

AUTEURS  
DELIA BURKE  
ROB GILSING  
TREES PELS



Kennisplatform  
Integratie &  
Samenleving



# De rol van ethniciteit in het handelen van professionals basiszorg jeugd-ggz

DECEMBER 2018



# Inhoud

Samenvatting	3
1 Inleiding en vraagstelling	6
2 Methode van onderzoek	8
3 Toelichting op vignetten	10
4 Resultaten	12
4.1 Over alle stoornissen	12
4.2 ADHD	13
4.3 Autisme (ASS)	13
4.4 Gedragsstoornis (CD)	14
4.5 Depressie (MDD)	14
4.6 Specifieke fobie (angststoornis)	15
4.7 Geen stoornis (adolescentie)	16
4.8 Conclusies	16
Literatuur	19



# Samenvatting

## VRAAGSTELLING

Het gebruik van jeugdzorg verschilt naar etnische achtergrond. KIS onderzocht in hoeverre professionals in de basiszorg jeugd-ggz (mogelijk onbewust) beïnvloed worden door de etnische achtergrond van gezinnen / jeugdigen, en of dit het verschil in gebruik van jeugd-ggz kan verklaren.

Jeugdigen met een Antilliaanse (en in mindere mate Surinaamse en overig niet-westerse) achtergrond maken relatief veel gebruik van de verschillende vormen van jeugdzorg. Ook jeugdigen van Marokkaanse en Turkse origine zijn in een aantal vormen van jeugdzorg oververtegenwoordigd, alhoewel in minder vormen en minder sterk. Een opvallende uitzondering vormt de geestelijke gezondheidszorg. Hier zien we juist relatief veel jeugdigen met een Nederlandse achtergrond. Dat is opmerkelijk, want onder jeugdigen met een migratieachtergrond komt doorgaans niet minder psychische problematiek voor dan onder jeugdigen van Nederlandse origine. Bij sommige groepen en/of sommige typen problemen komt het juist meer voor.

De verklaring voor dit verschil in het gebruik van jeugdhulp ligt deels bij de migrantengezinnen en -jeugdigen zelf. Zo kunnen zij bijvoorbeeld afstand ervaren tot het hulpaanbod, of er onbekend mee zijn. Er is echter nog weinig onderzoek gedaan naar de invloed van hulpverleners: huisartsen, jeugdartsen en professionals van lokale teams die een rol spelen in de toeleiding naar jeugd-ggz. Het doel van dit onderzoek is om hier meer inzicht in te krijgen. Houden de professionals in de basiszorg jeugd-ggz (mogelijk onbewust) rekening met de etnische achtergrond van gezinnen/jeugdigen in hun probleemherkenning, screening en verwijsgedrag? En kan dit eventuele verschillen in het gebruik van jeugd-ggz verklaren?

## OPZET VAN HET ONDERZOEK

We hebben gebruik gemaakt van de methode van vignettenonderzoek. Dit houdt in dat een professional op een kaartje (vignet) een hypothetische client wordt voorgelegd, met op dat vignet alle kenmerken van de client die mee zouden kunnen wegen. Dit

is bij uitstek een methode om factoren te onderzoeken die de evaluatie door professionals kunnen beïnvloeden. Hulpverleners worden bij de beoordeling van hulpvragen niet afgeleid door bijvoorbeeld uiterlijk of taalgebruik van de cliënt en gaan louter af op min of meer objectieve informatie. Het gebruikte design maakt het mogelijk om vergelijkbare problemen te laten beoordelen door verschillende typen professionals, waarbij anders dan in de praktijk van alledag factoren als etniciteit en sociaal economische status op experimentele wijze kunnen worden gecontroleerd.

Voor de vijf meest voorkomende probleemgebieden onder kinderen en adolescenten op het gebied van psychische of psychosociale problematiek (ADHD, autisme (ASS), gedragsstoornis (CD), depressie (MDD) en angststoornis (SF)) hebben we casussen beschreven in zogenaamde vignetten. De casussen zijn zoveel mogelijk ontleend aan de praktijk. We baseerden ons hierbij op de omschrijving van de stoornis in de DSM-V.<sup>1</sup> Ook is een vignet toegevoegd waarin in plaats van een stoornis enkele met adolescentie samenhangende kenmerken waren opgenomen. Ieder vignet bevatte informatie over de leeftijd en het geslacht van de jeugdige, het schooljaar en -niveau, de ouders, broers en zussen, de woonplaats, de etnische achtergrond, de tijd dat de ouders in Nederland zijn en de beroepen van de ouders. Uiteindelijk hebben 180 professionals de vignetten beoordeeld: 27 huisartsen, 77 jeugdartsen en 76 wijkteamprofessionals. In totaal werden aan deze professionals 1224 vignetten voorgelegd.

## RESULTATEN EN DISCUSSIE

### Algemeen

De belangrijkste conclusie is dat er, als men alle stoornissen samen bekijkt, slechts in beperkte mate verschillen zijn naar

---

1 'Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: het diagnostisch en statistisch handboek van psychiatrische aandoeningen. Dit handboek wordt uitgegeven door de American Psychiatric Association.



etnische achtergrond in probleemherkenning, doorverwijzing en screening. Bij afzonderlijke stoornissen zien we wel enige verschillen, in drie gevallen bij probleemherkenning, in een enkel geval bij doorverwijzing en screening. De beeldvorming over het voorkomen van de betreffende problematiek en over de mate van gebruik van voorzieningen bij de betreffende groepen lijkt de belangrijkste verklaring hiervoor. Hieronder zetten wij uiteen welke verschillen we hebben gevonden bij afzonderlijke stoornissen en hoe deze mogelijk te verklaren zijn.

