

Wordt het probleemgedrag bij aanmelding in de loop der jaren erger?

Een onderzoek bij jeugdigen verwezen naar de ambulante ggz

A.H. VEGTER, J.W. VEERMAN, R.E. DE MEYER

ACHTERGROND Onderzoek naar verschillen in de ernst en de complexiteit van emotionele problemen en gedragsproblemen van jeugdigen bij aanmelding voor geestelijke gezondheidszorg over de jaren is schaars. Gegevens hierover zijn belangrijk om het zorgaanbod af te stemmen op de vraag.

DOEL Meer zicht verkrijgen op een eventuele toename van emotionele problemen en gedragsproblemen bij aanmelding van jeugdigen in de jeugd-ggz over een periode van 6 jaar.

METHODE Wij onderzochten bij 123 jeugdigen (1999) en bij 149 jeugdigen (2005) aard, ernst en complexiteit van hun probleemgedrag bij aanmelding zoals gerapporteerd door ouders met de Child Behavior Checklist (CBCL); tevens vond dossieronderzoek plaats om achtergrondkenmerken te achterhalen.

RESULTATEN Over het algemeen was er in 2005 een lichte daling in de ernst van de aanmeldingsproblematiek ten opzichte van 1999; deze was wat betrof de schaal 'Sociale problemen' ook statistisch significant. Tevens leek het erop dat de complexiteit eveneens afnam over de jaren. De ernst op de schaal 'Delinquent gedrag' bleek bij de 12-18-jarigen in 2005 gestegen, terwijl deze problematiek bij de 4-11-jarigen was gedaald.

CONCLUSIE Het probleemgedrag bij aanmelding van jeugdigen in de jeugd-ggz zoals gerapporteerd door ouders neemt over de jaren niet toe, maar neemt eerder af.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)5, 265-273]

TREFWOORDEN jaartrends, jeugd-ggz, probleemgedrag bij aanmelding

De gedachte dat de ernst van de emotionele problemen en gedragsproblemen van jeugdigen die aangemeld worden bij een ggz-instelling toeneemt en complexer wordt, is wijd verbreid, niet alleen bij professionals, maar ook bij leken. Is deze veronderstelling juist? En als deze veronderstelling juist is, wat voor consequenties heeft dit dan voor de inhoud en capaciteit van het zorgaanbod van de ggz? In dit artikel willen wij antwoord geven op deze vragen.

Onderzoek onder algemene bevolking

Verreweg het meeste onderzoek naar verschillen in emotionele problemen en gedragsproblemen (in het vervolg: probleemgedrag) over de jaren is verricht bij groepen jeugdigen uit de algemene bevolking. Bij de bespreking van de literatuur en van ons eigen onderzoek gaat het bij 'verschillen over de jaren' niet om longitudinaal onderzoek bij eenzelfde groep, maar om verschillende groepen informanten die op verschillende

tijdstippen het probleemgedrag beoordeelden.

Het onderzoek van Verhulst en collega's in de Nederlandse bevolking is op dit gebied toonaangevend. Op basis van onderzoek met de *Child Behavior Checklist* (CBCL) vonden Verhulst e.a. (1997) over een periode van 10 jaar (1983-1993) geen toename van door ouders gerapporteerd totaal probleemgedrag bij kinderen van 4 tot 16 jaar. Wel werd een geringe toename in lichamelijke klachten, cognitieve problemen en delinquent gedrag gevonden. Leerkrachten lieten op beide tijdstippen via de *Teacher's Report Form* (TRF) weten eveneens geen toename in totaal probleemgedrag te zien; zij zagen wel een kleine toename in aandachtsproblemen.

In een later gepubliceerde studie breidden Tick e.a. (2007a) deze analyse uit met een derde meting in 2003. Hieruit bleek in het tijdsinterval van 20 jaar een kleine, maar gestage toename van door ouders gerapporteerde internaliserende problemen (angstig, teruggetrokken en depressief gedrag). Leerkrachten zagen opnieuw alleen een toename van aandachtsproblemen. Tick e.a. (2007b) vonden op basis van ouderrapportages (CBCL) over een periode van 14 jaar (1989 tot 2003) een kleine afname in probleemgedrag bij zeer jonge kinderen in de leeftijd van 2-3 jaar. Vooral internaliserende problemen, zoals angstig en depressief gedrag, het totale probleemgedrag en aandachtsproblemen met hyperactiviteit bleken minder ernstig te zijn dan 14 jaar eerder. Op basis van door jeugdigen zelf ingevulde vragenlijsten vonden Tick e.a. (2008a) bij jongeren van 11-18 jaar van 1993 tot 2003 zowel een toename als een afname in zelf gerapporteerd probleemgedrag: bij jongens namen sociale problemen en externaliserend gedrag (zowel agressief gedrag als regelover-tredend gedrag) af, bij meisjes namen daarentegen denkproblemen, lichamelijke klachten, suïcidegedachten en zelfverwonding toe.

