

SCREENEN EN SIGNALEREN IN DE JEUGDSTRAFRECHTKETEN

Een onderzoek naar de validiteit van psychisch disfunctioneren en de
betrouwbaarheid van het
Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (LIJ)



REGIOPLAN
BELEIDSONDERZOEK

SCREENEN EN SIGNALEREN IN DE JEUGDSTRAFRECHTKETEN

Een onderzoek naar de validiteit van
psychisch disfunctioneren en de
betrouwbaarheid van het Landelijk
Instrumentarium Jeugdstrafrechtsketen
(LIJ)

- eindrapport -

dr. M. Timmermans
dr. M. Witvliet

Amsterdam, oktober 2011
Regioplan publicatienr. 2095

Regioplan Beleidsonderzoek
Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam
Tel.: +31 (0)20 - 5315315
Fax : +31 (0)20 - 6265199

Onderzoek, uitgevoerd door Regioplan
Beleidsonderzoek in opdracht van het WODC
van het ministerie van Justitie.

VOORWOORD

Voor u ligt het eindrapport van het onderzoek naar de validiteit van psychisch disfunctioneren en de betrouwbaarheid van het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (LIJ).

Dit onderzoek is uitgevoerd door Regioplan Beleidsonderzoek in opdracht van het Wetenschappelijk Onderzoeks- en Documentatiecentrum (WODC) en op verzoek van Directie Justitieel Jeugdbeleid van het ministerie van Justitie.

Onze dank gaat uit naar de leden van de begeleidingscommissie voor hun ondersteuning van het onderzoek en de waardevolle adviezen die we gedurende het onderzoek van hen kregen.

De leden zijn:

- De heer Prof. Dr. R. R. Meijer, Rijksuniversiteit Groningen, Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen (voorzitter begeleidingscommissie)
- De heer Dr. G.J. Overbeek, Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen (lid begeleidingscommissie)
- Mevrouw Drs. M. van Wijngaarde, Raad voor de Kinderbescherming regio Rotterdam-Rijnmond (lid begeleidingscommissie)
- De heer Drs. A.W.M. Eijken, Ministerie van Veiligheid en Justitie, Directie Justitieel Jeugdbeleid (lid begeleidingscommissie).
- Mevrouw R.B. Bolt, MA, Landelijk bureau Raad voor de Kinderbescherming
- Mevrouw Drs. E. van Dijk, Ministerie van Veiligheid en Justitie, Wetenschappelijk Onderzoek- en Documentatiecentrum (opdrachtgever)

Maartje Timmermans (projectleider)
Amsterdam, oktober 2011

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	I
1 Inleiding	1
1.1 Het LIJ en evidence-based werken.....	1
1.2 Keteninstrument.....	2
1.3 Ontwikkeling van het LIJ	4
1.4 Pilot LIJ	6
1.5 Onderzoeksvragen.....	6
1.6 Leeswijzer	8
2 Methode	9
2.1 Inleiding.....	9
2.2 Literatuurstudie	9
2.3 Dataverzameling	9
2.4 Analyse	12
2.5 Samenvatting	13
3 Inhoudsvaliditeit van indicatoren voor psychisch disfunctioneren	15
3.1 Inleiding.....	15
3.2 Indicatoren van psychisch disfunctioneren in het LIJ	15
3.3 Inhoudsvaliditeit	18
4 Betrouwbaarheid van het LIJ.....	29
4.1 Inleiding.....	29
4.2 Betrouwbaarheid tussen beoordelaars	29
4.3 Betrouwbaarheid binnen beoordelaars.....	31
4.4 Samenvatting	32
5 Conclusie	35
5.1 Inleiding.....	35
5.2 Antwoord op de onderzoeksvragen	35
5.3 Suggesties voor aanpassing	37
Literatuurlijst.....	39
Bijlagen	47
Bijlage 1 Items per risicodomein en weging van zorg LIJ 2A	49
Bijlage 2 Items in de SDQ/SPSY	63
Bijlage 3 Convergente validiteit van indicatoren voor psychisch disfunctioneren.....	67
Bijlage 4 Aanvullende tabellen correlaties item – risicoscore en item – zorgindicator	73

SAMENVATTING

Screenen en signaleren in de jeugdstrafrechtketen.

Een onderzoek naar de validiteit van psychisch disfunctioneren en de betrouwbaarheid van het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (LIJ)

Auteurs: Dr. M. Timmermans en Dr. M. Witvliet

Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (LIJ)

In de jeugdstrafrechtketen is toenemende aandacht voor het gebruik van valide en betrouwbare diagnostische instrumenten. Verschillende ketenpartners in de jeugdstrafrechtketen zijn relatief onafhankelijk van elkaar aan het werk gegaan met signalering, screening en risicotaxatie bij jongeren. Zodoende werden door elke schakel in de keten verschillende instrumenten gebruikt. Om dit aan te pakken, is in overleg met de ketenpartners in 2006 een landelijk kader voor het instrumentarium ontwikkeld. Het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (LIJ) maakt het mogelijk om het risico op recidive beter in te schatten en met passende (zorg)interventies te komen. Het LIJ brengt drie verschillende risico's van de jeugdige in kaart: het risico op herhaling van crimineel gedrag (Algemeen Recidive Risico; ARR), het Risico op Geweld tegen Personen (RGP) en het Dynamisch Risicoprofiel (DRP). Verder inventariseert het instrument zorgsignalen bij de jonge verdachte.

Het LIJ kent een preselectie-instrument in de beginfase waarin statische gegevens worden verzameld. Dit onderdeel valt buiten de focus van dit onderzoek. Hierop volgt het instrument 2A dat wordt ingevuld door de Raad voor de Kinderbescherming. Dit onderdeel van het LIJ gaat verder in op andere statische gegevens en op dynamische risicofactoren in tien verschillende domeinen. Daarnaast worden in de 'weging van zorg' in 2A door de raadsonderzoeker indicatoren voor zorg in kaart gebracht. Wanneer een jeugdige een midden of hoog dynamisch risicoprofiel heeft, wordt naast instrument 2A ook het instrument 2B ingezet. Hiermee wordt aanvullende informatie verzameld op de risicodomeinen die in 2A in kaart zijn gebracht. Voordat het LIJ landelijk kan worden ingezet, is het nodig te onderzoeken of er nog eventuele bijstellingen aan het instrumentarium vereist zijn. Dit onderzoek gaat na in hoeverre het LIJ betrouwbaar is en valide ten aanzien van het deel dat psychisch disfunctioneren meet.

Onderzoeksvragen

De doelstelling van het onderzoek is het beoordelen van de betrouwbaarheid van het LIJ en de validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren, zoals die aanwezig zijn in de selectie-instrumenten 2A en 2B uit het LIJ.

De onderzoeksvragen zijn:

1. Wat is de inhoudsvaliditeit (content validity; de mate waarin het instrument het beoogde construct meet) van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren die zijn opgenomen in selectie-instrumenten 2A en 2B?
2. Wat is de constructvaliditeit en in het bijzonder de convergente validiteit (de samenhang van de resultaten met de resultaten van een gelijksoortig instrument) van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren, zoals die aanwezig zijn in selectie-instrumenten 2A en 2B (afgezet tegen de SDQ of SPsy)?
3. Wat is de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid (mate van overeenkomst tussen- en binnen beoordelaars) van de selectie-instrumenten?

Onderzoeksmethode

Voor het bepalen van de inhoudsvaliditeit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren in het LIJ hebben we een literatuurstudie uitgevoerd. Het doel van deze studie was te beoordelen in hoeverre de indicatoren voor psychisch disfunctioneren in het LIJ volgens de literatuur een reële afspiegeling zijn van psychisch disfunctioneren bij de jongere.

De dataverzameling voor het onderzoek naar de convergente validiteit en inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid vond plaats bij de Raad voor de Kinderbescherming in Utrecht en Rotterdam. Voor het analyseren van de overeenkomst tussen raadsonderzoekers en binnen raadsonderzoekers hebben we in totaal 28 instrumentaria 2A kunnen verzamelen. Voor het analyseren van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn 21 instrumenten 2A gebruikt. De overige zeven instrumenten 2A zijn gebruikt voor het bepalen van de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid.¹ Voor het onderzoeken van de convergente validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren hebben we tenslotte 61 instrumenten 2A met aanvullende diagnostiek in de vorm van de SDQ/SPsy betrokken. Er werden geen instrumenten 2B aangetroffen in de dataverzameling. De onderzoeksvragen worden zodoende uitsluitend voor 2A beantwoord.

Voor het analyseren van de convergente validiteit werden correlaties bekeken tussen de zorgindicatoren in het LIJ en de scores op de SDQ/SPsy. Omdat door de resultaten van een recente scriptiestudie (Boonekamp, Wissink, Stams & van der Laan, 2010) twijfel is ontstaan over de betrouwbaarheid en validiteit van de SDQ ten aanzien van het meten van psychische problemen bij delinquente jeugdigen, beschrijven we de uitkomsten van het onderzoek naar de convergente validiteit niet in het hoofdrapport, maar alleen in bijlage 3.

¹ De omvang van verzamelde instrumentaria is kleiner dan beoogd. Het gerealiseerde aantal was het maximaal haalbare in relatie tot de beschikbare capaciteit en workload bij de Raad voor de Kinderbescherming in Rotterdam en Utrecht.

De inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid is onderzocht met behulp van Spearmans ρ . Hiermee kan de mate van overeenkomst tussen en binnen beoordelaars worden bekeken.

Resultaten en conclusies

Op basis van het literatuuronderzoek constateren we dat de selectie van indicatoren voor psychisch disfunctioneren (risicofactoren) die is opgenomen in de 'weging van zorg'² in het LIJ onvolledig is. Het LIJ bevat een groot gedeelte van de symptomen van psychisch disfunctioneren. Echter, deze komen niet allemaal terug in de 'weging van zorg'. Sociale problemen bijvoorbeeld komen niet terug in de 'weging van zorg'. Ook ontbreekt een groot deel van de risicofactoren beschreven in de literatuur op zowel het macro- micro- en individuele niveau. Zodoende worden deze indicatoren voor psychisch disfunctioneren niet meegewogen in het oordeel van de raadsonderzoeker over de aanwezigheid van zorgsignalen. Deze resultaten wijzen er kortweg op dat de 'weging van zorg' in het LIJ in beperkte mate een representatieve afspiegeling vormt van psychisch disfunctioneren.

Wat betreft de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van het LIJ zien we dat op basis van het huidige (geringe) aantal verzamelde instrumenten, er voor een groot gedeelte van de risicoscores en zorgindicatoren voldoende overeenstemming bestaat tussen beoordelaars en binnen beoordelaars. De resultaten van de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid vormen een aanwijzing dat voor een groot deel van de aspecten in het LIJ (persoonlijke) kenmerken van de raadsonderzoekers weinig invloed hebben op de manier waarop het instrument wordt ingevuld. Als kanttekening moet hierbij wel genoemd worden dat een grote mate van 'toeval' in de resultaten door het geringe aantal casussen niet kan worden uitgesloten. Een tweede kanttekening betreft de methode; het grootste gedeelte van het interbeoordelaarsonderzoek is afgenomen op basis van een geluidsopname van het gesprek met de jongere en zijn/haar ouders. De resultaten ten aanzien van de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zouden nauwkeuriger kunnen zijn als de afname op basis van fysieke aanwezigheid bij het gesprek zou zijn. In dat geval hadden ook non-verbale signalen meegenomen kunnen worden.

Suggesties voor aanpassing van het LIJ

Enkele aanpassingen aan het LIJ die een verbetering van het instrument kunnen betekenen, zijn mogelijk ten aanzien van:

- *de validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren*
We stellen voor om de 'weging van zorg' te completeren door deze met items uit te breiden die al aanwezig zijn in de risicodomeinen van het LIJ. De aspecten Sociale vaardigheden, Sociale afwijzing en Conflictueuze ouder-kindrelaties zouden aan de 'weging van zorg' toegevoegd kunnen

² Op basis van de tabel 'weging van zorg' geeft de raadsonderzoeker een oordeel over de aanwezigheid van zorgindicatoren.

worden teneinde de validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren te vergroten.

- *de omvang van het instrument*

Uit het onderzoek is gebleken dat niet alle items binnen de risicodomeinen en binnen de rubrieken van zorgindicatoren sterk samenhangen met de uiteindelijke risicodomeinscore of met het oordeel over de aanwezigheid van zorgsignalen. Om de omvang van het LIJ te beperken zouden deze items wellicht verwijderd kunnen worden. Daarbij moet er wel op gelet worden dat de potentieel te verwijderen items geen extra noodzakelijke informatie bevatten voor de raadsonderzoeker.

1 INLEIDING

In de jeugdstrafrechtketen is sinds enkele jaren toenemende aandacht voor het gebruik van valide en betrouwbare diagnostische methoden. In het *Programmaplan Jeugdcriminaliteit: de uitvoering maakt het verschil*, dat werd gelanceerd in februari 2008, wordt gesproken over het verbeteren van een op de persoon toegesneden sanctie of interventieprogramma. Politie, Halt, Openbaar Ministerie, jeugdrechters, Raad voor de Kinderbescherming, Justitiële Jeugdinrichtingen en Jeugdreclassering zetten zich in om te voorkomen dat jongeren die een delict hebben gepleegd opnieuw de fout in gaan. In het kader hiervan is het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen (LIJ) in het leven geroepen. Dit instrumentarium maakt het mogelijk om het risico op recidive beter in te schatten en met passende (zorg)interventies te komen. Op deze manier kunnen jonge verdachten zo effectief mogelijk geholpen worden.

Het LIJ bestaat uit een preselectie-instrument, een selectie-instrument 2A en een selectie-instrument 2B. Er is vastgelegd welke ketenpartner op welk moment bepaalde informatie moet vastleggen. Het instrumentarium is in een aantal pilots getest. Voordat de instrumenten landelijk zullen worden ingezet, is het nodig de validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren en de betrouwbaarheid van het LIJ te beoordelen. Het gaat hierbij uitsluitend om de selectie-instrumenten 2A en 2B. Het huidige onderzoek gaat na in hoeverre het instrumentarium betrouwbaar is en valide ten aanzien van psychisch disfunctioneren.

1.1 Het LIJ en evidence-based werken

Het LIJ gaat uit van zes *What Works*-beginselen. De beginselen komen voort uit wetenschappelijk onderzoek van onder meer Lippy en Wilson (1998) en Bonta (2002) naar de effectiviteit van programma's die recidive tegengaan en rehabilitatie bevorderen. Deze benadering is gericht op evidence-based en doelgericht (recidivevermindering) handelen. Een passende reactie op een strafbaar feit moet dan ook altijd aan deze zes beginselen voldoen. We lichten ze hieronder toe.

Met het *risicobeginsel* wordt de intensiteit van de interventie afgestemd op de recidivekans en de schadekans. De recidivekans is de kans dat de jongere het delict opnieuw zal begaan. De schadekans betreft het risico dat de jongere fysieke/psychische schade toebrengt aan een ander en aan zichzelf. Het *behoeftebeginsel* stemt de interventie af op de dynamische criminogene factoren van de jongere, die rechtstreeks samenhangen met het plegen van delicten.

Het *responsiviteitsbeginsel* houdt in dat effectieve interventies (gericht op criminogene factoren) moeten worden gekozen die aansluiten bij de motivatie, de mogelijkheden en de leerstijl van de jongere.

Met het *professionaliteitsbeginsel* worden behoeften en methoden op elkaar afgestemd. Zo moet worden ingeschat op welke criminogene factoren van de jongeren aandacht moet worden gericht en welke methoden hierbij aansluiten. Het *integriteitsbeginsel* stelt dat de interventie volledig en zoals vooraf opgesteld moet worden uitgevoerd, geregistreerd en geëvalueerd. Het *eigen-contextbeginsel* houdt in dat de interventie bij voorkeur moet worden uitgevoerd in de eigen sociale omgeving van de jongere.

Met het LIJ wordt informatie verzameld over de eerste drie *What Works*-beginselen (de overige drie beginselen zijn vooral praktisch van aard en vallen buiten het instrumentarium). Het LIJ brengt drie verschillende risico's van de jonge verdachte in kaart (risicobeginsel): het risico op herhaling van crimineel gedrag (Algemeen Recidive Risico; ARR), Risico op Geweld tegen Personen (RGP) en het Dynamisch Risicoprofiel (DRP). Het DRP geeft aan in welke mate dynamische (veranderbare) risicofactoren bijdragen aan een grotere kans op recidive. Zowel risicofactoren als beschermende factoren worden hierin meegenomen. Verder inventariseert het LIJ zorgsignalen bij de jonge verdachte. Dit kunnen psychosociale of psychische problemen zijn die niet per se de oorzaak van het delict zijn, maar waarvoor een jongere eventueel wel zorg nodig heeft (behoeftebeginsel). Tot slot wordt met het instrumentarium gemeten wat de motivatie, leerstijl en (on)mogelijkheden zijn van de jonge verdachte. Hiermee wordt aan het responsiviteitsbeginsel voldaan.

1.2 Keteninstrument

Het LIJ is een keteninstrument. Dit wil zeggen dat verschillende ketenpartners op meerdere momenten informatie verzamelen over jeugdigen die aangehouden zijn. Het instrumentarium kent een preselectie-instrument in de beginfase. Met dit eerste onderdeel van het LIJ worden statische gegevens verzameld (door de politie), met name over eerdere politie- en justitie-contacten. Indien de jongere voldoet aan de criteria voor Halt, dan wordt aldaar het Halt-signaleringsinstrument ingevuld. Dit preselectie-instrument valt buiten de focus van dit onderzoek.

Instrument 2A

Instrument 2A wordt (in aanvulling op het preselectie-instrument) ingevuld door de Raad voor de Kinderbescherming. Dit gebeurt bij alle jeugdige verdachten met een midden of hoog Algemeen Recidive Risico (ARR)¹ en/of

¹ Zoals vastgesteld in het preselectie-instrument.

een midden of hoog Risico op Geweld tegen Personen (RGP)² en/of een (middel)zwaar delict (of op verzoek van het Openbaar Ministerie) en/of een in verzekeringstelling. Dit onderdeel van het LIJ gaat verder in op andere statistische gegevens en ook op dynamische risicofactoren met betrekking tot de psychosociale achtergrond van de jeugdige (in totaal tien risicodomeinen³). Op elk van de tien domeinen wordt een risicoscore berekend. Deze kan variëren van 'laag' tot 'midden' en 'hoog'. De scores op de risicodomeinen leiden tot nieuwe scores op ARR en RGP. Met instrument 2A wordt ook het dynamisch risicoprofiel (DRP) in kaart gebracht. Per domein wordt een signaalscore berekend die de ernst van de risicofactoren uitdrukt. Verder brengt instrument 2A indicatoren van zorg in kaart voor acht verschillende rubrieken, waaronder functioneren op school, problemen in de thuissituatie en geestelijke gezondheid⁴. Op basis van verschillende items uit de tien risicodomeinen geeft de raadsonderzoeker in de tabel weging van zorg aan of er bij de jongere indicatoren van zorg aanwezig zijn. De raadsonderzoeker geeft de indicatie van zorg aan op een vierpuntsschaal. Dit kan variëren van 'geen' tot 'zeer veel'. De items van het LIJ 2A op de tien risicodomeinen en de weging van de raadsonderzoeker wat betreft de indicatie van zorg geven we weer in bijlage 1.

Instrument 2B

Wanneer een jeugdige een midden of hoog dynamisch risicoprofiel heeft, wordt naast instrument 2A ook het instrument 2B ingezet. Met dit onderdeel wordt aanvullende informatie verzameld op de domeinen die in instrument 2A in kaart zijn gebracht. In 2B wordt niet opnieuw een weging van zorg gemaakt, dit gebeurt alleen in 2A. Enkele domeinen van 2B worden afgenomen in het geval de totaalscore DRP 2A midden *en* de score op minimaal één en maximaal twee domeinen hoog is. Instrument 2B wordt volledig afgenomen in het geval dat:

- de totaalscore DRP 2A midden is en op drie of meer domeinen hoog is en/of;
- de totaalscore DRP 2A hoog is en/of;
- er sprake is van een inbewaringsstelling (IBS).

Instrument 2B wordt in beginsel ingevuld door de Raad voor de Kinderbescherming. Wanneer een jongere doorstroomt naar de Jeugdreclassering, wordt aldaar instrument 2B geactualiseerd. Hetzelfde scenario geldt voor doorstroming naar een justitiële jeugdinrichting (JJI). Het LIJ is dus een gelaagd instrumentarium, waarin het preselectie-instrument de eerste schifting maakt tussen laag risico en midden of hoog risico. Vervolgens wordt met instrument 2A voortgebouwd op de preselectie en ten slotte wordt

² Zoals vastgesteld in het preselectie-instrument.

³ De domeinen in het LIJ zijn School, Vrije tijd, Werk, Relaties, Gezin, Alcohol, drugs en gokken, Geestelijke gezondheid, Attitude, agressie en vaardigheden, zie bijlage 1.

⁴ Voor dit onderdeel wordt sinds kort standaard de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire) afgenomen, al dan niet aangevuld met items uit de SPsy.

met instrument 2B aanvullende informatie op dezelfde domeinen als 2A verzameld. Onderzoeksbureau DSP heeft in 2010 een evaluatie van de implementatie van het LIJ in de keten uitgevoerd in opdracht van het WODC. Het huidige onderzoek richt zich dan ook niet op een evaluatie van het implementatieproces, maar op de (statistische) kwaliteit van het instrumentarium zelf.