### Gedragsproblematiek

Bij jeugdigen met een migratieachtergrond wordt gedragsproblematiek veel vaker herkend dan bij jeugdigen met een Nederlandse achtergrond. Daarentegen wordt bij jeugdigen met een Nederlandse achtergrond veel vaker dan bij andere groepen screening overwogen. Het verschil ligt mogelijk in het gegeven dat jeugdigen met migratieachtergrond relatief meer gedragsproblemen hebben dan gemiddeld. Hulpverleners zijn daardoor wellicht alerter op gedragsproblemen bij deze groep, wat dan weer kan leiden tot betere herkenning. Omgekeerd kunnen gedragsproblemen bij jeugdigen van Nederlandse origine meer tegen de verwachting zijn, zodat in hun geval eerder besloten wordt tot screening.

### Angststoornis

Ook bij de herkenning van een angststoornis speelt etniciteit een rol. Deze stoornis wordt bij jeugdigen met een Surinaamse achtergrond veel vaker herkend dan bij andere jeugdigen. Bij jeugdigen met een Antilliaanse achtergrond wordt het juist veel minder vaak herkend.. Dat een angststoornis bij jeugdigen met een Surinaamse achtergrond vaker wordt herkend, is mogelijk te herleiden tot het gegeven dat deze migrantengroep relatief veel psychische problemen vertoont. Hierdoor wordt angst bij deze groep mogelijk eerder verwacht en herkend. Bovendien is het zo dat de vraag naar ggz onder jeugd met een Surinaamse achtergrond hoger ligt dan het gebruik ervan. Hulpverleners reageren hierdoor mogelijk alerter op angst bij deze jeugdigen. Verder kan meespelen dat mensen met een Surinaamse achtergrond, net als andere migrantengroepen, iets minder snel als een probleem ervaren. Dit zou kunnen betekenen dat hun beschrijving van symptomen in de praktijk afwijkt van die in het gebruikte vignet.

De bevinding dat angst bij jeugdigen met een Antilliaanse achtergrond juist minder goed wordt herkend is lastiger te verklaren. Mogelijk speelt een rol dat deze jongeren vaak opvallen door externaliserend probleemgedrag, waardoor hulpverleners internaliserende problematiek minder verwachten en herkennen.

### Autisme

Bij autisme zien we dat jeugdigen met een Marokkaanse en Turkse achtergrond wat minder vaak doorverwezen worden dan andere groepen jeugdigen, al zijn de verschillen niet groot. Dat deze groepen minder vaak doorverwezen worden, zou een verklaring kunnen zijn voor het gegeven dat jeugdigen met een Marokkaanse en Turkse achtergrond ondervertegenwoordigd zijn in instellingen voor behandeling van autisme. Mogelijk zijn hulpverleners op de hoogte van de schaamte voor problemen en weerstand tegen hulpverlening bij veel gezinnen met een migratieachtergrond, en daardoor terughoudender bij een besluit tot doorverwijzing.

### Depressie

Bij depressie maakt de etniciteit in samenhang met de sociaal economische status van het gezin uit voor de kans op herkenning van de stoornis. Bij jeugdigen met een Nederlandse achtergrond wordt depressie vaker herkend als de jeugdige uit een gezin met een lage sociaal economische status komt, terwijl dat bij jeugdigen met een Marokkaanse, Turkse en Antilliaanse achtergrond juist het geval is als de jeugdige leeft in een gezin met een hoge sociaal economische status. Waarom in hulpverleners bij jeugdigen met een Marokkaanse, Turkse en Antilliaanse achtergrond depressie beter herkennen bij een hoge SES zou kunnen samenhangen met de verwachting dat jeugdigen uit lage SES-groepen eerder bekend staan vanwege externaliserend dan internaliserend probleemgedrag. Daardoor zouden professionals kunnen veronderstellen dat depressie bij deze groepen minder voorkomt.

### CONCLUSIE

Samenvattend lijkt dit vignettenonderzoek er op te duiden dat het relatief geringe gebruik van de jeugd-ggz door jeugd met een migratieachtergrond slechts deels samenhangt met verschillen in de toeleiding naar deze voorziening. Voor zover probleemherkenning, screening en verwijsgedrag van hulpverleners anders is bij jeugd met een migratieachtergrond dan bij jeugd met een Nederlandse achtergrond, lijkt dit vooral te maken te hebben met de beeldvorming van hulpverleners over de problematiek van jeugdigen met een migratieachtergrond. Volgens de Gezondheidsraad (2012) doen zich in alle onderdelen van de hulpverleningsketen haperingen voor in het geval van jeugd met een migratieachtergrond. Dit vignettenonderzoek duidt er op dat dit mogelijk minder sterk geldt voor de toeleiding, ook al zijn er nog steeds verschillen naar etniciteit. Wel dient daarbij te worden opgemerkt dat vignettenonderzoek het contact tussen hulpverlener en cliënt slechts bij benadering kan representeren, zoals wij hierna uitleggen



## BEPERKINGEN VAN DEZE STUDIE

Voor de omschrijving van de stoornissen in de vignetten zijn de traditionele omschrijvingen uit de DSM-5 gebruikt. Onderzoek laat zien dat mensen met een migratieachtergrond problemen anders kunnen percipiëren dan mensen met een Nederlandse achtergrond. Daardoor kunnen hulpvragen die zij in de praktijk stellen zich minder goed verhouden tot de omschrijvingen in de DSM-V, waardoor signalen minder goed worden herkend.