In onderzoek met de CBCL in de VS (Achenbach e.a. 2002) werd eveneens over een periode van 10 jaar (1989-1999) bij jeugdigen van 11-18 jaar geen toename van door ouders, leerkrachten en jeugdigen zelf gerapporteerd probleemgedrag

gevonden; de problematiek nam eerder af dan toe. In een latere analyse voegden Achenbach e.a. (2003) nog een eerder meetmoment (1976) toe, dat hen in staat stelde veranderingen in probleemgedrag over een periode van 23 jaar te bekijken. Bij deze analyses ging het alleen om door ouders via de CBCL gerapporteerd probleemgedrag van 7-16-jarigen. Naast de afname van problemen tussen 1989 en 1999 werd een toename van problemen tussen 1976 en 1989 gezien.

Ook Sourander e.a. (2004) vonden over een periode van 10 jaar (1989-1999) bij een algemene Finse populatie jeugdigen in de leeftijd van 8 en 9 jaar geen toename van probleemgedrag op basis van ouder-, leerkracht- en zelfrapportages via de door Rutter ontwikkelde gedragschalen. Meisjes vertoonden volgens hun ouders wel meer kenmerken van hyperactiviteit en meisjes deden vaker een beroep op ggz-hulp dan 10 jaar eerder.

In 2008 rapporteerden Sourander e.a. over een onderzoek naar verschillen in psychiatrische symptomen van 8-jarigen en zorggebruik (ouder, leerkracht en zelfrapportages) op 3 meetmomenten: 1989, 1999 en 2005. Ouder- en leerkrachtrapportages met behulp van de Rutter-schalen lieten geen toename in probleemgedrag zien over een periode van 16 jaar, terwijl zorggebruik wel gestaag toenam; ouders rapporteerden zelfs een afname van probleemgedrag. Meisjes daarentegen rapporteerden zelf een toename van depressieve symptomen, die samenhangen met opleidingsniveau van de ouders, niet intacte gezinssamenstelling en negatieve levensgebeurtenissen.

Collishaw e.a. (2004) rapporteerden resultaten die over een periode van 25 jaar (1974-1999) een substantiële toename in probleemgedrag bij adolescenten lieten zien. Deze auteurs vonden ook bewijs voor een toename in emotionele problemen en gemengd bewijs voor een toename in hyperactief gedrag.

Klinisch onderzoek

Opvallend is dat verschillen over de jaren bij klinische groepen nauwelijks onderzocht zijn. In

het enige uit ons land bekende onderzoek naar veranderingen in probleemgedrag bij voor psychiatrische zorg aangemelde jeugdigen van gemiddeld 8 jaar oud rapporteerden Veerman en Ten Brink (1998) over een periode van 10 jaar weinig verschillen. Wel zien zij een toename van het totale probleemgedrag (gemeten met de CBCL), die verklaard kan worden door een toename van externaliserend probleemgedrag (agressief en delinquent gedrag).

De enige internationale studie die wij hebben gevonden, is die van Starling e.a. (2004). Deze auteurs onderzochten mogelijke verschillen in depressie, zelfverwondend gedrag en suïcidale uitingen bij adolescenten (12-17 jaar, geboren tussen 1966 en 1986), die tussen 1983 en 1998 voor hulp werden aangemeld. Op basis van analyses van CBCL- (ouders) en YSR-gegevens (jongeren) bleek het totale probleemgedrag op de CBCL een lichte, maar statistisch significante stijging te vertonen, terwijl dit op de YSR gelijkbleef. Ouders zagen geen toe- of afname van depressieve symptomen, maar wel een lichte toename van zelfverwondend gedrag en suïcidale uitingen. Jongeren zelf rapporteerden dit laatste niet, maar meldden wel een toename van depressieve klachten, zij het dat deze alleen voor meisjes gold en niet lineair was. Of problemen toe- of afnemen, blijkt dus af te hangen van welke informant over welk probleem rapporteert.