1.3 Ontwikkeling van het LIJ

Het initiatief voor het ontwikkelen van een ketenbreed risicotaxatie-instrument voor jeugdige delinquenten komt voort uit de constatering dat de verschillende ketenpartners in de jeugdstrafrechtketen relatief onafhankelijk van elkaar met signalering, screening en risicotaxatie aan het werk zijn gegaan. Zo worden door elke schakel in de keten verschillende (niet altijd gestructureerde) instrumenten gebruikt en is er geen onderlinge afstemming over wie welke informatie op welk moment afneemt. Voor een goed antwoord op het criminele gedrag van jongeren en een adequate overdracht van informatie tussen partners in de justitiële keten is het echter van grote meerwaarde als er sprake zou zijn van een gerichte informatieverzameling, waaraan elke ketenpartner een bijdrage levert en toegang tot heeft. Om de genoemde knelpunten aan te kunnen pakken, is in 2006 in overleg met de ketenpartners binnen de jeugdstrafrechtketen een landelijk kader voor het instrumentarium ontwikkeld. Dit landelijke kader is door het Topberaad Jeugdcriminaliteit eind 2006 geaccordeerd. In juni 2007 is een plan van aanpak opgesteld en vastgesteld. De instrumenten die toen bij ketenpartners in gebruik waren zijn aan het kader getoetst. De aangepaste en doorontwikkelde instrumenten zijn begin 2009 opgeleverd. In 2009 is ook de verantwoording van het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen beschikbaar gekomen (Van Domburgh, Doreleijers, Ferwerda, Lodewijks, Van der Put & Stams, 2009).

Washington State Juvenile Court Assessment

Bij het ontwikkelen van het LIJ heeft een tweetal instrumenten model gestaan, namelijk de Washington State Juvenile Court Assessment (WSJCA; Washington State Institute for Public Policy, 2004) en het Basisraads-onderzoek (Baro; Raad voor de Kinderbescherming). De WSJCA bestaat uit twee instrumenten: een Pre-Screen en een Full-Screen versie. Deze instrumenten uit de Verenigde Staten worden gebruikt om het risiconiveau, de (dynamische) risicofactoren en de beschermende factoren van jeugdige delinquenten en mogelijke interventies in kaart te brengen. De WSJCA is ontwikkeld op basis van een literatuuroverzicht op het terrein van voorspellers, risicofactoren en beschermende factoren van delinquentie. Het instrument werd vervolgens aangepast naar aanleiding van commentaar van een team van wetenschappelijke experts en professionals in het veld. De WSJCA geldt als een goed gevalideerd instrument om recidivekansen in te schatten (Schwalbe, 2007; Washington State Institute for Public Policy, 2004). Ook van de risicofactoren en beschermende factoren in het WSJCA is

empirisch vastgesteld dat ze verband houden met recidive. Het LIJ ontleent zijn structuur van risicotaxatie op tien domeinen grotendeels aan deze Washington-instrumenten. Items in het WSJCA die te veel geënt zijn op de Amerikaanse situatie, zijn in het LIJ achterwege gelaten (Van Domburgh et al., 2009). Ter illustratie: deelname aan naschoolse activiteiten in schoolverband is in Nederland minder belangrijk dan in de Verenigde Staten. Bovendien blijkt uit onderzoek dat deze, sterk op de Amerikaanse situatie gerichte items, weinig samenhang laten zien met recidive.

Baro

Op basis van nieuwe inzichten uit onderzoek zijn andere criminogene factoren aan het LIJ toegevoegd. Een aantal van deze items was al opgenomen in het Baro, het andere instrument waarop het LIJ werd gebaseerd. Voorbeelden hiervan zijn de items pesten en gepest worden. Ook de items in het LIJ met betrekking tot indicatoren voor een zorgwekkende opgroei- en opvoedingssituatie, die niet door de Washington instrumenten worden gedekt, komen grotendeels voort uit het Baro. Het Baro is bij uitstek een instrument dat de zorgaspecten van de jeugdige, zijn gezin en omgeving nagaat. Meer specifiek brengt het Baro het psychisch disfunctioneren van de jongeren uitgebreid in kaart. In het LIJ zijn items voor psychisch disfunctioneren uit het Baro overgenomen. Het gaat hierbij bijvoorbeeld om slachtofferschap van geweld buiten het gezin, psychosomatische klachten, stemming van de jongere en problemen op school. Uit een validiteitsstudie naar de Baro van Doreleijers, Bijl, Van der Veld en Van Loosbroek (1999) blijkt dat deze items een goede selectiviteit en specificiteit hebben als het gaat om het onderscheiden van jongeren met en zonder psychische stoornissen. Dit wil zeggen dat weinig jongeren (7%) worden ingedeeld als 'met stoornis' terwijl dat volgens het criterium van de onderzoekers⁵ niet zo was. Omgekeerd worden zeer weinig jongeren ingedeeld als 'zonder stoornis' terwijl ze volgens het criterium wel een stoornis hebben (3%). De samenhang tussen beoordelaars op de gemiddelde uitkomst van verschillende domeinen van zorg zoals internaliserende en externaliserende psychische stoornissen in het Baro bleek voldoende ($r=.69$, $p<.001$).

Recent is een studie uitgevoerd naar het voorspellend vermogen van het LIJ (van zowel het preselectie- als selectie-instrument) van recidive (Van der Put, Stams, Van der Laan, Oort en Dekovic, 2009). De resultaten laten zien dat het preselectie-instrument met uitsluitend statische factoren (delictverleden) dat door de politie wordt gebruikt het beste de kans op recidive voorspelt. Het voorspellend vermogen van dit instrument is net zo goed als van de Washington Pre-Screen (AUC-waarde van .71). De combinatie met het selectie-instrument (2A en 2B), bestaande uit dynamische factoren, levert qua voorspellend vermogen niet veel meer op dan alleen de statische factoren in het preselectie-instrument (AUC-waarde van .74). De toegevoegde waarde

⁵ Dit criterium is gebaseerd op de uitkomst van preciezer diagnostisch onderzoek bij de jongeren, namelijk de combinatie van twee assen van de Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM).

van het vragen naar dynamische variabelen, zo concluderen de auteurs, is dan ook voornamelijk het inzichtelijk maken van de veranderbare factoren waar de interventie zich op zou moeten richten ter vermindering van de recidive.

1.4 Pilot LIJ

Sinds oktober 2009 vond een pilot voor het LIJ plaats in Rotterdam (politiedistrict 10) en Utrecht (politiedistrict Heuvelrug). In september 2010 zijn daar twee locaties aan toegevoegd; één in Rotterdam en één in Utrecht. In de periode tot en met maart 2010 (einde pilot) werden de selectie-instrumenten 2A en 2B voornamelijk ingevuld door de Raad voor de Kinderbescherming.⁶ In de toekomst is het de bedoeling dat alle betrokken ketenpartners (de Raad voor de Kinderbescherming, jeugdreclassering en JJI's) het instrumentarium invullen. Vanwege deze stand van zaken op het moment van onderzoek werd alleen de Raad bij de dataverzameling betrokken.

Na een tweede fase (september 2010 tot maart 2011) waarin het instrumentarium verder werd getest in een opgeschaalde pilot, is in het Topberaad van maart 2011 besloten de pilots af te ronden en te verbreden naar het niveau van arrondissement.⁷

1.5 Onderzoeksvragen

De doelstelling van het onderzoek is het beoordelen van de validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren, zoals die aanwezig zijn in de selectie-instrumenten 2A en 2B uit het Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen. Daarnaast dient de intra- en interbeoordelaars-betrouwbaarheid voor deze instrumenten te worden vastgesteld. Hiermee wordt nagegaan of nog eventuele bijstellingen nodig zijn voordat de selectie-instrumenten op landelijke schaal ingezet kunnen worden.

Het onderzoek moet de volgende vragen beantwoorden:

1. Wat is de inhoudsvaliditeit (content validity) van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren die zijn opgenomen in selectie-instrumenten 2A en 2B?

⁶ Dit is het gevolg van een aantal factoren: niet alle verdachten komen terecht bij de jeugdreclassering of JJI en deze instanties komen dan dus niet in aanmerking voor het invullen van het LIJ. Bovendien kan het gebeuren dat een jonge verdachte wel door de Raad wordt doorverwezen naar jeugdreclassering, maar naar een instelling van jeugdreclassering die buiten de pilot valt. Tot slot geldt voor JJI dat zij voorlopig een informatieontvangende rol hebben, geen informatieverstrekkende.

⁷ In het arrondissement Utrecht vanaf juni 2011 en in het arrondissement Rotterdam vanaf september 2011.

2. Wat is de constructvaliditeit en in het bijzonder de convergente validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren, zoals die aanwezig zijn in selectie-instrumenten 2A en 2B (afgezet tegen de SDQ of SPsy)?
3. Wat is de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van de selectie-instrumenten (in zijn geheel)?

Bij vraag 3 is het van belang om te weten of:

- een beoordelaar dezelfde casus op twee verschillende momenten hetzelfde beoordeelt (intrabeoordelaar);
- twee onafhankelijke beoordelaars tot dezelfde beoordeling komen op basis van een interview en aanvullende dossierinformatie (inter-beoordelaars).

De beoordelaarsbetrouwbaarheid dient bepaald te worden ten aanzien van:

- risicoscores op de tien leefdomeinen (laag, midden, hoog);
- scores op het Dynamisch Risicoprofiel (DRP; laag, midden, hoog), het Algemeen Recidive Risico (ARR; laag, midden, hoog) en het Risico op Geweld tegen Personen (RGP; laag, midden, hoog);
- scores op de verschillende indicatoren ten aanzien van psychisch disfunctioneren;

Toelichting op de begrippen

In de onderzoeksvragen wordt gesproken over de inhoudsvaliditeit, constructvaliditeit, convergente validiteit, intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid en de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. We lichten deze begrippen hieronder kort toe.

Inhoudsvaliditeit heeft betrekking op de mate waarin het instrument het beoogde construct – psychisch disfunctioneren – meet. Het stelt de vraag of het instrument een representatieve afspiegeling van het kennisdomein vormt. De volledigheid van het instrument speelt hierbij dus een rol.

Constructvaliditeit gaat over de vraag of de resultaten van een meting werkelijk een indicatie zijn voor het begrip waarover men een uitspraak wil doen. Constructvaliditeit is te onderscheiden in convergente en divergente validiteit. **Convergente validiteit** beschouwt de samenhang tussen de resultaten van het oorspronkelijke onderzoek en de resultaten van een gelijksoortig onderzoek. Hoe hoger de correlatie, hoe meer valide de test. In dit onderzoek bekijken we de convergente validiteit als maat voor de constructvaliditeit.

Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is de mate van overeenstemming tussen beoordelaars. Als een instrument naar behoren functioneert, zouden uitkomsten van verschillende beoordelaars overeen moeten komen. Er zijn twee manieren om interbeoordelaarsbetrouwbaarheid te meten. Eén beoordelaar doet twee metingen van dezelfde casus op verschillende momenten (**intrabeoordelaars**: mate van consequente beoordeling) of twee

of meer verschillende beoordelaars doen ieder een meting van dezelfde casus (**interbeoordelaars**: consistentie tussen beoordelaars). We zullen beide vormen toepassen in dit onderzoek.

1.6 Leeswijzer

In hoofdstuk 2 worden de methoden van dataverzameling en analyse beschreven. In hoofdstuk 3 komt de inhoudsvaliditeit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren in het LIJ aan bod. Hoofdstuk 4 laat de resultaten zien van de betrouwbaarheidsanalyse (inter- en intrabeoordelaars-betrouwbaarheid). De conclusies van het onderzoek staan in hoofdstuk 5 beschreven. De resultaten ten aanzien van de convergente validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren staan beschreven in bijlage 3 (redenen hiervoor komen in hoofdstuk 2 kort aan bod). In bijlage 4 geven we ten slotte het verband weer tussen de items en de risicodomeinscore van de verschillende domeinen in het LIJ (inclusief de zorgindicatoren).

2 METHODE

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk beschrijven we de onderzoeksmethoden die zijn gehanteerd om de validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren en de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van het LIJ vast te stellen. Het onderzoek bestaat uit drie onderdelen: een literatuuronderzoek, dataverzameling en het analyseren van de gegevens. De dataverzameling vond plaats bij de Raad voor de Kinderbescherming in Utrecht en Rotterdam. We lichten de drie onderdelen hieronder nader toe.

2.2 Literatuurstudie

Allereerst hebben we de inhoudsvaliditeit van de items van psychisch disfunctioneren in het LIJ bepaald. Hiervoor hebben we een literatuurstudie uitgevoerd. Het doel van deze studie was te beoordelen in hoeverre de indicatoren van psychisch disfunctioneren in het LIJ volgens de literatuur een reëel beeld kunnen geven van signalen van psychisch disfunctioneren bij de jongere. Hiervoor dienden wij eerst helder te krijgen welke onderdelen in het LIJ als doel hebben psychisch disfunctioneren te signaleren. We voerden hiervoor gesprekken met twee ontwikkelaars van het instrumentarium, prof. dr. Theo Doreleijers en dr. Han Spanjaard. Om de literatuurstudie goed en doelgericht te laten verlopen, hebben we voorafgaand aan dit onderdeel informatie ingewonnen bij een inhoudelijk expert, prof. dr. Pol van Lier, hoogleraar ontwikkelingspsychologie aan de VU. Tussentijds hebben we de resultaten van de literatuurstudie besproken met de expert en hebben we ons waar nodig laten bijsturen. Tevens vroegen we de expert om een oordeel over de indicatoren van psychisch disfunctioneren in het LIJ. We hebben de zoekmachines Google Scholar en ISI Web of Knowledge geraadpleegd.

2.3 Dataverzameling

De dataverzameling bij de Raad voor de Kinderbescherming viel in beide pilotlocaties, Utrecht en Rotterdam, uiteen in drie onderdelen. Allereerst hebben we ingevulde instrumentaria en twee herhaalde metingen (binnen en tussen beoordelaars) gebruikt voor het vaststellen van de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid. Ten tweede hebben we ons gebaseerd op ingevulde instrumentaria waarbij aanvullende diagnostiek is gebruikt om de convergente validiteit van het LIJ te bepalen. We lichten de onderdelen hieronder toe.

De onderzoekers hebben steeds nauw contact gehouden met de contactpersonen bij de Raad in Utrecht en Rotterdam om op die manier de dataverzameling soepel te laten verlopen. Alle raadsonderzoekers die hebben meegewerkt aan het onderzoek hebben een training gevolgd in het afnemen van het LIJ. De raadsonderzoeker baseert zich bij het invullen van het LIJ op informatie die verkregen is in een gesprek met de jongere, op informatie uit een interview met de ouder(s) en op informatie van een contactpersoon van de school. Bij de start van de dataverzameling is de onderzoekslast zoveel mogelijk verdeeld in verhouding tot de capaciteit van de teams bij de Raad in Rotterdam en de Raad in Utrecht.

1) Dataverzameling ten aanzien van de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid

We hebben in totaal 28 instrumentaria, verdeeld over beide locaties van de Raad in de periode januari 2011 tot half juli 2011. Er werd beoogd de instrumenten telkens drie keer te laten invullen: tweemaal door eenzelfde raadsonderzoeker (zijn/haar tweede meting vond één maand na de eerste meting plaats) en eenmaal door een collega raadsonderzoeker. Het gesprek met de jongere en het gesprek met de ouders dat nodig is om het LIJ in te vullen, werd hiervoor met een geluidsrecorder opgenomen. Deze geluidsopname vormt de basis voor de hermeting van de raadsonderzoekers. De interbeoordeling van de collega- raadsonderzoekers is idealiter gebaseerd op fysieke aanwezigheid bij de gesprekken die worden afgenomen voor het LIJ. Wanneer het voor de collega raadsonderzoekers echter niet mogelijk was om fysiek bij het gesprek met de jongere en met de ouders aanwezig te zijn, hebben zij ook gebruik kunnen maken van de geluidsopname. De eerste optie (fysieke aanwezigheid) had de voorkeur boven gebruikmaking van de geluidsopname, omdat hierbij ook non-verbale signalen meegenomen kunnen worden. In de praktijk bleek de fysieke aanwezigheid van de tweede beoordelaar bij het afnemen van het LIJ in veel gevallen om logistieke redenen niet mogelijk te zijn. In totaal waren bij vier onderzoeken de collega-raadsonderzoekers fysiek aanwezig bij het gesprek en is in zeventien gevallen gebruik gemaakt van de geluidsopname¹. Indien de jongere zelf of de ouders van een jongere bezwaar maakten tegen de geluidsopname, zijn de betreffende casussen niet meegenomen in het onderzoek.

Tabel 2.1 geeft een overzicht van de verzamelde instrumentaria op beide locaties. In totaal werden 28 instrumenten 2A in het onderzoek betrokken. Dit was enerzijds gezien de werkdruk van de raadsonderzoekers het maximaal haalbare resultaat. Anderzijds was het feit dat ouders en/of jongeren geen toestemming verleenden voor het maken van een geluidsopname voor het onderzoek een belangrijke reden voor het beperkte aantal verzamelde instrumentaria.

¹ Gezien het lage aantal gevallen waarin een raadsonderzoeker fysiek bij het gesprek aanwezig was, kon er geen betrouwbare analyse worden uitgevoerd om een eventueel effect van methode uit te sluiten of aan te tonen.

We merken hier op dat er geen instrumenten 2B aanwezig waren bij de verzamelde instrumenten. In de periode van het onderzoek is de afname van 2B bij de deelnemende raadsonderzoekers niet aan de orde geweest ofwel hebben de ouders of de jongere in die gevallen geen toestemming voor inclusie in het onderzoek gegeven. Zodoende kan het huidige onderzoek zich uitsluitend richten op selectie-instrument 2A.

Tabel 2.1 Verzamelde instrumentaria 2A Raad voor de Kinderbescherming

	Eerste beoordeling	Intrabeoordeling (hermeting)	Interbeoordeling (tweede beoordelaar)
Rotterdam	24	6	18
Utrecht	4	1	3
Totaal	28	7	21

2) Dataverzameling ten aanzien van de convergente validiteit

Voor het bepalen van de convergente validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren in het LIJ hebben we gebruikgemaakt van 61 instrumenten 2A met aanvullende diagnostiek in de vorm van de SDQ/SPsy. De dataverzameling vond plaats in de periode van januari tot en met april 2011.

Uit resultaten van een scriptieonderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de SDQ (Boonekamp, Wissink, Stams & van der Laan, 2010) bleek (na afloop van de dataverzameling van het huidige onderzoek) dat een normale populatie jeugdigen meer hyperactiviteit/aandachtsproblemen en minder prosociaal gedrag rapporteerden dan een groep delinquente jeugdigen. Ook bleken de subschalen gedragsproblemen en problemen met leeftijdsgenoten van de SDQ anders geïnterpreteerd te worden door oudere groepen jeugdigen dan door jonge adolescenten. De resultaten wezen ten slotte op een lage betrouwbaarheid van de SDQ. Deze bevindingen trekken de betrouwbaarheid en validiteit van de SDQ voor het meten van psychische problemen bij delinquente jeugdigen in twijfel. Er is daarom besloten om de uitkomsten van het onderzoek naar de convergente validiteit tussen het LIJ en de SDQ/SPsy niet in het hoofdrapport, maar in bijlage 3 van dit rapport te beschrijven en geen conclusies te trekken over de mate van convergente validiteit.

Achtergrondkenmerken van de casussen

De steekproef van casussen in dit onderzoek kwam gaandeweg tot stand en is dus niet vooraf samengesteld op basis van bijvoorbeeld de hoogte van het algemene recidiverisico van jongeren. Indien de looptijd van het onderzoek langer was geweest, zouden er meer mogelijkheden zijn om de 'groeiende' steekproef naar wens bij te stellen. Een analyse op enkele achtergrondkenmerken zoals geslacht en de verschillende risicoprofielen laat de volgende verdeling zien in de verzamelde instrumentaria ten behoeve van het betrouwbaarheidsonderzoek:

Voor achttien jongens en drie meisjes is het LIJ 2A ingevuld. Drie jongeren hebben een laag algemeen recidiverisico (ARR), dertien jongeren een midden ARR en vier jongeren een hoog ARR. Verder hebben veertien jongeren een laag risico op geweld tegen personen (RGP), twee jongeren een middel RGP en vier jongeren een hoog RGP. Ten slotte hebben veertien jongeren een lage score op het dynamisch risicoprofiel, drie jongeren een middelhoge score en drie jongeren een hoge score. Van één casus die is meegenomen in het interbeoordelaarsbetrouwbaarheidsonderzoek is de ARR, RGP en het dynamisch risicoprofiel onbekend.

2.4 Analyse

Inhoudsvaliditeit

Deze vorm van validiteit kan moeilijk cijfermatig worden vastgesteld. We baseren ons op definities en aspecten van psychisch disfunctioneren volgens de literatuur. Aan de hand van deze resultaten gaan we na in hoeverre de zorgindicatoren zoals gemeten in het LIJ in meer of mindere mate het construct van psychisch disfunctioneren meten.

Intra- en interbeoordelaarsbetrouwbaarheid

De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (inter- en intra-) wordt vastgesteld ten aanzien van twee domeinen:

1. scores (laag, midden, hoog) op de verschillende risicodomeinen: ARR, RGP en DRP;
2. scores (laag, midden, hoog) op de indicatoren voor psychisch disfunctioneren;

Afhankelijk van het meetniveau van de data kan de overeenkomst tussen twee beoordelaars worden berekend met:

- product-moment-correlatiecoëfficiënt bij interval of rationiveau;
- spearman's ρ bij ordinaal meetniveau;
- Cohens κ bij nominale variabelen.

De scores op de risicodomeinen en de indicatoren voor psychisch disfunctioneren worden op ordinaal niveau gemeten. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt voor deze domeinen daarom onderzocht met Spearman's ρ . Spearman's ρ kan variëren van 0 tot 1. In de literatuur wordt veelal een overeenkomst van .80 gezien als een grenswaarde voor een goede overeenkomst tussen twee beoordelaars (Gwet, 2010).

