

Obstakels op de weg naar zorg

Het hulpzoekproces voor kinderen en adolescenten met emotionele en gedragsmatige problematiek

Marieke Zwaanswijk, Peter F. M. Verhaak, Jan van der Ende, Jozien M. Bensing en Frank C. Verhulst

SAMENVATTING

Weinig jeugdigen met emotionele problemen en gedragsproblemen krijgen hulp van huisartsen of de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). In een steekproef van vier- tot achttienjarigen ($n = 2149$), ingeschreven in 104 huisartspraktijken, en in een steekproef van jeugdigen met emotionele en gedragsmatige problematiek ($n = 360$) werd nagegaan welke obstakels kinderen en adolescenten tegenkomen op hun weg naar zorg. Beperkte consultatie van de huisarts voor emotionele problemen en gedragsproblemen en beperkte probleemherkenning door de huisarts belemmeren de toegang tot gespecialiseerde zorg. De huisarts fungeert slechts in geringe mate als poortwachter naar de GGZ voor kinderen op de basisschoolleeftijd.

Jeugdigen met emotionele problemen en gedragsproblemen staan in toenemende mate op de agenda van beleidsmakers. Recentelijk zijn er verschillende initiatieven ontplooid om deze jeugdigen in een vroeg stadium op te sporen en hun een betere toegang tot de hulpverlening te verschaffen. De Wet op de Jeugdzorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie, 2004), Operatie Jong (Ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties e.a., 2004) en het bijbehorende advies van de Inventgroep (Hermanns, Öry, & Schrijvers, 2005) passen in deze trend.

Onderzoek maakt de noodzaak van dergelijke initiatieven duidelijk. Zowel nationaal als internationaal is aangetoond dat slechts een beperkt deel van de kinderen

Mevr. dr. M. Zwaanswijk, onderzoeker, is verbonden aan het Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg (NIVEL) in Utrecht en aan de Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Erasmus mc-Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam.

Dr. P. F. M. Verhaak is programmaleider bij het NIVEL in Utrecht.

Drs. J. van der Ende, onderzoeker, is verbonden aan de Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Erasmus mc-Sophia Kinderziekenhuis in Rot-

terdam.

Mevr. prof. dr. J. M. Bensing is directeur van het NIVEL en hoogleraar gezondheidspsychologie aan de Universiteit Utrecht.

Prof. dr. F. C. Verhulst is hoogleraar en directeur van de Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van het Erasmus mc-Sophia Kinderziekenhuis in Rotterdam.

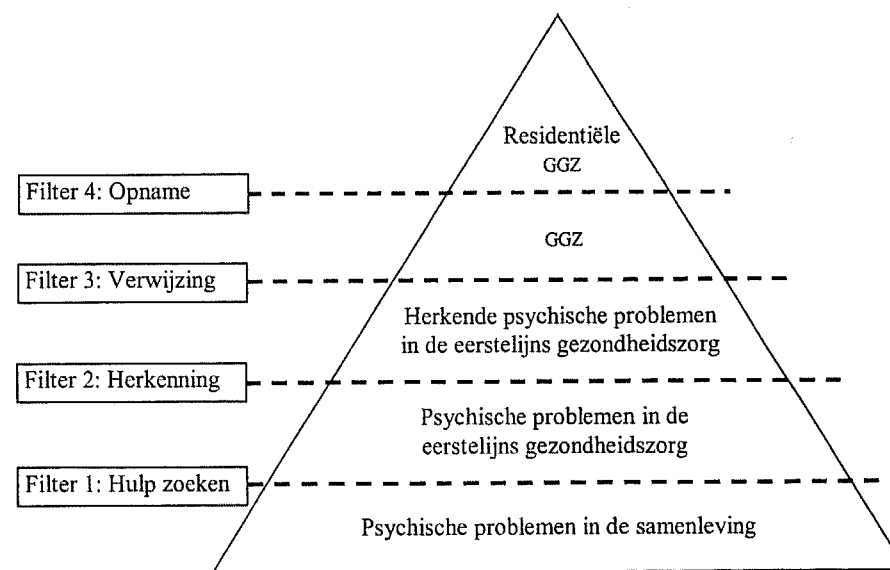
Contactadres: M. Zwaanswijk, NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN Utrecht, e-mail: M.Zwaanswijk@nivel.nl
Dit onderzoek is gefinancierd door ZonMw.

en adolescenten met emotionele problemen en gedragsproblemen hulp krijgt van de huisarts (Foets, Cuperus, Spreeuwenberg, Verhaak, & Van Engeland, 1996; Ford, Goodman, & Meltzer, 2003) of van hulpverleners in de geestelijke gezondheidszorg (GGZ) (Burns e.a., 1995; Flisher e.a., 1997; Leaf e.a., 1996; Saunders, Resnick, Hoberman, & Blum, 1994; Sourander e.a., 2001; Verhulst & Van der Ende, 1997). Omdat vroege identificatie en behandeling van de problemen het voortbestaan ervan in de late adolescentie en volwassenheid kunnen voorkomen, is het belangrijk om inzicht te krijgen in het proces dat leidt tot het krijgen van hulp voor emotionele problemen en gedragsproblemen.

