



University of Groningen

Psychosocial problems in pre-school children: Recognition and strategy applied by doctors and nurses in child health care objective. Abstract

Reijneveld, SA; Brugman, E; Verhulst, FC; Verloove-Vanhorick, SP

Published in:
Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde

IMPORTANT NOTE: You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

Document Version
Early version, also known as pre-print

Publication date:
2005

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

Citation for published version (APA):

Reijneveld, SA., Brugman, E., Verhulst, FC., & Verloove-Vanhorick, SP. (2005). Psychosocial problems in pre-school children: Recognition and strategy applied by doctors and nurses in child health care objective. Abstract. *Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde*, 149(3), 138.

Copyright

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

Take-down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.

Psychosociale problemen bij peuters: onderkenning en ingesteld beleid door artsen en verpleegkundigen in de jeugdgezondheidszorg*

S.A.Reijneveld, E.Brugman, F.C.Verhulst en S.P.Verloove-Vanhorick

Doel. Inventariseren van de mate waarin jeugdartsen en -verpleegkundigen (JGZ-medewerkers) psychosociale problemen van peuters onderkennen en van hun beleid daarbij, en het verband met gedragsmatige en emotionele problemen volgens de ouders, sociaal-demografische factoren en de medische voorgeschiedenis van het kind.

Opzet. Descriptief.

Methode. Bij 16 thuiszorgorganisaties in Nederland die jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen aanbieden, werden gegevens verzameld van 2229 kinderen van 1,75-4 jaar die voor een preventief gezondheidsonderzoek kwamen (respons: 95% van 2354 uitgenodigde kinderen). JGZ-medewerkers onderzochten kinderen en spraken met ouders en kind tijdens (reguliere) preventieve gezondheidsonderzoeken. Ouders vulden de 'Child behavior checklist' (CBCL) in over hun kind, als maat voor gedragsmatige en emotionele problemen.

Resultaten. JGZ-medewerkers constateerden bij 9% van de kinderen psychosociale problemen. Zij verwezen 41% van deze kinderen voor verdere diagnostiek en behandeling door. Onderkenning van psychosociale problemen en de daaropvolgende verwijzing kwamen veel vaker voor bij kinderen met een verhoogde totale probleemscore op de CBCL dan bij andere kinderen: onderkenning: 29% versus 7%; oddsratio: 5,40 (95%-BI: 3,45-8,47); verwijzing: 15% versus 3%; oddsratio: 6,50 (95%-BI: 3,69-11,46).

Conclusie. JGZ-medewerkers onderkennen regelmatig psychosociale problemen bij peuters. Zij misten echter ook veel kinderen die volgens rapportage van de ouders wel problemen hadden. Verbetering van deze vroegtijdige opsporing lijkt daarom mogelijk door de rol van het consultatiebureau te versterken in de zorg voor kinderen met psychosociale problemen.

Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:133-8

Psychosociale problemen, zoals sociaal-emotionele en gedragsproblemen, komen veel voor bij kinderen en adolescenten en kunnen leiden tot ernstige beperkingen in het dagelijks functioneren van kinderen en hun families.¹⁻⁵ De belangstelling voor onderzoek naar deze problemen onder peuters is de laatste tijd toegenomen,^{2-4,7} terwijl eerder onderzoek vooral gericht was op schoolgaande kinderen.¹⁻⁸ Er is dan ook weinig bekend over het vóórkomen van deze problemen onder peuters en over de mogelijkheden voor vroege opsporing en vervolgens behandeling.

In Nederland is de jeugdgezondheidszorg (JGZ) een van de belangrijkste, laagdrempelige voorzieningen voor de vroegtijdige opsporing van psychosociale problemen bij kinderen. Alle Nederlandse kinderen ontvangen deze preventieve zorg ongevraagd, via GGD's en thuiszorgorganisaties, en de opsporing van psychosociale problemen maakt daarvan deel uit.⁹

Wij onderzochten in welke mate JGZ-medewerkers (jeugdartsen en -verpleegkundigen) bij kinderen in de leeftijd van 21 maanden-4 jaar psychosociale problemen onderkennen en wat hun beleid vervolgens is. Een tweede onderzoeksdoel was na te gaan welke kindgebonden factoren samenhangen met de onderkenning van psychosociale problemen door JGZ-medewerkers, en met de verwijzing voor verdere diagnostiek en behandeling. Daarnaast vergeleken wij onze resultaten met die van een studie onder schoolgaande kinderen van 4-15 jaar.¹

ONDERZOCHEDE KINDEREN EN METHODEN

Steekproef. Ons onderzoek was gebaseerd op een tweestapssteekproef. In de eerste stap namen wij een aselechte steekproef van 16 thuiszorgorganisaties na stratificatie per regio

* Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine* (2004;158:811-7), met als titel 'Identification and management of psychosocial problems among toddlers in Dutch preventive child health care.'

