



**Universiteit Utrecht**

*Master thesis*

*Vershil in gender en beroep van de gezondheidsprofessional bij de herkenning van internaliserende problemen*

Eindopdracht

201600201

Eileen Thorborg

6431984

Master Clinical Child, Family and Education Studies

Universiteit Utrecht, Faculteit Sociale Wetenschappen

29 mei 2020

Onder begeleiding van: Mw. Dr. D. Burke

Woordenaantal: 4927

**Abstract**

**Background.** To find a fitting diagnosis, it is necessary that a healthcare professional recognizes a possible problem in the first instance. Particularly internalizing disorders (GAS and MDD) are often overlooked (Sourander & Helstelä, 2005). The prevalence of internalizing disorders is much higher in women than in men, although there is no evidence that there are fewer men with internalizing problems (McLean & Anderson, 2008; Angst et al., 2002). It is possible that there is a difference between types of healthcare professionals when it comes to recognizing internalizing disorders.

**Aims.** The aims of this study are to find out whether there is an influence of gender on the recognition of internalizing disorders by health professionals, whether the type of healthcare professional that evaluates a child has an influence on the recognition of internalizing disorders and if there is an interaction effect.

**Sample.** 125 psychologist, 91 paediatricians and 91 pedagogues (N=307).

**Methods** Healthcare professionals evaluate vignettes in which symptoms of GAD or MDD are addressed, without naming the diagnosis. It is up to the healthcare professional to give a first impression of a possible diagnosis.

**Results.** A binary logistic regression analysis confirmed that there is a significant relationship between the type of healthcare professional and the recognition of internalizing problems. No significant effect was found between gender and recognition of internalizing disorders or the interaction between the type of professional and gender.

**Conclusions.** A psychologist is better at recognizing internalizing disorders than a pedagogue or paediatrician. There is no difference between men and women in recognition. Findings are discussed.

**Keywords** depression - anxiety disorder - children - health professionals - recognition

### **Samenvatting**

**Achtergrond.** Om een passende diagnose te vinden, is het noodzakelijk dat een zorgprofessional een mogelijk probleem in eerste instantie herkent. Vooral internaliserende aandoeningen (GAS en MDD) worden vaak over het hoofd gezien (Sourander & Helstelä, 2005). De prevalentie van internaliserende aandoeningen is veel hoger bij vrouwen dan bij mannen, hoewel er geen aanwijzingen zijn dat er minder mannen zijn met internaliserende problemen (McLean & Anderson, 2008; Angst et al., 2002). Het is mogelijk dat er een verschil is tussen typen gezondheidsprofessionals als het gaat om het herkennen van internaliserende stoornissen.

**Doelstellingen.** De doelen van deze studie zijn om te achterhalen of er een invloed is van geslacht op de herkenning van internaliserende stoornissen door gezondheidsprofessionals, of het type zorgprofessional dat een kind beoordeelt invloed heeft op de herkenning van internaliserende stoornissen en of er sprake is van een interactie-effect.

**Steekproef.** 125 psychologen, 91 kinderartsen en 91 pedagogen (N=307).

**Methoden.** Zorgprofessionals evalueren vignetten waarin symptomen van GAD of MDD worden behandeld, zonder de diagnose te noemen. Het is aan de zorgprofessional om een eerste indruk te geven van een mogelijke diagnose.

**Resultaten.** Een binaire-logistische regressieanalyse bevestigde dat er een significant verband bestaat tussen het type gezondheidsprofessional en de herkenning van internaliserende problemen. Er werd geen significant effect gevonden tussen het geslacht en de erkenning van internaliserende problemen of voor het interactie-effect.

**Conclusies.** Een psycholoog is beter in het herkennen van internaliserende stoornissen dan een pedagoog of kinderarts. Er is geen verschil in herkenning tussen mannen en vrouwen. Bevindingen worden besproken.

**Kernwoorden** depressie – angststoornis – kinderen – gezondheidsprofessionals - herkenning

Invloed van beroep en gender op de herkenning van internaliserende problematiek

Een diagnose stellen die goed aansluit bij het kind is van groot belang voor het verdere verloop van de behandeling. Om een aansluitende diagnose te vinden is het noodzakelijk dat een gezondheidsprofessional, in eerste instantie, de signalen en symptomen van een eventuele diagnose herkent en erkent. Het vroegtijdig herkennen van een probleem kan latere, meer serieuze problematiek voorkomen (Kessler et al., 2003) en het kind een lang en moeizaam diagnostisch proces besparen (McLean & Anderson, 2008). Als een gezondheidsprofessional de symptomen niet herkent, kan het zelfs zo zijn dat het kind geen doorverwijzing krijgt en daarmee een behandeling misloopt (Hawkins-Walsh, 2001).

Het lijkt erop dat de kenmerken van internaliserende stoornissen invloed hebben op de herkenning (Mesman, Bongers, & Koot, 2001). Onderzoek wijst uit dat dit vermoedelijk grotendeels te wijden is aan de zichtbaarheid van de stoornis, omdat deze zich binnen in het kind afspelen (Sourander & Helstelä, 2005). Er is weinig literatuur te vinden over de herkenning en mis-diagnostisering van internaliserende stoornissen. Daarom is het belangrijk om van de internaliserende stoornissen duidelijk in kaart te brengen welke factoren hier invloed op hebben, om uiteindelijk de herkenning van internaliserende stoornissen te kunnen verbeteren.

