

ZORGTOEWIJZING AAN JONGEREN IN INSTELLINGEN VOOR J-SGLVB: IS ER EEN TREFZEKER ONDERSCHIED TE MAKEN MET LVB 4-5?

*Joop Hoekman
Mia Ament
Karin de Bruin
Jackelien Feenstra
Maaike Willemen¹*

In deze studie is onderzocht of een hulpmiddel kan worden ontwikkeld dat gebruikt kan worden bij toewijzing van jongeren naar J-SGLVB: Jeugdigen met Sterke Gedragsstoornissen en een Licht Verstandelijke Beperking (LVB). Dat hulpmiddel ondersteunt het maken van onderscheid tussen jongeren met de indicatie LVB 4-5 enerzijds en jongeren met de indicatie J-SGLVB anderzijds. Beide groepen hebben ernstige gedragsproblematiek, ontvangen intramurale zorg, maar ontvangen een verschillend zorgarrangement. In de praktijk is het moeilijk om jongeren die in zorg komen adequaat naar één van beide arrangementen toe te leiden. Een hulpmiddel daarbij is dus zeer welkom. Het onderzochte hulpmiddel heeft het karakter van een gedragsbeoordelingsschaal, die gescoord kan worden buiten aanwezigheid van de cliënt, en waarvan de itemscores zonder verdere bewerking input vormen voor de clinicus/gedragswetenschapper die, na afweging van allerlei informatie tegen de achtergrond van zijn of haar kennis en ervaring, een beslissing neemt over de zorgtoewijzing. Dit diagnostisch hulpmiddel bestaat uit de SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth) en een zelf ontwikkelde Checklist J-SGLVB. Dit hulpmiddel (SAVRY + Checklist) is beproefd in een onderzoeksgroep met 72 proefpersonen die is samengesteld uit thans in behandeling zijnde cliënten uit de beide doelgroepen. We lieten de informatie (dossier) die ze bij zorgtoewijzing meebrachten beoordelen door intakefunctionarissen of gedragswetenschappers die geen persoonlijke betrokkenheid bij de cliënten hebben. Daarmee blijven we dicht bij de toekomstige gebruikssituatie van het instrument: scoring bij zorgtoewijzing op basis van een dossier. Een combinatie van de SAVRY met de Checklist J-SGLVB blijkt zeer goed in staat te zijn om de groep jongeren met J-SGLVB te onderscheiden van jongeren met de indicatie LVB-4/5. Het instrument blijkt betrouwbaar en valide te zijn. Ten aanzien van de betrouwbaarheid voerden we onderzoek uit naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (in een relatief kleine onderzoeksgroep van 16 paren onafhankelijke scores) en naar de interne consistentie. Beide zijn (zeer) bevredigend. Ten aanzien van de validiteit argumenteerden we dat de inhoudsvaliditeit sterk is bevorderd door expliciete en impliciete kennis van ervaren gedragswetenschappers, via een Delphi-proces, in het instrument op te nemen. We onderzochten de soortgenootvaliditeit door de overeenstemming tussen SAVRY en Checklist J-SGLVB te meten. Die is voldoende hoog maar niet te hoog; in het geval van een heel hoge correlatie zou naast de SAVRY geen ander instrument nodig zijn.

¹ Dr. Joop Hoekman, tot voor kort werkzaam bij Landelijk Kenniscentrum LVB, werkzaam bij Universiteit Leiden en Hogeschool Leiden, zelfstandig onderzoeker; Drs. Mia Ament, hoofd behandeling De Beele, Voorst (Pluryn); Drs. Karin de Bruin, gedragswetenschapper, Groot Emaus, Ermelo ('s Heeren Loo); Drs. Jackelien Feenstra, gedragswetenschapper (Ambiq); Drs. Maaike Willemen, gedragswetenschapper, De la Salle (Koraal Groep), Boxtel. De auteurs danken Dr. Lieke van Domburgh (Intermetzo) voor haar adviezen bij de constructie van de checklist en Dr. Jolanda Douma (Landelijk Kenniscentrum LVB) voor haar opmerkingen bij een eerdere versie van deze tekst. Correspondentie naar joophoekman@hotmail.com.

Introductie

Jongeren met een licht verstandelijke beperking (LVB) vormen merendeels geen probleem voor zichzelf en hun omgeving. Met enige steun vinden ze hun weg in hun leven en in de samenleving. Een minderheid van de jongeren met een LVB redt het niet op die manier; zij zijn aangewezen op specialistische zorg in de vorm van behandeling en begeleiding bij hun gedragsproblematiek. Voor een deel van deze jongeren met ernstige problematiek is plaatsing in intramurale zorg noodzakelijk. Zij worden dan met een indicatie LVB-4 of LVB-5 opgenomen in een van de Orthopedagogische Behandelcentra (OBC's).

Binnen bovenbeschreven groep jongeren is sprake van een subgroep die zodanig intensieve zorg behoeft ten gevolge van hun sterk gestoorde gedrag en complexe problematiek dat zij de indicatie J-SGLVB krijgen: Jeugdigen met Sterke Gedragsstoornissen en een LVB. Voor deze groep zijn momenteel (2015) 125 plaatsen beschikbaar die verdeeld zijn over vier instellingen:

- 's Heeren Loo (Groot Emaus);
- Pluryn (De Beele);
- Koraal Groep (De la Salle);
- Ambiq (locaties Hoogeveen en Hengelo).