Wisselend beeld

Al met al vertoont het onderzoek naar verschillen over de jaren in probleemgedrag een wisselend beeld. Onderzoek in algemene bevolkingsgroepen uit verschillende jaren (1976 tot 2005) en met verschillende tijdsintervallen (8 tot 23 jaar) laat zowel een toename als een afname zien. Van de negen besproken onderzoeken tonen twee onderzoeken een toename van probleemgedrag over de jaren en eveneens twee onderzoeken tonen een afname ervan. Drie onderzoeken laten geen of slechts kleine verschillen in probleemgedrag over de jaren zien. Van de overige twee onderzoeken

rapporteert er één eerst een toename in probleemgedrag over de jaren gevolgd door een afname, terwijl het andere onderzoek bij jongens een afname in probleemgedrag laat zien en voor meisjes een toename. De twee onderzoeken in klinische groepen laten een gemengd beeld zien: ouders zien in beide onderzoeken het totale probleemgedrag toenemen, maar jongeren rapporteren dit niet, en ouders zien op specifieke probleemgebieden wel een toename, maar op andere weer niet.

In het algemeen lijkt het van belang dat er rekening wordt gehouden met wie er rapporteert en dat over de onderzoeken heen dezelfde soort methode voor het vaststellen van problemen wordt gehanteerd. Dit bevordert de vergelijking van uitkomsten tussen studies. Het gebruik van vragenlijsten die goede psychometrische eigenschappen hebben, is hierbij aan te bevelen.

Eigen onderzoek

Wij gebruikten in ons onderzoek de CBCL om mogelijke verschillen over de jaren in probleemgedrag in een voor ggz aangemelde groep jeugdigen op te sporen. Onderzoeksvragen waren:

- Is het probleemgedrag waarmee jeugdigen bij de ggz worden aangemeld in de loop van de jaren ernstiger en complexer geworden?
- Hangt het probleemgedrag bij aanmelding samen met kind- en ouderkenmerken en eerdere zorg binnen of buiten de ggz?

METHODE

Onderzoeksgroep en procedure

De onderzoeksgroep bestond uit 123 jeugdigen (82 jongens, 41 meisjes) van 4 tot 18 jaar (gemiddelde leeftijd (M): 10,7; SD: 3,6) die in 1999 werden verwezen naar de jeugdafdeling van GGZ Zuidwest-Drenthe en 149 jeugdigen (84 jongens, 65 meisjes) van 4 tot 18 jaar (M: 10,5; SD: 3,9) die in 2005 waren verwezen. De jeugdigen waren van hoofdzakelijk Nederlandse afkomst en werden meestal verwezen door de huisarts. De Neder-

landstalige versie van de CBCL, de gedragsvragenlijst voor kinderen van 4-18 jaar, werd standaard door ouders ingevuld na aanmelding, voor het intakegesprek. Alleen de lijst die werd ingevuld door de primaire opvoeder werd meegenomen in het onderzoek, in 98% (1999) en 99% (2005) van de gevallen was dit de moeder. Naar schatting wordt jaarlijks 2% van de per post toegestuurde CBCL-lijsten niet teruggestuurd, mogelijk omdat ouders na verwijzing alsnog besluiten toch geen gebruik te maken van ggz-hulp. Dit betekende voor de representativiteit van de gegevens dat bijna de gehele populatie in het onderzoek participeerde. Van de 133 ouders die in 1999 de vragenlijst retourneerden, werden er 10 (7,5%) uitgesloten van onderzoek door het ontbreken van gegevens, bijvoorbeeld door het incompleet invullen van lijsten of doordat het dossier op verzoek vernietigd was. In 2005 werden van de 153 cliënten die een CBCL-lijst geretourneerd hadden, 4 (3%) uitgesloten van onderzoek vanwege het onvolledig invullen van de lijst.

Meetinstrument

Gestandaardiseerde informatie over emotionele en gedragsproblemen van jeugdigen zoals waargenomen door ouders werd verzameld via de Nederlandstalige versie van de CBCL/4-18 (Verhulst e.a. 1996). De CBCL onderscheidt 8 probleemgebieden, namelijk: 'Teruggetrokken', 'Lichamelijke klachten', 'Angstig/Depressief', 'Sociale problemen', 'Denkproblemen', 'Aandachtsproblemen', 'Delinquent gedrag' en 'Agressief gedrag'. De eerste drie genoemde probleemgebieden vormen de dimensie 'Internaliseren' en de laatste twee vormen de dimensie 'Externaliseren'. Alle 120 probleemvragen opgeteld, geven een totaalscore voor probleemgedrag. De betrouwbaarheid en de validiteit van de CBCL zijn goed (zie de COTAN-beoordeling; Evers e.a. 2001).