Convergente validiteit

De convergente validiteit wordt in dit onderzoek vastgesteld door de indicatoren van zorg gemeten in het LIJ te vergelijken met de SDQ/Spsy. Hierbij is het uitgangspunt dat er een bepaalde mate van overeenstemming moet zijn in de resultaten van beide instrumenten. Hoe hoger de correlatie (r) tussen de resultaten van beide test, hoe hoger de convergente validiteit. Er worden verschillende vuistregels gehanteerd wat betreft de grootte van een

correlatie. Deze vuistregels zijn echter arbitrair en hangen af van de context waarin het verband wordt gemeten (Evers, Lucassen, Meijer & Sijtsma, 2010). Om toch enige richting te geven, markeren we in dit onderzoek de correlaties die significant zijn bij $p < .01$ en die groter dan of gelijk zijn aan .50.

2.5 Samenvatting

Het huidige onderzoek heeft tot doel de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van het LIJ en de validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren te bepalen. Hiervoor hebben we een literatuurstudie verricht waarbij de kennis van een inhoudelijk expert is gebruikt. Daarnaast hebben we een dataverzameling uitgevoerd bij de Raad voor de Kinderbescherming in Rotterdam en Utrecht. Hierbij zijn 28 ingevulde instrumenten 2A (waarvan 7 door dezelfde beoordelaar en 21 door een collega zijn beoordeeld) en 61 instrumenten 2A met aanvullende SDQ/SPsy verzameld. De verzamelde data hebben we geanalyseerd om zicht te krijgen om de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van het LIJ en de overeenkomst tussen het LIJ en de SDQ/SPsy.

3 INHOUDSVALIDITEIT VAN INDICATOREN VOOR PSYCHISCH DISFUNCTIONEREN

3.1 Inleiding

Dit hoofdstuk gaat in op de vraag of de zorgindicatoren in het LIJ een representatieve afspiegeling vormen van psychisch disfunctioneren. Om dit te onderzoeken hebben we een literatuuronderzoek uitgevoerd. We lichten toe welke indicatoren voor psychisch disfunctioneren worden gemeten in het LIJ, we beschrijven de resultaten van het literatuuronderzoek en bespreken wat de resultaten betekenen voor de inhoudsvaliditeit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren in het LIJ.

3.2 Indicatoren voor psychisch disfunctioneren in het LIJ

Naast het inschatten van het Algemene Risico op Recidive (ARR), het Risico op Geweld tegen Personen (RGP) en de aanwezigheid van criminogene- en protectieve factoren, heeft het LIJ ook het doel signalen van een zorgwekkende opgroei- en opvoedsituatie bij jongeren op te merken. Deze signalen hebben niet in alle gevallen direct te maken met het delictgedrag of de kans op recidive, maar zijn wel zorgwekkend omdat ze de aanwezigheid van psychische problemen bij jongeren indiceren.

In onderdeel 2A van het LIJ geeft de raadsonderzoeker een oordeel over de mate waarin indicatoren voor psychisch disfunctioneren (de zorgindicatoren) aanwezig zijn. Dit oordeel baseert de raadsonderzoeker op een aantal items uit verschillende domeinen van het LIJ (zie bijlage 1 en tabel 3.1 en 3.2). Op basis van het schema 'weging van zorg' die in het LIJ 2A wordt ingevuld, geeft de raadsonderzoeker een advies over eventuele doorverwijzing van de jongere naar de hulpverlening of voor een aanvullend civiel onderzoek binnen de Raad voor de Kinderbescherming.

Hieronder geven we een overzicht van de items die zijn ingezet in het LIJ als indicatie voor psychisch disfunctioneren bij jongeren. De indicatoren zijn gebaseerd op onderzoek van het Baro, waaruit deze als beste voorspellers voor de aanwezigheid van psychopathologie naar voren kwamen (Doreleijers et al, 1999). De indicatoren voor psychisch disfunctioneren delen we in twee typen in:

- (1) symptomen van psychisch disfunctioneren;
- (2) risicofactoren voor psychisch disfunctioneren.

Met het in kaart brengen van symptomen in het LIJ probeert men de daadwerkelijke aanwezigheid van psychische problemen bij jongeren te meten. Met behulp van de risicofactoren worden signalen van de jongere of binnen zijn/haar omgeving gemeten die sterk samenhangen met de

aanwezigheid van psychische problemen (bijvoorbeeld middelenmisbruik van de ouders of het hebben van deviante vrienden). Als er veel risicofactoren aanwezig zijn bij een jongere is de kans groter dat er sprake is van psychische problematiek. In de onderstaande tabellen beschrijven we ook aan welk type psychische problemen de indicatoren gerelateerd zijn.

Tabel 3.1 Symptomen van psychisch disfunctioneren in het LIJ

Domein	Item	Inhoud item ¹	Psychische problemen
School	1.10	Spijbelen	Gedragsproblemen
Gezin	3.3	Ongehoorzaamheid van de jeugdige aan ouders	Gedragsproblemen
Gebruik alcohol en drugs	6.1a	Alcoholgebruik jeugdige	Middelenmisbruik
Gebruik alcohol en drugs	6.2a	Drugsgebruik jeugdige	Middelenmisbruik
Geestelijke gezondheid	7.2a	Diagnose psychische problemen	Aanwezigheid psychische problemen
Geestelijke gezondheid	7.2b	Diagnose psychische stoornissen	Aanwezigheid psychische problemen
Geestelijke gezondheid	7.4	Pijnklachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak gevonden is bij medisch onderzoek	Psychosomatische klachten
Geestelijke gezondheid	7.5	Problematische stemming	Depressieve gevoelens
Geestelijke gezondheid	7.6	Automutilatie	Internaliserende problemen
Geestelijke gezondheid	7.8	Suïcidale gedachten of gedragingen	Internaliserende problemen
Agressie	9.1	Mate waarin jeugdige denkt dat schreeuwen en verbale agressie geschikt zijn voor het oplossen van een conflict	Gedragsproblemen
Agressie	9.2	Mate waarin jeugdige denkt dat vechten en fysieke agressie geschikt zijn voor het oplossen van een conflict	Gedragsproblemen
Agressie	9.3	Meldingen van gewelddadig gedrag	Gedragsproblemen
Agressie	9.4	Meldingen seksueel gewelddadig gedrag	Gedragsproblemen
Vaardigheden	10.2	Impulsiviteit, handelen alvorens na te denken	Aandachtsproblemen
Vaardigheden	10.3	Heeft geen controle over agressie	Gedragsproblemen

Bron: Deze indicatoren voor zorg zijn afkomstig uit de tabel 'weging van zorg' van de handleiding 2a en 2B, tevens opgenomen in bijlage 1 van dit rapport.

¹ Voor een eenduidige interpretatie in dit rapport zijn sommige items geherformuleerd naar een negatieve strekking, bijvoorbeeld: 3.3 'gehoorzaamheid van de jeugdige aan de ouders' wordt in dit rapport 'ongehoorzaamheid van de jeugdige aan de ouders' genoemd.

Tabel 3.2 Risicofactoren voor psychisch disfunctioneren in het LIJ

Domein	Item	Inhoud item ²	Psychische problemen
School	1.1	Gering aantal dagen dagbesteding	Aanwezigheid psychische problemen
School	1.7	De jeugdige hecht geen belang aan onderwijs	Aanwezigheid psychische problemen
School	1.8	Slechte schoolprestaties	Aanwezigheid psychische problemen
School	1.9a	Negatief gedrag op school	Gedragsproblemen
Gezin	3.4	Afwezigheid ouderlijk toezicht	Gedragsproblemen/aandachtsproblemen
Gezin	3.5a/b	Gebrek aan opstellen en toezien op naleven van regels door ouders	Gedragsproblemen/aandachtsproblemen
Gezin	3.6	Gebrek aan bestraffing van ongewenst gedrag door ouders	Gedragsproblemen/aandachtsproblemen
Gezin	3.7	Problemen van gezinsleden	Aanwezigheid psychische problemen
Vrije tijd	4.3	Problematische vrijetijdsbesteding	Gedragsproblemen
Relaties	5.1	Antisociale vrienden	Gedragsproblemen
Relaties	5.2	Bewondering/imitatie van antisociaal gedrag	Gedragsproblemen
Relaties	5.3	Weinig weerstand tegen antisociale leeftijdsgenoten	Gedragsproblemen
Geestelijke gezondheid	7.1	Verstandelijke beperking	Gedragsproblemen
Geestelijke gezondheid	7.2c	Medicatie	Aanwezigheid psychische problemen
Geestelijke gezondheid	7.7	Gevaarlijke dingen vroeger	Gedragsproblemen
Geestelijke gezondheid	7.9	Slachtoffer van verwaarlozing	Aanwezigheid psychische problemen
Geestelijke gezondheid	7.10	Lichamelijke mishandelingen binnen gezin	Aanwezigheid psychische problemen
Geestelijke gezondheid	7.11	Getuige van huiselijk geweld	Aanwezigheid psychische problemen
Geestelijke gezondheid	7.12	Ervaringen met geweld buiten het gezin	Aanwezigheid psychische problemen
Geestelijke gezondheid	7.13	Seksueel misbruik	Aanwezigheid psychische problemen

Bron: Deze indicatoren voor zorg zijn afkomstig uit de tabel 'weging van zorg' van de handleiding 2a en 2B, tevens opgenomen in bijlage 1 van dit rapport.

In de volgende paragraaf beschrijven we de mate waarin de indicatoren voor psychisch disfunctioneren in de weging van zorg in het LIJ (zie tabel 3.1 en 3.2) overeenkomen met de wetenschappelijke literatuur op dit terrein. Hiervoor hanteren we de tweedeling tussen symptomen en risicofactoren. We

² Voor een eenduidige interpretatie in dit rapport zijn sommige items geherformuleerd naar een negatieve strekking, bijvoorbeeld: 3.3 'gehoorzaamheid van de jeugdige aan de ouders' wordt in dit rapport 'on gehoorzaamheid van de jeugdige aan de ouders' genoemd.

beschrijven eerst de overeenkomst met de literatuur met betrekking tot de symptomen en gaan vervolgens in op de overeenkomst met betrekking tot de risicofactoren.

3.3 Inhoudsvaliditeit

3.3.1 Prevalentie van psychisch disfunctioneren

Een groot gedeelte van de Nederlandse jeugd kampt met psychosociale problemen. Uit het onderzoek Health Behaviour in School-aged Children (HBSC; Dorsselaer, Zeijl, Van den Eeckhout, Ter Bogt, & Vollebergh, 2007) komt bijvoorbeeld naar voren dat een kwart van de vmbo-leerlingen en tien procent van de vwo-leerlingen aangeeft last te hebben van psychosociale problemen. De meest voorkomende psychische stoornissen bij Nederlandse adolescenten zijn angststoornissen, depressie, gedragsstoornissen, middelenmisbruik en aandachtsproblemen (Verhulst, Van der Ende, Ferdinand & Kasius, 1997). Psychisch disfunctioneren blijkt vaker voor te komen bij jongeren die in contact komen met de jeugdrechtbank dan bij de gemiddelde adolescent (Doreleijers, 1995; Teplin et al., 2002). Met name externaliserende problemen (waaronder gedragsproblemen en aandachtsproblemen) komen (niet verwonderlijk) vaker voor bij jongeren die in contact zijn geweest of komen met justitie dan bij adolescenten in de algemene bevolking. Gedragsproblemen liggen overigens niet bij alle jongeren die in aanraking komen met justitie ten grondslag aan hun delinquente gedrag (Doreleijers, 1995; Vermeiren, De Clippele, Konings, & Deboutte, 2000). Verder komen ook problemen in het internaliserende spectrum, zoals angst, teruggetrokkenheid, depressieve gevoelens en psychosomatische klachten, vaker voor bij jongeren die in contact komen met justitie dan bij adolescenten in de algemene bevolking.³ De hoge prevalentie van psychisch disfunctioneren onder delinquente jongeren laat zien dat het hoogst relevant is om deze doelgroep te screenen op de aanwezigheid van psychische problematiek.

3.3.2 Symptomen van psychisch disfunctioneren in het LIJ

Om te onderzoeken of de belangrijkste symptomen van psychisch disfunctioneren aanwezig zijn in het schema 'weging van zorg' in het LIJ, sluiten we, op advies van professor Pol van Lier⁴, aan bij de internationaal meest gebruikte instrumenten voor het opsporen van psychische problemen bij jongeren. De instrumenten zijn in Nederland algemeen geaccepteerd,

³ Uit onderzoek blijkt dat externaliserende problematiek vaker voorkomt onder jongens, terwijl meisjes vaker internaliserende problemen hebben. Omdat jongens zijn oververtegenwoordigd in de groep jongeren die met justitie in aanraking komen, valt te verwachten dat externaliserende problematiek vaker aan de orde is dan internaliserende problemen.

⁴ Pol van Lier is hoogleraar ontwikkelingspsychopathologie aan de Vrije Universiteit in Amsterdam.

worden veelvuldig gebruikt in de praktijk en zijn goed onderzocht op betrouwbaarheid en validiteit. Deze instrumenten zijn:

1. Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)
2. Diagnostic Interview Schedule of Children (DISC)
3. Achenbach System of Empirically Based Assessment (ASEBA)

We beschrijven kort de opzet en wetenschappelijke onderbouwing van deze instrumenten en geven in tabel 3.3 een overzicht van de verschillende typen van psychische problemen die deze instrumenten meten.

1) SDQ

De SDQ is ontwikkeld door Robert Goodman en heeft als doel het signaleren van de aanwezigheid en de aard van psychische problemen bij jongeren. De SDQ is korter dan de ASEBA-lijsten en de DISC en bevat slechts 25 items. Hiermee heeft dit instrument meer dan de andere twee het karakter van een screeningsinstrument. Er is zowel een ouderversie als kindversie van de vragenlijst. De psychometrische eigenschappen van de SDQ zijn zowel in Amerika als in Nederland onderzocht in normale populaties kinderen en adolescenten en worden als voldoende beschouwd (Goodman, 2001; Muris, Meesters & Van den Berg, 2003; Widenfelt, Goedhart, Trefers & Goodman, 2003)⁵. De SDQ is genormeerd en geeft op verschillende domeinen een score die toont of het gedrag van de jongere binnen de normale- of binnen de klinische range valt.

2) DISC

De DISC is een gestructureerd klinisch interview dat wordt afgenomen bij kinderen en bij ouders om tot een zogenaamde DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders; APA, 2000) diagnose te komen. De DSM wordt in de meeste landen, waaronder in Nederland, gezien als standaard voor de psychiatrische diagnostiek. De DISC heeft een vrij complete diagnostische dekking en komt in meerdere valideringsonderzoeken als valide en betrouwbaar uit de bus (Edelbrock & Costello, 1988; Shaffer et al., 2000; Ferdinand et al., 2004). De DISC bevat verschillende soorten vragen. De 'stamvragen' zijn breed en sensitief en vragen naar de meest essentiële aspecten van symptomen. De 'contingente vragen' zijn een vervolg op de stamvragen en gaan dieper in op de frequentie, de duur en de intensiteit van de symptomen. We zullen onze analyse beperken tot de stamvragen van de DISC.

3) ASEBA

Voor het inventariseren van internaliserende en externaliserende problemen heeft Tom Achenbach in de jaren negentig meerdere vragenlijsten ontwikkeld, die inmiddels wereldwijd worden gebruikt. Deze lijsten kunnen door de ouders of verzorgers worden ingevuld (Child Behavior Checklist; CBCL), maar ook door leerkrachten (Teacher Report Form; TRF) en door jeugdigen van elf tot

⁵ Een scriptieonderzoek trekt echter de betrouwbaarheid en validiteit van de SDQ voor het screenen van psychische problemen onder delinquente jongeren in twijfel (Boonekamp, Wissink, Stams & van der Laan, 2010).

en met achttien jaar zelf (Youth Self Report; YSR). De betrouwbaarheid en de validiteit van de ASEBA-vragenlijsten zijn herhaaldelijk aangetoond in (inter)nationaal onderzoek (Achenbach, 1991; Verhulst, van der Ende, & Koot, 1996; 1997). De vragenlijsten kennen acht probleemschalen en zijn genormeerd voor de Nederlandse populatie. De score op de lijsten levert voor de jongere een profiel op waarin staat aangegeven of de jongere boven de klinische norm uitkomt of tot de normale populatie behoort.

Tabel 3.3 Typen van psychische problemen in SDQ, DISC en ASEBA

Instrument	Psychische problemen
SDQ	Gedragsproblemen ADHD Emotionele problemen Sociale problemen Prosociaal gedrag
DISC	Gedragsstoornissen (ook aandachtsproblemen) Stemmingsstoornissen Angststoornissen Middelenmisbruik Schizofrenie (komt slechts beperkt aan de orde) Gemengd (o.a. eetstoornissen)
ASEBA	Externaliserend gedrag <ul style="list-style-type: none"> • Agressief gedrag • Normafwijkend gedrag • Aandachtsproblemen Internaliserend gedrag <ul style="list-style-type: none"> • Angstig/depressief • Teruggetrokken/depressief • Lichamelijke klachten Sociale problemen Denkproblemen (psychose, schizofrenie)

De typen psychische problemen die gemeten worden in de verschillende instrumenten vertonen, logischerwijs, een grote overlap. Binnen het externaliserende spectrum komen in alle drie de instrumenten gedragsproblemen en aandachtsproblemen (ADHD) voor. Binnen het internaliserende spectrum gebruiken de verschillende instrumenten een wat andere terminologie, maar ze omvatten alle drie in ieder geval angstklachten, depressieve klachten en psychosomatische klachten.

Er zijn echter ook verschillen in de drie instrumenten. Doordat de SDQ een echte screeningslijst is en daardoor korter is dan de ASEBA-lijsten, bevat de SDQ ook minder verschillende typen psychische problemen. Het is wel relevant om hieraan toe te voegen dat door het Trimbos Instituut een uitbreiding van de SDQ is ontwikkeld waarin onder andere psychotische kenmerken en middelenmisbruik aan de orde komen (de SPsy; Van Oort, Van 't Land, & De Ruiters, 2006). Er zijn echter nog onvoldoende gegevens beschikbaar over de validiteit en betrouwbaarheid van de SPsy. In

tegenstelling tot de ASEBA-lijsten en de SDQ is de DISC een rechtstreekse afleiding van de DSM-IV. Dit verklaart ook de verschillen die er zijn tussen de DISC en de andere instrumenten. Binnen de DISC wordt bijvoorbeeld middelenmisbruik gemeten, terwijl dit niet als categorie voorkomt in de andere instrumenten. Verder zien we dat sociale problemen als aparte categorie wordt genoemd in ASEBA en de SDQ. Met sociale problemen wordt bedoeld dat de jongere weinig omgang heeft met andere leeftijdsgenoten, geen vrienden heeft, gepest wordt en/of afgewezen wordt door leeftijdsgenoten. In de DISC vallen sociale problemen in de categorie 'sociale fobie' dat weer een onderdeel is van angststoornissen. Hiermee gaat de DISC dus uitsluitend in op sociale problemen als angstprobleem en niet als probleem in sociale relaties. Ten slotte worden psychotische kenmerken enkel gemeten in ASEBA (denkproblemen) en in de DISC (schizofrenie), maar niet in de SDQ.

In overeenkomst met de typen psychische problemen die voorkomen in de hierboven genoemde instrumenten, zou het LIJ de volgende symptomen van psychisch disfunctioneren moeten bevatten: gedragsproblemen, aandachtsproblemen, angstklachten, depressieve klachten, psychosomatische klachten, middelenmisbruik, sociale problemen en psychotische kenmerken. Als we kijken naar tabel 3.1 valt op dat angstklachten en psychotische kenmerken nu niet voorkomen als symptoom van psychisch disfunctioneren in het LIJ. Ook komen sociale problemen niet voor als symptoom van psychisch disfunctioneren in de weging van zorg. Het LIJ gaat in het domein relaties in op de leeftijdsgenoten waar de jongere mee omgaat. De focus ligt hierbij op omgang met antisociale leeftijdsgenoten; een risicofactor voor gedragsproblemen (zie items 5.1, 5.2 en 5.3 in tabel 3.2). Onder sociale problemen wordt verstaan dat een jongere wordt gepest, afgewezen en weinig tot geen omgang heeft met leeftijdsgenoten. Deze symptomen van psychisch disfunctioneren komen niet voor in de weging van zorg in het LIJ.⁶ Verder valt op dat items die gedragsproblemen meten relatief oververtegenwoordigd zijn in het LIJ, terwijl aandachtsproblemen en klachten in het internaliserende spectrum slechts met enkele items worden gemeten. Uit onderzoek blijkt juist dat aandachtsproblematiek (als symptoom van ADHD) zéér kenmerkend is voor jongeren die al vroeg starten met criminaliteit en waarschijnlijk oververtegenwoordigd zullen zijn in de groep jongeren bij wie het LIJ wordt afgenomen (Moffitt & Caspi, 2001; Moffitt, Caspi, Dickson, Silva, & Stanton, 1996).

3.3.3 Risicofactoren van psychisch disfunctioneren in het LIJ

In de paragrafen hiervoor hebben we symptomen van psychisch disfunctioneren beschreven volgens drie gerenommeerde (internationale) instrumenten. Nu zullen we nader ingaan op de risicofactoren van psychisch

⁶ Gepest worden en sociale afwijzing komen wel elders in het LIJ aan bod (bv in 2B item 5.6 Is de jeugdige weleens gepest?), maar zijn geen onderdeel van de weging van zorg.

disfunctioneren.⁷ Daarbij bekijken we welke belangrijkste risicofactoren uit de literatuur naar voren komen van symptomen van psychisch disfunctioneren die in (de weging van zorg) in het LIJ voorkomen. Zodoende blijven risicofactoren voor sociale problemen en psychotische kenmerken hier buiten schot. In aansluiting op de vormen van psychisch disfunctioneren die in de vorige paragraaf naar voren zijn gekomen, maken we onderscheid tussen risicofactoren voor problemen in het externaliserende spectrum (gedragsproblemen, agressie, aandachtsproblemen) en in het internaliserende spectrum (stemmingsproblemen, angst- en psychosomatische klachten).