Onder de noemer internaliserende stoornissen vallen gegeneraliseerde angststoornis (GAS) en depressie (MDD). GAS heeft een prevalentie van 1.4% en MDD 1.7% (Merikangas et al., 2009). Een groot deel van mensen met een gediagnostiseerde internaliserende stoornis is vrouw. Bij GAS zijn er zes keer zo veel vrouwen met de diagnose als mannen (McLean & Anderson, 2008). Bij MDD zijn er dubbel zoveel vrouwen als mannen met de diagnose (Angst, Gamma, Gastpar, Lépine, Medlicz & Tylee, 2002). Er is veel onderzoek gedaan naar dit sekseverschil in prevalentie. Veelvoorkomende verklaringen zijn biologisch (Barlow, 2000) of cultureel van aard. Vanuit een sociaal perspectief, namelijk de genderrol-theorie stellen Eagly en Wood (2012) dat sekseverschillen en overeenkomsten in gedrag, een weerspiegeling zijn van de rolverdeling tussen mannen en vrouwen. Die rolverdeling komt voort uit de sociale verwachtingen die er gevormd zijn voor mannen en vrouwen door de eeuwen heen. Kortgezegd houdt dit in dat de verwachting dat mannen bijvoorbeeld minder emotioneel zijn, mannen minder de ruimte biedt om emoties te uiten, waardoor zij deze minder makkelijk laten zien. Er zijn veel onderzoeken die bevestigen dat mannen en hogere drempel voelen bij het uiten van emoties (Montagne, Kessels, Frigerio, de Haan & Perrett, 2005; Fischer, Roderigues Mosquera, Vianen & Manstead, 2014). Het is aannemelijk dat gezondheidsprofessionals niet immuun zijn voor dit stereotype en internaliserende stoornissen

anders herkennen in mannen dan in vrouwen (Hankin & Abramson, 2001). Een gezondheidsprofessional zal wellicht minder complexe emoties verwachten bij een mannelijke cliënt, waardoor er niet voldoende doorgevraagd wordt. Dit in combinatie met dat mannen het vaak een hogere drempel ervaren bij het vragen om hulp (Ollendick, King & Muris, 2002) schetst een zorgelijk beeld. Deze hogere drempel is vermoedelijk te verklaren vanuit de stereotypering dat mannen minder emotie ervaren en minder irrationele gedachten hebben. Er is weinig tot geen onderzoek gedaan naar een verschil in herkenning van deze stoornissen door gezondheidsprofessionals als het om sekse gaat.

De persoon die als het ware fungeert als een poortwachter naar eventuele hulp is de gezondheidsprofessional. Het is aan deze gezondheidsprofessional om stoornissen bij kinderen te herkennen, bij aanvang en in het verdere verloop van het traject. Alle soorten gezondheidsprofessionals die werkzaam zijn in de kinder- en jeugdgezondheidszorg zien kinderen namelijk in verschillende stadia van hun behandelingstraject (Stiffman et al. 2004). Ze hebben verschillende opleidingsniveaus, verschillende specialisaties en verschillende verantwoordelijkheden ten overstaan van het kind. Bijvoorbeeld, een psycholoog heeft een opleiding genoten waar diagnostiek uitgebreid aan bod is gekomen (Lester, Tritter, & Sorohan, 2005). Een pedagoog heeft niet dezelfde achtergrond en is hier niet voor opgeleid. Een pedagoog richt zich meer tot de praktijk dan het diagnostisch proces (Sivevska, Runceva & Pesova, 2014). Een jeugdarts is vaak het eerste aanmeldingspunt voor jonge kinderen. Echter heeft een jeugdarts een bredere opleiding genoten die voornamelijk medisch georiënteerd is (Lester, Tritter, & Sorohan, 2005), waardoor het mogelijk is dat een jeugdarts psychische problematiek sneller over het hoofd ziet. Het is daarom aannemelijk dat er verschil zit in het type gezondheidsprofessional dat het kind behandelt op het gebied van herkenning. Er is echter heel weinig literatuur hierover te vinden. Wel heeft een van de weinig studies over dit onderwerp laten zien dat er verschillen zijn tussen jeugdartsen en intern begeleiders bij de herkenning van autisme. Intern begeleiders zijn er namelijk beter in (Burke, Koot, & Begeer, 2015). Een ander onderzoek wijst uit dat patiënten met psychische problematiek zich minder gehoord voelen door mensen met een medische achtergrond, zoals jeugdartsen, dan psychologen. In datzelfde onderzoek kwam naar voren dat mensen met een medische achtergrond zich ook minder competent voelen in het omgaan met psychische problematiek (Lester, Tritter, & Sorohan, 2005). Het is belangrijk om in kaart te brengen welke gezondheidsprofessionals de meeste problemen ervaren met het juist herkennen van symptomen.

Het is duidelijk dat internaliserende stoornissen vaker ontdekt worden bij meisjes dan bij jongens (McLean & Anderson, 2008; Angst et al., 2002) en het is goed mogelijk dat hierin verschil zit tussen het type gezondheidsprofessional. Een pedagoog heeft geen opleiding genoten die hem in staat stelt tot het diagnosticeren van GAS of MDD (Frazer, Westhuis, Daley & Phillips, 2009) maar heeft mogelijk wel veel klinische ervaring die gebruikt kan worden als basis voor de herkenning van stoornissen. Omdat er veel meer meisjes gediagnostiseerd zijn met internaliserende stoornissen dan jongens (McLean & Anderson, 2008; Angst et al., 2002), is het aannemelijk dat een gezondheidsprofessional hoofdzakelijk klinische ervaring heeft met meisjes met internaliserende stoornissen. Dit kan er mogelijk in resulteren dat een internaliserende stoornis bij een jongen minder snel of niet herkend wordt omdat deze gezondheidsprofessional voornamelijk vrouwelijke voorbeelden heeft ter referentie. Daarentegen heeft een psycholoog een opleiding voldaan waarin deze wordt voorbereid op het diagnosticeren. Omdat de psycholoog bekend is met de theorie, zou het aannemelijk zijn dat deze minder beïnvloed wordt door gender stereotypingen. Even buiten beschouwing gelaten dat psychologen en jeugdartsen gebruik maken van de DSM. Er zijn veel experts die de exclusiviteit van de DSM-criteria betwijfelen. De criteria in de DSM zouden niet even goed aansluiten bij jongens als bij meisjes, wat een vertekend beeld van prevalentie op kan leveren (McLean & Anderson, 2008; Widiger & First 2007). Kortom is het zeer waarschijnlijk dat er verschil zit tussen het type gezondheidsprofessional bij herkenning van internaliserende stoornissen bij jongens of bij meisjes. De interactie van geslacht en type gezondheidsprofessional is echter tot nu toe nooit eerder onderzocht en zeker niet in de context van internaliserende stoornissen bij kinderen.