In deze instellingen verblijven zowel jongeren met de indicaties LVB-4 en LVB-5 als jongeren met de indicatie J-SGLVB. De toewijzing van cliënten aan J-SGLVB (of juist aan LVB-4 of LVB-5) geschiedt nu aan de hand van een klinische afweging waarin de ernst van de problematiek een belangrijke rol speelt. De vier instellingen hanteerden bij de zorgtoewijzing enige tijd een interne aandachtspuntenlijst met acht kindkenmerken (VOBC LVG, 2012). Die aandachtspuntenlijst wordt echter als onvoldoende onderscheidend ervaren, onder meer omdat informatie over de omgeving/thuismilieu ontbreekt en er geen aandacht is voor protectieve factoren en risicofactoren. Ook bestaat er een 'Risicotaxatie-instrument J-SGLVB' (Bakker, 2014a). Dat wordt echter in de praktijk niet gebruikt, met name door zijn grote omvang.

De toewijzing J-SGLVB is in eerste instantie een financiële indicatie, waarmee het mogelijk wordt om jongeren intensiever te begeleiden/behandelen dan bij jongeren met een LVB-4/5-indicatie het geval is. De jongeren met een LVB-4/5-indicatie en de jongeren met een J-SGLVB-indicatie hebben veel overeenkomsten. In grote lijnen is, op grond van klinische ervaring in de vier genoemde instellingen, te zeggen dat er bij beide doelgroepen vaak (maar niet altijd) sprake is van hechtingsproblemen, traumatische/ingrijpende ervaringen in de voorgeschiedenis en een diversiteit aan bijkomende problematiek, zoals: verwaarlozing, seksueel misbruik, middelenmisbruik, delinquent gedrag, discontinue schoolloopbaan, laag zelfbeeld, weinig vertrouwen in anderen, beperkte sociale redzaamheid, beïnvloedbaar, problemen in en met het systeem van herkomst, problemen met peergroup, problemen binnen alle drie de milieus, Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD), Autisme Spectrum Stoornis (ASS), angst- en stemmingsstoornissen, etc.

Wat jongeren met J-SGLVB anders en meer zorgintensief maakt dan jongeren met LVB-4/5 is de ernst van de problematiek en (mede daardoor) het falen van behandeling op het niveau van LVB-4/5. Die ernstigere problematiek blijkt uit de volgende elementen (Vereniging Nederlandse Gemeenten, z.j.; Bakker, 2014a, 2014b; VOBC LVG, 2012):

- De hechtingsproblemen zijn zo ernstig dat ze veelal kunnen worden geclassificeerd als reactieve hechtingsstoornis (RAD);
- Er is vaak sprake van vroegkinderlijke verwaarlozing/traumatisering, die veelal leidt tot classificatie als Posttraumatische Stresstoornis (PTSS) en voor grote risico's zorgt waardoor de jongere niet tot stabilisatie komt;
- Er is sprake van zeer ernstige gedragsproblemen (sterk gedragsgestoord), veelal in combinatie met (actieve) psychiatrische problematiek (gedragsstoornis, PTSS, RAD) als gevolg van een verstoorde hechting en/of vroegkinderlijke verwaarlozing/traumatisering;

- Het sterk gestoorde gedrag leidt tot forse opvoedproblemen en gevoelens van onvermogen en onmacht bij ouders of opvoeders en die daardoor in het gezin zeer moeilijk te begeleiden zijn en vragen om structurele en zeer forse ondersteuning;
- De ontwikkeling stagneert op alle terreinen. Het doel van de behandeling is vooral gericht op stabilisatie en eventueel daarna kleine stappen in persoonlijke groei. Vermaatschappelijking is geen behandeldoel;
- Klachten zijn langer dan 6 maanden aanwezig;
- Er is sprake van een langdurige hulpverleningsgeschiedenis met zeer intensieve interventies zonder progressie;
- De jongere is gebrekkig tot niet gemotiveerd voor behandeling wat wordt gekenmerkt door een overwegend negatieve houding tegenover interventie en gezag en/of weinig tot geen medewerking aan interventies/behandeling; wederkerigheid, empathie en gewetensontwikkeling lijken vaak afwezig te zijn;
- Er is sprake van een zeer intensieve zorg- c.q. ondersteuningsbehoefte: residentiële zorgvraag (zeer intensieve orthopedagogische behandeling met verblijf, beschermd wonen, terrein gebonden);
- Het veiligheidsrisico voor de jongere zelf en zijn omgeving is zeer hoog: aanwezigheid van zeer veel risicofactoren en zeer beperkte aanwezigheid of afwezigheid van protectieve factoren;
- Perspectief is langdurige behandeling (met verblijf).

Onderzoek

Tegen deze achtergrond gaf de Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra (VOBC) / Landelijk Kenniscentrum LVB ons de opdracht om te onderzoeken of een diagnostisch hulpmiddel geconstrueerd kon worden dat een zo scherp mogelijk onderscheid helpt maken tussen LVB-4/5 enerzijds en J-SGLVB anderzijds. Dat instrument zou ingezet moeten worden bij de zorgtoewijzing aan cliënten.

In dit artikel doen we verslag van de ontwikkeling van een diagnostisch hulpmiddel bij de toewijzing aan J-SGLVB en van onderzoek naar de psychometrische eigenschappen ervan.

Ontwikkeling van een Checklist J-SGLVB

Om tot een diagnostisch hulpmiddel te komen is een projectgroep geformeerd, waarin, naast een coördinator, van ieder van de vier J-SGLVB-instellingen een ervaren gedragswetenschapper zitting nam. Deze projectgroep besprak casuïstiek uit verschillende instellingen, onderzocht mogelijk bruikbare beoordelingsschalen, verzamelde thema's en aandachtspunten. Zo werd 'tacit knowledge' (Polanyi, 2002) geëxpliciteerd. Dat is het type kennis waarvan we weten hoe we het moeten 'doen' maar (nog) niet goed weten hoe we het moeten 'beschrijven' of 'verklaren'.