Risicofactoren voor psychisch disfunctioneren komen in verschillende contexten voor. Om een ordening aan te brengen wordt in de literatuur vaak onderscheid gemaakt tussen factoren op individueel niveau, op microsysteemniveau en op macrosysteemniveau (cf. Bronfenbrenner, 1986). Op individueel niveau gaat het om risicofactoren die in het kind/de jongere aanwezig zijn, zoals een moeilijk temperament of aandachtsproblemen. Onder het microsysteem wordt de directe omgeving van de jongere (of het kind) verstaan. Hierbij moet worden gedacht aan risicofactoren binnen het gezin, de vriendengroep en school. Het macrosysteem omvat risicofactoren die verder van de jongere af staan, zoals de woonomgeving of sociaaleconomische status van het gezin. Overigens blijkt uit onderzoek dat er sprake is van een cumulatief effect; de kans op psychische problematiek neemt toe wanneer jongeren te maken krijgen (hebben) met meerdere risicofactoren (Stouthamer-Loeber, Loeber, Farrington & Wikstrom, 2002).

We geven hieronder een overzicht van de belangrijkste risicofactoren⁸ die (volgens de literatuur) samenhangen met enerzijds externaliserende en anderzijds internaliserende problematiek, ingedeeld volgens de drie niveaus van Bronfenbrenner. Van deze risicofactoren is uit empirisch onderzoek bekend dat ze in sterke mate samenhangen met psychisch disfunctioneren. Daarnaast kiezen we ervoor factoren buiten beschouwing te laten waar in de praktijk – bij het invullen van het LIJ – geen goed zicht op is en dus geen directe toegevoegde waarde zullen bieden bij de risicoschets van de jongere.⁹ Het LIJ dient immers als een eerste taxatie van zorgsignalen. Wanneer er sprake is van zorgsignalen moet dit aanleiding zijn voor een verdergaand onderzoek. Met andere woorden: we moeten rekening houden met de praktische context waarin het LIJ wordt gebruikt.

⁷ Risicofactoren verhogen het risico op een negatieve uitkomst (psychisch disfunctioneren). Het tegenovergestelde van risicofactoren zijn protectieve of beschermende factoren tegen negatieve uitkomsten.

⁸ De tabellen geven geen uitputtend overzicht weer van alle factoren die verondersteld worden samen te hangen met psychisch disfunctioneren, maar alleen die factoren die in empirisch (internationaal) onderzoek herhaaldelijk terugkeren als zijnde een voorspellende factor.

⁹ Ter illustratie, prenatale factoren, zoals roken door de moeder tijdens de zwangerschap, is een bekende risicofactor voor psychisch disfunctioneren bij het nageslacht, maar het voert te ver om deze factoren in een praktisch risicotaxatie-instrument zoals het LIJ op te nemen.

Zoals blijkt uit tabel 3.4 spelen de factoren op alle drie de niveaus een rol als het gaat om een verhoogde kans op externaliserende problematiek. Op het individuele niveau zien we dat verschillende factoren in het kind zelf een rol spelen, zoals geslacht (jongens hebben meer kans op gedragsproblematiek dan meisjes), beperkte cognitieve vermogens en sociale vaardigheden en een moeilijk temperament (moeilijk in de omgang, moeite met aanpassen aan nieuwe situaties en dergelijke). Op het niveau van het microsysteem van een kind of jongere valt op dat zowel ouderlijke factoren als invloed van vrienden externaliserende problematiek voorspellen. Onder andere een conflictueuze relatie tussen ouder(s) en kind, beperkte opvoedingsvaardigheden of psychische problemen bij de ouder(s) en het alleenstaande ouderschap dragen bij aan de ontwikkeling van externaliserende problematiek van jongeren. Jongeren die omgaan met deviante vrienden of die worden afgewezen door hun leeftijdsgenoten hebben ook een verhoogde kans op (persistent) probleemgedrag. Overigens veronderstellen Patterson en collega's in het Coercion Model (1989) dat de invloed van ouderlijke opvoeding op probleemgedrag van kinderen afneemt naarmate kinderen ouder worden. In de adolescentie zou de invloed van vrienden (de 'peer group') op het gedrag van de jongere juist toenemen. Onderzoek laat inderdaad zien dat het verband tussen opvoeding van de ouders en probleemgedrag van de jongere met de leeftijd afneemt (Bosmans, Braet, Van Leeuwen & Beyers, 2008), terwijl de omgang met deviante vrienden in de adolescentie een belangrijke risicofactor wordt voor probleemgedrag op die leeftijd (Hawkins, Herrenkohl, Farrington, Brewer, Catalano & Harachi, 1998; Van Lier, Wanner en Vitaro, 2007).

Naast ouderfactoren en vriendenfactoren wordt op het niveau van het microsysteem ook de invloed van het meemaken van stressvolle gebeurtenissen belangrijk geacht. Tot slot zien we op het niveau van macrosysteem van een jongere dat het type leefomgeving (achterstandswijk, armoede) en de sociaaleconomische status van ouders (het gezin) de kans op probleemgedrag verhogen.

Tabel 3.4 Risicofactoren voor externaliserende problemen

Risicofactoren	Bron
<i>Individueel niveau</i>	
Geslacht	Moffitt, Caspi, Rutter, & Silva, 2001
Laag IQ/verminderd cognitief functioneren	Lipsey & Derzon, 1998 Moffitt & Caspi, 2001
Beperkte sociale vaardigheden	Moffitt & Caspi, 2001
Negatief zelfbeeld	Postma, 2008
Symptomen van ADHD	Moffitt & Caspi, 2001 Moffitt et al., 1996
Moeilijk temperament	Moffitt & Caspi, 2001
Slechte schoolprestaties	Hermanns, Öry, Schrijvers, 2005 Hinshaw, 1992
<i>Microsysteem</i>	
Ouder-kind (conflict)relatie/ Inadequate opvoedingsstijl	Ingoldsby et al., 2006 Lipsey & Derzon, 1998 Bender et al., 2007
Afwezig ouderlijk toezicht/monitoring	Pettit, Laird, Dodge, Bates & Criss, 2003
Stress bij ouder(s)	Mesman & Koot, 2000
Psychische problemen bij ouders	Lipsey & Derzon, 1998 Hermanns, Öry, Schrijvers, 2005
Risicofactoren	Bron
Alleenstaande ouder	Hermanns, Öry, Schrijvers, 2005
Deviante vrienden	Deater-Deckard, 2001 Rubin, Bukowski & Parker, 2006 Lipsey & Derzon, 1998
Sociale afwijzing	Barnow et al., 2005 Moffitt & Caspi, 2001
Slachtofferschap*	Arseneault et al., 2006
Stressvolle levensgebeurtenissen**	Kim, Conger, Elder, & Lorenz, 2003 Timmermans, Van Lier & Koot, 2010 Grant, Compas, Thurm, McMahon, & Gipson, 2004
<i>Macrosysteem</i>	
Lage SES***	Stouthamer-Loeber, Loeber, Wei, Farrington & Wikstrom, 2002
Armoede	Lipsey & Derzon, 1998
Achterstandswijk	Ingoldsby et al., 2006
	Stouthamer-Loeber, et al., 2002

* Slachtofferschap van seksueel/fysiek geweld of verwaarlozing.

** Een voorbeeld van een stressvolle gebeurtenis is echtscheiding van de ouders of overlijden van een dierbare.

*** SES=Sociaaleconomische status.

Ook risicofactoren voor het ontwikkelen van internaliserende problemen doen zich op alle drie de niveaus van Bronfenbrenner voor. Tabel 3.5 laat zien dat zowel bij de ontwikkeling van internaliserende problemen als bij externaliserende problemen voor een groot deel dezelfde factoren een rol spelen. Dit geldt bijvoorbeeld voor stressvolle levensgebeurtenissen, stress bij de ouder(s), alleenstaand ouderschap en een lage SES of kansarme woonomgeving. Ten dele geldt dit ook voor psychische problematiek bij de

ouders: depressie bij de moeder wordt als risicofactor van internaliserende problematiek opgemerkt.

Specifieke risicofactoren voor internaliserende problemen komen voor op het individuele niveau en in het microsysteem van de jongere. Individuele risicofactoren zijn geslacht (meisjes hebben meer kans op internaliserende problematiek dan jongens), teruggetrokken gedrag of sociale isolatie, een negatief zelfbeeld en de aanwezigheid van andere psychische problemen. Specifieke factoren binnen het microsysteem houden verband met de individuele factor teruggetrokken gedrag, zoals sociale afwijzing (afgewezen worden door leeftijdsgenoten, klasgenoten) en het hebben van beperkte of geen wederzijdse vriendschappen. Overigens verhoogt sociale afwijzing tevens de kans op externaliserende problematiek, zoals besproken bij tabel 3.4. Op het niveau van het macrosysteem zijn er geen risicofactoren te onderscheiden die specifiek samenhangen met internaliserende problematiek en niet met externaliserende problematiek.

Tabel 3.5 Risicofactoren voor internaliserende problemen

Risicofactoren	Bron
<i>Individueel niveau</i>	
Geslacht	Brage & Meredith, 1994 Allgood-Merten, Lewinshon & Hops, 1990
Teruggetrokken gedrag/isolatie	Rubin, Chen, McDougal, Bowker & McKinnon, 1995 Rubin, Burgess, & Coplan, 2002 Deater-Deackard, 2001
Negatief zelfbeeld	Postma, 2008 Orth, Robins & Roberts, 2008
Aanwezigheid andere psychische problemen	Lewinsohn et al., 1994
<i>Microsysteem</i>	
Alleenstaande ouder	Hermanns, Öry, Schrijvers, 2005
Stress bij ouder(s)	Mesman & Koot, 2000 Brage & Meredith, 1994
Depressie bij moeder	Garber & Flynn, 2001
Sociale afwijzing	Vitaro, Pedersen, & Brendgen, 2007 Witvliet, Van Lier, Brendgen, Koot & Vitaro, 2010
Beperkt wederzijdse vriendschappen	Pedersen, Vitaro, Barker & Borge, 2007 Pelkonen, Marttunen & Aro, 2003
Slachtofferschap	Hodges & Perry, 1999 Boivin, Hymel & Bukowski, 1995
Stressvolle levensgebeurtenissen*	Garber & Flynn, 2001 RIVM, 2000 Timmermans et al., 2010
<i>Macrosysteem</i>	
Lage SES**	RIVM, 2000
Kansarme buurt	Hermanns, Öry, Schrijvers, 2005

* Een voorbeeld van een stressvolle gebeurtenis is echtscheiding van de ouders of overlijden van een dierbare.

** SES=Sociaaleconomische status.

Nu we de belangrijkste risicofactoren voor psychisch disfunctioneren volgens de wetenschappelijke literatuur in kaart hebben gebracht, kunnen we een vergelijking maken met het LIJ. Risicofactoren voor psychisch disfunctioneren worden in het LIJ meegenomen door ze te scoren in het schema 'weging van zorg'. Dit is belangrijk om te vermelden, omdat het voor kan komen dat risicofactoren uit het literatuuronderzoek wél in het LIJ voorkomen, maar niet in de weging van zorg. Zodoende tellen dergelijke factoren niet mee als 'zorgsignaal'. Als deze situatie zich voordoet, maken we hier expliciet melding van. De risicofactoren voor psychisch disfunctioneren die in de weging van zorg binnen het LIJ zijn opgenomen (zie ook tabel 3.2), bestaan voor een groot deel uit items die te maken heeft met slachtofferschap van (seksueel) geweld binnen of buiten het gezin, getuige zijn daarvan of verwaarlozing. Een aantal andere risicofactoren (van gedragsproblemen) hebben te maken met de kwaliteit van opvoedingsvaardigheden van ouders (onder andere regels stellen en handhaven, toezicht). Verschillende items hebben te maken met de omgang met deviante leeftijdsgenoten en enkele items met schoolattitude en -prestaties. De overige items hebben betrekking op dagbesteding, medicatiegebruik en gevaarlijke dingen doen (vroeger).

Vergeleken met de literatuur valt ten eerste op dat het weegschema van zorg van het LIJ geen risicofactoren op het niveau van het macrosysteem bevat. In de weging van zorg komen de leefomstandigheden van de jongere (en het gezin) dus niet tot uitdrukking ten aanzien van het wonen in een kansarme wijk, armoede of de sociaal economische status van een gezin. In het LIJ 2B zijn wel enkele items opgenomen die inhaken op de leefomstandigheden van het gezin.¹⁰ Deze items zijn echter niet opgenomen in de tabel weging van zorg en wegen zodoende niet mee in het oordeel van de raadsonderzoeker over de aanwezigheid van zorgsignalen.

Als we de inhoud van het zorgschema in het LIJ vergelijken met de literatuur voor zowel externaliserende als internaliserende problemen zien we een overlap met risicofactoren in het microsysteem, namelijk leeftijdsgenoten waarmee de jongere omgaat (antisociale vrienden) en imitatie/bewondering van antisociaal gedrag, ouderfactoren zoals afwezigheid van ouderlijk toezicht, een ineffectieve opvoedstijl en psychische problemen bij de ouders, criminele gezinsleden en stressvolle levensgebeurtenissen zoals slachtofferschap (binnen of buiten het gezin). Risicofactoren zoals sociale afwijzing en gebrek aan wederzijdse vriendschappen komen echter minimaal aan bod in de weging van zorg in het LIJ. Alleen item 5.1 Leeftijdsgenoten waar de jeugdige zijn tijd mee doorbrengt, neemt een gebrek aan wederzijdse vriendschappen mee via de antwoordcategorie 'geen vrienden'. Verder is er in het LIJ 2B een aantal items aanwezig¹¹ dat het aspect sociale afwijzing meeneemt, maar

¹⁰ Deze items uit 2B zijn: 3.17 Opleidingsniveau van de ouders, 3.18 Beroepsniveau van de ouders en 3.19 Financiële situatie van het gezin.

¹¹ Deze items zijn uit 2B 1.11 Docenten, onderwijspersoneel en/of begeleiders waar de jeugdige een goed contact mee heeft en 5.6 Is de jeugdige wel eens gepest?

deze items zijn geen onderdeel van de weging van zorg. Hoewel risicofactoren met betrekking tot eenoudergezin en conflictueuze ouder-kindrelatie buiten beschouwing blijven in de weging van zorg binnen het LIJ, worden ze wel elders in het LIJ uitgevraagd.¹²

Overeenkomend met de literatuur worden in de weging van zorg in het LIJ individuele risicofactoren als slechte schoolprestaties en een verstandelijke beperking meegerekend. Teruggetrokken gedrag komt, hoewel slechts zijdelings, naar voren in het weegschema van zorg via het item 5.1 Leeftijdgenoten waar de jeugdige zijn tijd mee doorbrengt (via de antwoordcategorie 'geen vrienden'). Echter, de andere factoren die op dit niveau een rol spelen volgens de literatuur, namelijk een negatief zelfbeeld, geslacht, beperkte sociale vaardigheden en een moeilijk temperament staan niet in het weegschema van het LIJ. Deze laatste drie hebben overigens wel elders in het LIJ een plaats.¹³ Tot slot, enkele 'overige' items in het LIJ die betrekking hebben op medicatiegebruik, het aantal dagen dagbesteding en gevaarlijke activiteiten uit het verleden, komen niet terug in onze overzichten van risicofactoren.

3.3.4 De overeenkomst tussen indicatoren in het LIJ en de literatuur

Op basis van de voorgaande paragrafen constateren we dat het LIJ, zij het niet in totaliteit, symptomen van psychisch disfunctioneren bevat zoals beschreven in de literatuur. Gedragsproblemen, aandachtsproblemen, depressieve klachten, psychosomatische klachten en middelenmisbruik zijn in het LIJ vertegenwoordigd, maar angstklachten en psychotische kenmerken komen nu niet voor. Sociale problemen komen in een aantal items in het LIJ naar voren (gepest worden, sociale afwijzing), maar deze items worden niet meegenomen in de weging van zorg. Items die gedragsproblemen meten zijn relatief oververtegenwoordigd in het LIJ, terwijl aandachtsproblemen en klachten in het internaliserende spectrum beperkt voorkomen. De ontwikkelaars van het LIJ geven aan dat aandachtsproblematiek, internaliserende klachten en diverse psychotische problemen achterwege zijn gelaten in het LIJ omdat de - inmiddels standaard bij het LIJ af te nemen - SPsy bedoeld is om symptomen van dien aard te inventariseren.

Een groot deel van de risicofactoren beschreven in de literatuur op zowel het macro-, micro- als individueel niveau is vertegenwoordigd in het LIJ, maar ontbreekt in de weging van zorg. Met name individuele risicofactoren (o.a. beperkte sociale vaardigheden en negatief zelfbeeld) en factoren binnen het macrosysteem van de jongere (leven in een kansarme wijk, armoede, lage

¹² Item 3.1b Personen met wie de jeugdige op dit moment woont, 2A. Item 3.11 Is de jeugdige wel eens van huis weggelopen of uit huis gezet? 2B, item 3.14 Gezinsleden waar de jeugdige een goede band mee heeft, 2B.

¹³ Item 10.4 Beheerst/gebruikt vaardigheden voor het omgaan met anderen, 2A; item 4.1 Structurele vrije tijdsbesteding binnen een vereniging, 2A; en item 4.2 Positieve vrije tijdsbesteding buiten een vereniging, 2A.

SES) ontbreken in de weging van zorg. Hoewel een aantal belangrijke risicofactoren binnen het microsysteem van de jongere wel in het weegschema zijn opgenomen, ontbreken ook daar enkele belangrijke risicofactoren zoals sociale afwijzing, conflictueuze ouder-kindrelatie of het opgroeien in een eenoudergezin. De ontwikkelaars geven aan gekozen te hebben voor het opnemen van signalen van psychische problemen in de weging van zorg en geen risicofactoren. De risicofactoren leven in een kansarme wijk, armoede, lage SES en het opgroeien in een eenoudergezin zijn dan ook niet in de weging van zorg opgenomen, aangezien deze factoren op zichzelf geen symptomen van psychisch disfunctioneren vormen. Echter, gebrekkige sociale vaardigheden, sociale afwijzing en een conflictueuze ouder-kindrelatie zijn factoren die volgens de ontwikkelaars goed in de weging van zorg opgenomen zouden kunnen worden. Negatief zelfbeeld is echter door de ontwikkelaars buiten beschouwing gelaten in het instrumentarium omdat deze risicofactor in de context van een raadsonderzoek moeilijk is vast te stellen.

Uit het literatuuronderzoek kunnen we concluderen dat de selectie van items voor het meten van psychisch disfunctioneren in de weging van zorg in het LIJ onvolledig is. Hoewel sociale problemen als symptoom van psychisch disfunctioneren en een groot deel van de risicofactoren op het macro-, micro- en individuele niveau wel een plek hebben in het LIJ, komen ze niet terug in de weging van zorg. Deze indicatoren voor psychisch disfunctioneren worden dan ook niet meegewogen in het oordeel van de raadsonderzoeker over de aanwezigheid van zorgsignalen volgens het weging-van-zorg-schema. Dit belemmert de inhoudsvaliditeit van de weging van zorg ten aanzien van psychische problemen.

4 BETROUWBAARHEID VAN HET LIJ

4.1 Inleiding

In het vorige hoofdstuk is de inhoudsvaliditeit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren in het LIJ aan bod gekomen. We hebben daarin bekeken of de zorgindicatoren in het LIJ een representatieve afspiegeling vormen van psychisch disfunctioneren. In dit hoofdstuk wordt de betrouwbaarheid van het LIJ onderzocht. Waar het onderzoek naar de validiteit zich richt op de inhoud van het instrument, kan met een betrouwbaarheidsonderzoek de replicerbaarheid en nauwkeurigheid van het instrument worden vastgesteld. We onderzoeken op twee manieren de betrouwbaarheid van het LIJ. Om te beginnen bepalen we de mate van overeenkomst tussen metingen van verschillende beoordelaars, ofwel de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Ten tweede bepalen we de mate van overeenkomst tussen twee metingen van dezelfde beoordelaars, ofwel de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid. Bij deze twee vormen van beoordelaarsbetrouwbaarheid gaan we specifiek in op de mate van overeenkomst in scores op de risicodomeinen, zorgindicatoren, het Algemeen Recidive Risico (ARR), het Risico voor Geweld tegen Personen (RGP) en het dynamisch risicoprofiel.

4.2 Betrouwbaarheid tussen beoordelaars

Aan de hand van de mate van overeenkomst tussen verschillende beoordelaars onderzoeken we de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid. Twee raadsonderzoekers vullen over dezelfde jongere het LIJ in. Vervolgens analyseren we het verband tussen de scores van de beide raadsonderzoekers voor de risicodomeinscores, de zorgindicatoren, het Algemeen Recidive Risico (ARR), Risico voor Geweld tegen Personen (RGP) en het dynamisch risicoprofiel. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid wordt berekend aan de hand van Spearmans ρ . Hiervoor is gekozen omdat de scores een ordinaal meetniveau hebben. Als richtlijn voor een voldoende mate van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid hanteren we $\rho > .80$. Een hoge mate van interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (en dus een hoge score op Spearmans ρ) is een aanwijzing dat de scores van de verschillende raadsonderzoekers sterk met elkaar overeenkomen. De interbeoordelaarsbetrouwbaarheid is onderzocht aan de hand van 21 LIJ's die door twee verschillende raadsonderzoekers zijn ingevuld.

Risicodomeinen

Voor de helft van de domeinen in het LIJ is de overeenkomst tussen de risicodomeinscores van de verschillende raadsonderzoekers, uitgedrukt in Spearmans ρ , voldoende groot (zie tabel 4.3). Vooral het domein Alcohol en drugsgebruik, Agressie en Geestelijke gezondheid laten een hoge mate van

overeenkomst tussen beoordelaars zien. Echter, de overeenkomst op de overige domeinen is minder groot. Met name voor de domeinen Gezin en Vaardigheden is de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid vrij laag.