Een maat voor de ernst van het probleemgedrag wordt via de bij de CBCL behorende T-scores per probleemschaal verkregen. Dit zijn getransformeerde ruwe schaalscores met een gemiddelde

van 50 en een standaarddeviatie van 10. Een gemiddelde T-score boven de 70 geeft aan dat de problemen gemiddeld in het klinische gebied liggen (zie Verhulst e.a. 1996, p.86-87). Een maat voor complexiteit wordt berekend door het aantal probleemschalen dat een kind in het klinische gebied scoort te tellen. Dit geeft een scorebereik van 0-8. Hoe hoger deze score, hoe complexer de problematiek qua samenstelling is.

Overige onderzoeksgegevens

Door middel van dossieronderzoek verzamelden we gegevens over het geslacht van het kind, de leeftijd, over het gezinstype (of de samenstelling van het gezin al dan niet gewijzigd was door echtscheiding, overlijden of ten gevolge van een nieuwe relatie van één of beide ouders), de sociaal-economische status (SES) in termen van het al dan niet werkzaam zijn van de primaire opvoeder (meestal de moeder), het woongebied (stad of platteland) en de zorggeschiedenis (wel of geen eerdere zorg).

Data-analyse

Bij de data-analyse maakten wij gebruik van beschrijvende statistiek, regressieanalyses en t-toetsen. Om hoofdeffecten voor jaar en interactie-effecten van samenhang tussen jaar en de zes kind-, ouder- en zorgkenmerken te onderzoeken werden hiërarchische regressieanalyses uitgevoerd. Hierbij fungeerden de acht probleemschalen en complexiteit als afhankelijke variabelen; als onafhankelijke variabelen functioneerden: jaar (1999 versus 2005) en achtereenvolgens geslacht, leeftijd (4-11 versus 12-18 jaar), gezinstype (traditioneel versus niet-traditioneel), SES (primaire opvoeder werkzaam versus niet werkzaam), woongebied (platteland versus stad) en eerdere zorg (wel versus geen). De onafhankelijke variabelen werden tot dichotome (dummie) variabelen gehercodeerd, waarbij de categorieën 1999, jongen, 4-11 jaar, traditioneel gezinstype, niet werkzame primaire opvoeder, stad en geen eerdere zorg als refe-

rentiegroep de code 0 kregen. Om hoofdeffecten voor jaar en interactie-effecten voor jaar en de 6 kenmerken te onderzoeken werden 6 interactievariabelen gemaakt (jaar*kenmerk). Voor elk van de 9 afhankelijke variabelen werden 6 regressieanalyses uitgevoerd, hierbij werd jaar steeds als eerste variabele ingevoerd, daarna het betreffende kenmerk en als laatste de interactievariabele. Dat maakte het mogelijk om eerst het effect van jaar vast te stellen, zonder de invloed van de andere kenmerken, en daarna het interactie-effect.

Omdat we alleen geïnteresseerd waren in de hoofdeffecten van jaar en mogelijke interactie-effecten, bespreken we de hoofdeffecten van de andere kenmerken niet. Deze werden uitsluitend in de analyse opgenomen om de interactie-effecten te kunnen berekenen. Om de kans op toevalsbevindingen enigszins onder controle te houden rapporteren we alleen hoofd- en interactie-effecten bij $p < 0,01$. Om de grootte van significante verschillen inzichtelijk te maken berekenden wij effectmaten volgens de formule van Cohens d (gemiddelde uit 1999 minus gemiddelde uit 2005 gedeeld door de gepoolde SD; zie Cohen 1992). Een positieve effectmaat duidt op een afname van de problematiek in 2005 ten opzichte van 1999 en een negatieve effectmaat duidt op een toename van problematiek.

RESULTATEN

Beschrijvende gegevens

In 1999 was het aangemelde percentage jongens 67%, in 2005 was het 56%. De leeftijdscategorie 4-11-jarigen was zowel in 1999 als in 2005 oververtegenwoordigd: respectievelijk 61 en 62%. Vanuit het platteland werd in 1999 48% van de jeugdigen aangemeld, in 2005 was dat 38%. Bij 51% van de aangemelde jeugdigen was in 1999 de primaire opvoeder werkzaam, bij 56% was dit in 2005 het geval; feitelijk betekende dit dat in 51 respectievelijk 56% van de gezinnen beide ouders werkten. Zowel in 1999 (75%) als in 2005 (73%) was zo'n driekwart van de gezinnen aan te merken als een traditioneel gezin, waarbij beide biologische ouders deel uitmaken van het gezin. Tot slot had 52% van de jeugdigen in 1999 al eens eerder zorg ontvangen, in 2005 was dat 42%.