Dit onderzoek zal zich focussen op de herkenning van GAS en MDD, onder de noemer internaliserende stoornissen. De onderzoeksvraag is hebben gender van het kind en het beroep van de gezondheidsprofessional invloed op de herkenning van internaliserende stoornissen. Een vraag die maatschappelijk relevant is omdat het belangrijk is dat stoornissen bij kinderen (tijdig) worden ontdekt. Dit kan latere, ernstigere problematiek voorkomen.

Het eerste doel van dit onderzoek is het duidelijk krijgen of er een invloed is van geslacht op de herkenning van internaliserende stoornissen door gezondheidsprofessionals. Op basis van eerder onderzoek is het aannemelijk dat er een significante invloed is van geslacht op de herkenning van internaliserende stoornissen door gezondheidsprofessionals, wat inhoudt dat er minder herkenning van internaliserende stoornissen zal zijn bij jongens dan bij meisjes. Het tweede doel van dit onderzoek is duidelijk krijgen of het type gezondheidsprofessional invloed heeft op de herkenning van internaliserende stoornissen. Op

## Running head: INVLOED VAN BEROEP EN GENDER OP DE HERKENNING VAN INTERNALISERENDE PROBLEMATIEK

basis van het verschil in onder andere opleidingsniveau is het aannemelijk dat het type gezondheidsprofessional een significante invloed heeft op de herkenning van internaliserende stoornissen. De verwachting is dat psychologen significant beter zijn in de herkenning van stoornissen dan pedagogen en jeugdartsen omdat zij hier specifiek op geschoold zijn. Het derde en laatste doel is het interactie-effect tussen geslacht en type gezondheidsprofessional in kaart brengen. Op basis van de aparte hoofdeffecten is het aannemelijk dat er een interactie-effect is. Er wordt verwacht dat psychologen en jeugdartsen het kleinste verschil in herkenning hebben tussen jongen en meisje.

## Methode

### Participanten

Het huidige onderzoek maakt gebruik van reeds verzamelde data, namelijk het BePPS project (BEoordeling van Psychische Problemen bij Schoolkinderen; Burke, Koot, de Wilde & Begeer, 2016). Voor dit onderzoek hebben in totaal 431 gezondheidsprofessional uit de geestelijke gezondheidszorg een online vragenlijst ingevuld. Alle gezondheidsprofessionals zijn werkzaam in Nederland. Er is gekozen voor psychologen, jeugdartsen en pedagogen omdat deze gezondheidsprofessionals een verschillende achtergrond en opleidingsniveau hebben en allemaal een invloedrijke rol hebben in een ander onderdeel van het diagnostisch proces. In totaal bestaat dit onderzoek uit 307 gezondheidsprofessionals. Onder de participanten zijn 125 (41%) psychologen, 91 (29%) pedagogen, en 91 (29%) jeugdartsen. Van de participanten hebben 268 (87%) een Nederlandse achtergrond. Qua leeftijd zijn 9 participanten (3%) tussen de 18 en 24, 115 (37%) tussen de 25 en 39, 157 (51%) tussen de 40 en 59 en 26 (9%) boven de 60 jaar (zie tabel 1).

Tabel 1

*Kruistabel van de variabele beroep van de gezondheidsprofessional met de variabele etniciteit, leeftijd en geslacht van het kind*

		Beroep								Totaal <i>n</i>
		Psycholoog		Jeugdarts		Pedagoog				
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	
Etniciteit	Nederlands	107	85.2	76	83.9	85	93.1	-	-	268
	Anders	18	14.8	15	16.1	6	6.9	-	-	39
Leeftijd	18-24	3	2.3	-	-	6	6.9	-	-	9
	25-39	54	43.0	10	11.5	51	55.2	-	-	115
	40-59	62	49.2	67	73.6	28	31	-	-	157
	60+	6	5.5	14	14.9	6	6.9	-	-	26
Geslacht	Jongen	-	-	-	-	-	-	630	52.2	-
	Meisje	-	-	-	-	-	-	578	47.8	-
Toaal		125	100	91	100	91	100	1208	100	307



## **Procedure**

De data is gewonnen via een online vragenlijst. De vragenlijst begint met een korte instructie over de interpretatie van de vragen. Hierin wordt duidelijk gemaakt dat het gaat om de eerste indruk van de gezondheidsprofessional en dat er niet voldoende informatie is voor een echte diagnose. Hierbij is ook de toestemming om de verzamelde gegevens te gebruiken vergaard. Hierna komen er een aantal vragen voorbij over onder andere de leeftijd, beroep en geslacht van de participant. Daarna worden er in totaal tien casussen getoond, waarin verschillende symptomen van psychische problemen aan bod komen, die gepaard gaan met open vragen over herkenning. Het is niet mogelijk om terug te gaan naar de vorige pagina en de antwoorden te wijzigen, wanneer er bij verdere vragen meer informatie verstrekt wordt. Tot slot zijn er een aantal vragen over het werk en de ervaring van de gezondheidsprofessionals. Het invullen van de vragenlijst duurde ongeveer 30 minuten. Het onderzoek is gekeurd bij de ethische commissie van Vrije Universiteit Amsterdam.

## **Meetinstrumenten**

In de BePPS vragenlijst evalueren de gezondheidsprofessionals een aantal casussen waarin verschillende symptomen van verschillende psychische problemen (ADHD, ASS, GAS, CD MDD) aan bod komen, zonder te benoemen om welke problematiek het gaat. Het is aan de gezondheidsprofessional om op basis van de gegeven informatie een eerste indruk geven van een mogelijke diagnose. Probleem type, aantal symptomen en demografische kenmerken zijn de variabelen die systematisch variëren in de casussen. De instructies en vragen zijn gestandaardiseerd. In totaal zijn ervoor het BePPS onderzoek 400 verschillende casussen gemaakt die verdeeld zijn over 40 vragenlijsten met elk tien casussen. In het huidige onderzoek is slechts gebruik gemaakt van de data gerelateerd aan internaliserende stoornissen.