TNO Preventie en Gezondheid, Leiden.

Hr.prof.dr.S.A.Reijneveld, sociaal-geneeskundige en epidemioloog (tevens: Rijksuniversiteit Groningen, disciplinegroep Gezondheidswetenschappen, Postbus 196, 9700 AD Groningen); mw.drs.E.Brugman, psycholoog; mw.prof.dr.S.P.Verloove-Vanhorick, kinderarts (tevens: Leids Universitair Medisch Centrum, afd. Kindergeneeskunde, Leiden).

Erasmus Medisch Centrum, Sophia Kinderziekenhuis, Rotterdam.

Hr.prof.dr.F.C.Verhulst, kinder- en jeugdpsychiater.

Correspondentieadres: hr.prof.dr.S.A.Reijneveld

(s.a.reijneveld@med.rug.nl).

en urbanisatiegraad. In de tweede stap leverde iedere thuiszorgorganisatie een aselechte steekproef van 75 kinderen uit 2 leeftijdsgroepen die zij zagen op consultatiebureaus (toegestane variatie in maanden tussen haakjes): 2 jaar (+/- 2 maanden) en 3 jaar en 9 maanden (+/- 3 maanden). Van de 2354 uitgenodigde kinderen nam 95% (n = 2229) deel aan het onderzoek. De steekproef was na toepassing van wegingsfactoren (regio en leeftijd) representatief voor de gehele Nederlandse bevolking in deze leeftijdsgroep, alleen kinderen uit grote steden waren relatief ondervertegenwoordigd door de wijze van steekproeftrekking.

Gegevensverzameling bij ouders en JGZ-medewerkers. De gegevens werden verzameld tijdens de reguliere preventieve gezondheidsonderzoeken. De 'Child behavior checklist/-2-3' (CBCL) werd de ouders toegezonden samen met de uitnodiging voor het preventieve gezondheidsonderzoek. De CBCL werd door de ouders ingevuld en in gesloten envelop geretourneerd aan de onderzoekers, zonder inzage door de JGZ-medewerker. Wij gebruikten de gevalideerde Nederlandstalige versie van de CBCL om het oordeel van ouders over gedragsproblemen en emotionele problemen van het kind gedurende de voorgaande 6 maanden te registreren.^{10 11} De CBCL omvat 99 vragen over problemen en 3 aanvullende vragen over handicaps en zorgen van de ouders. Uit de problemen berekenden wij scores op 7 syndroomschalen, 2 zogenaamde brede-bandschalen (internaliserende en externaliserende problemen, elk enkele syndroomschalen omvattend) en een totale probleemscore. Afwijkende (verder genoemd: klinische) scores werden gedefinieerd als boven het 97e percentiel voor de syndroomschalen en boven het 90e percentiel voor de overige schalen, op basis van de scoreverdeling in een Nederlandse normpopulatie (H.M. Koot, schriftelijke mededeling, 1999).

De JGZ-medewerker verzamelde informatie over sociaal-demografische achtergrond en medische voorgeschiedenis in een gestandaardiseerde anamnese. Na afloop beantwoordde de JGZ-medewerker de vraag: 'Heeft het kind op dit moment een psychosociaal probleem?' (ja/nee) en codeerde geconstateerde problemen. Kinderen met alleen maar risico-indicatoren voor het ontstaan van psychosociale problemen, zoals ouders met psychiatrische problemen of andere gezinsproblemen, kregen de code 'nee'. Vervolgens werd de JGZ-medewerker gevraagd naar de ernst van het geconstateerde probleem ('licht', 'matig', 'ernstig') en naar het gekozen beleid (uit een lijst van opties). De opzet van de studie werd goedgekeurd door de lokale medisch-ethische toetsingscommissie en kwam overeen met gelijktijdig lopende studies onder jongere (1-6 maanden)¹²⁻¹⁴ en oudere (4-15 jaar) kinderen.^{1 15}

Sociaal-demografische gegevens betroffen: geslacht, leeftijd, etniciteit, gezinssamenstelling, aantal kinderen in het gezin, opleidingsniveau (hoogst behaalde diploma) en

arbeidspositie van de ouder(s), en de urbanisatiegraad via de postcode van het woonadres,¹⁶ zwangerschapsduur, soort bevalling, ziekenhuisopname direct na de bevalling, pariteit en opvang overdag. Etniciteit was gebaseerd op het geboorteland van het kind en van de (biologische) ouders. Als 2 van deze 3 hiervan niet Nederland betroffen, werd het kind aangeduid als niet-Nederlands.