Dit proces kenmerkte zich door werken aan consensusvorming (Kaasenbrood, 1995). Het kan ook beschreven worden als verlopend volgens de Delphi-methode (Linstone & Turoff, 2002): resultaten uit een eerdere ronde vormden de input voor iedere volgende ronde. Het proces had als belangrijk resultaat dat steeds helderder werd:

- wat impliciet de kenmerken van J-SGLVB zijn,
- hoe tussen de vier instellingen bij (de weg van) die kenmerken kleine nuanceverschillen aanwezig zijn,
- hoe lastig het is om wezenlijke kenmerken 'meetbaar' te maken.

Al snel werd als belangrijk uitgangspunt geformuleerd dat in individuele gevallen de klinische beoordeling en afweging de doorslag moeten geven. Dat betekende dat het instrument dat we ontwikkelden niet voorzien moest worden van rekenregels en afbreekscores, maar een kwalitatieve ondersteuning moest bieden bij de klinische afweging. We vonden aansluiting bij het concept

‘gestructureerd klinisch oordeel’ (Lodewijks, 2008), zoals dat bij de SAVRY (zie hierna) wordt gehanteerd. Het door ons te ontwikkelen instrument zou het karakter krijgen van een gedragsbeoordelingsschaal, die gescoord kan worden buiten aanwezigheid van de cliënt, en waarvan de itemscores zonder verdere bewerking input vormen voor de clinicus/gedragswetenschapper die, na afweging van allerlei informatie tegen de achtergrond van zijn of haar kennis en ervaring, een beslissing neemt over de zorgtoewijzing. Belangrijk is dat we daarbij uitgaan van een driehoek met als hoekpunten:

- Risicofactoren in kind en omgeving;
- Protectieve factoren in kind en omgeving;
- Proceskenmerken van de behandeling.

In het afwegingsproces bij zorgtoewijzing speelt de dynamiek tussen die drie hoekpunten een rol. Die dynamiek is slecht te vangen in kwantitatieve scores die tot een beslissingsalgoritme zouden kunnen leiden. Ook daarom kiezen we voor het kwalitatieve concept ‘gestructureerd klinisch oordeel’.

In de projectgroep ontwikkelden we drie achtereenvolgende versies van een gedragsbeoordelingsschaal, die telkens werden beproefd en van feedback voorzien in ieder van de vier instellingen. We vonden aansluiting bij de inhoud van het B-formulier dat door het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) wordt gehanteerd. Bij iedere volgende versie werden verbeteringen aangebracht in de inhoud, maar ook in de formulering. Vanaf versie 4 kwamen we tot het oordeel dat een deel (maar niet alle) van de concepten die we in het diagnostisch hulpmiddel wilden opnemen gedekt werd door de SAVRY. Vanaf dat stadium ontwikkelden we een checklist volgens de structuur van de SAVRY die een aanvulling op de SAVRY-items vormde.

SAVRY

De SAVRY (Structured Assessment of Violence Risk in Youth) werd oorspronkelijk ontwikkeld door Borum, Bartel en Forth (2002). In 2003 verscheen een eerste Nederlandse vertaling en bewerking door Lodewijks, Doreleijers, De Ruiter en De Wit-Grouls. In 2006 verscheen een handelseditie (Lodewijks, Doreleijers, de Ruiter en De Wit-Grouls, 2006). Toegankelijke informatie is te vinden bij de website van de databank Instrumenten en Richtlijnen van het Nederlands Jeugdinstituut ([http://www.nji.nl/nl/Databanken/Structured-Assessment-of-Violence-Risk-in-Youth-\(SAVRY\)\)](http://www.nji.nl/nl/Databanken/Structured-Assessment-of-Violence-Risk-in-Youth-(SAVRY))).

De SAVRY is een instrument voor taxatie van geweldsrisico bij jongeren van 12-18 jaar. De schaal bestaat uit 30 items: 24 risicofactoren (die gescoord worden als laag, midden of hoog) en 6 protectieve factoren (die gescoord worden als aanwezig of afwezig). Bij ieder van de 30 items is het daarnaast mogelijk een score als ‘kritisch item’ te geven, indien het item een bijzonder belangrijke invloed kan hebben op het risico in een bepaald geval.

Er zijn vier subschalen:

- Historisch, met als voorbeelditem: Geschiedenis van mishandeling als kind;
- Sociaal/contextueel, met als voorbeelditem: Ervaren stress en geringe copingvaardigheden;
- Individueel, met als voorbeelditem: Problemen met hanteren van boosheid;
- Protectieve factoren, met als voorbeelditem: Duidelijke hechte band met tenminste één prosociale volwassenen.

De SAVRY is ontwikkeld voor gebruik in de forensische kinder- en jeugdpsychiatrie. Als gezegd ondersteunt de SAVRY de klinische oordeelsvorming; men spreekt van een ‘gestructureerd klinisch oordeel’. Lodewijks (2008) deed onderzoek naar de psychometrische kwaliteit, onder meer naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (variërend van .61 tot .86) en de predictieve validiteit. De Totaalscore en de Samenvattende beoordeling zijn significant nauwkeuriger als voorspeller van recidive van gewelddadig gedrag dan een ongestructureerd klinisch oordeel.

Het is van belang om op te merken dat psychometrisch onderzoek naar de schaal op gespannen voet staat met kwalitatief gebruik ervan bij klinische oordeelsvorming. Lodewijks, Doreleijers & De Ruiter (2008, p. 696) gebruiken, en slechts voor onderzoeksdoeleinden, een 'risk total score' die verkregen wordt door op de 24 risico-items de waarden 0, 1 en 2 toe te kennen aan de scores laag, middel en hoog en vervolgens te sommeren. Daarnaast benoemen ze een 'summary risk rating'. Dat is het uiteindelijke klinische oordeel, gebaseerd op een overall interpretatie van alle 30 items, en is niet verbonden aan een score of een totaalscore. We merken bovendien op dat de schaalwaarden laag, midden en hoog een ordinaal karakter hebben en in de data-analyse door Lodewijks et al. (2008), en in ons eigen onderzoek, als numeriek worden gehanteerd.