Ernst en complexiteit in 1999 en 2005

Uit tabel 1 is af te lezen dat het probleemgedrag van jeugdigen aangemeld bij de jeugd-ggz in 2005 niet ernstiger en complexer was geworden vergeleken met 1999. In 2005 lag het bereik van de T-scores tussen 60 en 66, in 1999 tussen 60 en 67. Dit scorebereik betekent dat gemiddeld genomen op geen enkel probleemaspect in het klinische gebied werd gescoord (gemiddelde T-score > 70). In 1999

TABEL 1 Probleemgedrag bij aanmelding in ambulante jeugd-ggz per jaar

Probleemschaal	1999			2005			p	ES
	gem.	SD	% KG	gem.	SD	% KG		
Teruggetrokken	64,6	9,8	22	63,2	9,9	19	0,235	0,14
Lichamelijke klachten	60,5	9,6	22	60,9	9,5	20	0,704	-0,04
Angstig/ depressief	66,9	11,5	32	65,2	10,7	24	0,203	0,15
Sociale problemen	65,2	11,3	31	61,7	9,0	12	0,004	0,35
Denkproblemen	65,1	11,3	33	64,2	10,5	31	0,494	0,08
Aandachtsproblemen	65,3	10,0	24	65,0	10,0	26	0,809	0,03
Delinquent gedrag	61,6	9,3	18	60,5	9,2	20	0,326	0,12
Agressief gedrag	66,6	11,4	38	63,6	11,0	22	0,028	0,27
Complexiteit	2,2	1,9	-	1,7	1,7	-	0,028	0,28

% KG = percentage jeugdigen dat scoorde in het klinische gebied van de CBCL (T > 70); p = significantieniveau hoofdeffect Jaar; ES = effectmaat (Cohens d).

lagen de percentages aangemelde jeugdigen dat op een probleemschaal in het klinische gebied (zie tabel 1) scoorde voor 6 van de 8 syndromen hoger dan in 2005; alleen voor 'Aandachtsproblemen' en 'Delinquent gedrag' was het 2% hoger in 2005.

Voor een aantal probleemschalen lagen de gemiddelde T-scores wel in het grensgebied (T-scores van 67 tot en met 70). Op alle probleemschalen behalve 'Lichamelijke klachten' scoorden de aangemelde jeugdigen in 2005 gemiddeld lager dan de jeugdigen die in 1999 werden aangemeld. Door middel van de uitgevoerde hiërarchische regressieanalyses werd een hoofdeffect voor jaar in relatie tot 'Sociale problemen' gevonden ($\beta = -0,17$; $t(270) = 2,87$; $p = 0,004$; $d = 0,35$): in 2005 rapporteerden ouders significant minder sociale problemen bij hun kind dan in 1999. De gevonden effectmaat was klein. De effectmaat voor 'Agressief gedrag' en die voor 'Complexiteit' waren eveneens klein, maar net niet significant op 1%-niveau; deze gaven een indicatie voor een effect in dezelfde richting als bij 'Sociale problemen'. De overige effectmaten wezen op geen noemenswaardig effect.

Om inzicht te krijgen in de omvang van complex probleemgedrag is in tabel 2 weergegeven op hoeveel syndromen de jeugdigen per jaar in het klinische gebied scoorden.

Aantal Probleemschalen	1999		2005	
	n	(%)	n	(%)
0	28	(23)	40	(27)
1	25	(20)	46	(31)
2	25	(20)	24	(16)
3	14	(11)	11	(7)
4	13	(11)	15	(10)
5	9	(7)	10	(7)
6	7	(6)	2	(1)
7	2	(2)	1	(1)
8	0	(0)	0	(0)
Totaal	123	(100)	149	(100)

Tabel 2 laat zien dat verhoudingsgewijs in 2005 meer jeugdigen op geen of één syndroom in het klinische gebied scoorden en dat in 1999 verhoudingsgewijs meer jeugdigen op twee of meer syndromen in het klinische gebied scoorden. De complexiteit van de

problemen lijkt op basis van deze percentages afgenomen.