Gegevens over de medische voorgeschiedenis betroffen: behandeling op het moment van invullen of ooit voor psychosociale problemen, binnen de geestelijke gezondheidszorg (zoals door een psychiater of een psycholoog), algemene gezondheidszorg (zoals door een huisarts of een kinderarts) of andere zorg (zoals door de gespecialiseerde gezinszorg en opvoedingsondersteuning) en levensgebeurtenissen in het voorgaande jaar (zoals ziekenhuisopname, overlijden van een gezinslid, en scheiding of werkloos worden van de ouders).

Analyse. Wij berekenden de prevalentie van door JGZ-medewerkers geconstateerde problemen. Vervolgens analyseerden wij het beleid dat JGZ-medewerkers kozen, in relatie tot de ernst van de problemen. Daarna gingen wij na welke kindgebonden factoren (CBCL-uitslagen, sociaal-demografische kenmerken, en medische voorgeschiedenis) samenhangen met de onderkenning van psychosociale problemen door JGZ-medewerkers, met behulp van logistische regressieanalyse. Wij herhaalden deze analyses voor een verwijzing vanwege psychosociale problemen.

Voor de regressieanalyses gebruikten wij 'multilevel'-technieken, omdat de gegevens hiërarchisch van aard waren: kenmerken van JGZ-medewerkers zelf (n = 108) kunnen van invloed zijn op hun oordeel over alle kinderen die zij zien. In multilevel-modellen wordt deze clustering van kindkenmerken per JGZ-medewerker verdisconteerd.^{17 18}

De gepresenteerde prevalenties werden gewogen naar regio en leeftijd, om te corrigeren voor verschillen tussen de onderzoekspopulatie en de Nederlandse bevolking. Statistische toetsingen en oddsratio's werden gebaseerd op de ongewogen gegevens.

RESULTATEN

Probleemonderkenning. JGZ-medewerkers (artsen en verpleegkundigen) constateerden één of meer psychosociale problemen bij 9,4% van alle kinderen (200/2229); de leeftijd was 1,75-4 jaar. Bij 51% (n = 101) van deze kinderen beschouwden zij de problemen als licht, bij 40% (n = 79) als matig, en bij 9% (n = 19) als ernstig. Ten tijde van de studie werd 1% (n = 23) van alle kinderen behandeld voor psychosociale problemen door een zorgverlener op psychosociaal terrein. De gegevens van deze 23 kinderen werden bij de verdere analyses buiten beschouwing gelaten, net als die van 1 kind van wie data ontbraken voor geïdentificeerde problemen (resterende groep: 2205 kinderen).

TABEL 1. Beleid van jeugdgezondheidszorgmedewerkers bij psychosociale problemen, vastgesteld bij 200 niet eerder voor psychosociale problemen behandelde kinderen, uitgesplitst naar de mate van ernst*

beleids optie	alle kinderen (%) (n = 200)	mate van ernst; n (%)†			p‡
		licht (n = 101)	matig (n = 79)	ernstig (n = 19)	
geen actie	31 (16)	19 (19)	10 (13)	2 (11)	0,43
advies of geruststelling	144 (72)	80 (79)	51 (65)	13 (68)	0,09
follow-up van ouders/kind	47 (24)	18 (18)	17 (22)	12 (63)	< 0,0001
consultatie van anderen	28 (14)	9 (9)	10 (13)	9 (47)	< 0,0001
verwijzing naar anderen	81 (41)	26 (26)	39 (49)	16 (84)	< 0,0001
elke actie die follow-up vraagt§	102 (51)	36 (36)	49 (62)	16 (84)	< 0,0001

*Per kind was meer dan 1 beleids optie mogelijk.

†Gegevens over ernst van de problemen ontbraken voor 1 kind.

‡Waarde van p voor verschillen in de mate van ernst bij iedere beleids optie; χ^2 -toets.

§Follow-up van ouders/kind, consultatie van anderen, verwijzing naar anderen.