Checklist J-SGLVB

De resulterende Checklist J-SGLVB is de 6^e versie in het ontwikkeltraject en is opgezet volgens de structuur van de SAVRY. Hij bestaat uit 14 items: 13 risicofactoren en 1 protectieve factor. De Checklist J-SGLVB, die alleen bedoeld is voor intern gebruik binnen OBC's met J-SGLVB cliënten en alleen in aanvulling op de SAVRY, is opgenomen in de bijlage bij dit artikel. Hij wordt ingevuld nadat de SAVRY (30 vragen) is ingevuld; de Checklist en de SAVRY vormen in de procedure van zorgtoewijzing één geheel. De Checklist heeft bij alle vragen dezelfde antwoordmogelijkheden als de vragen in de SAVRY:

- laag (de bedoelde kenmerken of de beschreven situatie doen zich niet of nauwelijks voor),
- matig (tot op zekere hoogte aanwezig en/of is niet ernstig; heeft matige schade veroorzaakt),
- hoog (is uitdrukkelijk aanwezig en/of is ernstig; heeft grote schade veroorzaakt).

De Checklist en de SAVRY leiden niet tot een score die boven of beneden een bepaalde grens kan liggen. De resultaten (scores op items) vormen kwalitatief materiaal dat kan bijdragen aan een gestructureerd klinisch oordeel bij zorgtoewijzing aan J-SGLVB.

Empirisch onderzoek

Bij het empirisch onderzoek naar de psychometrische kwaliteiten van Checklist + SAVRY wordt gekwantificeerd wat eigenlijk niet gekwantificeerd behoort te worden. De SAVRY en de Checklist zijn immers bedoeld om op een kwalitatieve manier de oordeelsvorming te ondersteunen. De vragen worden op ordinaal niveau geanalyseerd. Bij enkele analyses zullen de variabelen, in tegenstelling tot het genoemde kwalitatieve karakter, beschouwd moeten worden als van numeriek niveau. Dat zal in de rapportage bij die analyses worden aangegeven; er zal daar ook worden gewaarschuwd voor te vergaande interpretaties van de resultaten van die analyses. We interpreteren de resultaten van het kwantitatieve onderzoek vooral op een kwalitatieve manier.

Het onderzoek is gericht op:

- Betrouwbaarheid en validiteit van de checklist;
- Scheidend vermogen van de samengestelde schaal (SAVRY en Checklist): kunnen cliënten met LVB-4 of LVB-5 goed worden onderscheiden van cliënten met J-SGLVB;
- Sterke en zwakke items: welke items dragen sterk of juist zwak (of zelf negatief) bij aan het onderscheid tussen de twee groepen. Deze informatie is bovendien van belang voor verheldering van verschillen tussen LVB 4/5 enerzijds en J-SGLVB anderzijds;
- Minimale omvang van de schaal.

Onderzoeksgroep

De samengestelde schaal zal worden gebruikt bij de zorgtoewijzing aan individuele cliënten. In dit onderzoek sluiten we daar zo dicht mogelijk bij aan.

De onderzoeksgroep is als volgt samengesteld. In de vier instellingen met een J-SGLVB-erkenning zijn de cliënten ingedeeld in twee groepen:

- Cliënten die bij binnenkomst toegewezen werden aan LVB-4/5-zorg en die momenteel nog steeds die zorg ontvangen;
- Cliënten die bij binnenkomst toegewezen werden aan J-SGLVB-zorg en die momenteel nog steeds die zorg ontvangen.

Twijfelgevallen en cliënten die tijdens hun verblijf van zorgpakket veranderden werden van het onderzoek uitgesloten.

In ieder van de twee groepen werd binnen iedere instelling telkens de derde cliënt genomen. Zo werd een gerandomiseerde onderzoeksgroep samengesteld.

Van iedere onderzoekspersoon werd het dossier genomen, zoals dat voorhanden was bij binnenkomst. Alles wat later aan het dossier was toegevoegd werd verwijderd. Op basis van deze dossiers werden de SAVRY en de Checklist ingevuld door intakefunctionarissen en/of gedragswetenschappers die blind zijn ten aanzien van de persoon van de cliënt. Dus: medewerkers van andere locaties; behandelaars die de cliënten niet kennen.

Door deze procedure werd de situatie bij zorgtoewijzing zo levensecht mogelijk opnieuw gecreëerd om de resultaten te kunnen generaliseren naar toekomstige zorgtoewijzingssituaties. Gegevens over de aldus samengestelde onderzoeksgroep staan in tabel 1.

Tabel 1: Samenstelling onderzoeksgroep: leeftijd (lft) en geslacht van de jongeren per instelling.

Instelling	gem. lft	s.d. lft	Aantal vrouwen	Aantal mannen	totaal
's Heeren Loo	16,2	1,2	10	17	27
Pluryn	15,1	2,1	3	16	19
Koraal Groep	15,1	1,9	3	11	14
Ambiq	15,2	1,8	4	8	12
Totaal	15,6	1,8	20	52	72

Gem = gemiddelde; s.d. = standaarddeviatie

De onderzoeksgroep van 72 personen bevat 33 personen met een LVB-4/5-indicatie en 39 personen met een J-SGLVB-indicatie.

Betrouwbaarheid en validiteit

Het onderzoek naar de betrouwbaarheid van de Checklist J-SGLVB is tweeledig. We hebben ten eerste onderzoek gedaan naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid door gegevens te analyseren van 16 proefpersonen bij wie, onafhankelijk van elkaar, door twee beoordelaars de checklist is ingevuld. Dat waren soms (onafhankelijke) beoordelaars uit dezelfde instelling, maar soms ook beoordelaars uit verschillende instellingen die op basis van het dossier de checklist invulden. Ten tweede hebben we onderzoek gedaan naar de interne consistentie: de mate waarin items samenhangen en gezamenlijk een consistente schaal (of subschaal) vormen. De interne consistentie wordt uitgedrukt in Cronbach's alfa (Cronbach, 1951). De resultaten van beide onderzoeken naar aspecten van de betrouwbaarheid staan in tabel 2.