Samenhang probleemgedrag per jaar met kind-, ouder- en zorgkenmerken

Via de hiërarchische regressieanalyses toetsen wij tevens of er interactie-effecten tussen jaar en de kind-, ouder- en zorgkenmerken waren opgetreden. Dit laatste zou betekenen dat mogelijke verschillen over de jaren heen voor subgroepen die door de kenmerken worden onderscheiden niet gelijk zijn (bijvoorbeeld: jongens versus meisjes). Alleen voor jaar*leeftijd werd een significant interactie-effect gevonden met betrekking tot 'Delinquent gedrag' ($\beta = 0,26$; $t(268) = 2,59$; $p = 0,010$). Om dit interactie-effect inzichtelijk te maken werd met behulp van t-toetsen getoetst of per leeftijdscategorie (4-11 en 12-18 jaar) het verschil tussen 1999 en 2005 significant was. Vergeleken met 1999 vertoonden kinderen van 4-11 jaar volgens de primaire opvoeder in 2005 significant minder delinquent gedrag ($t(166) = 2,38$; $p = 0,018$; $d = 0,37$). Het delinquent gedrag van de 12-18 jarigen nam daarentegen tussen 1999 en 2005 toe, zij het niet significant: ($t(102) = -1,43$; $p = 0,157$; $d = -0,28$). De gevonden effectgroottes wezen op kleine effecten.

DISCUSSIE

In dit onderzoek keken wij naar mogelijke verschillen over de jaren in ernst en complexiteit van het probleemgedrag in 1999 en 2005 bij de ambulante ggz aangemelde jeugdigen en naar een samenhang tussen eventuele verschillen in probleemgedrag over de jaren met kind-, ouder- en zorggerelateerde kenmerken.

Geen toename problemen

Wat betreft het eerste punt blijkt dat de problematiek in 2005 niet ernstiger en complexer is geworden vergeleken met 1999. Voor 'Sociale problemen' bleken de scores in 2005 zelfs significant lager, het verschil voor 'Agressief gedrag' en 'Com-

plexiteit' is bijna significant lager. Het gaat bij al deze verschillen om kleine effectmaten. Deze bevindingen zijn conform het merendeel van de in de inleiding aangehaalde onderzoeken in algemene bevolkingsgroepen die geen toename van klachten vonden over een decennium (zoals Sourander e.a. 2004, 2008; Verhulst e.a. 1997) of juist een afname rapporteerden (Achenbach e.a. 2002; Tick e.a. 2007b). In het onderzoek van Verhulst e.a. (1997) werd eveneens geen toename gevonden van het totale probleemgedrag, maar wel op het gebied van lichamelijke klachten, denkstoornissen en delinquentie. Dit laatste werd in ons onderzoek alleen gevonden voor de 12-18-jarigen. Vergeleken met de twee studies naar verschillen over de jaren in klinische groepen zijn onze resultaten te vergelijken met die van de ouderbeoordelingen van Starling e.a. (2004) over depressieve klachten. De lichte toename in externaliserend probleemgedrag over de jaren die Veerman en Ten Brink (1998) wel bij een klinische ggz-groep vonden, werd in ons onderzoek wederom alleen voor de 12-18-jarigen gevonden. Ondanks deze lichte toename wordt de gedachte over de toegenomen ernst en complexiteit van het probleemgedrag bij aanmelding die bij veel hulpverleners bestaat in dit onderzoek niet bevestigd.

Verklaring

Een verklaring voor het niet toenemen van de problematiek zou kunnen zijn dat er na de eeuwwisseling meer gedaan wordt aan vroegtijdige screening, eventueel gevolgd door preventieve programma's, waardoor problemen minder snel escaleren. Dit hoeft niet noodzakelijk te leiden tot minder zorggebruik. Tick e.a. (2008b) rapporteren op basis van cijfers uit de algemene bevolking juist een toegenomen zorggebruik in de jeugd-ggz over de jaren 1993-2003 in Nederland. Sourander e.a. (2008) rapporteren een toename van dit gebruik in Finland over de jaren 1989-2005. Hoewel in ons onderzoek niet voor alle aangemelde jeugdigen in 1999 en 2005 een CBCL werd ingevuld, is uit het aantal teruggestuurde lijsten, inclusief de

onbruikbare (133 om 153, plus ongeveer 2% non-respons), de voorzichtige conclusie te trekken dat ook bij de Drentse ggz het zorggebruik toegenomen is.

Dit wordt bevestigd door de door de provincie Drenthe verstrekte cijfers over de periode 2002-2005 (Parker Brady & Tuinstra 2006). Uit onze gegevens blijkt dat ondanks deze toename het door ouders gerapporteerde probleemgedrag bij aanmelding niet verergerde. Wel moeten we opmerken dat midden in de onderzoeksperiode, in 2002, in Assen een centrum voor Forensische Jeugd- en OrthoPsychiatrie is geopend. Het is voorstelbaar dat hier jongeren met ernstiger problematiek naar verwezen worden en dat de ernst van de gedragsproblemen bij aanmelding bij de onderzochte ggz-locaties hierdoor minder werd. Dit zou echter betekenen dat zonder dit nieuwe centrum de ernst van het probleemgedrag zou moeten zijn toegenomen. Hiervoor ontbreken echter de aanwijzingen.