Beleid. JGZ-medewerkers ondernamen actie bij 84% (n = 167) van de kinderen bij wie zij psychosociale problemen onderkenden en die nog niet onder behandeling waren. Hun beleid varieerde naar gelang van de ernst van de problemen (tabel 1). Follow-up, consultatie en verwijzing kwamen vaker voor bij kinderen met (matig) ernstige problemen.

Samenhang tussen kindgebonden factoren en onderkenning en verwijzing. JGZ-medewerkers stelden bij 29% van de kinderen met een klinische totale probleemscore op de CBCL psychosociale problemen vast en bij 7% van de kinderen met een niet-afwijkende score (tabel 2). Bij de eerstgenoemde groep beoordeelden zij de problemen gemiddeld ook als ernstiger dan bij de overige kinderen ($\chi^2 = 19,03$; $p < 0,0001$).

JGZ-medewerkers ondernamen geen actie bij 75% van alle kinderen met een klinische totale probleemscore op de CBCL; bij 94% (89/95) van deze kinderen kwam dit doordat de JGZ-medewerkers zelf geen psychosociale problemen hadden vastgesteld. Verwijzing naar een andere hulpverlener kwam bijna 6 maal zo vaak voor bij kinderen met een klinische totale probleemscore op de CBCL (15%) als bij kinderen met een niet-afwijkende probleemscore (3%) (zie tabel 2).

JGZ-medewerkers onderkenden vaker psychosociale problemen bij kinderen met klinische scores op alle CBCL-probleemschalen en verwezen deze kinderen ook vaker (tabel 3). Onderkenning en verwijzing kwamen 5,40 (95%-BI: 3,45-8,47), respectievelijk 6,50 (95%-BI: 3,69-11,46) maal zo vaak voor bij een verhoogde CBCL-totale-probleemscore. De oddsratio's waren veel hoger bij verhoogde scores op externaliserende problemen (duidend op gedragsmatige problemen) dan bij verhoogde scores op internaliserende problemen (duidend op emotionele problemen).

JGZ-medewerkers onderkenden verder bij een aantal

TABEL 2. Onderkenning van psychosociale problemen door jeugdgezondheidszorgmedewerkers bij 2063 niet eerder voor psychosociale problemen behandelde kinderen en het uitgezette beleid in relatie tot de totale probleemscore op de 'Child behavior checklist/2-3' (CBCL)*

	n (%)	totale probleemscore; n (%)		p‡
		normaal (n = 1937)	klinisch (n = 126)	
psychosociale problemen onderkend	169 (8)	132 (7)	37 (29)	< 0,0001
beleid†				
geen actie	1919 (93)	1824 (94)	95 (75)	< 0,0001
advies of geruststelling	121 (6)	96 (5)	25 (20)	< 0,0001
follow-up van ouders/kind	44 (2)	29 (2)	15 (12)	< 0,0001
consultatie van anderen	23 (1)	12 (1)	11 (9)	< 0,0001
verwijzing naar anderen	69 (3)	50 (3)	19 (15)	< 0,0001
elke actie die follow-up vraagt§	87 (4)	63 (3)	24 (19)	< 0,0001

*Van de oorspronkelijke steekproef van 2229 kinderen werden 23 buiten beschouwing gelaten omdat ze onder behandeling waren, 1 wegens ontbreken van gegevens over problemen en 142 wegens niet-volledige of ontbrekende CBCL-gegevens. Hierdoor zijn de aantallen voor de verschillende beleidsinterventies iets lager dan in tabel 1.

†Waarde van p bij vergelijking van de 2 probleemscoregroepen met de χ^2 -toets.

‡Per kind was meer dan 1 beleidsinterventie mogelijk.

§Follow-up van ouders/kind, consultatie van anderen, verwijzing naar anderen.

groepen vaker psychosociale problemen: oudere kinderen, kinderen uit eenoudergezinnen en kinderen van laagopgeleide ouders. Verwijzen hing echter ook samen met andere factoren, het kwam meer voor bij niet-Nederlandse kinderen en bij kinderen van laagopgeleide ouders. Kenmerken van zwangerschap en bevalling waren niet gerelateerd aan onderkenning of verwijzing. Tot slot hingen eerdere behandelingen voor psychosociale problemen sterk en statistisch significant samen met zowel onderkenning van en verwijzing wegens psychosociale problemen (oddsratio's > 10).