**Geslacht.** Geslacht is in dit onderzoek een dichotome variabele waarbij jongen =0 en meisje=1. Het geslacht is duidelijk gemaakt door de persoonlijk voornaamwoorden (hij/ zij) die gebruikt worden om het kind in de casus te beschrijven.

**Internaliserende casussen.** In elke casus wordt een kind beschreven met symptomen van angst of depressie afkomstig van de DSM-IV (APA, 2000). De DSM-V (APA, 2013) was ten tijde van de data afname nog niet gepubliceerd. In het bijzonder bevat elke aandoening een aantal noodzakelijke criteria waaraan moet worden voldaan, en een enkel criterium, met een aantal mogelijke symptomen. Voor elk van de in de vignetten beschreven aandoeningen zijn eerst de symptomen gekozen om aan de noodzakelijke criteria te voldoen. De overige symptomen zijn vervolgens willekeurig gekozen. De casussen zijn ontwikkeld aan de hand van drie fasen. In fase 1 zijn de criteria van de DSM geselecteerd die gebruikt kunnen

## Running head: INVLOED VAN BEROEP EN GENDER OP DE HERKENNING VAN INTERNALISERENDE PROBLEMATIEK

worden. In fase 2 zijn er pedagogen en psychologen ( $N=5$ ) geraadpleegd die regelmatig met kinderen werken over het formuleren van de geselecteerde criteria. In de laatste fase is er een pilotstudie uitgevoerd ( $N=24$ ) om te bewijzen dat de problemen in de casussen herkenbaar zijn boven het kansspel niveau. Na de pilot zijn er geen verdere wijzigingen aangebracht.

**Beroep gezondheidsprofessional.** De variabele beroep van de gezondheidsprofessional bestaat uit psycholoog (1), jeugdarts (2) en pedagoog (3).

**Herkenning.** Om te meten of de gezondheidsprofessional de beschreven stoornis herkent is er een open vraag onder elke casus (Geef alstublieft kort aan of u de beschreven casus als een reden tot bezorgdheid beschouwt. Zo ja, wat denkt u dat er met het kind aan de hand is?). De antwoorden van de gezondheidsprofessionals worden tweeledig gecodeerd: de in de casus beschreven stoornis werd herkend (1) of er werd niet verwezen naar de beschreven stoornis/een niet-gerelateerde stoornis werd herkend (0). De casussen over MDD worden gecodeerd als herkend als MDD expliciet genoemd wordt of als er gerefereerd wordt aan een stoornis die in de DSM onder de categorie ‘depressieve stoornissen’ valt. De casussen over GAS worden gecodeerd als herkend als GAD expliciet genoemd wordt of als er gerefereerd wordt aan iedere andere angststoornis.

Alle casussen zijn door een getraind onderzoeker gecodeerd. Van de casussen is tevens twintig procent willekeurig geselecteerd en gecodeerd door een tweede onafhankelijke beoordelaar. Een betrouwbaarheidsanalyse is uitgevoerd met Cohen’s Kappa ( $\kappa$ ) in SPSS statistics 21 (IBM corp, 2012). De gevonden betrouwbaarheid van de MDD-casussen is  $\kappa = .98$  ( $p < .001$ ) en voor de GAS-casussen is  $\kappa = 1.00$  ( $p < .001$ ). Hieruit kan geconcludeerd worden dat de betrouwbaarheid van de codering hoog is.

### Analyseplan

Voor dit onderzoek zal er een binaire logistische regressieanalyse worden uitgevoerd voor de variabelen geslacht, herkenning van internaliserende stoornissen en type gezondheidsprofessional met behulp van de IBM SPSS Statistics, versie 25 (IBM corp, 2014). Geslacht is een dichotome onafhankelijke variabele en valt daarmee onder nominaal meetniveau. Herkenning van internaliserende stoornissen (afhankelijk) is op interval meetniveau en het type gezondheidsprofessional (onafhankelijk) is op nominaal meetniveau. De binaire logistische regressieanalyse is geschikt voor deze dataset omdat alle variabelen dichotoom/nominaal zijn.

Met de binaire logistische regressieanalyse zullen er modellen opgebouwd worden. In het eerste model is geslacht toegevoegd om het voorspellende effect op de herkenning van

## Running head: INVLOED VAN BEROEP EN GENDER OP DE HERKENNING VAN INTERNALISERENDE PROBLEMATIEK

internaliserende stoornissen te toetsen ( $\alpha = .05$ ). In het tweede model zal het beroep van de gezondheidsprofessional toegevoegd worden aan het eerste model om de mogelijke invloed hiervan te toetsen ( $\alpha = .05$ ). In het laatste model zal er gekeken worden of er sprake is van een interactie-effect: geslacht\*beroep op de herkenning van internaliserende stoornissen. Omdat type gezondheidsprofessional op nominaal meetniveau is, moeten er in SPSS dummyvariabelen gegenereerd worden (Allen, Bennett, & Heritage, 2014). Voor de variabele geslacht zal de jongen als referentiegroep aangehouden worden, voor de variabele beroep van de gezondheidsprofessional is dit de psycholoog

## Resultaten

### Beschrijvende Statistieken

In totaal beoordeelden  $N = 307$  gezondheidsprofessionals elk 4 vignetten waarin kinderen met GAD of MDD werden beschreven, 2 van elke stoornis. Er werden dus voor het huidige onderzoek 1208 vignetten beoordeeld. In totaal beschreven 630 (52%) vignetten een jongen en 578 (48%) een meisje met de symptomen GAD of MDD. Ongeacht voorspellers werden internaliserende stoornissen bij 345 (67.4%) van de vignetten herkend en 167 (32.6%) van de vignetten werden niet herkend.