Tabel 4.1 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Spearman's ρ) per domein

Risicodomein	Spearman's ρ
1. School	.74*
2. Werk	.73*
3. Gezin	.54
4. Vrije tijd	.87*
5. Relaties	.87*
6. Alcohol en drugsgebruik	.98*
7. Geestelijke gezondheid	.89*
8. Attitude	.71*
9. Agressie	.90*
10. Vaardigheden	.61*

* Significant bij $p < .01$.

Zorgindicatoren

De overeenkomst tussen het oordeel over de indicatoren van zorg van de verschillende raadsonderzoekers is voor het merendeel van de zorg-indicatoren voldoende groot (Spearman's $\rho > .80$). Voor de zorgindicator Problemen in de thuissituatie is de overeenkomst tussen het oordeel van de verschillende raadsonderzoekers aan de lage kant. Voor de zorgindicatoren Geestelijke gezondheid en Agressie en impulsiviteit benadert de overeenkomst de grenswaarde van .80.

Tabel 4.2 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Spearman's ρ) zorgindicatoren

Rubriek zorgindicatoren	Spearman's ρ
A. Functioneren op school	.83*
B. Problemen in de thuissituatie	.70*
C. Functioneren in de vrije tijd	.95*
D. Relaties met leeftijdsgenoten	.83*
E. Gebruik alcohol en drugs	.88*
F. Geestelijke gezondheid	.77*
G. Risico op zichzelf schade toebrengen	.99*
H. Agressie en impulsiviteit	.77*
Zorgtotaalscore	.80*

* Significant bij $p < .01$.

Risicoscores ARR, RGP en dynamisch risicoprofiel

De risicoscores ARR en RGP vertonen voldoende samenhang tussen de verschillende raadsonderzoekers. Dit houdt bijvoorbeeld in dat een jongere die volgens een bepaalde raadsonderzoeker die het LIJ invult een hoge RGP score heeft, ook volgens een tweede raadsonderzoeker hoog scoort op RGP. De overeenkomst tussen raadsonderzoekers is minder groot wat betreft het dynamisch risicoprofiel. De gemiddelde overeenkomst is daarbij .73.

Tabel 4.3 Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Spearman's ρ) per risicoscore

Risicoscore	Spearman's ρ
Dynamisch risicoprofiel	.73*
Algemeen Recidive Risico (ARR)	.90*
Risico Geweld tegen Personen (RGP)	.99*

* Significant bij $p < .01$.

4.3 Betrouwbaarheid binnen beoordelaars

Net als bij de betrouwbaarheid tussen beoordelaars onderzoeken we met de betrouwbaarheidsanalyse binnen beoordelaars in welke mate er een overeenkomst is tussen scores van twee metingen, namelijk de oorspronkelijke meting en een hermeting van dezelfde beoordelaar één maand later. Aan de hand van Spearman's ρ stellen we vast wat het verband is tussen beide metingen voor de risicodomeinscores, de zorgindicatoren, het Algemeen Recidive Risico (ARR), Risico voor Geweld tegen Personen (RGP) en het dynamisch risicoprofiel. Ook hier nemen we de richtlijn van $p > .80$ voor een voldoende resultaat. Een hoge mate van intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid (en dus een hoge Spearman's ρ) is een aanwijzing dat de scores van de eerste en de tweede meting van de raadsonderzoekers sterk met elkaar overeenkomen. De intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid is onderzocht aan de hand van zeven LIJ's die tweemaal door raadsonderzoekers zijn ingevuld. Het gaat om een dusdanig laag aantal dat grote voorzichtigheid is geboden bij de interpretatie van de resultaten. Immers, de rol van toeval bij zowel het vinden van onvoldoende als voldoende overeenkomst binnen beoordelaars is behoorlijk.

Risicodomeinen

Voor negen van de tien risicodomeinen lijkt de overeenkomst tussen de twee metingen van dezelfde beoordelaar, uitgedrukt in Spearman's ρ , voldoende groot. Er zijn drie domeinen, Werk, Gezin en Vaardigheden waarbij de overeenkomst tussen de twee metingen van iedere beoordelaar optimaal zou zijn ($p = 1.00$). Alleen het domein School scoort met $p = .75$ onder de richtlijn voor een voldoende overeenkomst.

Tabel 4.4 Intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid (Spearman's ρ) per domein

Risicodomein	Spearman's ρ
1. School	.75*
2. Werk	1.00*
3. Gezin	1.00*
4. Vrije tijd	.81*
5. Relaties	.83*
6. Alcohol en drugsgebruik	.96*
7. Geestelijke gezondheid	.99*
8. Attitude	.87*
9. Agressie	.93*
10. Vaardigheden	1.00*

* Significant bij $p < .01$.

Zorgindicatoren

De overeenkomst lijkt groot genoeg voor alle rubrieken van de zorgindicatoren. Ook hier vinden we drie zorgindicatoren waarop de overeenstemming binnen beoordelaars optimaal is, namelijk voor de zorgindicatoren Relaties met leeftijdsgenoten, Gebruik alcohol en drugs en Risico op zichzelf schade toebrengen. Echter, de overeenstemming binnen beoordelaars over de zorgtotaalscore is volgens de richtlijn niet voldoende ($p = .71$). Met de zorgtotaalscore geeft de raadsonderzoeker aan of er naar zijn/haar oordeel zorgen zijn over de psychosociale situatie van de jongere. Dit oordeel geeft de raadsonderzoeker op basis van het hele interview. Deze zorgtotaalscore komt dus bij dezelfde beoordelaars niet in alle gevallen overeen.

Tabel 4.5 Intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid (Spearman's ρ) zorgindicatoren

Rubriek zorgindicatoren	Spearman's ρ
A. Functioneren op school	.76*
B. Problemen in de thuissituatie	.82*
C. Functioneren in de vrije tijd	.98*
D. Relaties met leeftijdsgenoten	1.00*
E. Gebruik alcohol en drugs	1.00*
F. Geestelijke gezondheid	.78*
G. Risico op zichzelf schade toebrengen	1.00*
H. Agressie en impulsiviteit	.90*
Zorgtotaalscore	.71

* Significant bij $p < .01$.

Risicoscores ARR, RGP en dynamisch risicoprofiel

De overeenkomst binnen beoordelaars op scores van RGP is optimaal en van ARR voldoende. Echter, voor het Dynamisch risicoprofiel is de overeenkomst erg laag, namelijk .40.

Tabel 4.6 Intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid (Spearman's ρ) per risicoscore

Risicoscore	Spearman's ρ
Dynamisch risicoprofiel	.41
Algemeen Recidive Risico (ARR)	.82*
Risico Geweld tegen Personen (RGP)	1.00*

* Significant bij $p < .01$.

4.4 Samenvatting

De overeenkomst tussen het oordeel van de verschillende raadsonderzoekers over de aanwezigheid van zorg lijkt voor het merendeel van de zorgindicatoren (bij benadering) voldoende groot. De risicoscores ARR (algemeen recidive risico) en RGP (risico geweld tegen personen) lijken ook

voldoende samenhang tussen de verschillende raadsonderzoekers te vertonen, terwijl de overeenkomst iets minder groot is voor het dynamisch risicoprofiel. Wat betreft de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van het LIJ zien we op basis van de gebruikte instrumenten een hoge mate van overeenkomst tussen de oorspronkelijke meting en de hermeting voor zowel de risicodomeinen, risicoscores en zorgindicatoren. Alleen voor het domein School, de zorgtotaalscore en het dynamisch risicoprofiel zijn lagere overeenkomsten gevonden.

5 CONCLUSIE

5.1 Inleiding

In de voorgaande hoofdstukken is uitgebreid verslag gedaan van de onderzoeksresultaten met betrekking tot de inhoudsvaliditeit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren in het LIJ en de betrouwbaarheid van het LIJ. In paragraaf 5.2 zullen we de onderzoeksvragen, genoemd in de inleiding van dit rapport, zo helder en beknopt mogelijk beantwoorden. Bij iedere beantwoording wordt tevens het hoofdstuk vermeld waarin de specifieke onderzoeksresultaten te vinden zijn. Vervolgens worden in paragraaf 5.3 enkele suggesties voor wijziging van het instrument gedaan.

5.2 Antwoord op de onderzoeksvragen

De onderzoeksvragen luiden:

1. Wat is de inhoudsvaliditeit (content validity) van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren die zijn opgenomen in selectie-instrumenten 2A en 2B?
2. Wat is de constructvaliditeit en in het bijzonder de convergente validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren, zoals die aanwezig zijn in selectie-instrumenten 2A en 2B (afgezet tegen de SDQ of SPsy)?
3. Wat is de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van de selectie-instrumenten (in zijn geheel)?

Voorafgaand aan de beantwoording van deze onderzoeksvragen is het nodig op deze plek drie opmerkingen te maken:

- 1) De resultaten van de constructvaliditeit staan beschreven in bijlage 3 van dit rapport. We zullen in dit hoofdstuk geen verdere conclusies ten aanzien van dit onderzoeksonderdeel trekken vanwege de recent in twijfel getrokken validiteit van de SDQ voor de huidige doelgroep (zie verder hoofdstuk 2).
- 2) Er waren geen instrumenten 2B aanwezig bij de verzamelde instrumenten. In de periode van onderzoek is de afname van 2B bij de deelnemende raadsonderzoekers niet aan de orde geweest ofwel hebben de ouders of jongere in die gevallen geen toestemming gegeven voor inclusie in het onderzoek. Zodoende kunnen de bovenstaande onderzoeksvragen alleen worden beantwoord voor selectie-instrument 2A.
- 3) De tweede beoordelingen van het LIJ (van een collega raadsonderzoeker) voor het interbeoordelaarsonderzoek zijn in de grote meerderheid ingevuld aan de hand van een geluidsopname van het gesprek met de jongere en/of ouders en dus niet door het bijwonen van het gesprek. Hierdoor hebben de collega-raadsonderzoekers in feite met minder informatie (non-verbale informatie ontbreekt bij een geluidsopname) dan de originele beoordelaar

het LIJ moeten invullen. In principe zouden de resultaten op basis van het bijwonen van face-to-face-gesprekken dus nauwkeuriger kunnen zijn dan nu het geval is.

1. Inhoudsvaliditeit indicatoren voor psychisch disfunctioneren

Uit het literatuuronderzoek (hoofdstuk 3) kunnen we ten aanzien van de inhoudsvaliditeit concluderen dat de selectie van indicatoren voor het meten van psychisch disfunctioneren in de weging van zorg in het LIJ *onvolledig* is. De tabel 'weging van zorg', op basis waarvan de raadsonderzoeker een oordeel geeft over de aanwezigheid van indicatoren van psychisch disfunctioneren, bevat de meeste (hoewel niet alle) symptomen van psychisch disfunctioneren die ook voorkomen in de instrumenten SDQ, DISC en ASEBA. Een groot deel van de risicofactoren op het macro- micro- en individuele niveau en sociale problemen als symptoom van psychisch disfunctioneren hebben wel een plek in het LIJ, maar komen echter niet terug in de weging van zorg. Deze indicatoren voor psychisch disfunctioneren worden dan ook niet meegewogen in het oordeel van de raadsonderzoeker over de aanwezigheid van zorgsignalen. De resultaten wijzen er zodoende op dat de weging van zorg in het LIJ slechts in beperkte mate een representatieve afspiegeling vormt van psychisch disfunctioneren.

Deels hadden de ontwikkelaars van het LIJ redenen voor deze aanpak, deels zien zij ruimte voor aanpassingen op dit punt. Bij de ontwikkeling van het LIJ is er voor gekozen alleen signalen van psychisch disfunctioneren in de weging van zorg op te nemen en geen risicofactoren (bron: mondelinge en schriftelijke communicatie Han Spanjaard en Theo Doreleijers). De ontwikkelaars geven echter ook aan mogelijkheden te zien voor uitbreiding van de weging van zorg om de inhoudsvaliditeit te vergroten. Ook de expert die wij hebben geconsulteerd voor dit onderzoek ziet mogelijkheden voor verbetering van de inhoudsvaliditeit. Concrete suggesties hiervoor komen in paragraaf 5.3 aan bod.

2. Inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid LIJ 2A

De betrouwbaarheidsanalyse in dit onderzoek is helaas op minder instrumenten gebaseerd dan op voorhand was beoogd. Met name voor de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid (n=7) is het verstandig de resultaten in het licht van deze beperking te interpreteren.

De resultaten van de interbeoordelaarsanalyse (zie hoofdstuk 4; n = 21) wijzen uit dat de overeenkomst tussen raadsonderzoekers in risicodomeinscores voor een groot deel van de risicodomeinen *voldoende groot* is. Ook de overeenkomst tussen het oordeel over de aanwezigheid van psychisch disfunctioneren van de verschillende raadsonderzoekers lijkt voor het merendeel van de zorgindicatoren (bij benadering) *voldoende groot* te zijn. De risicoscores ARR (algemeen recidive risico) en RGP (risico geweld tegen personen) lijken ook *voldoende samenhang* tussen de verschillende

raadsonderzoekers te vertonen. De overeenkomst tussen twee raadsonderzoekers is iets minder groot wat betreft het dynamisch risicoprofiel.

Wat de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid van het LIJ (zie hoofdstuk 4) betreft, zien we op basis van de gebruikte instrumenten een *hoge mate* van overeenkomst tussen de twee metingen (door dezelfde beoordelaar) voor zowel de risicodomeinen, de risicoscores als de zorgindicatoren. Alleen voor het domein 'School', de zorgtotaalscore en het dynamisch risicoprofiel zijn lagere overeenkomsten gevonden.

De resultaten van de inter- en intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid vormen een aanwijzing dat voor een groot deel van de aspecten in het LIJ (persoonlijke) kenmerken van de raadsonderzoekers weinig invloed hebben op de manier waarop het instrument wordt ingevuld. Als kanttekening moet hierbij wel genoemd worden dat met name voor de intrabeoordelaarsbetrouwbaarheid een grote mate van 'toeval' in de resultaten door het geringe aantal casussen niet kan worden uitgesloten.

5.3 Suggesties voor aanpassing

Enkele aanpassingen aan het LIJ die een verbetering van het instrument kunnen betekenen zijn mogelijk, ten aanzien van:

- de validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren;
- de omvang van het instrument.

Hieronder lichten we per onderdeel toe welke wijzigingen overwogen kunnen worden.

Validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren

Er kan voor gekozen worden om de weging van zorg uit te breiden met items die al aanwezig zijn in de risicodomeinen van het LIJ. In dit onderzoek wordt geconstateerd dat een aantal aspecten van psychisch disfunctioneren niet vertegenwoordigd is in de weging van zorg. In overeenstemming met de ontwikkelaars van het LIJ¹ stellen we daarom voor om:

- 1) 'Sociale vaardigheden' als aparte rubriek toe te voegen aan de weging van zorg. De items 10.1 (Probleemoplossing), 10.4 (Beheerst/gebruikt vaardigheden voor het omgaan met anderen) en 10.5 (Beheerst/gebruikt vaardigheden voor het omgaan met moeilijke situaties) kunnen als items in deze rubriek opgenomen worden.
- 2) Het aspect 'sociale afwijzing' aan de weging van zorg toe te voegen via de items 5.4 (Huidige positieve relaties met volwassenen, anders dan gezin of volwassenen die verbonden zijn aan werk of school), 5.5 (Binding met de gemeenschap) en 5.6 (Is de jeugdige weleens gepest?). Een lastig punt

¹ Ten tijde van het onderzoek heeft mondelinge en schriftelijke communicatie plaatsgevonden over deze materie met Han Spanjaard en Theo Doreleijers.

hierbij is wel dat de items 5.4, 5.5 en 5.6 op dit moment zijn opgenomen in instrument 2B en niet in 2A. De betreffende items zouden naar 2A verplaatst moeten worden.

- 3) Het aspect 'conflicteuze ouder-kindrelaties' kan toegevoegd worden via de items 3.14 (Gezinsleden waar de jeugdige een goede band mee heeft) en 3.23 (Ernst/heftigheid van conflicten tussen gezinsleden). Wederom zijn deze items op dit moment opgenomen in 2B en niet in 2A. Verplaatsing van deze items naar 2A is een mogelijkheid.

Omvang LIJ

Om de omvang van het LIJ te beperken, kunnen items verwijderd worden die niet significant samenhangen met de risicodomeinscores/zorgindicatoren (zie hiervoor bijlage 4) en die geen extra noodzakelijke informatie opleveren voor de raadsonderzoeker. Op basis van het eerste aspect (gering verband) staat de relevantie van de onderstaande items ter discussie. Of deze items inderdaad weinig extra toegevoegde waarde hebben, kunnen we op basis van dit onderzoek niet constateren.

Items die mogelijk verwijderd zouden kunnen worden:

- 1.1 Aantal dagen dagbesteding;
- 1.3 Diploma voortgezet onderwijs;
- 3.7 Eerder contact met justitie van de gezinsleden;
- 7.1 Verstandelijke beperking;
- 7.7 Gevaarlijke dingen vroeger;
- 7.8 Suïcidale gedachten of gedragingen;
- 7.10 Lichamelijke mishandeling;
- 7.11 Getuige van huiselijk geweld;
- 7.12 Ervaringen met geweld buiten het gezin;
- 7.13 Seksueel misbruik buiten het gezin;
- 9.4 Meldingen seksueel gewelddadig gedrag;
- 10.4 Beheerst/gebruikt vaardigheden voor het omgaan met anderen.

LITERATUURLIJST

- Achenbach, T.M. (1991) *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 Profiles*. Burlington, Vt., USA: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991) *Manual for the Youth Self-Report and 1991 Profiles*. Burlington, Vt., USA: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T.M. (1991) *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 Profiles*. Burlington, Vt., USA: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Allgood-Merten, B., Lewinsohn, P.M., & Hops, H. (1999). *Sex-differences and adolescent depression*. Journal of Abnormal Psychology, 99, 55-63.
- Arseneault, L., Walsh, E., Trzesniewski, K., Newcombe, R., Caspi, A. Moffitt, T.E. (2006). *Bullying Victimization Uniquely Contributes to Adjustment Problems in Young Children: A Nationally Representative Cohort Study*. Pediatrics, 118, 130-138.
- Barnow, S., Lucht, M., Freyberger, H.J. (2005). *Correlates of aggressive and delinquent conduct problems in adolescence*. Aggressive Behavior, 31, 24-39.
- Bender, H. L., Allen., J. P. McElhaney, K. B. Antonishak, J., Moore, C. M., Kelly, H. O. et al (2007). *Use of harsh physical discipline and developmental outcomes in adolescence*. Development and Psychopathology, 19, 227-242.
- Boivin, M., Hymel, S., & Bokowski, W.M. (1995). *The roles of social withdrawal, peer rejection and victimization in predicting loneliness and depressed mood in childhood*. Development and Psychopathology, 7, 765-785.
- Bonfenbrenner, U. (1986). *Ecology of the family as a context for human development – Research perspectives*. Developmental Psychology, 22, 723-742.
- Bonta, J. (2002). *Offender risk assessment: Guidelines for selection and use*. Criminal Justice and Behavior, 29, 355-379.
- Boonekamp, T.J., Wissink, I.B., Stams, G.J.J.M. & van der Laan, A.M. (2010). *Een onderzoek naar de betrouwbaarheid en validiteit van de SDQ*. Masterscriptie Forensische Orthopedagogiek, Universiteit van Amsterdam.

- Bosmans, G., Braet, C., van Leeuwen, C., en Beyers, W. (2006). Do parenting behavior predict externalizing behavior in adolescence of is attachment the neglected third factor? *Journal of Youth and Adolescence*, 373-383.
- Brage, D., & Meredith, W. (1994). *A causal model of adolescent depression*. *Journal of Psychology*, 128, 455-468.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Crick, N. R. (2008). *The Role of Overt Aggression, Relational Aggression, and Prosocial Behavior in the Prediction of Children's Future Social Adjustment*. *Child Development*, 67, 2317-2327.
- Crocker, J., & Luhtanen, R. K. (2003). *Level of Self-Esteem and Contingencies of Self-Worth: Unique Effects on Academic, Social, and Financial Problems in College Students*. *Personality and Social Psychological Bulletin*, 29, 701-712.
- Deater-Deackard, K. (2001). *Annotation: Recent research examining the role of peer relationships in the development of psychopathology*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42, 565-579.
- Doreleijers, T.A.H. (1995). *Diagnostiek tussen jeugdstrafrecht en hulpverlening*. Utrecht: Proefschrift ter verkrijging van de graad van doctor aan de Universiteit Utrecht.
- Doreleijers, Th. A. H. Bijl, B., Van der Veldt, M. C., en Van Loosbroek, E. (1999). *BARO: Standaardisering en protocollering Basisonderzoek Strafzaken Raad voor de Kinderbescherming*. Vrije Universiteit/NIZW.
- Dorsselaer, S., Zeijl, E., Van den Eeckhout, S., Ter Bogt, T., & Vollebergh, W. (2007). *HBSC 2005. Gezondheid en welzijn van jongeren in Nederland*. Utrecht: Trimbos-instituut.
- Edelbrock, C., & Costello, A.J. (1988). *Structured psychiatric interviews for children*. In M. Rutter, A.H. Tuma, & I.S. Lann (eds.), *Assessment and Diagnosis in Child Psychopathology*, pp. 87-112. London: Fulton.
- Evers, A., Lucassen, W., Meijer, R. & Sijtsma, K. (2010). *COTAN beoordelingssysteem voor de kwaliteit van tests*. Amsterdam: NIP/COTAN.
- Ferdinand, R.F., Heijmans Visser, J., Hoogerheide, K.N., Van der Ende, J., Kasius, M.C., Koot, H.M., & Verhulst, F.C. (2004). *Improving estimation of the prognosis of childhood psychopathology. Combination of DSM-III-R/DISC diagnoses and CBCL scores*. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 599-608.