De uitslagen zijn betrekkelijk gunstig voor de checklist. De Pearson correlaties bij de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid zijn in dezelfde grootte-orde als die door Lodewijks (2008) over de SAVRY worden gerapporteerd. De waarden van Cronbach's alfa zijn niet heel hoog, maar wel bevredigend. Bij beide analyses vallen de items in de subschaal 'ouderkenmerken' negatief op. Mogelijk weten beoordelaars vaak onvoldoende van de ouders van bij hen opgenomen jongeren.

Aan de inhoudsvaliditeit van de Checklist J-SGLVB is door de projectgroep gewerkt door de aanwezige expliciete en impliciete kennis over het onderscheid tussen LVB-4/5 en J-SGLVB in de checklist tot uiting te laten komen.

Tabel 2: Interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (Pearson correlaties) en interne consistentie (Cronbach's alfa) per subschaal van de Checklist J-SGLVB

Subschalen Checklist J-SGLVB	Pearson correlaties (N=16)	Cronbach's alfa (N=72)
Kindkenmerken (6 items)	.66**	.75
Systeemkenmerken (4 items)	.88**	.71
Ouderkenmerken (2 items)	.46	.50
Protectieve factor (1 item)	.61*	-
Zorgbehoefte (1 item)	.67**	-
Totaalscore (14 items)	.76**	.76
Risicototaal (13 items)	.78**	.78

* p <.05; ** p <.01

Er is onderzoek gedaan naar de soortgenoot-validiteit door de samenhang met de SAVRY te bepalen, zie tabel 3.

Tabel 3: Soortgenootvaliditeit: Pearson correlaties tussen SAVRY en Checklist J-SGLVB

	SAVRY totaal	SAVRY risicototaal
Checklist totaal	.62**	.64**
Checklist risicototaal	.62**	.65**

** p <.01

Er is een vrij hoge en significante samenhang tussen beide schalen. Echter, niet zo hoog dat één van beide schalen daarom zou kunnen vervallen bij zorgtoewijzing aan LVB-4/5 resp. J-SGLVB.

Scheidend vermogen

Bij dit onderwerp onderzoeken we of de samengestelde schaal (SAVRY + Checklist J-SGLVB) in staat is om de twee onderzoeksgroepen (LVB-4/5 en J-SGLVB) adequaat te scheiden. We berekenden met de t-toets voor onafhankelijke steekproeven of de verschillen in de scores tussen beide groepen significant zijn. In tabel 4 staan de somscores per subtest. Omdat de subtests verschillende aantallen items bevatten, zijn de gerapporteerde waarden niet per subtest te vergelijken; alleen een vergelijking per regel, dus tussen LVB-4/5 en J-SGLVB is zinvol.

Beide tests en bijna alle subtests laten een vrij groot en significant verschil tussen beide groepen zien. Alleen bij de subtests Ouderkenmerken en de Protectieve factor van de checklist zijn de verschillen niet significant.

Tabel 4: Vergelijking van de gemiddelde scores tussen de LVB 4-5 en J-SGLVB groepen op de (sub)schalen van de SAVRY en Checklist J-SGLVB: Resultaten van de T-test.

Meetinstrument en subschaal	Groep		T (p)
	LVB 4-5	J-SGLVB	
SAVRY			
historisch (10 items)	7,7	12,5	-6,3 (.000)
sociaal/contextueel (6)	6,9	8,1	-2,2 (.031)
individueel (8)	8,2	11,3	-4,8 (.000)
protectief (6)	2,6	1,5	3,0 (.004)
totaal (30)	20,2	30,5	-6,2 (.000)
risicototaal (24)	22,8	31,9	-6,3 (.000)
Checklist J-SGLVB			
kindkenmerken (6)	7,1	9,5	-4,5 (.000)
systeemkenmerken (4)	3,8	5,6	-3,4 (.001)
ouderkenmerken (2)	1,1	1,5	-1,5 (.150)
protectieve factor (1)	0,3	0,2	1,5 (.133)
zorgbehoefte (1)	1,0	1,8	-4,9 (.000)
totaal (14)	12,6	18,3	-5,4 (.000)
risicototaal (13)	12,8	18,5	-5,4 (.000)
SAVRY +Checklist totaal (44)	33,8	51,9	-6,1 (.000)
SAVRY+Checklist risicototaal (37)	35,6	50,4	-6,0 (.000)

Sterke en zwakke items

Welke items dragen veel of juist weinig bij aan het onderscheid tussen beide groepen? Deze vraag beantwoorden we langs vier lijnen:

- Missende waarden: items die relatief veel missende waarden hebben zijn mogelijk moeilijk te scoren en leveren in de onderzoeksgroep ruis op;
- Significant verschil: met een t-toets wordt onderzocht of ieder item een significant verschil tussen beiden onderzoeksgroepen vertoont;
- Gecorrigeerde item-totaal correlatie: items die laag samenhangen met de rest van de schaal meten kennelijk iets anders dan die rest;
- Structuurcoëfficiënten bij discriminantanalyse: discriminantanalyse is een multivariate analysetechniek die, door gewichten aan items toe te kennen, verschillen tussen groepen zo groot mogelijk maakt en de samenhang binnen iedere groep zo sterk mogelijk. De structuurcoëfficiënten geven de bijdrage van ieder item aan de optimale oplossing weer.