Als laatste gingen wij na wat de samenhang was van de verschillende hierboven genoemde kenmerken met onderkenning van en verwijzing voor psychosociale problemen na correctie voor alle overige kenmerken. De resultaten lieten zien dat de kans op onderkenning en verwijzing hoger was voor kinderen met een klinische score op een aantal CBCL-syndroomschalen en met een voorgeschiedenis van behandeling voor psychosociale problemen. Het aantal variabelen dat verwijzing voorspelde, was echter veel kleiner dan het aantal dat onderkenning voorspelde. Meer gedetailleerde gegevens hierover werden gepresenteerd in de eerste publicatie.¹⁹

BESCHOUWING

Artsen en verpleegkundigen in de preventieve jeugdgezondheidszorg constateerden psychosociale problemen bij 9,4% van alle kinderen in de leeftijd van 1,75-4 jaar. Een klein deel daarvan beoordeelden zij als ernstig. Als zij problemen constateerden, ondernamen zij meestal actie door ouders te adviseren of door hen te verwijzen. Dit laatste betrof 41% van de kinderen bij wie zij problemen constateerden. JGZ-medewerkers onderkennen vaker (5,4 maal zo vaak) psychosociale problemen bij kinderen met een klinische totale probleemscore op de CBCL dan bij andere, niet-afwijkende CBCL-scores, en verwezen dezen ook vaker (6,5 maal zo vaak). JGZ-medewerkers stelden echter geen psychosociale problemen vast bij de meerderheid (71%) van de kinderen met een dergelijke klinische totale probleemscore en omgekeerd wél bij 7% van de kinderen met een niet-afwijkende score.

Er is een aantal oorzaken aan te voeren voor dit verschil tussen de oudergegevens (CBCL-score) en de eigen bevindingen van JGZ-medewerkers. Ten eerste onderkennen JGZ-medewerkers een scala aan psychosociale problemen bij kinderen en adolescenten, waaronder vele kleine problemen die geen behandeling behoeven. Een klinische CBCL-score daarentegen wordt voornamelijk gevonden bij kinderen die zijn verwezen naar de GGZ; de CBCL is daarmee meer gericht op psychopathologische afwijkingen. Hierdoor verwachtten wij dat JGZ-medewerkers over het algemeen minder ernstige problemen zouden onderkennen en tegelijkertijd een groter aantal problemen. Dit laatste bleek slechts

TABEL 3. Probleemschalen van de 'Child behavior checklist/2-3' (CBCL) die kans op onderkenning van en verwijzen voor psychosociale problemen door jeugdgezondheidszorgmedewerkers vergrooten, gebaseerd op gegevens van 2063 kinderen die niet onder behandeling waren wegens psychosociale problemen*

klinische CBCL-score; probleem-schaal	n (%)	ruwe oddsratio† (95%-BI) voor	
		onderkenning	verwijzing
totale problemen	129 (6,3)‡	5,40 (3,45-8,47)	6,50 (3,69-11,46)
internaliserende problemen	136 (6,6)	2,97 (1,82-4,83)	2,53 (1,26-5,07)
externaliserende problemen			
teruggetrokken/-depressief	14 (0,7)	6,40 (2,02-20,29)	4,90 (1,06-22,58)
agressief gedrag	28 (1,4)	3,04 (1,16-8,00)	2,18† (0,50-9,42)
angstig gedrag	19 (0,9)	3,88 (1,31-11,52)	3,44† (0,77-15,33)
hyperactief gedrag	13 (0,6)	10,25 (3,45-30,47)	10,06 (2,71-37,32)
slaapproblemen	26 (1,3)	7,04 (3,02-16,40)	5,25 (1,75-15,79)
lichamelijke problemen	26 (1,3)	3,83 (1,52-9,68)	1,11† (0,15-8,31)

*Van de oorspronkelijke steekproef van 2229 kinderen werden 23 buiten beschouwing gelaten omdat ze onder behandeling waren, 1 wegens ontbreken van gegevens over problemen en 142 wegens niet-volledige of ontbrekende CBCL-gegevens. Hierdoor zijn de aantallen voor de verschillende beleidsinterventies iets lager dan in tabel 1.

†Alle oddsratio's waren significant, behalve de met een '†' gemarkeerde.

‡Het aantal kinderen met een afwijkende totale probleemscore verschilde door het hier achterwege laten van weging in lichte mate van het aantal in tabel 2.

gedeeltelijk te kloppen: JGZ-medewerkers stelden problemen vast bij 9% van alle kinderen, terwijl 6% een klinische totale probleemscore had op de CBCL.