De lichte stijging voor de 12-18-jarigen op de schaal 'Delinquent gedrag' kan wellicht in verband gebracht worden met het toegenomen aantal HALT-afdoeningen in Drenthe aan het begin van de eeuwwisseling, waarbij het opvallend is dat de landelijke trend op een daling van HALT-afdoeningen wijst (Parker Brady 2004). Het gaat hier om delicten zoals vernieling, winkeldiefstal, overige vermogensdelicten en vuurwerkovertradingen gepleegd door 15-17-jarigen, voor het merendeel jongens. De lichte afname van dit gedrag bij de 4-11-jarigen kan het gevolg zijn van de eerder genoemde toename van vroegtijdige screening en de daaruit voortvloeiende preventie, die wellicht bij kinderen in de basisschoolleeftijd effectiever zijn.

Een verklaring voor het feit dat hulpverleners denken dat het probleemgedrag wel erger wordt, kan zijn dat hulpverleners een lastenverzwaring ervaren die zij dan toeschrijven aan toenemende problematiek bij jeugdigen, terwijl die veroorzaakt wordt door andere zaken. Mogelijk leidt het toegenomen zorggebruik tot een toegenomen caseload en tot wachtlijsten, of ervaren hulpverleners een lastenverzwaring door uitbreiding van

administratieve taken zoals verplichte registratie voor Bureau Jeugdzorg, invoering DBC's, strengere eisen aan dossiervoering, elektronische patiëntendossiers (EPD's). Ook kunnen jeugdigen als gevolg van de wachtlijstproblematiek in crisis raken waardoor hulpverleners vaker geconfronteerd worden met spoedeisende problematiek. Spoedeisende problemen worden vaak als ernstiger en complexer ervaren.

Kanttekeningen

Bij dit onderzoek zijn ook enkele kanttekeningen te plaatsen. Zo is het de vraag in hoeverre de resultaten van onderzoek uitgevoerd in een Drentse ggz-instelling generaliseerbaar zijn naar andere ggz-instellingen. Ook is de invloed van de samenwerking met Bureau Jeugdzorg als verwijzer (die overigens niet in alle ggz-instellingen in dezelfde vorm en mate plaatsvindt) niet aan bod gekomen. Een ander punt van aandacht is het feit dat er weinig jeugdigen uit minderheidsgroeperingen zijn aangemeld bij deze Drentse ggz-instelling. Uit landelijke gegevens is bekend dat deze groeperingen niet gemakkelijk toegang vinden tot de ggz. Ook over de feitelijke diagnose of classificatie ontbreekt betrouwbare informatie. Hoe verhoudt deze klinische diagnose zich tot de door ouders beschreven aanmeldingsklachten? Een andere tekortkoming is het feit dat in dit onderzoek alleen gedragsbeoordelingen van ouders zijn ingewonnen. De besproken literatuur laat echter zien dat beoordelingen door leerkrachten en jongeren zelf in grote lijnen dezelfde uitkomsten geven.

Wat betreft de klinische implicaties geeft dit onderzoek dan ook geen redenen om op grond van de ernst en complexiteit van het probleemgedrag bij aanmelding het opnamebeleid of de behandeling te herzien. Hiermee is niets gezegd over de mogelijke effectiviteit van eventueel daaropvolgende behandelingen. Daarvoor is zowel onderzoek naar de *evidence base* van de in de praktijk uitgevoerde behandelingen nodig (zijn die wel van bewezen effectiviteit?) als *outcome monitoring* van

deze behandelingen om te laten zien dat deze in de lokale situatie de verwachte effecten hebben. Dit zijn ook ontwikkelingen die momenteel in de gehele ggz zijn ingezet.