De steekproef werd uitgevoerd onder overwegend vrouwelijke professionals. Alhoewel de geestelijke gezondheidszorg voornamelijk een vrouwelijk vakgebied is en de steekproef dus een goede afspiegeling vormt van de populatie, zou het interessant zijn om na te gaan of onderzoek onder mannelijke hulpverleners tot dezelfde resultaten zou leiden.

Er deden relatief weinig huisartsen mee aan het onderzoek. Zij worden gezien als poortwachters en zijn de belangrijkste verwijzers naar de geestelijke gezondheidszorg. In toekomstig onderzoek zou extra aandacht gegeven moeten worden aan de inclusie van deze professionals.

Ten slotte: vignetten zijn geen echte mensen. Hoewel hulpverleners regelmatig beslissingen moeten nemen op basis van korte beschrijvingen, referentiebrieven of patiëntendossiers, is het niet duidelijk of de resultaten direct toepasbaar zijn op de praktijk, waar ook andere factoren een rol kunnen spelen bij het evalueren van hulpvragen. Ook hebben we geen informatie over de vraag in hoeverre de hulpverleners de vignetten geloofwaardig achtten. In toekomstig onderzoek zou dit moeten worden nagevraagd.



# 1 Inleiding en vraagstelling

Er bestaan grote verschillen in het gebruik van de jeugdzorg als gekeken wordt naar de migratieachtergrond van jeugdigen (Gilsing et al., 2015; Tierolf et al., 2017; Gilsing et al., 2018). Vooral jeugdigen van Antilliaanse en in mindere mate Surinaamse en overig niet-westerse achtergrond maken relatief veel gebruik van de verschillende vormen van jeugdzorg. Ook jeugdigen van Marokkaanse en Turkse origine zijn in een aantal vormen van jeugdzorg oververtegenwoordigd, alhoewel in minder vormen en minder sterk dan de overige genoemde groepen. Een opvallende uitzondering vormt de jeugd-ggz. Hier zien we juist relatief veel jeugdigen met een Nederlandse achtergrond (vgl. SCP, 2013). Dat is opmerkelijk, omdat we uit andere onderzoeken weten dat de prevalentie van psychische problematiek bij jeugdigen met een migratieachtergrond doorgaans niet lager is dan die onder jeugdigen van Nederlandse origine, en bij sommige groepen en/of sommige problematieken zelfs hoger.

Ook eerder onderzoek van de Gezondheidsraad (2012) laat opmerkelijke verschillen zien naar etniciteit. Het aandeel jeugdigen dat bij de huisarts geregistreerd staat met psychische symptomen of klachten verschilt niet heel sterk tussen de etnische groepen. Het ligt bij alle groepen tussen de 6 en 7%; alleen bij de Antilliaanse groep ligt het met bijna 9% wat hoger. Er zijn wel duidelijke verschillen als we naar jeugdigen in de reguliere jeugd-ggz kijken en dat afzetten tegen het aandeel dat geregistreerd staat bij de huisarts. Bij de van oorsprong Nederlandse groep is het aandeel in de reguliere jeugd-ggz iets meer dan de helft van het aandeel geregistreerd bij de huisarts. Bij de andere groepen ligt deze verhouding anders, en minder dan de helft. Dit geldt het sterkst voor de Turkse en Marokkaanse groep: hier is het aandeel jeugdigen in de reguliere jeugd-ggz ongeveer een kwart is van het aandeel geregistreerd bij de huisarts. De Surinaamse groep lijkt op dit punt het meest op de autochtone groep en de Antilliaanse groep neemt een tussenpositie in.

	0-15-jarigen met psychische klachten / symptomen geregistreerd bij huisarts (%)	Jeugdigen in reguliere jeugd-ggz	
		0-14 (%)	15 en ouder (%)
autochtoon	6,1	3,6	3,2
Marokkaans	6,4	1,8	1,4
Antilliaans/ Arubaans	8,7	3,3	2,1
Surinaams	6,0	3,0	2,9
Turks	6,9	1,6	1,3

Bron: Gezondheidsraad, 2012



De verklaring voor dit verschil in het gebruik van de hulpverlening ligt deels bij de migrantengezinnen en -jeugdigen zelf. Zo kan bijvoorbeeld te weinig kennis van de hulpverlening in Nederland een rol spelen, evenals ondersignalering door ouders, schaamte, minder geneigdheid zich bij problemen tot experts te richten of het geloof dat toeval het verloop van problemen beïnvloedt (bv. Verhulp et al., 2013; Distelbrink & Pels, 2016; Gilsing et al, 2015).