Een nuttig hulpmiddel hierbij is Goldberg en Huxley's (1980, 1992) model van het hulpzoekproces (figuur 1). Hierin wordt het hulpzoekproces beschreven als een opeenvolging van fasen met steeds intensievere vormen van zorg voor psychische problemen, variërend van psychische problemen in de algemene populatie waarvoor geen speciale zorg wordt geboden, via consultatie van en probleemherkenning door de huisarts, naar behandeling in residentiële GGZ-instellingen. De fasen worden van elkaar gescheiden door filters. Deze representeren een selectieproces als gevolg waarvan bepaalde personen doorgaan naar een volgende fase in het hulpzoekproces, terwijl anderen achterblijven in de voorgaande fase. Voor sommige personen kunnen de filters beschouwd worden als obstakels die de toegang tot meer gespecialiseerde zorg belemmeren.

Met dit model als uitgangspunt is in dit onderzoek nagegaan welke filters of obstakels een rol spelen in het hulpzoekproces van kinderen en adolescenten met emotionele problemen en gedragsproblemen om op die manier beter te begrijpen waarom de meerderheid van hen geen hulp krijgt. Inzicht in obstakels in het

Figuur 1 Het hulpzoekproces voor psychische problemen (Goldberg & Huxley, 1980, 1992)



hulpzoekproces kan gebruikt worden om de toegankelijkheid van de zorg voor jeugdigen met emotionele problemen en gedragsproblemen te verbeteren.

Specifiek richtten wij ons daarbij op het zoeken van hulp voor emotionele problemen en gedragsproblemen in de huisartspraktijk (figuur 1, filter 1), herkenning van emotionele problemen en gedragsproblemen door de huisarts (filter 2) en verwijzing door de huisarts naar de GGZ (filter 3). Het onderzoek is uitgevoerd voorafgaand aan de invoering van de Wet op de Jeugdzorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie, 2004), toen kinderen en adolescenten formeel gezien alleen toegang hadden tot de GGZ na verwijzing door de huisarts. De centrale rol van de huisarts in dit onderzoek heeft zijn oorsprong in die poortwachtersfunctie. Als aanvulling op het model van Goldberg en Huxley hebben wij ook aandacht besteed aan het gebruik van informele hulpbronnen, zoals leerkrachten, familieleden en vrienden.

Methode

Deelnemers, instrumenten en procedure

De dataverzameling vond plaats tussen april 2000 en januari 2002. Box 1 toont de afzonderlijke delen van het onderzoek. Een gerandomiseerde steekproef van viertot achttienjarigen ($N = 2149$), ingeschreven in 104 huisartspraktijken, werd gescreend op de aanwezigheid van emotionele problemen en gedragsproblemen met behulp van de Child Behavior Checklist (CBCL; Achenbach, 1991a) en de Youth Self-Report (YSR; Achenbach, 1991c). Leerkrachten van de deelnemende kinderen en ado-

lescenten werd gevraagd de Teacher's Report Form (TRF; Achenbach, 1991b) in te vullen. De steekproef bestond uit 1319 kinderen (4 tot en met 11 jaar oud) en 830 adolescenten (12 tot 18 jaar oud).

De steekproef was afkomstig uit de 'Tweede Nationale Studie naar ziekten en verichtingen in de huisartspraktijk'. In dit grootschalige onderzoek werden gedurende een kalenderjaar in 104 Nederlandse huisartspraktijken alle contacten van ingeschreven patiënten ($N = 385\ 461$, waaronder 38 940 kinderen en 28 324 adolescenten) met hun huisarts en door de huisarts gestelde diagnoses geregistreerd (contactregistratie). De ingeschreven patiënten in de deelnemende huisartspraktijken waren vergelijkbaar met de algemene Nederlandse bevolking wat betreft leeftijd, geslacht en type ziektekostenverzekering (Westert e.a., 2005). Door de huisarts gestelde diagnoses werden vastgesteld met behulp van codes uit de International Classification of Primary Care (ICPC) (Lamberts, Woods, & Hofmans-Okkes, 1993).

De CBCL en TRF bestaan elk uit 120 probleemitems en de YSR bestaat uit 102 items, die gecombineerd worden tot scores op de schalen Totale Problemen, Internaliseren, Externaliseren en acht syndroomschalen. Scores op de Totale Probleemschaal kunnen gedichotomiseerd worden tot scores in de deviante (borderline en klinische; T -score ≥ 60) versus de normale range van verdelingen gebaseerd op Nederlandse normatieve steekproeven.