Tabel 2

*Beschrijvende statistieken van de variabelen herkenning van de internaliserende stoornis, geslacht (0=jongen, 1=meisje) en beroep gezondheidsprofessional (1=psycholoog, 2=jeugdarts en 3=pedagoog)*

Variabele	1.	2.	3.
1. Herkenning	-		
2. Geslacht kind	.01	-	
3. Beroep gezondheidsprofessional	-.08*	.06*	-

*Noot.*  $N = 307$ ; \* $p < .05$

In tabel 2 is te zien dat de het beroep van de gezondheidsprofessional significant correleert met de herkenning van de internaliserende stoornissen. Dat houdt in dat psychologen, jeugdartsen en pedagogen niet allemaal even goed zijn in het herkennen van de stoornissen en dat de ene groep gezondheidsprofessionals het beter doet dan de anderen. Het beroep van de gezondheidsprofessional correleert ook significant met het geslacht van het kind. Dit houdt in dat de verdeling van jongen/meisje vignetten niet evenwijdig verspreid is over de participanten. Opvallend is dat het geslacht van het kind niet significant correleert met hoe goed de internaliserende stoornissen herkend worden. Dit betekent dat de stoornissen evengoed worden herkend bij jongens als bij meisjes.

Voordat de analyse uitgevoerd kan worden, zijn de assumpties gecontroleerd. In totaal zijn er zes assumpties waaraan voldaan moet worden, de uitschieters, de multicollineariteit, de lineariteit, de onafhankelijkheid van fouten, ratio tussen variabelen en casussen, minimaal verwachte frequenties. De eerste aanname, lineariteit, hoeft niet gecontroleerd te worden. Omdat alle onafhankelijke variabelen dichotoom of op nominaal meetniveau zijn wordt er

automatisch aan deze assumptie voldaan. Ook de tweede aanname, uitschieters, hoeft niet gecontroleerd te worden. Bij een dichotome variabele kan er geen sprake zijn van waarden die ernstig afwijken van de resterende waarden. Aan de derde aanname, onafhankelijkheid van de fouten is niet voldaan omdat elke participanten tien vignetten heeft beoordeeld. Hierdoor is de data niet onafhankelijk. Desondanks is het nog mogelijk de data te gebruiken, mits er wordt stilgestaan bij een mogelijke vertekening van de uitkomsten. De vierde aanname, multicollineariteit, is gecontroleerd aan de hand van de collinearity diagnostics. Met een tolerance van 1.0 en een VIF van 1.0 kan er worden aangenomen dat multicollineariteit geen probleem vormt binnen dit onderzoek. Aan de vijfde aanname, ratio tussen vignetten en variabelen, is voldaan. Er is voor elke uitkomst van elke variabele genoeg data. De laatste aanname, minimaal verwachte frequentie is voldaan.

### **Binaire Logistische Regressieanalyse**

Om de hypothesen te kunnen toetsen zijn er drie modellen opgesteld. In het eerste model is alleen de variabele geslacht meegenomen in de analyse. De chisquare waarde voor dit model is 0.065 met een hoge p waarde,  $\chi^2 (df= 3, N=307) = 0.065$ ;  $p = .799$ . Hieruit blijkt dat dit model niet significant is. In het tweede model is naast de variabele geslacht ook de variabele beroep van de gezondheidsprofessional meegenomen in de analyse. Voor dit model is de Chisquare waarde 10.984 met een significante p-waarde,  $\chi^2 (df= 2, N=307) = 10.984$ ;  $p = .004$ . Ook is er gekeken naar Cox en Snell  $R^2 = .01$ , Nagelkerke  $R^2 = .01$ . Hieruit blijkt dat het model wel significant is en daarmee goed aansluit bij de data. In het laatste model is het interactie-effect gender\*beroep gezondheidsprofessional toegevoegd. De chisquare waarde voor dit model is 2.132,  $\chi^2 (df= 2, N=307) = 2.132$ ;  $p = .344$ . Het model is niet significant. In tabel 3 zijn de uitkomsten van de binaire logistische regressieanalyse te zien.

Om de eerste hypothese te kunnen toetsen is in het eerste model de voorspeller geslacht toegevoegd aan het eerste model zonder voorspellers. Resultaten laten zien dat de variabele geslacht is niet significant en is daarmee geen voorspeller voor het herkennen van internaliserende stoornissen door gezondheidsprofessionals,  $wald = 30.75$ ,  $p = .695$ . Dit betekent dat het voor de gezondheidsprofessional geen verschil maakt of de symptomen van een meisje of de symptomen van een jongentje beschreven worden. Van de vignetten die jongens met internaliserende problemen beschreven zijn 192 (66.7%) herkend vergeleken met 153 (68.3%) van de vignetten die meisjes met internaliserende problemen beschreven. Hieruit wordt duidelijk dat de eerste hypothese, internaliserende stoornissen bij meisjes worden beter herkend dan bij jongens, niet kan worden bevestigd. Er zit geen significant verschil tussen jongens en meisjes als het gaat om de herkenning van internaliserende stoornissen.