De vraag is wat de rol is van de belangrijkste actoren in de toeleiding naar jeugd-ggz: huisartsen, jeugdartsen en sinds de transitie jeugd ook wijkteamprofessionals.<sup>2</sup> Er is weinig onderzoek gedaan naar de rol die etniciteit speelt in de probleemherkenning, screening en het verwijsgedrag bij deze hulpverleners. Het doel van dit onderzoek is om hier meer inzicht in te krijgen. Houden de professionals in de basiszorg – huisartsen, professionals sociale wijkteams, jeugdartsen – (mogelijk onbewust) rekening met de etnische herkomst van gezinnen/jeugdigen en kan dit eventuele verschillen in het gebruik van jeugdhulp verklaren?

De volgende vraagstelling staat centraal:

1. In hoeverre en op welke wijze is de etnische herkomst van jeugdigen en gezinnen van invloed op de herkenning van psychische en psychosociale problemen en op eventuele screening en doorverwijzing naar specialistische jeugdhulp door huisartsen, wijkteamprofessionals en jeugdartsen?
2. In welke mate en op welke wijze hangen verschillen in screening, diagnoses en verwijsgedrag op basis van etnische achtergrond samen met:
  - a. de vraag of een verwijzer huisarts, wijkteam professional of jeugdarts is?
  - b. de aard en ernst van de problematiek?
  - c. andere kenmerken van het gezin?

---

2 De term wijkteamprofessionals gebruiken wij om professionals aan te duiden die werkzaam zijn in de eerstelijns jeugdhulp. Gemeenten hebben daarbij verschillende vormen en namen, zoals buurtteams, (sociale) wijkteams, jeugd- en gezinsteams, ouder- en kindteams, of Centrum voor Jeugd en Gezin. In de meeste gemeenten gaat het om professionals die met een generalistische blik naar opvoed- en opgroeioproblemen dienen te kijken.



# 2

## Methode van onderzoek

De onderzoeksvragen hebben we beantwoord we met behulp van de methode van vignettenonderzoek. Voor vijf probleemgebieden op het gebied van psychische of psychosociale problematiek zijn zoveel mogelijk aan de praktijk ontleende casussen beschreven in zogenaamde vignetten. De ontwikkeling van de vignetten is gebaseerd op de omschrijving van de stoornis in de DSM-V. De vijf stoornissen zijn: ADHD, autisme, gedragsstoornis, depressie en angststoornis. Het gaat om de vijf meest voorkomende stoornissen onder kinderen en adolescenten (Costello et al., 2005; Merikangas et al., 2009). Binnen ADHD is de aandachtstekortstoornis (ADD) het meest voorkomende subtype (APA, 2013). Bij angststoornissen zijn specifieke fobieën de meest voorkomende vorm (Kessler et al., 2012). Daarnaast is een vignet toegevoegd waarin in plaats van een stoornis enkele met adolescentie samenhangende kenmerken waren opgenomen.

Voor iedere stoornis was er een zogenaamd case-vignet, dat bestaat uit een beschrijving van de gezinssituatie en van een van de kinderen in termen van leeftijd en geslacht. Bijvoorbeeld: een achtjarig meisje in een gezin met moeder en stiefvader, een oudere broer van 10 en een jong halfzusje van 2. Daarnaast bevatte ieder vignet tien symptomen van de stoornis, zoals omschreven in de DSM-5, rekening houdend met de verschillende 'dimensies' van een stoornis. Voor ieder case-vignet waren er vervolgens varianten waarin gevarieerd werd op de migratieachtergrond van de ouders (geen (2 vignetten), Antilliaans, Marokkaans, Surinaams, Turks) en op de sociaaleconomische status (SES) van het gezin: laag of hoog. Dit laatste gebeurde omdat bekend is dat de SES van invloed is op het klinische oordeel (Cuccaro & Wright, 1996; Franks & Fiscella, 2002; Thomas et al., 2012) en omdat het anders niet goed mogelijk is om de invloed van etniciteit te onderscheiden van die van SES. SES werd in de vignetten ingevoegd door een korte omschrijving

van de beroepen waarin de ouders werkzaam waren. Op deze manier waren er in totaal 72 vignetten.<sup>3</sup>

Iedere professional die meedeed aan het onderzoek kreeg zes willekeurig geselecteerde vignetten voorgelegd. Per vignet werd een aantal vragen gesteld. De eerste vraag was een open vraag naar de herkenning van het probleem. Daarna volgden gesloten vragen over eventuele doorverwijzing en screening (gebruik van gevalideerde vragenlijst of screeningstool om tot oordeel te komen).