Ouders van jeugdigen die in het deviante gebied scoorden op de Totale Probleemschaal van de CBCL, TRF of YSR werden geselecteerd voor deelname aan een interview over zorggebruik. Van de 553 geselecteerde ouders stemden er 360 in met deelname. Kinderen van deelnemende en niet-deelnemende ouders verschilden niet significant in leeftijd, sekse en Totale Probleemscores op de CBCL en TRF. Ouders die deelnamen aan het interview waren significant hoger opgeleid (Mann-Whitney U -test, $p \leq 0,05$) en adolescenten met deelnemende ouders hadden significant lagere YSR Totale Probleemscores dan adolescenten van wie de ouders niet deelnamen (T -test, $p \leq 0,05$).

Ouders werd gevraagd of er in de afgelopen twaalf maanden hulp gezocht was voor emotionele problemen of gedragsproblemen van hun kind bij 1. de huisarts, 2. de GGZ, 3. leerkrachten en 4. familieleden of vrienden. Voor meer informatie over onderzoeksopzet en dataverzameling, zie Zwaanswijk (2005).

Analyses

Om een algemeen beeld te krijgen van de frequentie van het huisartsbezoek door kinderen en adolescenten, is op basis van de contactregistratie bepaald hoeveel van de 2149 jeugdigen in het afgelopen jaar in contact waren geweest met hun huisarts. Ook is nagegaan hoeveel kinderen en adolescenten met een CBCL-, TRF- of YSR-Totale Probleemscore in het deviante gebied in het afgelopen jaar bij hun huisarts geweest waren. Vervolgens is in de groep van kinderen en adolescenten die geselecteerd waren op de aanwezigheid van emotionele problemen en gedragsproblemen nagegaan hoe vaak zij specifiek voor deze problemen in contact waren geweest met de huisarts (filter 1).

Door de huisarts geregistreerde ICPC-codes voor psychische problemen (P -codes) en sociale problemen (Z -codes) werden gebruikt als indicatoren voor emotionele pro-

Box 1 Onderzoeksopzet en aantallen respondenten in de twee onderzoeksfasen

Screening in gerandomiseerde steekproef

1319 kinderen, 830 adolescenten

Child Behavior Checklist: $N = 2129$ (1319 kinderen, 810 adolescenten)

Teacher's Report Form: $N = 1481$ (974 kinderen, 507 adolescenten)

Youth Self-Report: $N = 814$ (814 adolescenten)

Aanwezige data

(contactregistratie):
- contacten met huisarts
- door huisarts gestelde diagnoses



Interview over zorggebruik

246 kinderen, 114 adolescenten,
geselecteerd op aanwezigheid van emotionele en gedragsmatige problemen

Kinderen: 4 tot en met 11 jaar oud, adolescenten: 12 tot 18 jaar oud. N : het aantal respondenten voor wie data beschikbaar waren.

blemen en gedragsproblemen. De mate waarin de huisarts emotionele problemen en gedragsproblemen van kinderen en adolescenten als zodanig herkende (filter 2), is onderzocht door de overeenstemming te bepalen tussen enerzijds de oordelen van ouders, leerkrachten en adolescenten zelf over de aanwezigheid van emotionele problemen en gedragsproblemen bij het kind, en anderzijds de diagnoses die de huisarts stelde. Specifiek werd nagegaan in hoeverre kinderen en adolescenten die in het deviante gebied scoorden op de CBCL-, TRF- of YSR-Totale Probleemschaal ook een P- of Z-diagnose kregen van hun huisarts.

Om meer inzicht te krijgen in de poortwachtersrol van de huisarts (filter 3) werd voor kinderen en adolescenten die in het afgelopen jaar hulp van GGZ-voorzieningen gekregen hadden nagegaan via welke wegen of hulpverleners zij daar terechtgekomen waren.

Resultaten

Jeugdigen werden gescreend op de aanwezigheid van emotionele problemen en gedragsproblemen. Tabel 1 toont de resultaten van deze screening, evenals enkele achtergrondkenmerken van de onderzoeksgroep.

In totaal had 73,6% van de kinderen en 75,8% van de adolescenten in het afgelopen jaar contact gehad met de huisarts. Van de kinderen en adolescenten die in het deviante gebied scoorden op de CBCL-Totale Probleemschaal was 80,1% en 86,0% in het afgelopen jaar bij de huisarts geweest. Deze percentages waren vergelijkbaar voor kinderen en adolescenten met een TRF-Totale Probleemscore in het deviante gebied (79,1% en 86,1%) en voor adolescenten met een deviante YSR-Totale Probleem-

score (86,9%). Deze cijfers hebben niet alleen betrekking op contacten voor emotionele problemen en gedragsproblemen, maar op het hele scala aan klachten waarmee jeugdigen bij hun huisarts komen.

Onder jeugdigen die geselecteerd waren op de aanwezigheid van emotionele problemen en gedragsproblemen ($N = 360$) is nagegaan hoeveel van hen in het afgelopen jaar specifiek voor deze problemen contact met de huisarts hadden gehad (filter 1). Dit was het geval bij 13,1% van de kinderen en 14,7% van de adolescenten.