We kiezen voor deze meervoudige benadering, omdat we bij de kwantitatieve analyse uitgaan van een meetniveau dat de data niet hebben. We zullen de resultaten dus met terughoudendheid moeten interpreteren. Wanneer vanuit verschillende analyses dezelfde resultaten naar voren komen, wijst dat op een echt aanwezige onderliggende tendens. Men kan bij deze meervoudige benadering spreken van triangulatie (zie bijvoorbeeld Bogdan & Biklen, 2006).

Bij het onderzoek naar de aantallen missende waarden zien we dat het merendeel van de items geen enkele missende waarde heeft. Bij één item is het aantal missende waarden 12, dat is het hoogste aantal dat we vonden, zie tabel 5.

Tabel 5: Items met de hoogste aantallen missende waarden op de SAVRY en Checklist J-SGLVB (N=73).

Instrument, itemnummer en -beschrijving	Aantal missende waarden
<i>SAVRY</i>	
8. Eerdere zelfbeschadiging of suïcidepoging	5
16. Achterstandsbuurt	12
28. Positieve houding tegenover interventie en gezag	4
29. Duidelijke positieve gerichtheid op school of werk	4
<i>Checklist J-SGLVB</i>	
9. Problemen ten gevolge van seksueel misbruik	5
12. Ouders verslavingsproblematiek	11

We onderzochten vervolgens per item of het verschil tussen beide groepen significant is ($p < .05$). Bij 12 van de 30 items van de SAVRY en bij 5 van de 14 items van de Checklist is er geen significant verschil tussen de beide onderzoeksgroepen. Items maken dus niet alle individueel het bedoelde onderscheid maar doen dat tezamen wel (zie eerder in tabel 4).

We onderzochten de gecorrigeerde item-totaal correlaties. Die weerspiegelen de mate waarin een item tezamen met de andere items een samenhangende schaal vormt. Items met een lage item-totaalcorrelatie kunnen als ‘zwak’ benoemd worden. We onderzochten de gecorrigeerde itemtotaalcorrelaties (r^{it}) in beide schalen en in alle subschalen. Dat levert hetzelfde beeld op als de analyse in de gehele samengestelde schaal (SAVRY + Checklist J-SGLVB). De daar gevonden waarden staan in tabel 6. Er zijn alleen twee SAVRY-items met een zeer lage r^{it} .

Tabel 6: Items van de SAVRY met een zeer lage gecorrigeerde item-totaalcorrelatie (r^{it}) in samengestelde schaal (SAVRY + Checklist J-SGLVB).

SAVRY-itemnummer en -beschrijving	r^{it}
11. Omgaan met delinquente leeftijdgenoten	.02
19. Problemen met middelengebruik	.04

De structuurcoëfficiënten bij discriminantanalyse hebben betrekking op de bijdrage van items aan het scheidend vermogen van de schaal. Hier kijken we eerst naar de zeer lage structuurcoëfficiënten (tabel 7).

Wanneer we de vier verschillende analyses, gericht op het opsporen van zwakke items, samen nemen, zien we dat telkens dezelfde items naar voren komen. We kunnen concluderen dat er licht (want het meetniveau van de data is niet het benodigde meetniveau) maar meervoudig (vier verschillende analyses) bewijs voor is dat de volgende items ‘zwak’ zijn:

- Problemen met middelengebruik
- Ouders problemen met delinquent gedrag; criminaliteit van ouders/verzorgers
- Ouders problemen met verslavingsproblematiek
- Omgaan met delinquente leeftijdgenoten
- Eerder niet-gewelddadig delinquent gedrag.

Tabel 7: Zeer lage structuurcoëfficiënten (*Sc*) van items van de SAVRY en items van de Checklist J-SGLVB.

Instrument, itemnummer en -beschrijving	Sc
<i>SAVRY</i>	
19. Problemen met middelengebruik	-.02
2. Eerder niet-gewelddadig delinquent gedrag	.02
8. Criminaliteit van ouders/verzorgers	.03
11. Omgaan met delinquente leeftijdgenoten	-.05
<i>Checklist J-SGLVB</i>	
12. Ouders problemen met verslavingsproblematiek	.07

Om te bepalen welke items sterk zijn, voeren we twee benaderingen uit: welke items hebben grote verschillen in gemiddelden tussen de beide groepen, en welke items hebben heel hoge structuurcoëfficiënten bij discriminantanalyse. Omdat de resultaten zeer sterk overeenstemmen brengen we ze onder in één tabel (tabel 8).

Tabel 8: Items van de SAVRY en Checklist J-SGLVB met een groot verschil in gemiddelde (kolom verschil) en met een zeer hoge structuurcoëfficiënt bij discriminantanalyse (kolom *Sc*). .

Instrument, itemnummer en -beschrijving	Vershil	Sc
<i>SAVRY</i>		
1. Eerder gewelddadig gedrag	.93	.40
3. Jonge leeftijd bij eerder gewelddadig gedrag	.95	.38
20. Problemen met hanteren van boosheid	.53	.28
<i>Checklist J-SGLVB</i>		
1. Hevigheid en frequentie van agressief gedrag gericht op anderen	.68	.36
13. Doel van behandeling: stabilisering en nog niet persoonlijke ontwikkeling en vermaatschappelijking	.80	.33

Minimale omvang van de schaal

Nu we de zwakke en sterke items in kaart hebben gebracht kunnen we nagaan welke items we minimaal moeten overhouden om een goed scheidend vermogen te behouden. Eerste aanwijzingen daarvoor kunnen we halen uit tabel 8, waarin de sterke items staan. Een tweede aanwijzing kan verkregen worden uit een stapsgewijze discriminantanalyse. In die procedure worden items stap voor stap aan de analyse toegevoegd, net zo lang tot het toevoegen van nog meer items niet meer tot betekenisvolle verbetering leidt. De op dat moment reeds toegevoegde items zou men kunnen beschouwen als de minimale omvang van de schaal. Uit de resultaten blijkt dat de discriminantanalyse stopt na het toevoegen van slechts 5 items, zie tabel 9.