Running head: INVLOED VAN BEROEP EN GENDER OP DE HERKENNING VAN INTERNALISERENDE PROBLEMATIEK

Tabel 3

*Binaire logistische regressieanalyse van de onafhankelijke variabele herkenning en de afhankelijke variabele geslacht (0=jongen, 1=meisje) en beroep gezondheidsprofessional (0=psycholoog, 1=jeugdarts, 2=pedagoog)*

	Voorspeller	<i>b</i>	<i>SE(b)</i>	Wald	<i>df</i>	<i>p</i>	Exp ( <i>B</i> )	[95% <i>CI</i> ]
Model 1								
	Constant	.69*	.13	30.75	1	.695	2.00	-
Geslacht	Jongen	-	-	-	-	-	-	-
	Meisje	.08*	.19	.15	1	.000	1.08	[0.74, 1.57]
Model 2								
	Constant	.39*	.12	9.84	1	.000	2.07	-
Geslacht	Jongen	-	-	-	-	-	-	-
	Meisje	-.06	.12	.24	1	.63	1.06	[0.75, 1.19]
Beroep	Psycholoog	-	-	-	-	-	-	-
	Jeugdarts	-.43*	.14	8.87	1	.011	.69	[0.49, 0.86]
	Pedagoog	-.36*	.14	6.56	1	.003	.65	[0.52, 0.92]
Model 3								
	Constant	.69*	.13	30.75	1	.000	2.00	-
Geslacht	Jongen	-	-	-	-	-	-	-
	Meisje	.08	.19	.15	1	.695	1.08	[0.74, 1.57]
Beroep	Psycholoog	-	-	-	-	-	-	-
	Jeugdarts	-.47*	.20	5.62	1	.018	.63	[0.42, 0.92]
	Pedagoog	-.30	.20	2.23	1	.130	.74	[0.50, 1.09]
Geslacht*	Geslacht*	-	-	4.50	2	.610	-	-
Beroep	Beroep							
	Meisje*	.20	.29	.47	1	.494	1.22	[0.69, 2.15]
	Jeugdarts							
	Meisje*	-.25	.29	.75	1	.387	.78	[0.44, 1.37]
	Pedagoog							

## Running head: INVLOED VAN BEROEP EN GENDER OP DE HERKENNING VAN INTERNALISERENDE PROBLEMATIEK

*Noot.*  $N=138$ ;  $CI$ = confidence interval;  $*p < .05$ .

Om de tweede hypothese te toetsen is beroep gezondheidsprofessional toegevoegd aan het eerste model. De variabele beroep gezondheidsprofessional is wel een significante voorspeller,  $wald=9,84$ ,  $p < .001$ . Dit betekent dat er verschil zit tussen verschillende types gezondheidsprofessionals in de herkenning van internaliserende stoornissen. Uit de analyse blijkt dat psychologen significant beter zijn in het herkennen van internaliserende stoornissen dan jeugdartsen,  $wald=8.87$ ,  $p = .011$  en pedagogen,  $wald=6.56$ ,  $p = .003$ . Een jeugdarts is 0.69 keer minder waarschijnlijk een internaliserende stoornis te ontdekken dan een psycholoog. Een pedagoog is 0.65 keer minder waarschijnlijk om een stoornis te ontdekken dan een psycholoog. Psychologen herkennen 345 (67.4%), jeugdartsen herkennen 205 (58.9%) en pedagogen herkennen 200 (57.5%) van de vignetten die kinderen met internaliserende problemen beschreven. Hieruit blijkt dat de tweede hypothese, psychologen zijn beter in het herkennen van internaliserende stoornissen dan pedagogen en jeugdartsen, bevestigd is. Psychologen zijn significant beter in het herkennen van internaliserende stoornissen dan jeugdartsen en pedagogen.

Als laatste werd de interactietermen geslacht\*beroep gezondheidsprofessional toegevoegd. Deze interactie is niet significant,  $wald=4.50$ ,  $p = .610$ . Dit houdt in dat er geen verschil zit tussen psychologen, jeugdartsen en pedagogen in de herkenning van internaliserende stoornissen tussen jongens en meisjes. Internaliserende problemen bij jongens werd door 192 (66.7%) van psychologen herkend, door 95 (55.6%) van jeugdartsen en door 102 (59.6%) van pedagogen. Internaliserende problemen bij meisjes werd door 153(68.3%) van psychologen herkend, door 110 (62.1%) van jeugdartsen en door 98 (55.4%) van pedagogen. Hieruit kan worden afgeleid dat de laatste hypothese, er is sprake van een interactie-effect, niet bevestigd kan worden.

### Discussie

Het doel van dit onderzoek is in kaart brengen welke factoren invloed hebben op de herkenning van internaliserende stoornissen zodat dit in de praktijk kan verbeteren. Hierbij werden er drie hypothesen opgesteld. De eerste hypothese is internaliserende stoornissen worden beter herkend door gezondheidsprofessionals bij meisjes dan bij jongens. Deze hypothese is verworpen. Er is geen significant verband. Dit wil zeggen dat het voor een gezondheidsprofessional geen verschil maakt of deze een jongen of meisje voor zich heeft, als het gaat om de herkenning van internaliserende stoornissen. De tweede hypothese is psychologen zijn beter in het herkennen van internaliserende stoornissen dan pedagogen en jeugdartsen. Deze hypothese is bevestigd. Uit de analyse kwam naar voren dat pedagogen en jeugdartsen significant slechter zijn in het herkennen van internaliserende stoornissen dan psychologen. De derde en laatste hypothese is psychologen en jeugdartsen hebben een kleiner verschil tussen jongens en meisjes bij de herkenning van internaliserende stoornissen dan pedagogen. Deze hypothese is verworpen. Uit de analyse is gebleken dat alle gezondheidsprofessionals evengoed zijn in het herkennen van internaliserende stoornissen bij jongens en bij meisjes. Deze bevindingen worden hieronder besproken.