- Garber, J. & Flynn, C. (2001). *Predictors of depressive cognitions in young adolescents*. Cognitive Therapy and Research, 25, 353-376.
- Goodman, R. (2001). *Psychometric properties of the Strengths and Difficulties Questionnaire*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 40, 1137-1145.
- Grant, K. E., Compas, B. E., Thurm, A. E., McMahon, S. D., & Gipson, P. Y. (2004). *Stressors and child and adolescent psychopathology: Measurement issues and prospective effects*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 33, 412-425.
- Gwet, K.L. (2010). *Handbook of inter-rater reliability (2nd edition)*. Advanced Analytics, LLC.
- Hawkins, D. W., Herrenkohl, T., Farrington, D. P., Brewer, D., Catalano, R. F., & Harachi, T.W. (1998). *A review of predictors of youth violence*. In R. Loeber & D. Farrington (Eds.), *Serious & Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions* (pp. 106-146). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Hermanns, J., F. Öry, G. Schrijvers, m.m.v. M. Junger, Blom, M. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen*. Utrecht: Inventgroep.
- Hinshaw, S.P. (1992). *Externalizing Behavior Problems and Academic Underachievement in Childhood and Adolescence: Causal Relationships and Underlying Mechanisms*. Psychological Bulletin, 111, 127-155.
- Hodges, E.V.E., & Perry, D.G. (1999). *Personal and interpersonal antecedents and consequences of victimization by peers*. Journal of Personality and Social Psychology, 76, 677-685.
- Ingoldsby, E. M. Shaw, D. S., Winslow, E., Schonberg, M., Gilliom, M., & Criss, M. M. (2006). *Neighborhood disadvantage, parent-child conflict, neighborhood peer relationships and early antisocial behavior problem trajectories*. Journal of Abnormal Child Psychology, 34, 303-319.
- Kim, K. J., Conger, R. D., Elder, G. H., & Lorenz, F. O. (2003). *Reciprocal influences between stressful life events and adolescent internalizing and externalizing problems*. Child Development, 74, 127-143.
- Lewinsohn, P.M., Robert, R.E., Seeley, J.R., Rohde, P., Gotlib, I.H. & Hops, H. (1994). *Psychosocial risk factors for depression*. Journal of Abnormal Psychology, 103, 302-315.

- Lipsey M.W., & Derzon J.H. (1998). *Predictors of violent or serious delinquency in adolescence and early adulthood: a synthesis of longitudinal research*. In: R. Loeber & DP. Farrington (Eds.). *Serious and Violent Juvenile Offenders: Risk Factors and Successful Interventions*. Thousand Oaks (California): Sage Publications. pp. 86–105.
- Maas, I. A. M. & Jansen, J. (2001) *Psychische (on)gezondheid: Determinanten en de effecten van preventieve interventies*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM).
- Mesman, J. & Koot, J. M. (2000). *Common and specific correlations of preadolescent internalizing and externalizing psychopathology*. *Journal of Abnormal Psychology*, 109, 428-437.
- Moffit, T. E. & Caspi, A. (2001). *Childhood predictors differentiate life-course persistent and adolescence-limited antisocial pathways among males and females*. *Development and Psychopathology*, 13, 355-375.
- Moffitt, T. E., Caspi, A., Dickson, N., Silva, P., & Stanton, W. (1996). *Childhood-onset versus adolescent-onset antisocial conduct problems in males: Natural history from ages 3 to 18 years*. *Development and Psychopathology*, 8, 399-424.
- Moffitt, T.E., Caspi, A., Rutter, M., & Silva, P.A. (2001). *Sex differences in antisocial behavior: Conduct disorder, delinquency, and violence in the Dunedin longitudinal study*. New York: Cambridge University Press.
- Muris, P., Meesters, C., & van den Berg, F. (2003). *The Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Further evidence for its reliability and validity in a community sample of Dutch children and adolescents*. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 1-8.
- Orth, U., Robins, R.W., & Roberts, B.W. (2008). *Low self-esteem prospectively predicts depression in adolescence and young adulthood*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95, 695-708.
- Patterson, G. R. DeBaryshe, B. D., & Ramsey, E. (1989). *A developmental perspective on antisocial-behavior*. *American Psychologist*, 44, 329-335.
- Pedersen, S., Vitaro, F., Barker, E. D., & Borge, A. I. H. (2007). *The timing of middle-childhood peer rejection and friendship: Linking early behavior to early-adolescent adjustment*. *Child Development*, 78, 1037-1051.

- Pettit, G.S., Laird, R.D., Dodge, K.A., Bates, J.E., & Criss, M.M. (2003). *Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence*. *Child Development*, 72, 583-598.
- Pelkonen, M., Marttunen, M., & Aro, H. (2003). *Risk for depression: A 6-year follow-up of Finnish adolescents*. *Journal of Affective Disorders*, 77, 41-51.
- Postma, J. (2008) *JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen*. Bilthoven: Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu.
- Rubin, K. H., Bukowski, W. M., & Parker, J. G. (2006). *Peer interactions, relationships, and groups*. In N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology*. Vol. 3 social, emotional, and personality development (pp. 571-645). Hoboken: John Wiley & Sons.
- Rubin, K. H., Burgess, K. B., & Coplan, R. J. (2002). *Social withdrawal and shyness*. In P. K. Smith & C. H. Hart (Eds.), *Blackwell handbook of childhood social development* (pp. 329-352). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Rubin, K., Chen, X. McDougal, P., Bowker, A., & McKinnon, J. (1995). *The Waterloo Longitudinal Project: Predicting internalizing and externalizing problems in adolescence*. *Development and Psychopathology*, 7, 751-764.
- Shaffer, D., Fisher, P., Lucas, C.P., Dulcan, M.K., & Schwab-Stone, M.E. (2000). *NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children version IV (NIMH DISC-IV): Description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses*. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 28-38.
- Schwalbe, C.S. (2007). *Risk assessment for juvenile justice: A meta-analysis*. *Law and Human Behavior*, 31, 449-462.
- Stouthamer-Loeber, M., Loeber, R., Wei, E., Farrington, D. P., & Wikstrom, P. O. H. (2002). *Risk and promotive effects in the explanation of persistent serious delinquency in boys*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 111-123.
- Teplin, L.A., Abram, K.M., McClelland, G.M., Dulcan, M.K., & Mericle, A.A. (2002). *Psychiatric disorders in youth in juvenile detention*. *Archives of General Psychology*, 59, 1133-1143.
- Timmermans, M., Van Lier, P. A. C. & Koot, J. M. (2010). *The role of stressful events in the development of behavioral and emotional problem from early childhood to late adolescence*. *Psychological Medicine*, 40, 1659-1668.

- Van Domburgh, L., Doreleijers, Th., Ferwerda, H., Lodewijks, H.P.B., Van der Put, C., & Stams, G.J. (2009). *Verantwoording Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen, versie 1.1*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Van Lier, P.A.C., Wanner, B. & Vitaro, F. (2007). *Onset of antisocial behavior affiliation with deviant friends, and childhood maladjustment: A test of the childhood- and adolescent-onset models*. Development and Psychopathology, 19, 167-185.
- Van Oort, M., Van 't Land, H., & De Ruiter, C. (2006). *Handleiding voor het gebruik van het screeningsinstrument psychische stoornissen (SPsy) binnen Bureau Jeugdzorg*. Utrecht: Trimbos instituut.
- Van der Put, C. E. , Stams, G. J. J. M., Van der Laan, P. H., Oort, F. J. en Dekovic, M. (2009). *Risicotaxatie binnen de jeugdstrafrechtketen*. In: *Verantwoording Landelijk Instrumentarium Jeugdstrafrechtketen, versie 1.1*. Den Haag: Ministerie van Justitie.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J., & Koot, H.M. (1996). *Handleiding voor CBCL/ 4-18*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J. & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Teacher's Report Form* . Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Verhulst, F.C., Van der Ende, J. & Koot, H.M. (1997). *Handleiding voor de Youth Self Report*. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, Sophia Kinderziekenhuis, Afdeling Kinder- en jeugdpsychiatrie.
- Verhulst, F.C, Van der Ende, J., Ferdinand, R.F., & Kasius, M.C. (1997). *De prevalentie van psychiatrische stoornissen bij Nederlandse adolescenten*. Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, 141, 777-781.
- Vermeiren, R., De Clippele, A., Konings, I., & Deboutte, D. (2000). *Psychosociale problemen en psychiatrische stoornissen bij delinquente jongeren*. Tijdschrift voor Orthopedagogiek, Kinderpsychiatrie en Klinische Kinderpsychologie, 25, 158-167.
- Vitaro, F., Pedersen, S., & Brendgen, M. (2007). *Children's disruptiveness, peer rejection, friends' deviancy, and delinquent behaviors: A process-oriented approach*. Development and Psychopathology, 19, 433-453.
- Barnoski, R. (2004). *Assessing Risk for Re-Offense: Validating the Washington State Juvenile Court Assessment*. Washington: Washington State Institute for Public Policy.

Widenfelt, B.M., Goedhart, A.W., Treffers, P.D.A., & Goodman, R. (2003).
Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).
European Child & Adolescent Psychiatry, 12, 281-289.

Witvliet, M., Van Lier, P., Brendgen, M., Koot, H., & Vitaro, F. (2010).
*Longitudinal associations between clique membership status and
internalizing and externalizing problems during late childhood*. Journal of
Clinical Child and Adolescent Psychology, 39, 693-704.

BIJLAGEN

BIJLAGE 1**Items per risicodomein en weging van zorg LIJ 2A****Domein 1: School****1.1 Aantal dagen dagbesteding (school en/of werk) per week**

Het gaat hier om het ingeschreven zijn. Of de jeugdige daadwerkelijk aanwezig is, komt in andere vragen aan de orde.

- ☐ Vijf
- ☐ Drie of vier
- ☐ Twee of minder
- ☐ Onbekend

1.2 Invulling dagbesteding

- ☐ Volgt voltijd onderwijs
- ☐ Volgt deeltijd onderwijs
- ☐ Volgt deeltijd onderwijs en werkt
- ☐ Werkt
- ☐ Overig
- ☐ Onbekend

1.3 Diploma voortgezet onderwijs

- ☐ Diploma behaald
- ☐ Certificaat praktijkonderwijs behaald
- ☐ Nog geen diploma behaald
- ☐ Voortijdig schoolverlater
- ☐ Onbekend

1.4a Schoolsituatie jeugdige afgelopen zes maanden

- ☐ Gaat overdag naar school en/of stage
- ☐ Geschorst
- ☐ Van school gestuurd
- ☐ Zat afgelopen 6 maanden niet op school
- ☐ Onbekend

1.4b Laatst gevolgde opleiding

- ☐ Basisonderwijs
- ☐ Speciaal basisonderwijs
- ☐ Speciaal onderwijs
- ☐ Praktijkonderwijs
- ☐ LBO/VMBO - BL/KL/GL (LWOO)
- ☐ VMBO -TL / MAVO (LWOO)
- ☐ MBO / ROC BOL (beroepsopleidende leerweg: school (4 dagen) en stage (1 dag))
- ☐ MBO / ROC BBL (beroepsbegeleidende leerweg: school (1 dag) en werk (4 dagen))
- ☐ HAVO
- ☐ VWO
- ☐ HBO
- ☐ WO

- ☐ Anders
- ☐ Onbekend

Omschrijving type school:

1.4c Laatste klas

1.5 School waar jeugdige staat ingeschreven

Naam school: ...
Naam mentor: ...
Adres school: ...
Telefoonnummer: ...
Emailadres: ...

Type school:

- ☐ Basisonderwijs
- ☐ Speciaal basisonderwijs
- ☐ Speciaal onderwijs
- ☐ Praktijkonderwijs
- ☐ VMBO - BL/KL/GL (LWOO)
- ☐ VMBO -TL / MAVO (LWOO)
- ☐ MBO / ROC BOL (beroepsopleidende leerweg: school (4 dagen) en stage (1 dag))
- ☐ MBO / ROC BBL (beroepsbegeleidende leerweg: school (1 dag) en werk (4 dagen))
- ☐ HAVO
- ☐ VWO
- ☐ HBO
- ☐ WO
- ☐ Anders
- ☐ Onbekend

Aantal dagen school per week:

Aantal dagen stage per week:

Aantal dagen werk per week naast school/stage:

1.6a De jeugdige volgt speciaal onderwijs / heeft een rugzakje (Leerling Gebonden Financiering) of is daarvoor gediagnosticeerd

- ☐ Geen LGF of speciaal onderwijs
- ☐ Wel ondersteuning via LGF of speciaal onderwijs

1.6b Reden ondersteuning via LGF of speciaal onderwijs

- ☐ Visuele handicap (cluster 1)
- ☐ Communicatieve handicap (gehoor-, taal- en/of spraakproblemen) (cluster 2)
- ☐ Verstandelijke handicap (cluster 3)
- ☐ Lichamelijke handicap (cluster 3)
- ☐ Verstandelijke en lichamelijke handicap (cluster 3)
- ☐ Psychiatrische of gedragsstoornis (cluster 4)
- ☐ Onbekend

1.7 De jeugdige hecht belang aan onderwijs/opleiding

- ☐ Ja
- ☐ Enigszins
- ☐ Nee
- ☐ Onbekend

1.8 Schoolprestaties van de jeugdige gedurende de afgelopen zes maanden

- ☐ Presteert goed (gemiddeld 7 of hoger)
- ☐ Presteert voldoende (gemiddeld 6)
- ☐ Presteert zwak (gemiddeld 5)
- ☐ Presteert slecht (gemiddeld 4 of lager)
- ☐ Onbekend

1.9a Gedrag van de jeugdige op school in afgelopen zes maanden

Positief gedrag betekent: behulpzaam, coöperatief, actief, en prosociaal zijn. Negatief gedrag betekent: vechten met of bedreigen van schoolgenoten, bedreigen van docenten/onderwijspersoneel, zeer storend gedrag, drugs- / alcoholgebruik, criminele activiteiten (bijv.: diefstal, vandalisme), liegen, bedriegen, spieken.

- ☐ Vertoont positief gedrag op school
- ☐ Vertoont neutraal gedrag op school (geen problemen)
- ☐ Vertoont soms negatief gedrag op school
- ☐ Vertoont negatief gedrag op school
- ☐ Onbekend

1.9b Kruis aan welke actie heeft plaatsgevonden

- ☐ Geen contact vanuit school
- ☐ Zorgadviesteam / hulpverlening is ingeschakeld.
- ☐ Contact vanuit school met ouders i.v.m. probleemgedrag jeugdige
- ☐ Contact vanuit school met politie i.v.m. probleemgedrag jeugdige

1.10 Spijbelt de jeugdige?

Het gaat hier om de afgelopen zes maanden. 'Soms' betekent: wel eens gespijbeld, maar geen leerplicht melding. 'Vaak' betekent: melding bij leerplicht en/of minimaal drie dagen onafgebroken ongeoorloofde afwezigheid of afwezigheid gedurende een periode van vier opeenvolgende lesweken meer dan 1/8 deel van de onderwijstijd. (Nb spijbelen aansluitend aan een vakantie telt niet mee)

- ☐ Niet of nauwelijks, jeugdige is altijd aanwezig
- ☐ Soms
- ☐ Vaak
- ☐ Onbekend

Domein 2: Werk**2.1 Werkervaring**

- ☐ Heeft eerder betaald werk verricht
- ☐ Verricht op dit moment betaald werk
- ☐ Is beschikbaar voor de arbeidsmarkt
- ☐ Geen van bovenstaande antwoorden van toepassing

2.2 Huidige werksituatie

Aantal uur per week: ...

Soort werk: ...

Naam werkbegeleider / werkgever: ...

Telefoonnummer werkbegeleider / werkgever: ...

2.3 Ervaring op huidige werksituatie

☐ Huidige werk gaat goed

☐ Er zijn problemen op het werk door het gedrag van de jeugdige

☐ Onbekend

2.4 Huidige positieve contacten met de werkgever(s) of volwassen collega('s)

☐ Tenminste 1 positief contact

☐ Heeft geen positieve contacten

Domein 3: Gezin**3.1a Huidige woonsituatie**

☐ Woont in een gezin

☐ Woont in een leefgroep/tehuis

☐ Woont alleen

☐ Heeft geen vaste woon- of verblijfplaats

☐ Overig, nl

3.1b Personen met wie de jeugdige op dit moment woont

Onder 'niet-biologische ouder' wordt verstaan de stief-, pleeg- of adoptieouder.

☐ Biologische moeder

☐ Biologische vader

☐ Niet-biologische moeder

☐ Niet-biologische vader

☐ Broer(s) en/of zus(sen) (incl. half- en stiefbroers)

3.2 Pleeggezin- en/of tehuisverleden

Heeft de jeugdige in een pleeggezin en/of tehuis gewoond?

☐ Nee

☐ Ja, in een pleeggezin

☐ Ja, in een leefgroep/tehuis

☐ Ja, in een pleeggezin en in een leefgroep/tehuis

☐ Onbekend

In onderstaande vragen wordt met 'gezin' ook een adoptie- of pleeggezin bedoeld. Lees voor 'Vader', 'Moeder' of 'Ouder(s)', van de jeugdige de verzorger(s) (m/v) die juridisch verantwoordelijk is/zijn voor de opvoeding van de jeugdige

3.3 Gehoorzaamheid van de jeugdige aan ouders/verzorgers (de mate waarin de jeugdige zich aan afspraken en regels houdt)

☐ Meestal wel

☐ Soms

☐ Meestal niet

☐ Onbekend

3.4 Aanwezigheid van ouderlijk toezicht

Ouders weten waar en met wie de jeugdige zich bevindt, wat hij / zij doet en hoe laat hij / zij thuiskomt.

- ☐ Meestal wel
- ☐ Soms
- ☐ Meestal niet
- ☐ Onbekend

3.5a Ouders stellen regels op

- ☐ Meestal wel
- ☐ Soms
- ☐ Meestal niet
- ☐ Onbekend

3.5b Ouders zien toe op de naleving van de regels

- ☐ Meestal wel
- ☐ Soms
- ☐ Meestal niet
- ☐ Onbekend

3.6 Bestrafing van ongewenst gedrag door ouders

Het gaat hier zowel om regelovertreden als andere vormen van ongewenst gedrag van de jeugdige.

- ☐ Consequent en gepaste bestraffing
- ☐ Consequente maar te lichte bestraffing
- ☐ Consequente maar te zware bestraffing
- ☐ Geen bestraffing
- ☐ Inconsequente bestraffing
- ☐ Onbekend

3.7 Eerdere contacten met justitie van de gezinsleden met wie de jeugdige op dit moment woont

	Vader	Moeder	Andere gezinsleden
Geen contacten			
Justitieverleden (zonder detentie)			
Detentieverleden			
N.v.t.			
Onbekend			

3.8 Verzorgers en/of medebewoners waar de jeugdige een goede band mee heeft

- ☐ Mannelijke verzorger(s)
- ☐ Vrouwelijke verzorger(s)
- ☐ Medebewoners/groepsleden
- ☐ Niemand
- ☐ Onbekend

3.9 Ernst/heftigheid van conflicten tussen verzorgers en jeugdige

Kruis de meest ernstige situatie aan.

- ☐ Conflicten worden adequaat opgelost
- ☐ Geen conflicten
- ☐ Conflicten worden vermeden
- ☐ Conflicten gaan gepaard met schreeuwen, verhitte discussie en/of verbale intimidatie
- ☐ Onbekend

Domein 4: Vrije tijd

4.1 Structurele vrijetijdsbesteding binnen een vereniging

Bijv. een sportclub, buurthuis (clubs), muziekvereniging, een religieuze groep/kerk of andere structurele activiteiten/clubs binnen de gemeenschap.

- ☐ Vrijetijdsbesteding neemt 4 of meer uur per week in beslag
- ☐ Vrijetijdsbesteding neemt 2 tot 4 uur per week in beslag
- ☐ Neemt nergens deel aan, maar toont wel interesse
- ☐ Is niet geïnteresseerd in deelname aan activiteiten
- ☐ Onbekend

4.2 Positieve vrijetijdsbesteding buiten een vereniging

De jeugdige besteedt zijn tijd positief aan activiteiten als lezen, computeren, voetballen, basketballen, en andere hobby's.

- ☐ Vrijetijdsbesteding neemt 4 of meer uur per week in beslag
- ☐ Vrijetijdsbesteding neemt 2 tot 4 uur per week in beslag
- ☐ Neemt nergens deel aan, maar toont wel interesse
- ☐ Is niet geïnteresseerd in deelname aan activiteiten
- ☐ Onbekend

4.3 Is er bij deze jeugdige sprake van een problematische vrijetijdsbesteding

Rondhangen op straat uit verveling, rondzwerven, geen gestructureerde vrijetijdsbesteding, opzoeken risicovolle situaties, geen hobby's, veel tijd buitenshuis doorbrengen zonder toezicht. Het betekent niet perse dat de tijd ook met antisociale vrienden wordt doorgebracht, maar het gaat meer om het gebrek aan een zinvolle vrijetijdsbesteding.

- ☐ Nee
- ☐ Enigszins
- ☐ Ja
- ☐ Onbekend

Domein 5: Relaties

5.1 Leeftijdgenoten waar de jeugdige zijn tijd mee doorbrengt

Antisociale leeftijdgenoten zijn jeugdigen die vijandig zijn naar de samenleving, de samenleving verstoren, die de wet overtreden of de rechten van anderen schenden (een bende is een groep antisociale jongeren en/of volwassenen die zich bezighoudt met criminele activiteiten).