Van het totale aantal kinderen en adolescenten dat in het afgelopen jaar een bezoek aan hun huisarts had gebracht werd 6,7% gediagnosticeerd met een ICPC P- of Z-code. De meest voorkomende P- en Z-diagnoses in de groep kinderen waren: specifieke leer- of ontwikkelingsstoornis, enuresis en overactief kind/hyperkinetisch syndroom. Onder adolescenten kwamen de diagnoses enuresis, relatieproblemen met ouders of familie en angstig/nerveus/gespannen gevoel het meest voor.

Kinderen en adolescenten bij wie ouders, leerkrachten of adolescenten zelf de aanwezigheid van emotionele problemen of gedragsproblemen rapporteerden, kregen zelden ook een P- of Z-diagnose van de huisarts. Van kinderen en adolescenten met een CBCL-Totale Probleemscore in het deviante gebied kreeg respectievelijk 12,8% en 14,4% een P- of Z-diagnose van de huisarts. Voor kinderen en adolescenten met een deviante TRF-Totale Probleemscore kwamen deze percentages op respectievelijk 14,5% en 11,9%. Van adolescenten met een YSR-Totale Probleemscore in het deviante gebied kreeg 23,1% een P- of Z-diagnose van de huisarts.

Ter vergelijking is ook nagegaan welke percentages kinderen en adolescenten een P- of Z-diagnose van de huisarts kregen, ondanks het feit dat hun CBCL-, TRF- en YSR-Totale Probleemscores binnen het normale gebied lagen. Vijf procent van de kinderen en 4,6% van de adolescenten met een normale CBCL-Totale Probleemscore kreeg een P- of Z-diagnose, terwijl 4,0% van de kinderen en 5,8% van de adolescenten met een TRF-Totale Probleemscore in het normale gebied een dergelijke diagnose kreeg. Van adolescenten met een YSR-Totale Probleemscore in het normale gebied kreeg 5,1% een P- of Z-diagnose.

De meest voorkomende diagnoses voor kinderen die ondanks hun deviante CBCL- of TRF-Totale Probleemscore géén P- of Z-diagnose van de huisarts kregen, waren wratten, acute infectie van de bovenste luchtwegen en hoesten. Adolescenten die ondanks hun deviante CBCL-, TRF- of YSR-Totale Probleemscore géén P- of Z-diagnose van de huisarts kregen, kregen vooral de diagnoses acute infectie van de bovenste luchtwegen, hooikoorts/allergische rhinitis en orale anticonceptie.

Slechts 15,4% van de kinderen en 16,5% van de adolescenten die geselecteerd waren op de aanwezigheid van emotionele problemen en gedragsproblemen ($N = 360$) had in het afgelopen jaar specifiek voor deze problemen contact gehad met GGZ-voorzieningen. Informele hulpverleners zoals leerkrachten, vrienden of familieleden werden vaker ingeschakeld (tabel 2).

Van de 38 kinderen die in het afgelopen jaar gebruik gemaakt hadden van GGZ-voorzieningen was 43,2% daarnaar verwezen door de huisarts (filter 3), terwijl 56,8% via andere kanalen in de GGZ terechtgekomen was. Van deze laatste groep kwam een derde van de kinderen direct – zonder tussenkomst van hulpverleners – in de GGZ terecht, terwijl de overige kinderen de GGZ bereikten met de hulp van an-

Tabel 1 Kenmerken van gescreende kinderen en adolescenten

	%	Kind		Adolescent	
		%	N	%	N
CBCL Totale Problemen in deviant gebied	20,4	268 (1311)	14,3	115 (806)	
TRF Totale Problemen in deviant gebied	17,2	168 (974)	14,8	75 (507)	
YSR Totale Problemen in deviant gebied	-	-	7,9	64 (808)	
Mannelijke sekse	52,6	694 (1319)	47,4	393 (829)	
Opleidingsniveau ouder					
- laag	13,8	180 (1307)	18,7	152 (815)	
- midden	48,4	633 (1307)	46,7	381 (815)	
- hoog	37,8	494 (1307)	34,6	282 (815)	
Gezinssamenstelling:					
- tweeoudergezin	92,5	1168 (1263)	90,6	727 (802)	
- eenoudergezin	7,5	95 (1263)	9,4	75 (802)	

Tussen haakjes staat het aantal respondenten voor wie data beschikbaar waren.

Tabel 2 Zorggebruik specifiek voor emotionele problemen en gedragsproblemen ($n = 360$)

	Kind		Adolescent	
	%	N	%	N
Huisarts	13,1%	245	14,7%	109
GGZ	15,4%	246	16,5%	109
Leerkracht	28,6%	245	24,8%	109
Vrienden of familieleden	27,3%	245	27,5%	109

N geeft het aantal respondenten weer voor wie data beschikbaar waren.

dere zorgverleners dan de huisarts. Dit betrof voornamelijk aan school gerelateerde hulpverleners, zoals schoolartsen, schoolpsychologen of medewerkers van schoolbegeleidingsdiensten.