Ten tweede maken meetfouten en het ontbreken van een absoluut morbiditeitscriterium dat iedere diagnostische procedure wat betreft psychosociale problemen onvolkomen is. De sensitiviteit en de specificiteit van een klinische score op de CBCL zijn respectievelijk 63% en 84% in de Nederlandse versie, met als criterium de verwijzing naar de geestelijke gezondheidszorg (oddsratio: 8,7;²⁰ voor de VS-versie is dit 9,1).¹⁰ Uitgaande van een probleemprevalentie van 10% betekent dit dat tweederde van de klinische CBCL-uitslagen fout-positief was, waarbij de JGZ-medewerker derhalve terecht geen probleem vaststelde.

Ten derde betreft de CBCL alleen informatie van de ouder, terwijl de JGZ-medewerker zich ook baseert op informatie van het kind en van collega's die hetzelfde kind zagen. Eerder onderzoek laat zien dat er een aanzienlijke discrepantie

is tussen verschillende informanten wat betreft de mate waarin zij gedragsmatige of emotionele problemen constateren bij een bepaald kind.²¹ Dit zal wederom leiden tot minder overeenstemming tussen CBCL en onderkenning door de JGZ-medewerker. Het is niet waarschijnlijk dat andere methodologische factoren onze resultaten ernstig beïnvloedden.

Onze resultaten laten zien dat zowel onderkenning van psychosociale problemen door JGZ-medewerkers als daaropvolgende verwijzing sterk samenhang met problemen die de ouders rapporteerden op de CBCL en ook met eerdere behandeling van psychosociale problemen, maar minder met sociaal-demografische achtergrond (resultaten niet getoond). Wat betreft de CBCL werden vooral gedragsproblemen, die het kind in conflict brengen met de omgeving, onderkend, zoals bleek uit de hoge oddsratio's voor klinische scores op externaliserende problemen (7,65) en voor syndroomschalen die daaronder vallen, zoals oppositioneel gedrag en hyperactief gedrag (respectievelijk 19,77 en 10,25).

Sociaal-demografische achtergrond hing maar beperkt samen met de onderkenning van psychosociale problemen en nog minder met verwijzing, en kenmerken van zwangerschap en bevalling helemaal niet (resultaten niet getoond). JGZ-medewerkers baseerden hun onderkenning van psychosociale problemen het meest op de psychische gezondheidskenmerken van het kind, en niet op zijn achtergrond, en dit gold nog meer voor het besluit om een kind te verwijzen. Wat dit betreft, kan het enige achtergrondkenmerk dat in het multivariate model samenhang met verwijzen, namelijk opleidingsniveau van de ouders, ook geïnterpreteerd worden als maat voor de vaardigheden van ouders om bestaande problemen op te lossen. Verder onderzoek hiernaar is nodig.

De resultaten van dit onderzoek laten een aantal opmerkelijke verschillen zien met onze eerdere studie, die op eenzelfde wijze was opgezet om onderkenning en aanpak van problemen onder schoolgaande kinderen te bestuderen (4-16 jaar).¹ Ten eerste onderkennen JGZ-medewerkers veel meer problemen onder schoolgaande kinderen dan onder peuters, 25% tegen 9%. Ten tweede werden van de peuters die een probleem hadden en nog niet onder behandeling waren er relatief veel meer verwezen (41% tegen 21% bij schoolgaande kinderen). Dit kan liggen aan echte verschillen in prevalentie tussen de leeftijdsgroepen of aan het feit dat JGZ-medewerkers minder geneigd waren om lichte gedragsproblemen bij peuters als psychosociale problemen aan te merken, maar als zij deze als zodanig benoemden, zij de betreffende kinderen dan wel sneller verwezen. Wat betreft de eerste verklaring is het opmerkelijk dat in dit onderzoek JGZ-medewerkers relatief meer problemen onderkennen onder de oudste kinderen (3,5-4 jaar), terwijl in ons eerdere onderzoek dit gold voor de 4-11-jarigen, vergeleken

met de 12-16-jarigen. Dit kan duiden op een toename in problemen tot aan het einde van de basisschool en daarna een afname. Een recente studie van Bongers et al. laat zien dat de gemiddelde totale probleemscore op de CBCL en de score op externaliserende problemen ook afnemen tussen 4 en 18 jaar, voor jongens meer dan voor meisjes.²² Voor peuters zijn hierover geen gegevens beschikbaar.