- ☐ Vooral prosociaal
- ☐ Geen
- ☐ Prosociaal en antisociaal
- ☐ Vooral antisociaal
- ☐ Lid van een bende
- ☐ Onbekend

5.2 Bewondering voor en/of imiteren van antisociaal gedrag van leeftijdgenoten

- ☐ Niet, jeugdige staat hier afwijzend tegenover en laat zelf ander gedrag zien
- ☐ Enigszins
- ☐ Wel
- ☐ Onbekend

5.3 De mate waarin de jeugdige weerstand kan bieden aan de invloed van antisociale leeftijdgenoten

- ☐ Heeft alleen omgang met prosociale leeftijdgenoten
- ☐ Biedt meestal weerstand tegen de invloed van antisociale leeftijdgenoten
- ☐ Biedt soms weerstand tegen de invloed van antisociale leeftijdgenoten
- ☐ Biedt zelden weerstand tegen de invloed van antisociale leeftijdgenoten
- ☐ Is de leider van antisociale leeftijdgenoten
- ☐ Onbekend

Domein 6: Alcohol- en drugsgebruik**6.1a Alcoholgebruik jeugdige**

Betreft de afgelopen zes maanden.

- ☐ Drinkt geen alcohol
- ☐ Drinkt wel eens alcohol, maar dit speelde geen rol bij het delict
- ☐ Alcoholgebruik speelde een rol bij het delict
- ☐ Onbekend

6.2a Drugsgebruik jeugdige

Betreft de afgelopen zes maanden.

- ☐ Gebruikt geen drugs
- ☐ Gebruikt wel eens drugs, maar dit speelde geen rol bij het delict
- ☐ Drugsgebruik speelde een rol bij het delict
- ☐ Onbekend

Domein 7: Gezin**7.1 Is er sprake van een verstandelijke beperking?**

Alleen invullen indien hier al onderzoek naar is gedaan, anders onbekend. IQ gemeten middels een intelligentietest, sociaal aanpassingsvermogen met het instrument BSA (Beoordeling Sociaal Aanpassingsvermogen) of een soortgelijk instrument.

- ☐ Nee
- ☐ Mogelijk (IQ > 70 en < 85)
- ☐ Ja (IQ > 70 en < 85 én een beperkt sociaal aanpassingsvermogen)
- ☐ Ja (IQ < 70)
- ☐ Onbekend

7.2a Is er een diagnose van psychische problemen?

Het gaat hier om reeds gediagnosticeerde psychische problemen, zoals schizofrenie, bipolaire, stemmings-, persoonlijkheids en aanpassingsstoornissen, gedragsstoornissen, oppositionele stoornissen, middelenmisbruik en ADHD/ADD. De stoornissen moeten zijn bevestigd door een psycholoog/psychiater. Alleen invullen als er rapporten of gegevens van ouders over bekend zijn.

- ☐ Nee
- ☐ Ja
- ☐ Onbekend

7.2b Welke stoornis(sen)?

- ☐ ADHD/ADD
- ☐ ODD/CD
- ☐ Anders
- ☐ Onbekend

7.2c Is medicatie voorgeschreven?

Het gaat hier om medicatie voor psychische stoornissen.

- ☐ Nee
- ☐ In het verleden, nu niet meer
- ☐ Ja, en gebruikt het ook
- ☐ Ja, maar gebruikt het niet
- ☐ Onbekend

7.3 Staat de jeugdige onder behandeling van een psycholoog/psychiater?

- ☐ Nee
- ☐ Ja
- ☐ Onbekend

7.4 Pijnklachten waarvoor geen lichamelijke oorzaak gevonden is bij medisch onderzoek

Bijv. hoofdpijn, buikpijn, misselijkheid, duizeligheid.

- ☐ Geen pijnklachten
- ☐ Lichte pijnklachten
- ☐ Ernstige pijnklachten
- ☐ Onbekend

7.5 Stemming

Jeugdige voelt zich vaker dan normaal rot. Ouder(s) is/zijn wel eens bang (geweest) dat de jeugdige zichzelf iets zou aandoen

- ☐ Goed
- ☐ Enigszins problematisch
- ☐ Ernstig problematisch
- ☐ Onbekend

7.6 Automutilatie

- ☐ Heeft zichzelf nooit opzettelijk beschadigd
- ☐ Heeft zichzelf in het verleden wel eens opzettelijk beschadigd (meer dan 6 maanden geleden)
- ☐ Heeft zichzelf recent opzettelijk beschadigd
- ☐ Onbekend

7.7 Gevaarlijke dingen vroeger

Deed de jeugdige vroeger 'gevaarlijke' dingen?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Vaak
- ☐ Onbekend

7.8 Suïcidale gedachten of gedragingen

- ☐ Heeft geen suïcidale gedachten
- ☐ Denkt serieus aan zelfmoord
- ☐ Heeft recent een plan gehad om zelfmoord te plegen
- ☐ Heeft recent een zelfmoordpoging gedaan
- ☐ Onbekend

7.9 Slachtoffer van verwaarlozing

- ☐ Nee
- ☐ Ja
- ☐ Onbekend

7.10 Lichamelijke mishandeling

Het gaat om meldingen die al dan niet geleid hebben tot vervolging en veroordeling.

- ☐ Geen slachtoffer van lichamelijke mishandeling
- ☐ Lichamelijk mishandeld door iemand buiten het gezin
- ☐ Lichamelijk mishandeld door een gezinslid
- ☐ Onbekend

7.11 Getuige van huiselijk geweld

- ☐ Nee
- ☐ Ja
- ☐ Onbekend

7.12 Ervaringen met geweld buiten het gezin

Ervaringen van de jeugdige als slachtoffer van geweld buiten het gezin.

- ☐ Geen ervaringen
- ☐ Lichte ervaringen
- ☐ Ernstige ervaringen
- ☐ Onbekend

7.13 Seksueel misbruik

Het gaat om meldingen die al dan niet geleid hebben tot vervolging en veroordeling.

- ☐ Geen slachtoffer van seksueel misbruik
- ☐ Seksueel misbruikt door iemand buiten het gezin
- ☐ Seksueel misbruikt door een gezinslid
- ☐ Onbekend

7.14a Zijn vragenlijsten voor signalen van psychische problemen (SDQ en eventueel aanvulling SPsy) afgenomen?

- ☐ SDQ jeugdige
- ☐ SDQ ouder(s)
- ☐ Aanvulling SPsy jeugdige
- ☐ Aanvulling SPsy ouder(s)
- ☐ Geen vragenlijsten afgenomen.

7.14b Reden dat geen vragenlijsten zijn afgenomen

Domein 8: Attitude**8.1 Accepteert verantwoordelijkheid voor antisociaal gedrag**

- ☐ Accepteert verantwoordelijkheid voor antisociaal gedrag
- ☐ Accepteert gedeeltelijk verantwoordelijkheid voor antisociaal gedrag
- ☐ Minimaliseert, ontkent, rechtvaardigt, verexcuseert zichzelf of beschuldigt anderen
- ☐ Vindt antisociaal gedrag acceptabel
- ☐ Is trots op antisociaal gedrag
- ☐ Onbekend

8.2 Respect voor eigendom van anderen

- ☐ Heeft respect voor eigendom van anderen
- ☐ Heeft respect voor persoonlijk eigendom maar niet voor publiekseigendom ("Daar heeft niemand last van")
- ☐ Heeft tot op zekere hoogte respect voor persoonlijk eigendom ("Als ze zo stom zijn het onbewaakt te laten, vragen ze er zelf om dat ze het kwijt raken")
- ☐ Heeft geen respect voor eigendom ("Als ik iets wil, pak ik het")
- ☐ Onbekend

8.3 Attitude tegenover autoriteitsfiguren

- ☐ Heeft respect voor de meeste autoriteitsfiguren
- ☐ Heeft respect voor sommige autoriteitsfiguren
- ☐ Heeft geen respect voor autoriteitsfiguren
- ☐ Zoekt de confrontatie met autoriteitsfiguren
- ☐ Is vijandig tegenover de meeste autoriteitsfiguren
- ☐ Onbekend

Domein 9: Agressie**9.1 Mate waarin jeugdige denkt dat schreeuwen en verbale agressie geschikt is voor het oplossen van een conflict**

- ☐ Zelden of nooit, jeugdige staat hier afwijzend tegenover
- ☐ Soms
- ☐ Vaak
- ☐ Onbekend

9.2 Mate waarin jeugdige denkt dat vechten en fysieke agressie geschikt is voor het oplossen van een conflict

- ☐ Zelden of nooit, jeugdige staat hier afwijzend tegenover
- ☐ Soms
- ☐ Vaak
- ☐ Onbekend

9.3 Meldingen van gewelddadig gedrag

- ☐ Geen meldingen
- ☐ Gewelddadige uitbarstingen, ongecontroleerde boosheid
- ☐ Vandalisme, vernieling van eigendommen
- ☐ Wreedheid tegen dieren
- ☐ Brandstichting
- ☐ Weloverwogen iemand fysieke pijn toebrengen

9.4 Meldingen van seksueel grensoverschrijdend of gewelddadig gedrag

- ☐ Geen meldingen
- ☐ Exhibitionisme
- ☐ Voyeurisme
- ☐ Melding van seks om macht uit te oefen
- ☐ Melding van seksueel agressief gedrag

Domein 10: Vaardigheden

10.1 Probleemoplossing

De mate waarin jeugdige probleemsituaties herkent, oplossingen bedenkt en deze inzet.

- ☐ Herkent probleemsituaties, bedenkt oplossingen en zet deze ook in
- ☐ Herkent probleemsituaties en bedenkt oplossingen
- ☐ Herkent probleemsituaties, maar bedenkt onvoldoende oplossingen
- ☐ Herkent probleemsituaties niet
- ☐ Onbekend

10.2 Impulsiviteit, handelen alvorens na te denken

- ☐ Gebruikt zelfcontrole, denkt meestal na alvorens iets te doen
- ☐ Enige zelfcontrole: denkt vaak na alvorens iets te doen
- ☐ Impulsief: denkt vaak niet na alvorens iets te doen
- ☐ Zeer impulsief: denkt gewoonlijk niet na alvorens iets te doen
- ☐ Onbekend

10.3 Beheerst/gebruikt alternatieven voor agressief gedrag

Zoals zelfcontrole gebruiken, rustig reageren op een plagerij, vermijden van problemen met anderen en uit een gevecht blijven.

- ☐ Gebruikt meestal alternatieven voor agressief gedrag
- ☐ Gebruikt vaak alternatieven voor agressief gedrag
- ☐ Gebruikt vaak geen alternatieven voor agressief gedrag
- ☐ Beheerst onvoldoende alternatieven voor agressief gedrag
- ☐ Onbekend

10.4 Beheerst/gebruikt vaardigheden voor het omgaan met anderen

Zoals luisteren, een gesprekje aangaan, een gesprekje voeren, een vraag stellen, iemand bedanken, jezelf voorstellen, anderen voorstellen en een compliment maken.

- ☐ Gebruikt meestal sociale vaardigheden
- ☐ Gebruikt vaak sociale vaardigheden
- ☐ Gebruikt vaak geen sociale vaardigheden
- ☐ Beheerst onvoldoende sociale vaardigheden
- ☐ Onbekend

10.5 Beheerst/gebruikt vaardigheden voor het omgaan met moeilijke situaties

Zoals een klacht indienen, reageren op een klacht, omgaan met teleurstelling, omgaan met afwijzing, opkomen voor een vriend, omgaan met frustratie, omgaan met falen/mislukking, omgaan met een beschuldiging, voorbereiden van een moeilijk gesprek en omgaan met groepsdruk.

- ☐ Gebruikt meestal vaardigheden voor moeilijke situaties
- ☐ Gebruikt vaak vaardigheden voor moeilijke situaties
- ☐ Gebruikt vaak geen vaardigheden voor moeilijke situaties
- ☐ Beheerst onvoldoende vaardigheden voor moeilijke situaties
- ☐ Onbekend

Weging van zorg

De volgende tabel is een hulpmiddel om de vraag te beantwoorden in hoeverre er zorgen zijn over de psychosociale situatie van de jeugdige. Als bij de eerdere scoring van een item een probleem is aangegeven, is de desbetreffende vraag in onderstaande tabel aangevinkt.

Rubriek	Weging op basis van gegevens van	Mate van zorg
A. Functioneren op school	☐ Jeugdige ☐ Ouders ☐ School ☐ Anders	☐ Geen ☐ Enige ☐ Veel ☐ Zeer veel ☐ Niet te wegen
O Vraag 1.1 Aantal dagen dagbesteding (school en/of werk) per week		
O Vraag 1.7: Belang hechten aan school		
O Vraag 1.8: Schoolprestaties		
O Vraag 1.9a: Gedrag jeugdige op school		
O Vraag 1.10: Spijbelen		
B. Problemen in de thuissituatie	☐ Jeugdige ☐ Ouders ☐ School ☐ Anders	☐ Geen ☐ Enige ☐ Veel ☐ Zeer veel ☐ Niet te wegen
O Vraag 3.3: Gehoorzaamheid jeugdige		
O Vraag 3.4: Aanwezigheid ouderlijk toezicht		
O Vraag 3.5: Ouderlijk gezag en controle		
O Vraag 3.6: Bestrafing van ongewenst gedrag door ouders		
O Vraag 3.20: Problemen van gezinsleden		
O Vraag 7.9: Slachtoffer van verwaarlozing		
O Vraag 7.10: Lichamelijke mishandeling door een gezinslid		
O Vraag 7.11: Getuige van huiselijk geweld		
O Vraag 7.13: Seksueel misbruik door een gezinslid		

C. Functioneren in de vrije tijd

O Vraag 4.3:
Problematische
vrijtijdsbesteding

- ☐ Jeugdige
- ☐ Ouders
- ☐ School
- ☐ Anders

- ☐ Geen
- ☐ Enige
- ☐ Veel
- ☐ Zeer veel
- ☐ Niet te wegen

D. Relaties met leeftijdgenoten

O Vraag 5.1:
Leeftijdgenoten waar de
jeugdige mee omgaat
O Vraag 5.2:
Bewondering/imitatie
van antisociaal gedrag
O Vraag 5.3: Mate
weerstand tegen
antisociale
leeftijdgenoten

- ☐ Jeugdige
- ☐ Ouders
- ☐ School
- ☐ Anders

- ☐ Geen
- ☐ Enige
- ☐ Veel
- ☐ Zeer veel
- ☐ Niet te wegen

E. Gebruik alcohol en drugs

O Vraag 6.1a:
Alcoholgebruik jeugdige
O Vraag 6.2a:
Drugsgebruik jeugdige

- ☐ Jeugdige
- ☐ Ouders
- ☐ School
- ☐ Anders

- ☐ Geen
- ☐ Enige
- ☐ Veel
- ☐ Zeer veel
- ☐ Niet te wegen

F. Geestelijke gezondheid

O Vraag 7.1:
Verstandelijke
beperking
O Vraag 7.2a: Diagnose
psychische problemen
O Vraag 7.2b: Diagnose
psychische
stoornis(sen)
O Vraag 7.2c: Medicatie
O Vraag 7.4:
Pijnklachten zonder
lichamelijke oorzaak
O Vraag 7.5: Stemming
O Vraag 7.7:
Gevaarlijke dingen
vroeger
O Vraag 7.10:
Lichamelijke
mishandeling buiten het
gezin
O Vraag 7.12:
Ervaringen met geweld
buiten het gezin
O Vraag 7.13: Seksueel
misbruik buiten het
gezin
O Vraag 7.14:
Uitkomsten SDQ/SPsy

- ☐ Jeugdige
- ☐ Ouders
- ☐ School
- ☐ Anders

- ☐ Geen
- ☐ Enige
- ☐ Veel
- ☐ Zeer veel
- ☐ Niet te wegen

G. Risico op zichzelf schade toebrengen

O Vraag 7.6: Automutilatie
O Vraag 7.8: Suïcidale gedachten of gedragingen

☐ Jeugdige
☐ Ouders
☐ School
☐ Anders

☐ Geen
☐ Enige
☐ Veel
☐ Zeer veel
☐ Niet te wegen

H. Agressie en impulsiviteit

O Vraag 9.1: Schreeuwen en verbale agressie
O Vraag 9.2: Vechten en fysieke agressie
O Vraag 9.3: Meldingen gewelddadig gedrag
O Vraag 9.4: Meldingen seksueel gewelddadig gedrag
O Vraag 10.2: Impulsiviteit
O Vraag 10.3: Controle op agressie

☐ Jeugdige
☐ Ouders
☐ School
☐ Anders,

☐ Geen
☐ Enige
☐ Veel
☐ Zeer veel
☐ Niet te wegen

Zorgen over de psychosociale situatie van de jeugdige

Oordeel van de interviewer op basis van het gehele interview en de mate van zorg zoals die blijkt uit bovenstaande tabel.

☐ Geen zorgen
☐ Enige zorgen
☐ Veel zorgen
☐ Zeer veel zorgen
☐ Niet te wegen

BIJLAGE 2

Items in de SDQ/Spsy

Hieronder staan de items van de SDQ (sterke kanten en moeilijkheden; Robert Goodman, 1997) en SPsy (Trimbos-instituut) op een rij. Van beide lijsten bestaat er een versie voor de jongeren en een versie voor de ouders. De versies zijn identiek, behalve dat de formulering van de items in de ouderversie is aangepast naar de derde persoonsvorm. Deze bijlage bevat alleen de versies voor de jongeren.

Sterke kanten en moeilijkheden

Versie voor jongere

Naam: Datum:

De vragen gaan over de laatste zes maanden. De drie antwoordcategorieën zijn niet waar, een beetje waar of zeker waar.

- 1 Ik probeer aardig te zijn tegen anderen. Ik houd rekening met hun gevoelens
- 2 Ik ben rusteloos, ik kan niet lang stilzitten
- 3 Ik heb vaak hoofdpijn, buikpijn of ik ben misselijk
- 4 Ik deel makkelijk met anderen (bijvoorbeeld speelgoed of snoep)
- 5 Ik word erg boos en ben vaak driftig
- 6 Ik ben nogal op mijzelf. Ik ben meestal alleen en bemoei mij niet met anderen
- 7 Ik doe meestal wat me wordt opgedragen
- 8 Ik pieker veel
- 9 Ik help iemand die zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt
- 10 Ik zit constant te wiebelen of te friemelen
- 11 Ik heb minstens één goede vriend of vriendin
- 12 Ik vecht vaak. Het lukt mij andere mensen te laten doen wat ik wil
- 13 Ik ben vaak ongelukkig, zit in de put of ben in tranen
- 14 Andere jongeren van mijn leeftijd vinden mij over het algemeen aardig
- 15 Ik ben snel afgeleid; ik vind het moeilijk om me te concentreren
- 16 Ik ben zenuwachtig in nieuwe situaties. Ik verlies makkelijk mijn zelfvertrouwen
- 17 Ik ben aardig tegen jongere kinderen
- 18 Ik word er vaak van beschuldigd dat ik lieg of bedrieg
- 19 Andere kinderen of jongeren pesten of treiteren mij
- 20 Ik bied vaak anderen aan hen te helpen (ouders, leerkrachten, andere kinderen)
- 21 Ik denk na voor ik iets doe

- 22 Ik neem dingen weg die niet van mij zijn thuis, op school of op andere plaatsen
23 Ik kan beter met volwassenen opschieten dan met leeftijdgenoten
24 Ik ben voor heel veel dingen bang. Ik ben snel angstig
25 Ik maak af waar ik mee bezig ben. Ik kan mijn aandacht er goed bij houden

Aanvullende vragen SPsy

Versie voor jongere

Naam: Datum:

De vragen gaan over de laatste zes maanden. De drie antwoordcategorieën zijn: niet waar, een beetje waar en zeker waar.

- 26 Ik heb het gevoel gehad alsof andere mensen mijn gedachten kunnen lezen
27 Ik kan me vaak niet beheersen en eet dan enorm veel
28 Ik heb expres geprobeerd mezelf iets aan te doen (bijvoorbeeld snijden, slaan)
29 Ik doe erg mijn best om af te vallen (bijvoorbeeld strenge diëten volgen of bijna niet eten)
30 Ik heb het gevoel alsof ik boodschappen krijg via de radio of televisie die alleen voor mij zijn bestemd
31 Ik vind mijzelf dik, ook al zeggen anderen dat dit niet zo is
32 Ik heb in de afgelopen week erover nagedacht een einde aan mijn leven te maken
33 Ik heb het gevoel gehad alsof mensen me achtervolgen en bespioneren
34 Ik geef soms expres over na het eten
35 Ik heb het gevoel gehad alsof ik stemmen hoor die andere mensen niet kunnen horen
36 Ik vind dat eten mijn leven beheerst
37 Gebruik je wel eens alcohol?
 niet in de afgelopen zes maanden → *sla vraag 38 t/m 40 over*
 ☐ eens per maand of minder
 ☐ 2-4 keer per maand
 ☐ 2-3 keer per week
 ☐ 4 keer per week of vaker
38 Ik denk dat het goed is als ik wat minder alcohol zou gebruiken
39 Ik heb het afgelopen jaar problemen gehad door mijn alcoholgebruik (op school, thuis of werk)
40 Iemand (een familielid of vriend) heeft zijn of haar bezorgdheid geuit over mijn alcoholgebruik of me gezegd te stoppen met het gebruik van alcohol

41 Gebruik je wel eens drugs? (drugs zijn hasj, weed, marihuana, XTC, heroïne, cocaïne, paddo's, slaappillen enz.; pillen tellen niet als drugs als je ze verkregen hebt via de dokter)

☐ niet in de afgelopen zes maanden → *sla vraag 42 t/m 44 over*

☐ eens per maand of minder

☐ 2-4 keer per maand

☐ 2-3 keer per week

☐ 4 keer per week of vaker

42 Ik denk dat het goed is als ik wat minder drugs zou gebruiken

43 Ik heb problemen gehad door mijn drugsgebruik (op school, thuis of werk)

44 Iemand (een familielid of vriend) heeft zijn of haar bezorgdheid geuit over mijn drugsgebruik of me gezegd te stoppen met het gebruik van drugs

BIJLAGE 3

Convergente validiteit van indicatoren voor psychisch disfunctioneren

In deze bijlage beschrijven we resultaten ten aanzien van de convergente validiteit van de indicatoren voor psychisch disfunctioneren in het LIJ. Met andere woorden: in welke mate komen de scores als het gaat om psychisch disfunctioneren in het LIJ overeen met scores van een vergelijkbaar instrument om psychisch disfunctioneren te meten? Hiervoor hebben we de overeenkomsten bekeken tussen scores van het LIJ en de SDQ/SPsy (correlatiecoëfficiënt r).