Van de 18 adolescenten die in het afgelopen jaar in contact waren geweest met GGZ-voorzieningen was 61,1% daar terechtgekomen na verwijzing door de huisarts. De overige adolescenten hadden ofwel direct ($n = 3$) ofwel na tussenkomst van andere hulpverleners ($n = 4$) toegang gekregen tot de GGZ.

Discussie

Dit onderzoek bevestigt eerdere bevindingen wat betreft het beperkte gebruik van GGZ-voorzieningen door kinderen en adolescenten met emotionele problemen en gedragsproblemen. Zelfs in een steekproef van jeugdigen die geselecteerd waren op de aanwezigheid van dergelijke problemen had slechts 15% tot 17% in het voorafgaande jaar gebruik gemaakt van de GGZ. Door, in navolging van Goldberg en Huxley (1980, 1992), het hulpzoekproces te beschouwen als een opeenvolging van fasen konden enkele filters of obstakels op de weg naar de gespecialiseerde GGZ onderscheiden worden.

Obstakel 1: Weinig huisartsbezoek voor emotionele problemen en gedragsproblemen

Een eerste obstakel is het feit dat de huisarts zelden geconsulteerd wordt voor emotionele problemen en gedragsproblemen van jeugdigen. Hoewel ongeveer 80% van de kinderen en adolescenten met deze problemen in het afgelopen jaar in contact was geweest met de huisarts, wees eerder onderzoek (Zwaanswijk, Verhaak, Van der Ende, Bensing, & Verhulst, 2005) uit dat deze contacten vooral plaatsvinden vanwege chronische lichamelijke problemen. De aanwezigheid van emotionele problemen en gedragsproblemen vergroot weliswaar de kans op huisartsbezoek van kinderen, maar is niet gerelateerd aan het huisartsbezoek van adolescenten (Zwaanswijk e.a., 2005).

De contactfrequenties vielen aanzienlijk lager uit als alleen de huisartscontacten in beschouwing genomen werden die specifiek bedoeld waren om emotionele problemen en gedragsproblemen van jeugdigen te bespreken. Slechts 13% van de kinde-

ren en 15% van de adolescenten met emotionele problemen en gedragsproblemen had in het voorgaande jaar specifiek voor deze problemen contact met de huisarts gehad.

Obstakel 2: Beperkte probleemherkenning door de huisarts

Slechts één op de zeven kinderen en één op de acht adolescenten bij wie ouders of leerkrachten de aanwezigheid van emotionele problemen of gedragsproblemen rapporteerden, kreeg een psychische of sociale diagnose van de huisarts. Van de adolescenten die zelf problemen rapporteerden, kreeg 23% een dergelijke diagnose. Evenals eerdere bevindingen (Costello e.a., 1988; Dulcan e.a., 1990; Kelleher e.a., 1997; Sayal & Taylor, 2004) wijzen deze resultaten op een tweede obstakel op de weg naar de gespecialiseerde GGZ: de beperkte herkenning van emotionele en gedragsmatige problematiek door de huisarts.

Er kunnen echter verscheidene alternatieve verklaringen aangevoerd worden voor de geringe overeenstemming tussen de oordelen van ouders, leerkrachten en adolescenten enerzijds en de door de huisarts gestelde diagnoses anderzijds. Ten eerste kan deze het gevolg zijn van een terughoudendheid van ouders om hun bezorgdheid over emotionele problemen of gedragsproblemen van hun kind expliciet te uiten tegenover de huisarts (Dulcan e.a., 1990; Sayal & Taylor, 2004). De beperkte duur van consulten speelt hierbij waarschijnlijk een rol (Horwitz, Leaf, Leventhal, Forsyth, & Speechley, 1992; Van den Berg, Kolthof, De Bakker, & Van der Zee, 2004). Onderzoek heeft bovendien aangetoond dat zelfs als ouders hun bezorgdheid over emotionele problemen of gedragsproblemen van hun kind tegenover de huisarts uiten, zij dit vooral doen in de context van lichamelijke problemen (Foets e.a., 1996).

Ten tweede hebben huisartsen mogelijk moeite met het ontrafelen van lichamelijke en psychische problemen en zijn zij geneigd vooral aandacht te besteden aan de in het oog springende lichamelijke symptomen, in plaats van aan de meer verborgen psychische problemen. Deze verklaring wordt ondersteund door het feit dat de meest voorkomende diagnoses onder jeugdigen van wie de emotionele problemen en gedragsproblemen niet als zodanig herkend werden door de huisarts, lichamelijke in plaats van psychosociaal van aard waren.

Ten derde kan er sprake zijn van terughoudendheid van de kant van de huisarts om een psychische of sociale diagnose te stellen uit angst voor stigmatisering. Zeker als wachtlijsten de kans op het ontvangen van GGZ-hulp na een verwijzing beperken, is het mogelijk dat de huisarts het nut van het stellen van een psychische of sociale diagnose niet direct ziet.