Een jongen die aanklopt bij een gezondheidsprofessional heeft even veel kans op een juiste diagnose als een meisje met dezelfde klachten. Dit is opmerkelijk aangezien de prevalentie van MDD en GAD aanzienlijk hoger is bij meisjes dan bij jongens (Merikangas et al., 2009) en er veel wetenschappelijke literatuur is die vermoedt dat dit verschil eerder het gevolg is van culturele overtuigingen dan dat het verschil tussen jongens en meisjes werkelijk zo groot is (Angst et al., 2002; Eagly & Wood, 2012). Eagly en Wood stellen met de genderrol-theorie dat de verwachte rolpatronen voor de verschillende genders ertoe leiden dat deze verschillend gedrag laten zien en van zichzelf accepteren. Hieruit zou kunnen worden afgeleid dat jongens en meisjes een andere manier van uiten hebben voor dezelfde klachten. In dit onderzoek is het is dit buiten beschouwing gelaten, het enige verschil tussen de casussen was de naam en het geslacht. De klachten zijn verder identiek aan elkaar omschreven. Hypothetisch gezien zal dit kunnen verklaren waarom de uitkomst van dit onderzoek niet strookt met de bestaande literatuur. Desondanks is het duidelijk geworden in dit onderzoek dat gezondheidsprofessionals op voorhand geen conclusies trekken omtrent gender. Bij gelijke omschrijving van de symptomen hebben jongens en meisjes even veel kans op een passende diagnose van internaliserende stoornissen. Dit is een positief signaal want dat zou betekenen dat ze minimaal beïnvloed worden door stereotyperingen. Als dit onderzoek meer rekening had gehouden met het feit dat jongens anders omgaan met hun



psychische klachten dan meisjes, waren de bevindingen wellicht wel overeengekomen met de bestaande literatuur.

Dat de tweede hypothese is aangenomen lag in de lijn der verwachtingen. Hoewel pedagogen wellicht veel praktijkervaring hebben met internaliserende stoornissen, hebben ze geen opleiding genoten die hen in staat stelt tot het herkennen en diagnosticeren van internaliserende stoornissen. Jeugdartsen hebben een brede opleiding genoten die zich niet primair focust op psychische problematiek (Sivevska, Runceva & Pesova, 2014). Psychologen hebben dit wel (Frazer, Westhuis, Daley & Phillips, 2009). Ondanks dat deze resultaten weinig verrassend zijn, zijn ze wel zorgwekkend. Voor een kind in Nederland bij een psycholoog kan komen zijn er een aantal ‘poortwachters’ die de weg vrij moeten maken. Een van deze poortwachters is de jeugdarts (Lester, Tritter, & Sorohan, 2005). Als een jeugdarts de problemen van een kind niet herkent, kan het zijn dat dat kind veel te laat of zelfs nooit bij de juiste behandelaar komt. Daarnaast is het de moeite waard om af te vragen of alle gezondheidsprofessionals in cruciale posities dan niet beter geschoold zouden moeten worden. Het is immers bekend dat het niet herkennen van internaliserende stoornissen ingrijpende gevolgen kunnen hebben voor het kind en diens familie.

Jongens hebben evenveel kans op ontdekking van een internaliserende stoornis als ze bij een psycholoog aankloppen dan dat meisjes dat hebben met dezelfde symptomen. Dit geldt voor alle gezondheidsprofessionals. Dit gegeven lag niet geheel in de lijn der verwachting. Er van uitgaande dat psychologen beter geschoold zijn en meer theoretische kennis tot hun beschikking hebben, zou het aannemelijk zijn dat deze minder beïnvloed worden door stereotyperingen dan pedagogen en kinderartsen. Gezien dat er uit dit onderzoek naar voren is gekomen dat er op voorhand weinig tot geen invloeden zijn van stereotyperingen kan dit ook goed verklaren waarom er geen verschil daarin zit tussen de verschillende gezondheidsprofessionals. Dat gezegd hebbende is het niet te zeggen hoe dit gegeven in de praktijk zal zijn. Daar zijn de verschillen tussen jongen en meisje niet alleen een andere naam op een casus, waardoor er makkelijker in stereotyperingen gedacht kan worden. Een pedagoog die veel praktijkvoorbeelden kent maar weinig theoretische achtergrond heeft, zal hier wellicht gevoeliger voor zijn.

### **Beperkingen**

Er zijn echter een aantal beperkingen die de betrouwbaarheid van het onderzoek limiteren. Voordat de binaire logistische regressie is uitgevoerd zijn de assumpties gecontroleerd. Een van deze assumpties is niet voldaan, de onafhankelijkheid van fouten. Iedere participant heeft een totaal van 4 vignetten ingevuld, waardoor de onafhankelijkheid

## Running head: INVLOED VAN BEROEP EN GENDER OP DE HERKENNING VAN INTERNALISERENDE PROBLEMATIEK

van de resultaten niet gewaarborgd kan worden. Ook in de steekproef zit een beperking. De gezondheidsprofessionals zijn voor 89% vrouwen. Hoewel er in de Nederlandse gezondheidszorg ook meer vrouwen werkzaam zijn (Marsella 2011), was het interessant geweest om deze data ook vanuit een mannelijk perspectief te kunnen bekijken.

Doordat alleen de naam en het geslacht van het kind in de vignetten verschilt tussen jongens en meisjes, is het niet mogelijk om te zeggen hoe een gezondheidsprofessional in de praktijk zal reageren. Naast dat het erg waarschijnlijk is dat jongens en meisjes hun klachten anders uiten, zijn er een veel andere bijkomstigheden die de eenduidigheid van de klachten kunnen vertroebelen in de praktijk. Bijvoorbeeld de zichtbaarheid of de intensiteit van de klachten en de invloed van de omgeving. Het onderzoek is hiermee geen betrouwbare voorspeller voor de praktijk.

### **Sterktes**

Door een uitgebreide literatuurstudie is naar voren gekomen dat het verband tussen het beroep van een gezondheidsprofessional en de herkenning van internaliserende stoornissen nog niet eerder onderzocht is. Dit maakt dat dit onderzoek een waardevolle aanvulling is voor bestaande literatuur. De betrouwbaarheid van dit onderzoek is gemeten met de Kappa analyse. Hier kwam een bijna perfect resultaat uit. Dit wijst erop dat de omlijningen van het onderzoek erg duidelijk en betrouwbaar zijn. Herhaling van het onderzoek is hiermee ook goed mogelijk gemaakt. Daarnaast is de steekproef vrij groot wat bevorderlijk is voor de betrouwbaarheid. Tot slot is de steekproef een goede weerspiegeling van de samenleving als het gaat om etniciteit.