T. Eising stroomlijnde de CBCL-afname en achterhaalde diverse cliëntgegevens.

LITERATUUR

- Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Ten-year comparisons of problems and competencies for national samples of youth. Self, parent and teacher reports. *J Emotional Behavior Disorders* 2002; 10: 194-203.
- Achenbach TM, Dumenci L, Rescorla LA. Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *J Abnormal Child Psychology* 2003; 31: 1-11.
- Cohen J. A power primer. *Psychol Bull* 1992; 112: 155-9.
- Collishaw S, Maughan B, Goodman R, e.a. Time trends in adolescent mental health. *J Child Psychology Psychiatry* 2004; 45: 1350-62.
- Evers A, van Vliet-Mulder JC, Groot CJ. Documentatie van tests en testresearch in Nederland. Deel 1: Testbeschrijvingen/Deel 2: Testresearch. Assen: Van Gorcum; 2001.
- Parker Brady HG. Sociaal rapport Drenthe 2003. Assen: Bestuurscommissie OCWZ; 2004.
- Parker Brady HG, Tuinstra J. Tussentijds sociaal rapport Drenthe 2006. Assen: Bestuurscommissie OCWZ; 2006.
- Sourander A, Santalahti P, Haavisto A, Piha J, Ikäheimo K, Helenius H. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2004; 43: 1134-45.
- Sourander A, Niemelä S, Santalahti P, Helenius H, Piha J. Changes in psychiatric problems and service use among 8-year-old children: A 16-year population based time-trend study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2008; 47: 317-27.
- Starling J, Rey JM, Simpson JM. Depressive symptoms and suicidal behaviour: changes with time in an adolescent cohort. *Austral New Zealand J Psychiatry* 2004; 38: 732-7.
- Tick NT, van der Ende J, Verhulst FC. Twenty-year trends in emotional and behavioral problems in Dutch children in a changing society. *Acta Psychiatr Scand* 2007a; 116: 473-82.
- Tick NT, van der Ende J, Koot HM, Verhulst FC. 14-year changes in emotional and behavioral problems of very young Dutch children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007b; 46: 1333-40.
- Tick NT, van der Ende J, Verhulst FC. Ten-year trends in self-reported

emotional and behavioral problems of Dutch adolescents. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2008a; 43: 349-55.

Tick NT, van der Ende J, Verhulst FC. Ten-year increase in service use in the Dutch population. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2008b; 17: 373-80.

Veerman JW, ten Brink LT. Ten years of CBCL data-gathering in a clinical setting. A means of bridging the gap between research and practice. Amsterdam: Paedologisch Instituut Duivendrecht (interne publicatie); 1998.

Verhulst FC, van der Ende J, Koot HM. Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam; 1996.

Verhulst FC, van der Ende JRA, Rietbergen A. Ten year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: No evidence of strong trends. *Acta Psychiatr Scand* 1997; 96: 7-13.

AUTEURS

A.H. VEGTER is klinisch psycholoog en werkzaam bij GGZ Drenthe, Kinder- en Jeugdpsychiatrie.

J.W. VEERMAN is bijzonder hoogleraar Speciale Kinder- en Jeugdzorg aan de Radboud Universiteit Nijmegen en directeur van Praktikon, organisatie voor onderzoek en ontwikkeling in jeugdzorg en onderwijsgerelateerde zorg.

R.E. DE MEYER is onderzoeker bij Praktikon.

Correspondentieadres: A.H. Vegter, GGZ Drenthe, Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Dr. G.H. Amshoffweg 3, 7909 AA Hoogeveen. E-mail: Alice.Vegter@ggzdrenthe.nl.

Geen strijdige belangen meegeedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd 13-10-2010.

SUMMARY

Do behavioural problems existing at referral become worse in subsequent years? A study of young persons referred to the outpatient unit of the mental health service – A.H. Vegter, J.W. Veerman, R.E. De Meyer –

BACKGROUND Although young persons with severe and complex emotional and behavioural problems are often referred to the outpatient unit of the mental health service, little information is available about whether these problems increase over the years. This information is urgently needed in order to ensure that the mental health service provides adequate care.

AIM To obtain more insight into any increase in young persons' emotional and behavioural problems that may occur over a period of six years following referral to an outpatient unit of the mental health service.

METHOD The nature, severity and complexity of the emotional and behavioural problems of 123 young persons (1999) and of 149 young persons (2005) at the time of the referral – as rated by their parents on the basis of the Child Behavior Checklist (CBCL) – were assessed; the young persons' records were also checked for background characteristics.

RESULTS Compared to 1999, the year 2005 saw a slight decrease in the severity of the problems existing at referral; social problems also declined significantly compared to 1999. Problems identified in the 2005 group often seemed less complex than in 1999. The severity of delinquent behaviour as measured on the Delinquent Behaviour Scale seems to have risen in the 12 to 18 age group in 2005, whereas the severity declined in the 4 to 11-year olds.

CONCLUSION Emotional and behavioural problems as reported by the parents at the time their children were referred to the mental health service do not increase.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 53(2011)5, 265-273]

KEYWORDS emotional and behavioural problems, mental health, youth