Tabel 9: Items, toegevoegd in een stapsgewijze discriminantanalyse. S: items van de SAVRY; C: items van de Checklist J-SGLVB.

Item en beschrijving
S-1 Eerder gewelddadig gedrag
C-13 Doel van behandeling: stabilisering en nog niet persoonlijke ontwikkeling en vermaatschappelijking
S-22 Aandachtstekort/hyperactiviteit
S-18 Riskant gedrag/impulsiviteit
S-14 Geringe opvoedingsvaardigheden van de ouders

Na de stapsgewijze toevoeging van deze 5 items is er een significant onderscheid tussen de beide groepen (Wilks Lambda 0,462; Chikwadraat 52,17; df=5; p: 0,000).

Conclusies en discussie

Het door ons ontwikkelde instrument heeft het karakter van een gedragsbeoordelingsschaal die gescoord kan worden buiten aanwezigheid van de cliënt en waarvan de itemscores zonder verdere bewerking input vormen voor de clinicus/gedragswetenschapper die, na afweging van allerlei informatie tegen de achtergrond van zijn of haar kennis en ervaring, een beslissing neemt over de zorgtoewijzing. Dit diagnostische hulpmiddel bestaat uit de SAVRY en een zelf ontwikkelde Checklist J-SGLVB. Het blijkt zeer goed in staat te zijn om de groep jongeren met J-SGLVB te onderscheiden van jongeren met de indicatie LVB-4/5.

Dit instrument is beproefd in een onderzoeksgroep met 72 proefpersonen die is samengesteld uit thans in behandeling zijnde cliënten uit de beide doelgroepen. We lieten de informatie (dossier) die ze bij zorgtoewijzing meebrachten beoordelen door intakefunctionarissen of gedragswetenschappers die geen persoonlijke betrokkenheid bij de cliënten hebben. Daarmee bleven we dicht bij de toekomstige gebruikssituatie van het instrument: scoring bij zorgtoewijzing op basis van het dossier.

Het instrument blijkt betrouwbaar en valide te zijn. Ten aanzien van de betrouwbaarheid voerden we onderzoek uit naar de interbeoordelaarsbetrouwbaarheid (in een relatief kleine onderzoeksgroep van 16 paren onafhankelijke scores) en naar de interne consistentie. Beide zijn (zeer) bevredigend. Ten aanzien van de validiteit argumenteerden we dat de inhoudsvaliditeit sterk is bevorderd door expliciete en impliciete kennis van ervaren gedragswetenschappers, via een Delphi-proces, in het instrument op te nemen. We onderzochten de soortgenootvaliditeit door de overeenstemming tussen SAVRY en Checklist J-SGLVB te meten. Die is met een correlatie van ruim .60 voldoende hoog maar niet te hoog; in dat geval zou naast de SAVRY geen ander instrument nodig zijn. Aanvullend psychometrisch onderzoek naar andere aspecten van betrouwbaarheid en validiteit is nodig.

De SAVRY en de Checklist J-SGLVB zijn beide bedoeld als input bij het vormen van een 'gestructureerd klinisch oordeel'. Er worden geen totaalscores berekend, er zijn geen grensscores. De clinicus die het materiaal gebruikt bij zijn afwegingen om tot zorgtoewijzing te komen zal dat moeten doen met per item een score als laag, midden of hoog. In ons onderzoek echter hebben we, in navolging van onder anderen Lodewijks (2008), wel kwantitatieve analyses uitgevoerd. Bovendien hebben we daarbij analyses gebruikt die een hoger meetniveau vereisen dan de ordinale data in ons bestand hebben. Daarom moeten we de resultaten van ons onderzoek terughoudend en vooral kwalitatief interpreteren en daarom ook hebben we bij enkele onderzoeksvragen meerdere benaderingen naast elkaar toegepast, om daaruit via triangulatie een grootste gemene deler te destilleren.

Vanuit meerdere statistische benaderingen konden we een aantal sterke en een aantal zwakke items identificeren. Het onderscheid tussen LVB-4/5 enerzijds en J-SGLVB anderzijds lijkt vooral bepaald te worden door een duidelijker en sterkere aanwezigheid bij de J-SGLVB-cliënten van eerder gewelddadig gedrag, vooral op jonge leeftijd, hevig en frequent agressief gedrag, gericht op anderen, riskant en impulsief gedrag, aandachtstekort en hyperactiviteit, geringe opvoedingsvaardigheden bij de ouders, de noodzaak om in de behandeling eerst te stabiliseren en nog niet te focussen op persoonlijke ontwikkeling en vermaatschappelijking, problemen met het hanteren van boosheid.

J-SGLVB lijkt zich echter nauwelijks van LVB-4/5 te onderscheiden op het terrein van problemen met middelengebruik, eerder niet gewelddadig delinquent gedrag en het omgaan met delinquente leeftijdgenoten, criminaliteit en/of verslavingsproblematiek bij ouders.

Voor de procedure bij het gebruik van de SAVRY en de Checklist zijn tussen de vier betreffende instellingen de volgende afspraken gemaakt. Bij *verwijzing* van een jongere naar een J-SGLVB-plaats zorgt de verwijzende instelling voor een zo compleet mogelijk dossier (anamnese, onderzoeksrapport, schoolverslag, etc.). In de *zorgtoewijzingsprocedure* bij een OBC met erkende J-SGLVB-plekken worden op basis van het dossier de SAVRY en de Checklist J-SGLVB ingevuld. Bij ontbrekende informatie wordt bij de verwijzer doorgevraagd. De intakefunctionaris van de J-SGLVB-instelling weegt de informatie uit Checklist J-SGLVB + SAVRY (gestructureerde klinische oordeelsvorming) en betreft bij die weging de resultaten van het hier gerapporteerde empirisch onderzoek. Zo nodig consulteert de intakefunctionaris bij die weging deskundigen binnen de eigen instelling. Op grond van die klinische oordeelsvorming wordt een beargumenteerd besluit over al dan niet toelating tot J-SGLVB genomen.