Ten tweede hing onder peuters een klinische score op de CBCL-schaal voor internaliserende problemen maar beperkt samen met zowel onderkenning van problemen door de JGZ-medewerker als met verwijzing (en na correctie voor andere kenmerken was deze samenhang er zelfs niet meer), terwijl onder schoolgaande kinderen de samenhang voor internaliserende problemen even sterk is als voor externaliserende problemen. Een verklaring kan zijn dat externaliserende problemen inderdaad de kern zijn van psychosociale problemen bij peuters. Een alternatieve verklaring is dat bij jonge kinderen gedragsmatige problemen veel zichtbaarder zijn dan emotionele problemen, vanwege de beperkte expressiemogelijkheden van kinderen op deze leeftijd. Waarschijnlijk dragen beide factoren bij.

Ten derde was onder schoolgaande kinderen de gecorrigeerde samenhang van sociaal-demografische achtergrondkenmerken met onderkenning en verwijzing nog zwakker dan bij peuters. Waarschijnlijk is dit een echt verschil; het kan niet verklaard worden uit verschillen in de omvang tussen beide studies.

Voorzover wij weten is dit het eerste onderzoek naar de onderkenning van psychosociale problemen bij peuters door JGZ-medewerkers en het daaropvolgende beleid. Verder zijn alleen enkele oudere Amerikaanse studies beschikbaar onder kinderen binnen een klinische setting.^{5 23-25} Door de verschillen in opzet zijn de prevalenties uit dit onderzoek daarmee niet vergelijkbaar. Mogelijk wél vergelijkbaar is de bevinding uit de recentste van de genoemde studies, van een sensitiviteit en een specificiteit van opsporing door de kinderarts van respectievelijk 21% en 93%, met beoordeling door een kinderpsycholoog als gouden standaard.⁵ Er lijkt dus nog voldoende ruimte voor verbetering van de vroege opsporing van psychosociale problemen onder peuters. Mogelijkheden daartoe zijn: voorafgaand aan het gezondheidsonderzoek een korte symptomenlijst laten invullen door ouders,²⁶ JGZ-medewerkers trainen in het waarnemen van psychosociale problemen en meer tijd reserveren per consult. Als deze mogelijkheden gerealiseerd kunnen worden, kan de rol van de JGZ binnen het veld van jeugdzorg en jeugd-GGZ worden uitgebouwd, conform de voornemens van de overheid op dit terrein in de Operatie Jong.²⁷

Dit onderzoek was niet mogelijk geweest zonder de medewerking van het personeel van de 16 deelnemende jeugdgezondheidszorgorganisaties.

Belangenconflict: geen gemeld. Financiële ondersteuning: dit onderzoek werd uitgevoerd met financiële ondersteuning van het ministerie van