De 61 instrumentaria die voor de analyse zijn gebruikt, zijn afkomstig van 48 jongens en dertien meisjes. 21 jongeren uit de casussen hebben een laag algemeen recidiverisico (ARR), 26 een middelhoog ARR en veertien een hoog ARR. Verder hebben 31 casussen een laag risico op geweld tegen personen (RGP), acht een midden RGP en veertien een hoog RGP. Ten slotte hebben 39 jongeren een lage score op het dynamisch risicoprofiel, dertien een middelhoge score en negen jongeren een hoge score.

De verbanden die als 'groot' beschouwd kunnen worden (een correlatie van $r > .50$), worden gemarkeerd in de tabellen. Het significantieniveau van de correlaties ($p < .01$ ¹) is weergegeven met een *.

¹ Door het grote aantal correlatieanalyses dat we uitvoeren, kiezen we voor een vrij conservatief significantieniveau van $p < .01$.

Symptomen van psychisch disfunctioneren in het LIJ

In de onderstaande tabel geven we het verband weer tussen de items die symptomen van psychisch disfunctioneren beogen te meten in het LIJ en de corresponderende items van de SDQ/SPsy.

Tabel B3.1 Verband symptomen van psychisch disfunctioneren in LIJ, SDQ-J en SDQ-O

Item in LIJ	Item SDQ**	Correlatie r met SDQ-J (n)	Correlatie r met SDQ-O (n)
3.3 Ongehoorzaamheid van de jeugdige aan ouders	7. Ik doe meestal wat me wordt opgedragen	-.20 (54)	-.28 (52)
6.1a Alcoholgebruik jeugdige	37. Gebruik je wel eens alcohol?	.73* (56)	.73* (53)
6.2a Drugsgebruik jeugdige	41. Gebruik je wel eens drugs?	.56* (55)	.64* (50)
7.4 Pijnklachten waarvoor geen medische oorzaak is gevonden	3. Ik heb vaak hoofdpijn, buikpijn of ben misselijk	.54* (58)	.63* (56)
7.5 Negatieve stemming	13. Ik ben vaak ongelukkig, in de put of in tranen	.48* (58)	-.04 (56)
7.6 Automutilatie	28. Ik heb expres geprobeerd mezelf iets aan te doen	.15 (56)	.49* (56)
7.8 Suïcidale gedachten of gedragingen	32. Ik heb in de afgelopen week erover nagedacht een einde aan mijn leven te maken	.96* (55)	-.06 (54)
9.3 Meldingen van gewelddadig gedrag	12. Ik vecht vaak, het lukt mij andere mensen te laten doen wat ik wil	.23 (58)	.21 (56)
10.2 Impulsiviteit, handelen alvorens na te denken	2. Ik ben rusteloos, ik kan niet lang stilzitten	.28 (58)	.33 (56)
10.2 Impulsiviteit, handelen alvorens na te denken	15. Ik ben snel afgeleid, ik vind het moeilijk om me te concentreren	.28 (58)	.27 (56)
10.2 Impulsiviteit, handelen alvorens na te denken	21. Ik denk na voor ik iets doe	-.46* (58)	-.23 (55)
10.3 Heeft geen controle op agressie	5. Ik word erg boos en ben vaak driftig	.25 (57)	.19 (56)

* Significant bij $p < .01$.

** De items in de ouderversie van de SDQ/SPsy zijn wat anders geformuleerd, bijvoorbeeld 'hij/zij doet wat hem/haar wordt opgedragen' in plaats van 'ik doe wat me wordt opgedragen'

Risicofactoren voor psychisch disfunctioneren in het LIJ

Onderstaande tabellen geven het verband weer tussen items die risicofactoren voor psychisch disfunctioneren beogen te meten in het LIJ en de schalen voor externaliserende en internaliserende problemen in de SDQ/SPsy. De tabellen bevatten alleen die risicofactoren waarvan we op basis van de resultaten van de literatuurstudie beschreven in hoofdstuk 3 verwachten dat ze het risico op externaliserende en/of internaliserende problematiek verhogen.

Tabel B3.2 Verband tussen risicofactoren voor externaliserende problematiek in het LIJ en de externaliserende schalen in SDQ-J en SDQ-O

Item LIJ	SDQ schaal	Correlatie r met SDQ-J (n)	Correlatie r met SDQ-O (n)
1.8 Slechte schoolprestaties	Gedragsproblemen	.16 (55)	.06 (52)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	.18 (56)	-.19 (51)
1.9a Negatief gedrag van jeugdige op school	Gedragsproblemen	.14 (55)	.16 (52)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	.09 (56)	-.14 (51)
3.4 Afwezigheid ouderlijk toezicht	Gedragsproblemen	-.02 (56)	.02 (52)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	-.04 (57)	-.02 (51)
3.5a Afwezigheid ouderlijk gezag: ouders stellen geen regels op	Gedragsproblemen	-.16 (54)	.14 (51)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	-.04 (55)	.14 (50)
3.5b Ouders zien niet toe op naleving regels	Gedragsproblemen	-.01 (47)	.27 (45)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	-.01 (48)	.20 (44)
3.6 Inconsequente of inadequate bestraffing van ongewenst gedrag door ouders	Gedragsproblemen	.17 (52)	.27 (49)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	.06 (53)	.08 (48)
3.7 Problemen van gezinsleden	Gedragsproblemen	.00 (52)	.08 (54)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	-.03 (53)	-.05 (57)
4.3 Problematische vrijetijdsbesteding	Gedragsproblemen	.28 (58)	.45* (55)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	.21 (59)	.05 (54)
5.1 Leeftijdsgenoten waar jeugdige mee omgaat (antisociale vrienden)	Gedragsproblemen	.21 (58)	.17 (54)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	-.01 (59)	.00 (53)
5.2 Bewondering/imitatie van antisociaal gedrag	Gedragsproblemen	.18 (58)	.34* (55)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	-.03 (59)	.02 (54)
5.3 Lage weerstand tegen antisociale leeftijdsgenoten	Gedragsproblemen	.33 (58)	.20 (54)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	.11 (59)	.04 (53)
7.1 Verstandelijke beperking	Gedragsproblemen	-.16 (46)	-.08 (45)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	.02 (47)	.09 (44)

Vervolg tabel B3.2 Verband tussen risicofactoren voor externaliserende problematiek in het LIJ en de schalen SDQ-J en SDQ-O

Item LIJ	SDQ schaal	Correlatie r met SDQ-J (n)	Correlatie r met SDQ-O (n)
7.7 Gevaarlijke dingen vroeger	Gedragsproblemen	.25 (58)	.38* (54)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	.22 (58)	.64* (53)
7.9 Slachtoffer van verwaarlozing	Gedragsproblemen	.22 (57)	.08 (53)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	.21 (58)	.15 (52)
7.10 Lichamelijke mishandeling binnen gezin	Gedragsproblemen	.25 (57)	.23 (54)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	.23 (58)	.03 (53)
7.11 Getuige van huiselijk geweld	Gedragsproblemen	-.10 (57)	.20 (54)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	.14 (58)	.19 (53)
7.12 Ervaringen met geweld buiten gezin	Gedragsproblemen	.04 (58)	.21 (55)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	-.09 (59)	.21 (54)
7.13 Seksueel misbruik	Gedragsproblemen	-.01 (58)	.10 (55)
	Hyperactiviteit/aandachtstekort	-.01 (59)	-.04 (54)

* Significant bij $p < .01$.

Tabel B3.3 Verband tussen risicofactoren voor internaliserende problematiek in het LIJ en de schalen SDQ-J en SDQ-O

Item LIJ	SDQ schaal	Correlatie r met SDQ-J (n)	Correlatie r met SDQ-O (n)
1.9a Negatief gedrag van jeugdige op school	Emotionele problemen	.12 (54)	.03 (53)
5.1 Leeftijdsgenoten waar de jeugdige mee omgaat (geen vrienden)	Emotionele problemen	-.14 (57)	.31* (55)
7.2c Medicatie voorgeschreven	Emotionele problemen	Te lage n	Te lage n
7.9 Slachtoffer van verwaarlozing	Emotionele problemen	-.05 (56)	.38* (54)
7.10 Lichamelijke mishandeling	Emotionele problemen	-.05 (56)	.30 (55)
7.11 Getuige van huiselijk geweld	Emotionele problemen	-.06 (57)	.18 (55)
7.12 Ervaringen met geweld buiten gezin	Emotionele problemen	-.03 (57)	.05 (56)
7.13 Seksueel misbruik	Emotionele problemen	-.10 (57)	.02 (56)

* Significant bij $p < .01$.

Tabel B3.4 geeft de verbanden weer tussen de items die risicofactoren voor psychisch disfunctioneren meten in het LIJ en de totaalscore van de SDQ. Deze totaalscore kan beschouwd worden als een algemene indicatie voor de aanwezigheid van psychische problemen bij een jongere.

Tabel B3.4 Verband risicofactoren van psychische problematiek en SDQ- totaal score

Item LIJ	Correlatie r met SDQ-J (n)	Correlatie r met SDQ-O (n)
1.1 Gering aantal dagen dagbesteding	.06 (55)	.36* (56)
1.7 Jeugdige hecht geen belang aan onderwijs	-.05 (54)	.14 (52)
1.8 Slechte schoolprestaties	.14 (53)	-.01 (51)
1.9a Negatief gedrag van jeugdige op school	.09 (53)	.10 (51)
3.4 Afwezigheid ouderlijk toezicht	-.03 (54)	.16 (51)
3.5a Afwezigheid ouderlijk gezag: ouders stellen geen regels op	-.02 (52)	.22 (50)
3.5b Ouders zien niet toe op naleving regels	-.01 (45)	.49* (44)
3.6 Inconsequente of inadequate bestraffing van ongewenst gedrag door ouders	.14 (50)	.26 (48)
4.3 Problematische vrijetijdsbesteding	.27 (56)	.36* (54)
5.1 Leeftijdsgenoten waar de jeugdige mee omgaat (antisociale vrienden)	-.02 (56)	.26 (53)
5.2 Bewondering/imitatie van antisociaal gedrag	-.01 (56)	.36* (54)
5.3 Lage weerstand tegen antisociale leeftijdsgenoten	.18 (45)	.23 (53)
7.1 Verstandelijke beperking	-.08 (45)	.08 (44)
7.7 Gevaarlijke dingen doen vroeger	.13 (56)	.55* (53)
7.9 Slachtoffer van verwaarlozing	.36* (55)	.14 (52)
7.10 Lichamelijke mishandeling	.19 (55)	.31 (53)
7.11 Getuige van huiselijk geweld	.09 (56)	.19 (53)
7.12 Ervaringen met geweld buiten gezin	-.10 (56)	.20 (54)
7.13 Seksueel misbruik	.08 (56)	.21 (54)

* Significant bij $p < .01$.

Indicatoren van zorg volgens de raadsonderzoeker

Tabel B3.5 geeft een overzicht van het verband tussen de aanwezigheid van zorgindicatoren volgens de raadsonderzoeker (gemeten in de tabel weging van zorg in het LIJ) en de totaalscore van de SDQ. De totaalscore van de SDQ geeft de aanwezigheid van psychische problematiek weer volgens de jongeren zelf en volgens de ouders.

Tabel B3.5 Verband zorgindicatoren LIJ, SDQ-J en SDQ-O score

Mate van zorg volgens raadsonderzoeker in LIJ	Schaal SDQ	Correlatie r met SDQ-J (n)	Correlatie r met SDQ-O (n)
Functioneren op school	Totale SDQ-score	.07 (956)	.27 (54)
Problemen in de thuissituatie	Totale SDQ-score	.16 (54)	.44* (53)
Functioneren in de vrije tijd	Totale SDQ-score	.08 (56)	.11 (53)
Relaties	Totale SDQ-score	.10 (56)	.44* (53)
Gebruik alcohol en drugs	Totale SDQ-score	.12 (56)	.36* (54)
	Problemen met alcoholgebruik	.25 (56)	.30* (52)
	Problemen met drugsgebruik	.38* (56)	.57* (49)
Geestelijke gezondheid	Totale SDQ-score	.42* (55)	.50* (53)
Risico op zichzelf schade toebrengen	Totale SDQ-score	.40* (56)	.22 (54)
	Zelfdestructief gedrag	.45* (56)	-.04 (54)
Agressie en impulsiviteit	Totale SDQ-score	.17 (56)	.53* (54)
	gedragsproblemen	.29 (58)	.31 (55)
	Hyperactiviteit/aandachts tekort	.29 (59)	.17 (54)
Zorgen psychosociale situatie jongere	Totale SDQ-score	.29 (52)	.45* (50)

* Significant bij $p < .01$.

BIJLAGE 4

Aanvullende tabellen correlaties item – risicoscore en item – zorgindicator

Tabel B4.1 Correlatie item – risicoscore (r) domein 1: school

	Correlatie item – risicoscore (n)
1.1 Aantal dagen dagbesteding	.33 (59)
1.3 Diploma voortgezet onderwijs	.07 (59)
1.4a School afgelopen 6 maanden	.34* (59)
1.7 Hecht belang aan onderwijs	.64* (56)
1.8 Schoolprestaties	.63* (55)
1.9a Gedrag op school	.62* (55)
1.10 Spijbelen	.48* (56)

*p < .01.

Tabel B4.2 Correlatie item – risicoscore (r) domein 3: gezin

	Correlatie item – risicoscore (n)
3.1 Huidige thuissituatie	-
3.2 Pleeggezin en/of tehuisverleden	.46* (59)
3.3 Gehoorzaamheid aan ouders	.78* (55)
3.4 Aanwezigheid ouderlijk toezicht	.75* (57)
3.5a Ouderlijk gezag: ouders stellen regels op	.38* (55)
3.5b Ouders zien toe op naleving van de regels	.61* (49)
3.6 Bestrafing van ongewenst gedrag door ouders	.78* (53)
3.7 Eerder contact met justitie van de gezinsleden	.15 (53)

*p < .01.

- geen correlatieberekening mogelijk vanwege een gebrek aan variantie.

Tabel B4.3 Correlatie item – risicoscore (r) domein 4: vrije tijd

	Correlatie item – risicoscore (n)
4.1 Structurele vrijetijdsbesteding binnen een vereniging	.62* (56)
4.2 Positieve vrijetijdsbesteding buiten een vereniging	.40* (58)
4.3 Is er bij deze jeugdige sprake van een problematische vrijetijdsbesteding?	.83* (59)

*p < .01.

Tabel B4.4 Correlatie item – risicoscore (r) domein 5: Relaties

	Correlatie item – risicoscore (n)
5.1 Leeftijdgenoten met wie de jeugdige zijn tijd doorbrengt	.55* (57)
5.2 Bewondering voor en/of imiteren van antisociaal gedrag van leeftijdgenoten	.76* (58)
5.3 Mate waarin jeugdige weerstand kan bieden aan de invloed van antisociale leeftijdgenoten	.60* (57)

*p < .01.

Tabel B4.5 Correlatie item – risicoscore (r) domein 6: Alcohol- en drugsgebruik

	Correlatie item – risicoscore (n)
6.1a Alcoholgebruik jeugdige	.90* (56)
6.2a Drugsgebruik jeugdige	.51* (57)

*p < .01.

Tabel B4.6 Correlatie item – risicoscore (r) domein 7: Geestelijke gezondheid

	Correlatie item – risicoscore (n)
7.1 Verstandelijke beperking	.01 (46)
7.2b Diagnose ADHD/ADD	.82* (52)
7.2b Diagnose ODD/gedragsproblemen	.76* (52)
7.9 Slachtoffer van verwaarlozing	-.11 (57)
7.10 Lichamelijke mishandeling	.10 (58)

*p < .01.

Tabel B4.7 Correlatie item – risicoscore (r) domein 8: Attitude

	Correlatie item – risicoscore (n)
8.1 Accepteert verantwoordelijkheid voor antisociaal gedrag	.63* (56)
8.2 Respect voor eigendom van anderen	.56* (57)
8.3 Attitude tegenover autoriteitsfiguren	.49* (59)

*p < .01.

Tabel B4.8 Correlatie item – risicoscore (r) domein 9: Agressie

	Correlatie item – risicoscore (n)
9.1 Mate waarin jeugdige denkt dat schreeuwen en verbale agressie geschikt zijn voor het oplossen van een conflict	.56* (58)
9.2 Mate waarin jeugdige denkt dat vechten en fysieke agressie geschikt zijn voor het oplossen van een conflict	.56* (58)
9.3 Meldingen van gewelddadig gedrag	.54* (58)

*p < .01.

Tabel B4.9 Correlatie item – risicoscore (r) domein 10: Vaardigheden

	Correlatie item – risicoscore (n)
10.1 Probleemoplossing	.50* (51)
10.2 Impulsiviteit	.34* (58)
10.3 Beheerst/gebruikt alternatieven voor agressief gedrag	.60* (58)
10.4 Beheerst/gebruikt vaardigheden voor het omgaan met anderen	.18 (58)
10.5 Beheerst/gebruikt vaardigheden voor het omgaan met moeilijke situaties	.63* (56)

*p < .01.

Tabel B4.10 Correlatie item – zorgindicator (r) rubriek A: Functioneren op school

	Correlatie item – zorgindicator (n)
1.1 Aantal dagen dagbesteding	.43* (61)
1.7 Belang hechten aan school	.48* (58)
1.8 Schoolprestaties	.74* (57)
1.9a Gedrag jeugdige op school	.64* (57)
1.10 Spijbelen	.43* (58)

*p < .01.

Tabel B4.11 Correlatie item – zorgindicator (r) rubriek B: Problemen in de thuissituatie

	Correlatie item – zorgindicator (n)
3.3 Gehoorzaamheid jeugdige	.71* (57)
3.4 Aanwezigheid ouderlijk toezicht	.60* (56)
3.5a Ouderlijk gezag: ouders stellen regels op	.27 (56)
3.5b Ouders zien toe op naleving regels	.52* (49)
3.6 Bestrafing van ongewenst gedrag door ouders	.65* (54)
3.7 Eerder contact met justitie van de gezinsleden	.15 (52)
7.9 Slachtoffer van verwaarlozing	.42* (57)
7.10 Lichamelijke mishandeling door gezinslid	.31 (58)
7.11 Getuige van huiselijk geweld	.21 (58)
7.13 Seksueel misbruik door een gezinslid	.23 (59)

*p < .01.

Tabel B4.12 Correlatie item – zorgindicator (*r*) rubriek D: Relaties met leeftijdsgenoten

	Correlatie item – zorgindicator (<i>n</i>)
5.1 Leeftijdgenoten waar de jeugdige zijn tijd mee doorbrengt	.71* (60)
5.2 Bewondering voor en/of imiteren van antisociaal gedrag van leeftijdgenoten	.68* (60)
5.3 Mate waarin jeugdige weerstand kan bieden aan de invloed van antisociale leeftijdgenoten	.61* (60)

* $p < .01$.

Tabel B4.13 Correlatie item – zorgindicator (*r*) rubriek E: Gebruik alcohol en drugs

	Correlatie item – zorgindicator (<i>n</i>)
6.1a Alcoholgebruik jeugdige	.50* (60)
6.2a Drugsgebruik jeugdige	.68* (61)

* $p < .01$.

Tabel B4.14 Correlatie item – zorgindicator (*r*) rubriek F: Geestelijke gezondheid*

	Correlatie item – zorgindicator (<i>n</i>)
7.1 Verstandelijke beperking	.16 (48)
7.2b Diagnose ADHD/ADD	.40* (54)
7.2b Diagnose ODD/gedragsproblemen	.37* (54)
7.2c Medicatie	Te lage <i>n</i>
7.4 Pijnklachten zonder lichamelijke oorzaak	.43* (60)
7.5 Stemming	.48* (60)
7.7 Gevaarlijke dingen vroeger	.33 (59)
7.10 Lichamelijke mishandeling buiten het gezin	.27 (59)
7.12 Ervaringen met geweld buiten het gezin	.30 (60)
7.13 Seksueel misbruik buiten het gezin	.12 (53)

* $p < .01$.

*In deze rubriek worden ook de uitkomsten van de SDQ/SPsy meegewogen in het oordeel over zorg. De overeenkomst tussen de items van het LIJ en de SDQ beschrijven we in hoofdstuk 3 (validiteit).

Tabel B4.15 Correlatie item – zorgindicator (*r*) rubriek G: Risico op zichzelf schade toebrengen

	Correlatie item – zorgindicator (<i>n</i>)
7.6 Automutilatie	.42* (61)
7.8 Suïcidale gedachten of gedragingen	.31 (60)

* $p < .01$.

Tabel B4.16 Correlatie item – zorgindicator (*r*) rubriek H: Agressie en impulsiviteit

	Correlatie item – zorgindicator (<i>n</i>)
9.1 Mate waarin jeugdige denkt dat schreeuwen en verbale agressie geschikt zijn voor het oplossen van een conflict	.46* (61)
9.2 Mate waarin jeugdige denkt dat vechten en fysieke agressie geschikt zijn voor het oplossen van een conflict	.59* (61)
9.3 Meldingen van gewelddadig gedrag	.35* (61)
9.4 Meldingen seksueel gewelddadig gedrag	.04 (61)
10.2 Impulsiviteit	.34* (61)
10.3 Controle op agressie	.51* (61)

* $p < .01$.

Regioplan Beleidsonderzoek

**Nieuwezijds Voorburgwal 35
1012 RD Amsterdam**

T 020 531 531 5

F 020 626 519 9

E info@regioplan.nl

I www.regioplan.nl