### **Aanbevelingen**

Op basis van dit onderzoek zijn er een aantal aanbevelingen voor vervolgonderzoek ontstaan. Ondanks dat er geen significant verband gevonden is tussen gender en de herkenning van internaliserende stoornissen, is het belangrijk in kaart te brengen of deze resultaten ook passend zijn in de praktijk. Een onderzoek dat kijkt naar vergelijkbare casussen waarbij meerdere factoren een invloed mogen uitoefenen op de herkenning.

Het is belangrijk om na te gaan of de scholing die bepaalde beroepen in sleutelposities hebben voldoende is. Misschien moeten deze gezondheidsprofessionals wel extra educatie krijgen over internaliserende stoornissen en misschien wel psychische stoornissen in het algemeen. Of er moet ten alle tijden iemand betrokken zijn bij de casussen die deze scholing wel heeft gehad.

Literatuur

- Allen, P., Bennett, K., & Heritage, B. (2014). *SPSS statistics version 22: A Practical Guide*. Cengage Learning Australia.
- American Psychological Association (APA). (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4, text revision ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J., & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 201-209. doi:10.1007/s00406-002-0381-6
- Barlow, D. H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1247. doi:10.1037/0003-066X.55.11.1247
- Bruchmüller, K., Margraf, J., & Schneider, S. (2012). Is ADHD diagnosed in accord with diagnostic criteria: Overdiagnosis and influence of client gender on diagnosis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80, 128. doi:10.1037/a0026582
- Burke, D. A., Koot, H. M., de Wilde, A., & Begeer, S. (2016). Influence of child factors on health-care professionals' recognition of common childhood mental-health problems. *Journal of Child and Family Studies*, 25, 3083-3096. doi:10.1007/s10826-016-0475-9
- Eagly, A. H., & Wood, W. (2016). Social role theory of sex differences. *The Wiley Blackwell Encyclopedia of Gender and Sexuality Studies*, 1-3. doi:10.1002/9781118663219.wbegss183
- Fischer, A. H., Rodriguez Mosquera, P. M., Van Vianen, A. E., & Manstead, A. S. (2004). Gender and culture differences in emotion. *Emotion*, 4, 87. doi:10.1037/1528-3542.4.1.87
- Frazer, P., Westhuis, D., Daley, J. G., & Phillips, I. (2009). How clinical social workers are using the DSM-IV: A national study. *Social Work in Mental Health*, 7, 325-339. doi:10.1080/15332980802052100
- Hartung, C. M., & Widiger, T. A. (1998). Gender differences in the diagnosis of disorders: Conclusions and controversies of the DSM-IV. *Psychological Bulletin*, 123, 260.
- Hankin, B. L., & Abramson, L. Y. (2001). Development of gender differences in depression: An Elaborated Cognitive Vulnerability-transactional Stress Theory. *Psychological Bulletin*, 127, 773. doi: 10.1037//0033-2909.127.6.773

Running head: INVLOED VAN BEROEP EN GENDER OP DE HERKENNING VAN  
INTERNALISERENDE PROBLEMATIEK

- Hawkins-Walsh, E. (2001). Turning primary care providers' attention to child behavior: A review of the literature. *Journal of Pediatric Health Care, 15*, 115-122.  
doi:10.1067/mps.2001.110273
- IBM corp. (2012). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 21.0. Armonk, NY: IBM Corp.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Koretz, D., Merikangas, K. R., ... & Wang, S. (2003). The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *Jama, 289*, 3095-3105.  
doi:10.1001/jama.289.23.3095
- Lester, H., Tritter, J. Q., & Sorohan, H. (2005). Patients' and health professionals' views on primary care for people with serious mental illness: focus group study. *Bmj, 330*, 1122. doi:10.1136/bmj.38440.418426.8F
- Marsella, A. J. (2011). Twelve critical issues for mental health professionals working with ethno-culturally diverse populations.  
<http://www.apa.org/international/pi/2011/10/critical-issues.aspx>.
- McLean, C. P., & Anderson, E. R. (2009). Brave men and timid women? A review of the gender differences in fear and anxiety. *Clinical Psychology Review, 29*, 496-505.  
doi:10.1016/j.cpr.2009.05.003
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience, 11*, 7
- Mesman, J., Bongers, I. L., & Koot, H. M. (2001). Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 42*, 679-689.  
doi:10.1017/S0021963001007351
- Mesman, J., & Koot, H. M. (2000). Child-reported depression and anxiety in preadolescence: Associations with parent-and teacher-reported problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 39*, 1371-1378.  
doi:10.1097/00004583-200011000-00011
- Montagne, B., Kessels, R. P., Frigerio, E., de Haan, E. H., & Perrett, D. I. (2005). Sex differences in the perception of affective facial expressions: Do men really lack emotional sensitivity?. *Cognitive processing, 6*(2), 136-141.
- Ollendick, T. H., King, N. J., & Muris, P. (2002). Fears and phobias in children: Phenomenology, epidemiology, and aetiology. *Child and Adolescent Mental Health, 7*, 98-106. doi:10.1111/1475-3588.0001.
- Palapattu, A. G., Kingery, J. N., & Ginsburg, G. S. (2006). Gender role orientation and

- anxiety symptoms among African American adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(3), 423-431.
- Sivevska, D., Runceva, J., & Pesova, B. (2014). The Role of Professional Primary School Services (Pedagogue, Psychologist) in the Process of Inclusion (with Special Aspect of Hyperactive Children). *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 149, 889-895. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.08.275
- Stiffman, A., Pescosolido, B., & Cabassa, L. (2004). Building a model to understand youth service access: The gateway provider model. *Mental Health Services Research*, 6, 189–198. doi:10.1023/B:MHSR.0000044745.09952.33
- Sourander, A., & Helstelä, L. (2005). Childhood predictors of externalizing and internalizing problems in adolescence. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 14, 415-423. doi:10.1007/s00787-005-0475-6
- Widiger, T. A., & First, M. B. (2007). Gender and diagnostic criteria. *Age and Gender Considerations in Psychiatric Diagnosis: A Research Agenda for DSM-V*, 127-137.