Om professionals te werven, hebben we via contactpersonen bij verschillende organisaties advertenties laten plaatsen op verscheidene websites of online nieuwsbrieven van zowel werkgevers als beroepsverenigingen, onder de titel 'Evaluatie van kinderen met psychische problemen'. In deze advertentie werd globaal het doel van het onderzoek omschreven als inzicht in de rol van zorgprofessionals in het evalueren van de geestelijke gezondheid van kinderen en adolescenten. Er is op geen enkele manier verwezen naar het onderzoeksdoel om inzicht te krijgen in de rol van de etnische achtergrond van jeugdigen bij de evaluatie van psychische problemen. De advertentie bevatte een link naar de online vragenlijst. Participanten konden daarbij zelf bepalen of zij wel of niet deelnamen aan de studie en kregen geen beloning voor hun deelname. De participanten konden de vragenlijst op ieder moment afbreken. De data zijn met behulp van de online vragenlijst volledig anoniem verzameld. Alvorens participanten de vragenlijst konden invullen, werden zij op de eerste pagina ervan kort geïnstrueerd. Deze instructies gaven duidelijk aan dat geen van de vignetten alle informatie bevatte om een volledige diagnose te kunnen stellen, maar dat wij als onderzoekers geïnteresseerd waren in de eerste reactie of

---

3 De toewijzing van 'geslacht' aan vignetten was stoornisafhankelijk. Gekozen is voor prototypische toewijzing, aan het geslacht waar de betreffende stoornis het meest voorkomt. Variatie van geslacht over de vignetten zou het aantal vignetten hebben verdubbeld en daarmee de power van de studie hebben gehalveerd. Bovendien blijkt uit eerder onderzoek dat het effect van geslacht van de cliënt op herkenning door de professional zeer beperkt is (Burke et al., 2016).





indruk. Ook werd toestemming gevraagd voor het gebruik van de data uit de door de participant ingevulde vragenlijst.

Het uitzetten van de vignetten onder verwijzers levert een databestand op met daarin kenmerken van verwijzers en variatie op de problemen en etnische herkomst. Door statistische analyse zullen de samenhangen tussen deze variabelen worden onderzocht.

Uiteindelijk zijn de vignetten voorgelegd aan 204 potentiële verwijzers naar jeugdhulp: 27 huisartsen (13%), 77 jeugdartsen (38%), 76 wijkteamprofessionals (37%) en 24 overige professionals (12%), waaronder orthopedagogen en maatschappelijk werkers. In de analyse hebben we de 180 huisartsen, jeugdartsen en wijkteamprofessionals betrokken. De groep overig is onvoldoende om mee te nemen in de analyse. In totaal werden 1224 vignetten voorgelegd, waarvan 1080 aan huisartsen, jeugdartsen en wijkteamprofessionals.



# 3

## Toelichting op vignetten

In alle vignetten worden de jeugdige, de ouders en een leerkracht opgevoerd als informant. Hiervoor is gekozen omdat de betrouwbaarheid van de informant afhangt van het type probleem en de leeftijd van de jeugdige (Achenbach et al., 1987). Zo is een adolescent met een angststoornis de beste informant van zijn of haar klachten en symptomen, maar zijn ouders en leerkrachten de betere informanten als het gaat om ADHD (Smith, 2007). Om de antwoorden bij de verschillende vignetten goed te kunnen vergelijken, is het zaak om steeds alle drie de informanten op te voeren. Daarbij zorgden we ervoor dat symptomen in tenminste twee omgevingen voorkwamen, overeenkomstig de criteria van de DSM-5.

Ieder vignet bevatte informatie over de leeftijd en het geslacht van de jeugdige, het schooljaar en -niveau, de ouders, broers en zussen, de woonplaats, de etnische achtergrond, de tijd dat de ouders in Nederland zijn en de beroepen van de ouders. De leeftijd en het geslacht van de jeugd zijn steeds prototypisch voor de stoornis. De jeugdigen leven in tweeoudergezinnen met twee of drie kinderen. Alle jeugdigen zijn geboren in Nederland en in het geval van een andere dan Nederlandse achtergrond gaat het om jeugdigen met een tweede-generatie migratieachtergrond. De beroepen van de ouders zijn geselecteerd op basis van de Beroepsclassificatie van het CBS (2010). Voor lage SES zijn beroepen gekozen uit de laagste categorie (Categorie 1) en voor hoge SES uit de hoogste categorie (Categorie 8).

We hebben de volgende case-vignetten ontwikkeld:

- **Aandachtstekortstoornis (attention deficit disorder, ADD):** jongen (7) in tweeoudergezin, broer. Leeft in eigen wereld, luistert niet of lijkt niet te horen wanneer aangesproken. Is vergeetachtig en raakt hierdoor vaak spulletjes kwijt. Thuis proberen de ouders hem zoveel mogelijk bij leuke spelletjes of bezigheden te betrekken. Als hij daarbij enigszins op regels of details moet letten haakt hij snel af. De moeder vertelt dat, hoewel hij altijd zo is geweest, zijn gedrag meer opvallend wordt naarmate hij ouder wordt. De beschrijving die ouders over hun zoon geven, komt overeen met hoe zijn juffrouw hem ziet. De juf geeft aan dat hij zeer gemakkelijk afgeleid is vergeleken met zijn leeftijdsgenoten en gemakkelijk gefrustreerd raakt bij aandachtseisende activiteiten. Daarnaast vertelt de juf dat hij zijn werkjes maar in weinig gevallen echt afmaakt en wanneer dat hem wel lukt vindt zij veel slordigheidsfouten in zijn werk. Hij zelf zegt dat de andere kinderen in de klas te veel lawaai maken waardoor hij afgeleid wordt en hij zich niet goed kan concentreren.
- **Autisme (Autism Spectrum Disorders, ASS).** Jongen is 4 jaar oud. Hij woont samen met zijn ouders en broertje. De ouders werken. Op school heeft de jongen moeite in de omgang met leeftijdsgenoten. Zijn juf geeft aan dat hij niet van fysiek contact houdt en weinig interesse vertoont in het spel met andere kinderen. In werkelijkheid reageert hij meestal niet als anderen hem aanspreken. Hij speelt het liefst de hele dag alleen met zijn autootje. Zijn ouders bevestigen alles wat de juf zegt. Zij zeggen verder dat hij nooit anders is geweest maar omdat hij hun eerste kindje was wisten ze niet beter. Ouders geven bovendien aan dat hij geobsedeerd is door auto's. Hij kan je tot in detail alles over auto's vertellen en is dan moeilijk af te remmen. Elke dag kan hij urenlang doorbrengen met het op een rijtje zetten van zijn verzameling auto's. Hij wordt ook overstuur als iemand aan de rij met auto's komt, omdat de auto's in precies dezelfde volgorde moeten blijven staan. Wanneer hij wordt gevraagd of hij op school vriendjes heeft, lijkt hij de vraag niet te hebben gehoord. In plaats van een antwoord te geven vertelt hij hoe je een leuke band verwisselt.
- **Gedragsstoornis (Conduct Disorder, CD).** Jongen is 13 jaar oud en de oudste van twee kinderen in een volledig gezin. Hij woont in Rotterdam, samen met zijn ouders en zusje. Hij zit op de school waar zijn ouders elkaar leerden kennen en hij zit momenteel in de tweede klas van het VMBO. Zijn ouders waren onlangs uitgenodigd door het schoolhoofd om samen zijn gedrag te bespreken. Tijdens dit gesprek kwam naar voren dat hij vaak anderen intimideert om zijn eigen zin te krijgen, wat soms tot fysiek geweld leidt. Daarnaast heeft hij afgelopen week de spullen van een andere vernield. Tenslotte meldde



het schoolhoofd ook nog dat hij vermoedt dat de jongen spijbelt omdat hij vaak bij de ene les aanwezig is en bij de andere niet op komt dagen. Hierdoor loopt hij bovendien flink achter op school. Zijn ouders waren helaas niet verrast door deze meldingen van het schoolhoofd. Bij hen thuis misdraagt de jongen zich al een paar jaar en dat lijkt steeds erger te worden. Hij pest bijvoorbeeld zijn zusje continu. Een tijdje geleden heeft hij haar ook met een bezem geslagen. Daarnaast heeft hij alle bladzijden uit haar lievelingsboek gescheurd. Tot slot wordt de iPad van het gezin vermist en ouders denken dat die mogelijk door hun zoon gestolen is. Wanneer de jongen naar deze punten gevraagd wordt, geeft hij het spijbelen toe. Verder zegt hij dat hij het gewoon leuk vindt om met andere mensen te vechten.

- **Depressie (Major Depressive Disorder, MDD).** Meisje zit in de vijfde klas van het VWO. Zij is 17 jaar oud en de oudste van drie kinderen. Zij woont met haar moeder, vader en broertjes. De laatste tijd maken haar ouders zich zorgen omdat zij al een maand opvallend bedroefd is. Hoewel zij altijd gevoelig is geweest, was zij wel een gelukkige en energieke meid die positief in het leven stond. Haar ouders proberen leuke dingen voor haar te regelen maar merken dat zij de laatste tijd nergens meer vrolijk van wordt. Tevens geven ze aan dat hun dochter veel minder eetlust heeft en lijkt te zijn afgevallen. Haar ouders hebben hun zorgen al met de school van het meisje besproken. Zij vinden ook dat hun dochter veranderd is. Volgens haar mentor heeft zij weinig interesse meer in alles wat zij in het verleden leuk vond. Verder geeft zij aan dat het meisje erg somber is. Zij lijkt geen energie meer te hebben. Daarnaast lijkt zij haar aandacht niet bij haar werk te kunnen houden. Het meisje geeft zelf aan dat het niet goed met haar gaat. Ze zegt dat ze op school wel echt haar best doet, maar dat ze zich niet goed kan concentreren. Bovendien heeft ze de laatste tijd slaapproblemen.
- **Specifieke fobie (angststoornis, SF).** Meisje is 15 jaar en woont met haar moeder, vader Elmer en zusje. Zij zit in de derde klas van de HAVO en meerdere van haar leerkrachten maken zich zorgen om haar gedrag. De leerkrachten geven aan dat haar constante bezorgdheid over spinnen het functioneren van het meisje belemmert. In de afgelopen negen maanden waren er twee situaties waarbij zij een spin in het klaslokaal zag. In beide gevallen rende zij gillend de klas uit. Daarna weigerde ze dagenlang het klaslokaal weer binnen te komen. Iedere dag en in elk klaslokaal controleert zij op spinnen voordat ze gaat zitten. De ouders herkennen dit beeld van hun dochter. Zij is namelijk altijd bang geweest voor spinnen, maar het probleem lijkt toe te nemen naarmate zij ouder wordt. Ouders vertellen verder dat het woord "spin" al genoeg is

om paniek te veroorzaken bij hun dochter. Daarnaast lijkt ze nooit echt te kunnen ontspannen omdat ze constant alert is op spinnen of insecten. Soms moet een van de ouders 's avonds naast haar gaan zitten totdat ze in slaap valt omdat ze er dan van overtuigd is dat spinnen in haar mond, neus en oren zullen gaan kruipen. Het meisje geeft zelf aan dat ze het benauwd krijgt als ze aan spinnen of insecten denkt. Tot slot zegt ze dat ze activiteiten met familie en vrienden vaak vermijdt vanwege haar angst.