Ten vierde kunnen ouders die op de screeningslijst aangegeven hebben dat hun kind een emotioneel probleem of gedragsprobleem heeft in de periode van de contactregistratie alleen bij de huisarts geweest zijn in verband met lichamelijke en niet in verband met emotionele problemen of gedragsproblemen van hun kind. In zo'n geval kan de huisarts wel degelijk op de hoogte zijn geweest van de aanwezigheid van emotionele problemen en gedragsproblemen, maar heeft hij deze (terecht) niet geregistreerd als reden voor contact.

Obstakel 3: De beperkte rol van de huisarts als poortwachter naar de GGZ

Het onderzoek dat in dit artikel beschreven wordt is uitgevoerd voorafgaand aan de invoering van de Wet op de Jeugdzorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport & Ministerie van Justitie, 2004). Deze wet heeft onder meer tot doel de transparantie in de structuur van de jeugdzorg te vergroten door de Bureaus Jeugdzorg de enige toegangspoort tot alle vormen van jeugdzorg te maken. Ten tijde van het onderzoek hadden jeugdigen met emotionele problemen en gedragsproblemen formeel gezien alleen toegang tot de GGZ na verwijzing door de huisarts. Bureaus Jeugdzorg waren nog in opbouw.

Het feit dat huisartsen zelden geconsulteerd worden voor emotionele problemen en gedragsproblemen en de geringe herkenning van deze problemen beperken tegelijkertijd de mogelijkheden van huisartsen om te verwijzen naar de GGZ. Dit kan gezien worden als derde obstakel op de weg naar de gespecialiseerde zorg. De resultaten van dit onderzoek wezen inderdaad uit dat de huisarts slechts in beperkte mate fungeert als poortwachter naar de GGZ voor kinderen met emotionele problemen en gedragsproblemen. Deze rol was iets geprononceerder voor adolescenten.

Het belang van informele hulpverleners

In overeenstemming met eerder onderzoek (Burns e.a., 1995; Farmer, Burns, Phillips, Angold, & Costello, 2003; Ford e.a., 2003; Leaf e.a., 1996) toonde dit onderzoek het belang aan van informele hulpverleners, zoals leerkrachten, familieleden en vrienden. Ouders schakelden vaker de hulp van deze bronnen in dan van meer professionele hulpverleners, zoals de huisarts en hulpverleners in de GGZ. De rol van de school in het hulpzoekproces is afhankelijk van de leeftijd van het kind. Voor kinderen op de basisschoolleeftijd hebben leerkrachten en aan school gerelateerde hulpverleners (schoolartsen, schoolpsychologen of medewerkers van schoolbegeleidingsdiensten) niet alleen een belangrijke functie in het bieden van hulp, maar ook in het verwijzen naar de GGZ. In het hulpzoekproces van adolescenten spelen deze personen een minder grote rol. Dit kan waarschijnlijk worden toegeschreven aan het feit dat basisschoolleerlingen, in tegenstelling tot leerlingen in het voortgezet onderwijs, in principe altijd dezelfde leerkracht hebben, die daardoor meer gelegenheid krijgt om de kinderen te leren kennen en problemen te signaleren. Bovendien worden kinderen op de basisschool vaak van en naar school gebracht, wat het voor ouders makkelijker maakt om in informeel contact hun eventuele bezorgdheid over emotionele problemen of gedragsproblemen te bespreken met de leerkracht of andere aan school verbonden hulpverleners. Verder kan de aard van de problemen een rol spelen. Terwijl de prevalentie van externaliserende problemen afneemt met de leeftijd, neemt de prevalentie van internaliserende problemen toe met de leeftijd. Dit laatste type problemen veroorzaakt minder directe overlast in de klas en is daardoor minder makkelijk te herkennen door leerkrachten.

Beperkingen van het onderzoek

Het zoeken van hulp voor emotionele problemen en gedragsproblemen is een complex proces, waarin veel verschillende factoren en actoren een rol spelen. Naast de in dit artikel beschreven obstakels in het hulpzoekproces kunnen ook factoren als

wachlijsten en de beschikbaarheid van zorg de voortgang in het hulpzoekproces belemmeren. In dit onderzoek is bovendien geen aandacht besteed aan het vierde filter uit het model van Goldberg en Huxley (1980, 1992) (zie figuur 1). Toekomstig onderzoek zou ook deze kanten moeten belichten om op die manier een beter beeld te krijgen van het hulpzoekproces als geheel.

Omdat een hoge YSR-Totale Probleemscore samenhangt met een toegenomen kans op een hulpbehoefte en een verwijzing naar de GGZ (Zwaanswijk, Van der Ende, Verhaak, Bensing, & Verhulst, 2003), zou de ondervertegenwoordiging van adolescenten met een hoge YSR-Totale Probleemscore in de laatste onderzoeksfase een onderschatting van het GGZ-gebruik veroorzaken kunnen hebben. Vanwege het herhaaldelijk gevonden verband tussen het opleidingsniveau van ouders en probleemgedrag van kinderen kan ook de ondervertegenwoordiging van laagopgeleide ouders in de laatste onderzoeksfase een onderschatting van de gerapporteerde emotionele problemen en gedragsproblemen veroorzaken hebben. Omdat kinderen van ouders die deelnamen aan de laatste onderzoeksfase echter geen significant lagere CBCL- en TRF-Totale Probleemscores hadden en omdat gegevens over GGZ-gebruik gebaseerd waren op ouder rapportage in plaats van zelfrapportage van adolescenten, zijn wij van mening dat deze aspecten de generaliseerbaarheid van de resultaten niet in ernstige mate beperkt hebben.