Literatuur

- Bakker, L. W. H. (2014a). *Visiedocument J-SGLVB*. Utrecht: Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra.
- Bakker, L. (2014b). *Kwaliteitskader Behandelprogramma LVB 4-5 en J-SGLVB*. Amersfoort: 's Heeren Loo Zorggroep.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (2006). *Qualitative research in education: An introduction to theory and methods* (5th edition). Boston: Allyn & Bacon.
- Borum, R., Bartel, P., & Forth, A. (2002). *Manual for the Structured Assessment of Violence Risk in Youth (SAVRY)*. Tampa: University of South Florida.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- Kaasenbrood, A. J. A. (1995). *Consensus als criterium: De ontwikkeling, de verspreiding en het gebruik van richtlijnen voor goed medisch handelen*. Academisch proefschrift, RU Utrecht. Nederlands centrum Geestelijke volksgezondheid, NcGv-reeks 95-20, Utrecht.
- Linstone, H. A., & Turoff, M. (Red.) (2002). *The Delphi method: Techniques and applications*. Boston: Addison-Wesley. Gedownload op 30 juni 2015 van <http://is.njit.edu/pubs/delphibook/delphibook.pdf>.
- Lodewijks, H. P. B. (2008). *Risicotaxatie van geweld bij jongeren in het justitiële systeem*. Amsterdam: Proefschrift Vrije Universiteit.
- Lodewijks, H. P. B., Ruiter, C. de, & Doreleijers, Th. A. H. (2003). Risicotaxatie en risicohantering van gewelddadig gedrag bij adolescenten. *Tijdschrift voor Directieve Therapie*, 23, 25-42.
- Lodewijks, H. P. B., Doreleijers, T. A. H., & Ruiter, C. de (2008). Savry risk assessment in violent Dutch adolescents: Relation to sentencing and recidivism. *Criminal Justice and Behaviour*, 35, 696-709.
- Lodewijks, H. P. B., Doreleijers, Th., Ruiter, C. de, & Wit-Grouls, H. de (2003). *Gestructureerde taxatie van geweldsrisico bij jongeren. (SAVRY, authorized translation into Dutch and research version)*. Eefde: Rentray.
- Lodewijks, H. P. B., Doreleijers, T. A. H., Ruiter, C. de, & Wit-Grouls, H. de (2006). *SAVRY Handleiding voor de gestructureerde risicotaxatie van gewelddadig gedrag bij jongeren*. Assen: Van Gorcum.
- Polanyi, M. 2002 [1958]. *Personal knowledge: Towards a post-critical philosophy*. London: Routledge.

Vereniging Nederlandse Gemeenten. [z.j.]. *Programma van eisen Jeugd Sterk Gedragsgestoord Licht Verstandelijk Beperkt (J-SGLVB). En: Bijlage bij dit Programma van Eisen.* Den Haag: auteur.

VOBC LVG. (2012). *Typering doelgroep jLVG met complexe, meervoudige problematiek en beschrijving benodigd behandelaanbod.* Utrecht: Vereniging Orthopedagogische Behandelcentra.

BIJLAGE

Checklist J-SGLVB (alleen voor intern gebruik in Orthopedagogische Behandelcentra met J-SGLVB plaatsen; alleen te gebruiken in aanvulling op de SAVRY)

2015. © Joop Hoekman, Mia Ament, Karin de Bruin, Jackellen Feenstra, Maaïke Willemen. Alleen voor intern gebruik in OBC's met J-SGLVB plaatsen en alleen in aanvulling op de SAVRY	Naam cliënt:	Ingevuld door:	Datum:		
			Laag	Matig	Hoog
	kindkenmerken				
	1.	Veroorzaakt de jeugdige problemen door de hevigheid en frequentie van het agressieve gedrag dat hij op anderen richt?			
	2.	Veroorzaakt de jeugdige problemen door de hevigheid en frequentie van het agressieve gedrag dat hij op de materiële omgeving richt?			
	3.	Veroorzaakt de jeugdige problemen door de hevigheid en frequentie van het agressieve gedrag dat hij op zichzelf richt?			
	4.	Veroorzaakt de jeugdige problemen door onvoorspelbaar explosief gedrag waarbij de triggers onduidelijk zijn?			
	5.	Heeft de jeugdige beperkingen in de sociale redzaamheid en/of zelfredzaamheid?			
	6.	Heeft de jeugdige gebrek aan zelfsturing?			
	Systeemkenmerken				
	7.	Heeft de jeugdige problemen ten gevolge van (vroegkinderlijke) verwaarlozing?			
	8.	Heeft de jeugdige problemen ten gevolge van (vroegkinderlijke) traumatisering?			
	9.	Heeft de jeugdige problemen ten gevolge van seksueel misbruik (als slachtoffer of als pleger)?			
	10.	Ontstaan er problemen door een conflictrijke, gewelddadige opvoedingsomgeving?			
Ouderkenmerken-					
11.	Heeft één of beide ouders problemen die samenhangen met psychiatrische problematiek?				
12.	Heeft één of beide ouders problemen die samenhangen met verslavingsproblematiek?				
Zorgbehoefte					
13.	Lijkt het doel van behandeling in eerste instantie stabilisering te zijn, en (nog) niet persoonlijke ontwikkeling en vermaatschappelijking?				
Protectieve factor					
14.	Hebben eerdere interventies tot verbetering geleid?	ja	nee		

© Joop Hoekman, Mia Ament, Karin de Bruin, Jackellen Feenstra, Maaïke Willemen, 2015.
 Alleen voor intern gebruik in OBC's met J-SGLVB plaatsen en alleen in aanvulling op de SAVRY