- **Geen stoornis, adolescentie.** Meisje is 15 jaar oud en zit in de derde klas van het VWO. Ze woont met haar broertje, zusje en ouders. Haar ouders maken zich de laatste paar maanden zorgen om hun dochter, omdat zij niet meer te herkennen is als hun lieve dochter. Als zij thuis is dan zit zij altijd op haar kamer met de deur dicht. Zij lijkt steeds minder interesse en aandacht voor het gezin te hebben. In de avonden en de weekenden wil zij zoveel mogelijk tijd doorbrengen met haar vrienden. Daarnaast merken de ouders dat zij last heeft van stemmingswisselingen. Het ene moment is zij lief en vrolijk, het andere moment is zij chagrijnig en onaardig. Ouders hebben de school benaderd om na te vragen of deze veranderingen ook de leerkrachten opvallen. De leerkrachten zijn het met ouders eens dat het meisje zich anders gedraagt dan een tijdje geleden. Ze vinden dat zij vooral zelfverzekerder is. Zij durft vaker vragen te stellen tijdens de les en geeft graag haar mening bij discussiemomenten. Daarnaast loopt zij iets vaker te laat de klas binnen waarbij zij zichzelf heel stoer lijkt te vinden. Wanneer haar wordt gevraagd of zij zichzelf herkent in de beschrijving van de ouders en leerkrachten, zegt zij dat zij al groot genoeg is om haar eigen beslissingen te kunnen nemen en verder vindt zij dat anderen haar moeten vertrouwen.

Twee van de in de vignetten opgenomen stoornissen zijn gerelateerd aan externaliserende gedragsproblematiek: CD en ADD. Eveneens twee vignetten hebben te maken met internaliserende problematiek: MDD en SF. Het ASS-vignet omvat zowel externaliserende (omgaan met leeftijdgenoten) als internaliserende problematiek.



# 4

# Resultaten

In deze paragraaf beschrijven we de resultaten van het onderzoek. Herkennen professionals de stoornis, zouden zij willen doorverwijzen of willen screenen? We gaan eerst in op de resultaten voor alle vignetten, daarna behandelen we de afzonderlijke stoornissen.

## 4.1 Over alle stoornissen

Bij zo'n 70% van de vignetten werd de stoornis **herkend**, dan wel werd herkend dat er geen sprake was van een stoornis. De herkenning verschilt niet significant naar etniciteit van de

jeugdige, naar het type professional of naar de SES van het gezin. Wel wordt de gedragsstoornis (CD) significant minder herkend dan de overige stoornissen: bij 28% van de betreffende vignetten. (zie tabel 1)

Bij driekwart van de vignetten gaven de professionals aan **door te verwijzen**. Er zijn geen significante verschillen naar etniciteit, type professional of SES van het gezin. Professionals verwijzen significant minder door (7%) bij vignetten zonder stoornis – hetgeen zeer verklaarbaar is. Professionals verwijzen significant vaker door bij autisme (95%) en specifieke fobie (97%). (zie tabel 1).

Tabel 1. Herkenning, doorverwijzing en screening naar etniciteit jeugdige, SES gezin, type professional en type stoornis, over alle vignetten

Etniciteit	Herkenning (%)	Doorverwijzing (%)	Screening (%)
NL	71	76	40
Marokkaans	71	79	41
Turks	72	74	41
Surinaams	74	78	38
Antilliaans	70	78	38
Type professional			
Huisarts	72	76	15***
Jeugdarts	73	78	43
Wijkteam prof.	70	77	44
SES			
Laag	69	76	41
Hoog	74	78	38
Stoornis			
GEEN	86	7***	29
ADHD	74	88	52
ASS	89	96**	47
CD	26***	86	41
Depressie	77	89	42
Specifieke Fobie	76	98**	26

\*\*verschilt significant,  $p < .01$ . \*\*\*verschilt significant,  $p < .001$ .



Er is een interactie-effect van etniciteit en type stoornis. De vraag of men al dan niet doorverwijst, verschilt tussen etnische groepen en afhankelijk van het type stoornis. In paragraaf 4.3 zullen we zien dat het dit het geval is bij ASS.

Bij circa 40% van de vignetten zeiden de professionals te willen **screenen**. Er zijn geen significante verschillen naar etniciteit of SES van het gezin (zie tabel 1). Wel zeggen huisartsen significant minder vaak (15%) te willen screenen dan jeugdartsen en wijkteamprofessionals (43-44%). Screening wordt het vaakst wenselijk geacht bij vignetten met ADHD en het minst vaak bij vignetten met Specifieke fobie en zonder stoornis.

De wenselijkheid van screening werd afhankelijk van de stoornis anders beoordeeld voor verschillende etnische groepen. In paragraaf 4.4 zullen we zien dat het gaat om CD: screening bij deze stoornis wordt bij jeugdigen van Nederlandse oorsprong vaker (64%) wenselijk geacht dan bij andere groepen (28-35%).