Aanbevelingen

Op grond van de resultaten van dit onderzoek kunnen suggesties gedaan worden voor het vergroten van de toegankelijkheid van de zorg voor kinderen en adolescenten met emotionele problemen en gedragsproblemen. Interventies die bedoeld zijn om meer van deze jeugdigen op te sporen en te verwijzen zijn echter alleen zinvol als er voldoende plaatsen beschikbaar zijn in de hulpverlening. Vanwege de wachtlijsten in de jeugd-GGZ is het raadzaam om te trachten in een eerder stadium in te grijpen en daarmee te voorkomen dat problemen zo ernstig worden dat GGZ-hulp nodig is. Dat kan bijvoorbeeld door aandacht te besteden aan preventie, het vroegtijdig opsporen van problemen en 'stepped care'.

Bij het opzetten van interventies om het GGZ-gebruik door jeugdigen met emotionele problemen en gedragsproblemen te bevorderen dient men rekening te houden met de leeftijd van de doelgroep. Voor kinderen in de basisschoolleeftijd spelen vooral de school en aan school verbonden hulpverleners een rol bij het opsporen van problemen en het bieden van hulp. De rol van de huisarts is in deze leeftijdsgroep beperkt. In het hulpzoekproces van adolescenten speelt de school een minder belangrijke rol en is daarentegen de huisarts van groter belang.

Wat betreft het versterken van de rol van de school in het hulpzoekproces volgen wij het advies van de Onderwijsraad (2004), waarin scholen wordt aangeraden om samen te werken met externe professionals, die advies, bijscholing en minder intensieve vormen van hulp binnen de scholen kunnen bieden. Het directe contact tussen scholen en hulpverleners verkort bovendien de weg naar gespecialiseerdere hulp als de minder intensieve hulp niet voldoet.

Een andere mogelijkheid om kinderen en adolescenten met emotionele problemen en gedragsproblemen op te sporen en te verwijzen is de routinematige screening die wordt uitgevoerd door de jeugdgezondheidszorg. Het grote bereik van de jeugdgezondheidszorg is hierbij een belangrijk voordeel (Hermanns e.a., 2005).

Verbetering in de herkenning van emotionele problemen en gedragsproblemen door huisartsen kan bewerkstelligd worden door bijscholing in het gebruik van meer psychosociaal georiënteerde interviewtechnieken en technieken die ouders en adolescenten de gelegenheid bieden hun zorgen over geestelijke gezondheid te uiten (Sayal & Taylor, 2004; Wissow, Roter, & Wilson, 1994). Ook het gebruik van gestandaardiseerde screeningsinstrumenten in de huisartspraktijk zou de herkenning van emotionele en gedragsmatige problematiek van kinderen en adolescenten kunnen bevorderen (Horwitz e.a., 1992).

Omdat de Nederlandse huisarts het bieden van hulp bij opvoedingsmoeilijkheden steeds minder tot zijn takenpakket rekent (Van den Berg e.a., 2004), is het noodzakelijk om pogingen om de herkenning van emotionele en gedragsmatige problematiek door de huisarts te verbeteren te combineren met goede verwijsmogelijkheden. Direct contact tussen huisartsen en hulpverleners in de GGZ kan verwijzing vergemakkelijken en toegang tot voorzieningen versnellen. Daarnaast kan dit directe contact een consultatieve functie hebben.

Het feit dat verschillende soorten hulpverleners een rol blijken te spelen in het hulpzoekproces van kinderen en adolescenten met emotionele problemen en gedragsproblemen geeft het belang aan van een nauwe samenwerking tussen de instanties die betrokken zijn bij de zorg voor deze jeugdigen (de onderwijssector, eerstelijns gezondheidszorg en gespecialiseerde GGZ) om zorg op elkaar af te stemmen en versnippering van het hulpaanbod te voorkomen.

