix A

## Geïnccludeerde Studies en Studiekekenmerken

Referentie	Jaar	<i>N</i>	Geslacht van steekproef	Gemiddelde leeftijd steekproef	Land van onderzoek	Onderzoeksdesign	# risico-factoren	Vorm van onderzochte verwaarlozing
Azar en collega's	2012	72	M/V	4.69	VS	Retrospectief	8	Verwaarlozing, ongespecificeerd
Bartlett & Easterbrooks	2012	67	N/B	7.90	VS	Retrospectief	2	Verwaarlozing, ongespecificeerd
Bartlett & Easterbrooks	2015	447	N/B	N/B	VS	Retrospectief	3	Verwaarlozing, ongespecificeerd
Bartlett en collega's	2014	383	M/V	0.88	VS	Prospectief	30	Verwaarlozing, ongespecificeerd
Benedict en collega's	1994	495,368	M/V	9.00	VS	Retrospectief	1	Gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging
Brayden en collega's	1992	1,376	N/B	N/B	VS	Prospectief	5	Gebrek aan ouderlijk toezicht of (medische) verzorging
Brown en collega's	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
Casanueva en collega's	2009	1,236	M/V	N/B	VS	Prospectief	1	Fysieke verwaarlozing en/of gebrek aan ouderlijk toezicht
Chaffin en collega's	1996	7,036	M/V	N/B	VS	Prospectief	11	Gebrek aan ouderlijk toezicht of (medische) verzorging
Cohen en collega's	2001	606	M/V	22.32	VS	Prospectief	5	Gebrek aan ouderlijk toezicht
Compier-de Block en collega's	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, ongespecificeerd
Coohey	1996	219	N/B	N/B	VS	Retrospectief	4	Verwaarlozing, ongespecificeerd

## Appendices A t/m E – Risicofactoren voor Verwaarlozing: Een Meta-Analyse

Cuevas en collega's	2009	2,030	M/V	9.50	VS	Retrospectief	1	Verwaarlozing, ongespecificeerd
DiLalla & Crittenden	1990	69	M/V	2.17	VS	Retrospectief	6	Gebrek aan ouderlijk toezicht, medische verzorging, voeding en dagelijkse hygiëne
Dubowitz en collega's	2000	70	M/V	5.14	VS	Retrospectief	17	Gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging
Egami en collega's	1996	9,840	M/V	N/B	VS	Retrospectief	16	Gebrek aan ouderlijke toezicht, onvoldoende voorziening van voedsel, medische verwaarlozing
Emery en collega's	2014	269	M/V	N/B	Vietnam	Retrospectief	20	Medische verwaarlozing en/of onvoldoende voorziening van voedsel
Gaudin en collega's	1993	205	N/B	N/B	VS	Retrospectief	7	Verwaarlozing, ongespecificeerd
Gaudin en collega's	1996	205	M/V	N/B	VS	Retrospectief	5	Verwaarlozing, ongespecificeerd
Guterman	2015	2,317	N/B	0.00 <sup>a</sup>	VS	Prospectief	2	Verwaarlozing, ongespecificeerd
Howes en collega's	2000	35	M/V	N/B	VS	Retrospectief	9	Verwaarlozing, ongespecificeerd
Hussey en collega's	2006	10,324	M/V	N/B	VS	Retrospectief	16	Gebrek aan ouderlijk toezicht en algemene verwaarlozing (b.v., basale behoeften van kind worden niet voorzien)
Kim	2009	2,977	N/B	N/B	South Korea	Retrospectief	21	Fysieke verwaarlozing en/of gebrek aan ouderlijk toezicht
Kinard	1995	132	M/V	9.00	VS	Retrospectief	9	Verwaarlozing, ongespecificeerd
Lee en collega's	2012	1,089	M/V	5.00	VS	Prospectief	15	Fysieke en/of psychologische verwaarlozing
Manly en collega's	1994	137	M/V	8.16	VS	Retrospectief	6	Verwaarlozing, ongespecificeerd
McGuigan & Pratt	2001	2,426	N/B	2.80	VS	Prospectief	2	Gebrek aan ouderlijk toezicht, medische verwaarlozing, verzuim tot het voorzien van voedsel of kleding, gebrekkige huisvesting, verlatenheid, of iedere andere vorm van fysieke verwaarlozing
Milner & Robertson	1990	60	N/B	N/B	VS	Retrospectief	3	Gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging

## Appendices A t/m E – Risicofactoren voor Verwaarlozing: Een Meta-Analyse

Price & Glad	2003	81	M/V	6.50	VS	Retrospectief	7	Verwaarlozing, ongespecificeerd
Schenkel en collega's	2014	464	M/V	21.24	VS	Retrospectief	2	Emotionele en/of fysieke verwaarlozing
Toth en collega's	1992	107	M/V	7.00	VS	Retrospectief	2	Fysieke verwaarlozing
Williamson en collega's	1991	23	M/V	12.00	VS	Retrospectief	7	Gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging
Wu en collega's	2004	189,055	M/V	0.00 <sup>a</sup>	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 & DiBlasio	1992	102	M/V	N/B	VS	Retrospectief	8	Gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging
Zuravin & DiBlasio	1996	102	N/B	N/B	VS	Retrospectief	18	Gebrek aan ouderlijk toezicht of verzorging

*Noot.* 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 (b.v., 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.

<sup>a</sup> In de studies van Guterman (2015) en Wu en collega's (2004) werden net-geboren baby's gevolgd in longitudinale studies. Daarom was de gemiddelde leeftijd van de steekproef 0.00 in deze studies.

## Appendix 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

## Appendices A t/m E – Risicofactoren voor Verwaarlozing: Een Meta-Analyse

7. Aantal participanten die geen slachtoffer waren van verwaarlozing
8. Totale steekproefgrootte (is gelijk aan de som van items 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: Specificeer)
3. Indien ander land, specificeer
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 geïnccludeerde factor)
2. Label van risicofactor (bijvoorbeeld: kind is van vrouwelijk geslacht, vader is werkloos; zie Appendix D voor voorbeelden van factoren)
3. Risicodomein (zie Appendix D voor alle domeinen)
4. Type factor (Statisch / Dynamisch)
5. In geval van een oudergerelateerde factor, het geslacht/type van de ouder (Vader / Moeder)
6. Correlatiecoëfficiënt ( $r$ )



## Appendix 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 naar aanleiding van 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 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

## Appendices A t/m E – Risicofactoren voor Verwaarlozing: Een Meta-Analyse

- Ouder was betrokken bij een fysiek gevecht tijdens het drinken 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 (b.v. 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

## Appendices A t/m E – Risicofactoren voor Verwaarlozing: Een Meta-Analyse

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 (bv. 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) (i.e. 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)

## Appendix D

### Auteursinformatie

#### **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.

#### **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.

#### **Verklaring**

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