Aanvaard op 11 oktober 2004

Literatuur

- 1 Brugman E, Reijneveld SA, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Identification and management of psychosocial problems by preventive child health care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2001;155:462-9.
- 2 Briggs-Gowan MJ, Carter AS, Skuban EM, Horwitz SM. Prevalence of social-emotional and behavioral problems in a community sample of 1- and 2-year-old children. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:811-9.
- 3 Verhulst FC, Ende J van der. Factors associated with child mental health service use in the community. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1997;36:901-9.
- 4 Lavigne JV, Arend R, Rosenbaum D, Binns HJ, Christoffel KK, Gibbons RD. Psychiatric disorders with onset in the preschool years: I. Stability of diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998;37:1246-54.
- 5 Lavigne JV, Binns HJ, Christoffel KK, Rosenbaum D, Arend R, Smith K, et al. Behavioral and emotional problems among preschool children in pediatric primary care: prevalence and pediatricians' recognition. *Pediatric Practice Research Group. Pediatrics* 1993;91:649-55.
- 6 Mesman J, Koot HM. Early preschool predictors of preadolescent internalizing and externalizing DSM-IV diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2001;40:1029-36.
- 7 Mesman J, Bongers IL, Koot HM. Preschool developmental pathways to preadolescent internalizing and externalizing problems. *J Child Psychol Psychiatry* 2001;42:679-89.
- 8 Leaf PJ, Alegria M, Cohen P, Goodman SH, Horwitz SM, Hoven CW, et al. Mental health service use in the community and schools: results from the four-community MECA Study. *Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1996;35:889-97.
- 9 Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS). Basispakket jeugdgezondheidszorg. Den Haag: ministerie van VWS; 2001.
- 10 Achenbach TM. Manual for the Child Behavior Checklist/2-3 and 1992 Profile. Department of Psychiatry. Burlington: University of Vermont; 1992.
- 11 Koot HM, Oord EJ van den, Verhulst FC, Boomsma DI. Behavioral and emotional problems in young preschoolers: cross-cultural testing of the validity of the Child Behavior Checklist/2-3. *J Abnorm Child Psychol* 1997;25:183-96.
- 12 Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Excessive infant crying: the impact of varying definitions. *Pediatrics* 2001;108:893-7.
- 13 Reijneveld SA, Brugman E, Hirasing RA. Excessive infant crying: definitions determine risk groups. *Arch Dis Child* 2002;87:43-4.
- 14 Reijneveld SA, Wal MF van der, Brugman E, Hirasing RA, Verloove-Vanhorick SP. Infant crying and abuse. *Lancet* 2004;364:1340-2.
- 15 Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC. Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002;11:176-84.
- 16 Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). Kerncijfers vierpositie postcodegebieden, 1995. Voorburg: CBS; 1997.
- 17 Goldstein H. Multilevel statistical models. Londen: Arnold; 1995.
- 18 Goldstein H, Rasbash J, Plewis I, Draper D, Browne W, Ang M, et al. A user's guide to MLwiN. Multilevel Models Project. Londen: University of London; 1998.
- 19 Reijneveld SA, Brugman E, Verhulst FC, Verloove-Vanhorick SP. Identification and management of psychosocial problems among toddlers in Dutch preventive child health care. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2004;158:811-7.
- 20 Koot HM. Problem behavior in Dutch preschoolers [proefschrift]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam; 1993.
- 21 Achenbach TM, McConaughy SH, Howell CT. Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychol Bull* 1987;101:213-32.
- 22 Bongers IL, Koot HM, Ende J van der, Verhulst FC. The normative development of child and adolescent problem behavior. *J Abnorm Psychol* 2003;112:179-92.
- 23 Goldberg ID, Regier DA, McInerney TK, Pless IB, Roghmann KJ. The role of the pediatrician in the delivery of mental health services to children. *Pediatrics* 1979;63:898-909.
- 24 Goldberg ID, Roghmann KJ, McInerney TK, Burke jr JD. Mental health problems among children seen in pediatric practice: prevalence and management. *Pediatrics* 1984;73:278-93.
- 25 Starfield B, Gross E, Wood M, Pantell R, Allen C, Gordon IB, et al. Psychosocial and psychosomatic diagnoses in primary care of children. *Pediatrics* 1980;66:159-67.
- 26 Carter AS, Briggs-Gowan MJ, Jones SM, Little TD. The Infant-Toddler Social and Emotional Assessment (ITSEA): factor structure, reliability, and validity. *J Abnorm Child Psychol* 2003;31:495-514.
- 27 Operatie Jong. Sterk en resultaatgericht voor de jeugd. Den Haag: ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2004.

Abstract

Psychosocial problems in pre-school children: recognition and strategy applied by doctors and nurses in child health care

Objective. To assess the degree to which preventive child health professionals (CHPs) identify and manage psychosocial problems among pre-school children in the general population, and to determine its association with parent-reported behavioral and emotional problems, socio-demographic factors and (mental) health history of children.

Design. Descriptive.

Method. In sixteen Child Healthcare Services across the Netherlands, providing well-baby clinics to nearly all pre-school children on a regular basis, CHPs examined the child and interviewed parents and child during their routine health assessments. The 'Child Behavior Checklist' (CBCL) was completed by the parents. Out of 2,354 children aged 1.75 to 4 years, eligible for a routine health assessment, 2,229 (95%) participated.

Results. CHPs identified psychosocial problems in 9% of all children. Forty-one per cent of these children were referred for further diagnosis and treatment. Identification of psychosocial problems and subsequent referral were much more likely in children with an increased CBCL total problems score than in others: identification: 29% versus 7%; odds ratio: 5.40 (95% CI: 3.45-8.47); referral: 15% versus 3%; odds ratio: 6.50 (95% CI: 3.69-11.46).

Conclusion. CHPs frequently identified psychosocial problems in pre-school children, but they missed many cases of parent-reported problems as measured by a clinical CBCL score. Improvement of the early identification of psychosocial problems appears to be feasible by strengthening the role of well-baby clinics in the care of children with psychosocial problems.

Ned Tijdschr Geneesk 2005;149:133-8