Literatuur

- Achenbach, T. M. (1991a). *Manual for the Child Behavior Checklist/4-18 and 1991 profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991b). *Manual for the Teacher's Report Form and 1991 profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Achenbach, T. M. (1991c). *Manual for the Youth Self-Report and 1991 profiles*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Burns, B. J., Costello, E. J., Angold, A., Tweed, D., Stangl, D., Farmer, E. M., & Erkanli, A. (1995). Children's mental health service use across service sectors. *Health Affairs*, 14, 147-159.
- Costello, E. J., Edelbrock, C., Costello, A. J., Dulcan, M. K., Burns, B. J., & Brent, D. (1988). Psychopathology in pediatric primary care: The new hidden morbidity. *Pediatrics*, 82, 415-424.
- Dulcan, M. K., Costello, E. J., Costello, A. J., Edelbrock, C., Brent, D., & Janiszewski, S. (1990). The pediatrician as gatekeeper to mental health care for children: Do parents' concerns open the gate? *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29, 453-458.
- Farmer, E. M. Z., Burns, B. J., Phillips, S. D., Angold, A., & Costello, E. J. (2003). Pathways into and through mental health services for children and adolescents. *Psychiatric Services*, 54, 60-66.
- Fisher, A. J., Kramer, R. A., Grosser, R. C., Alegria, M., Bird, H. R., Bourdon, K. H., Goodman, S. H., Greenwald, S., Horwitz, S. M., Moore, R. E., Narrow, W. E., & Hoven, C. W. (1997). Correlates of unmet need for mental health services by children and adolescents. *Psychological Medicine*, 27, 1145-1154.
- Foets, M., Cuperus, J., Spreeuwenberg, P., Verhaak, P., & Van Engeland, H. (1996). Weinig herkenning van psychische problemen bij kinderen door ouders en huisartsen. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 140, 1907-1912.
- Ford, T., Goodman, R., & Meltzer, H. (2003). Service use over 18 months among a nationally representative sample of British children with psychiatric disorder. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 8, 37-51.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1980). *Mental illness in the community: The pathway to psychiatric care*. Londen/New York: Tavistock.
- Goldberg, D., & Huxley, P. (1992). *Common mental disorders: A bio-social model*. Londen: Routledge.
- Hermanns, J., Öry, F., & Schrijvers, G. (2005). *Helpen bij opgroei en opvoeden: Eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen*. Utrecht: Julius Centrum.
- Horwitz, S. M., Leaf, P. J., Leventhal, J. M., Forsyth, B., & Speechley, K. N. (1992). Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. *Pediatrics*, 89, 804-812.
- Kelleher, K. J., Childs, G. E., Wasserman, R. C., McInerney, T. K., Nutting, P. A., & Gardner, W. P. (1997). Insurance status and recognition of psychosocial problems: A report from the pediatric research in office settings and the ambulatory sentinel practice networks. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 151, 1109-1116.
- Lamberts, H., Woods, M., & Hofmans-Okkes, I. (1993). *The international classification of primary care in the European Community*. Oxford: Oxford University Press.
- Leaf, P. J., Alegria, M., Cohen, P., Goodman, S. H., Horwitz, S. M., Hoven, C. W., Narrow, W. E., Vaden-Kiernan, M., & Regier, D. A. (1996). Mental health service use in the community and schools: Results from the four-community MECA study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35, 889-897.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, & Ministerie van Justitie (2004). *Wet op de Jeugdzorg*. Den Haag: auteurs.
- Ministeries van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties, Justitie, Onderwijs, Cultuur en Wetenschappen, Sociale Zaken en Werkgelegenheid, Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer, & Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2004). *Operatie Jong: Sterk en Resultaatgericht voor de Jeugd*. Den Haag: auteurs.
- Onderwijsraad (2004). *Hoe kan het onderwijs meer betekenen voor jongeren? Kwalificatie, zorg en talentontwikkeling in samenwerking tussen onderwijs en andere jeugdvoorzieningen*. Den Haag: auteur.
- Saunders, S. M., Resnick, M. D., Hoberman, H. M., & Blum, R. W. (1994). Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33, 718-728.
- Sayal, K., & Taylor, E. (2004). Detection of child mental health disorders by general practitioners. *British Journal of General Practice*, 54, 348-352.
- Sourander, A., Helstela, L., Ristkari, T., Ikaheimo, K., Helenius, H., & Piha, J. (2001). Child and adolescent mental health service use in Finland. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 294-298.
- Van den Berg, M. J., Kolthof, E. D., De Bakker, D. H., & Van der Zee, J. (2004). *Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. De werkbelasting van huisartsen*. Utrecht: NIVEL.
- Verhulst, F. C., & Van der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 901-909.

- Westert, G. P., Schellevis, F. G., De Bakker, D. H., Groenewegen, P. P., Bensing, J. M., & Van der Zee, J. (2005). Monitoring health inequalities through general practice: the second Dutch national survey of general practice. *European Journal of Public Health*, 15, 59-65.
- Wissow, L. S., Roter, D. L., & Wilson, M. E. (1994). Pediatrician interview style and mothers' disclosure of psychosocial issues. *Pediatrics*, 93, 289-295.
- Zwaanswijk, M. (2005). *Pathways to care: Help-seeking for child and adolescent mental health problems*. Utrecht: NIVEL.
- Zwaanswijk, M., Van der Ende, J., Verhaak, P. F. M., Bensing, J. M. & Verhulst, F. C. (2003). Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 42, 692-700.
- Zwaanswijk, M., Verhaak, P. F. M., Van der Ende, J., Bensing, J. M., & Verhulst, F. C. (2005). Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. *Family Practice*, 22, 498-506.