## 4.2 ADHD

Van de vignetten met symptomen van ADHD werd 74% **herkend** als een ADHD-stoornis. Er zijn daarbij geen significante verschillen naar etniciteit van de jeugdige, type professional en SES van het gezin (zie tabel 2).

Bij 88% van de vignetten gaven de professionals aan te willen **doorverwijzen**. Ook daarbij zijn er geen significante verschillen naar etniciteit van de jeugdige en type professional. Wel willen zij bij jeugdigen uit een gezin met hoge SES significant vaker (91%) doorverwijzen dan bij jeugdigen uit een gezin met lage SES (85%). Het verschil is echter niet groot (zie tabel 2).

Bij 52% van de vignetten gaven de professionals aan te willen **screenen**. Etniciteit van de jeugdige of de SES van zijn/haar gezin maakt daarbij niet (significant) uit. Jeugdartsen en wijkteamprofessionals geven wel veel vaker (62 resp. 53%) dan huisartsen (22%) aan te willen screenen (zie tabel 2).

Bij de ADHD-vignetten zijn geen interactie-effecten gevonden.

Tabel 2. Herkenning, doorverwijzing en screening naar etniciteit jeugdige, SES gezin en type professional, ADHD-vignetten

	Herkenning (%)	Doorverwijzing (%)	Screening (%)
<b>Etniciteit</b>			
NL	76	81	50
Marokkaans	71	91	51
Turks	76	82	64
Surinaams	67	90	53
Antilliaans	81	94	47
<b>Type professional</b>			
Huisarts	89	85	22**
Jeugdarts	73	86	62
Wijkteam prof.	71	91	53
<b>SES</b>			
Laag	73	85	51
Hoog	76	91*	53

\*verschilt significant,  $p < .05$ .

\*\*verschilt significant,  $p < .01$ .

## 4.3 Autisme (ASS)

Van de vignetten met symptomen van ASS werd 89% **herkend** als een ASS-stoornis. Er zijn daarbij geen significante verschillen naar etniciteit van de jeugdige, type professional en SES van het gezin (zie tabel 5).

Bij 96% van de vignetten gaven de professionals aan te willen **doorverwijzen**. Ook daarbij zijn er geen significante verschillen naar type professional en de SES van het gezin. Etniciteit van de jeugdige maakte wel significant verschil. Bij jeugdigen met een Marokkaanse en Antilliaanse achtergrond werd minder vaak (88-89%) doorverwezen dan in de andere groepen (98-100%). De verschillen zijn niet heel groot: ook bij de voornoemde twee groepen wordt er in 7 op de 8 gevallen doorverwezen (zie tabel 3).

Bij 47% van de vignetten gaven de professionals aan te willen **screenen**. Etniciteit van de jeugdige of de SES van zijn/haar gezin maakt daarbij niet (significant) uit. Jeugdartsen en wijkteamprofessionals geven wel in ongeveer de helft van de gevallen (59 resp. 48%) aan te willen screenen, en de huisartsen geen enkele keer (zie tabel 3).

Bij de ASS-vignetten zijn geen interactie-effecten gevonden.



Tabel 3. Herkenning, doorverwijzing en screening naar etniciteit jeugdige, SES gezin en type professional, ASS-vignetten

	Herkenning (%)	Doorverwijzing (%)	Screening (%)
<b>Etniciteit</b>		**	
NL	86	98	46
Marokkaans	84	88	41
Turks	90	100	47
Surinaams	94	100	46
Antilliaans	93	89	57
<b>Type professional</b>			
Huisarts	89	100	0***
Jeugdarts	86	97	59
Wijkteam prof.	92	91	48
<b>SES</b>			
Laag	87	96	48
Hoog	91	95	46

\*\*verschilt significant,  $p < .01$ .

\*\*\*verschilt significant,  $p < .001$ .

#### 4.4 Gedragsstoornis (CD)

Van de vignetten met symptomen van CD werd 26% als zodanig **herkend**. De achtergrond van de jeugdige maakt daarbij uit. Een gedragsstoornis wordt bij jeugdigen met een Nederlandse achtergrond veel minder vaak herkend (13%) dan bij de andere groepen (28-38%). Jeugdartsen herkennen de stoornis wat vaker (34%) dan wijkteamprofessionals (25%) en huisartsen (21%). Er is geen significant verschil naar de SES van het gezin (zie tabel 4).

Bij 86% van de vignetten gaven de professionals aan te willen **doorverwijzen**. Daarbij zijn er geen significante verschillen naar de etniciteit van de jeugdige, het type professional en de SES van het gezin (zie tabel 4).

Bij 41% van de vignetten gaven de professionals aan te willen **screenen**. Die wens zien we veel vaker bij jeugdigen met een Nederlandse achtergrond (64%) dan bij andere groepen (28-35%). Jeugdartsen en wijkteamprofessionals geven veel vaker (34 resp. 41%) dan huisartsen (14%) aan te willen screenen.

Tabel 4. Herkenning, doorverwijzing en screening naar etniciteit jeugdige, SES gezin en type professional, CD-vignetten

	Herkenning (%)	Doorverwijzing (%)	Screening (%)
<b>Etniciteit</b>			
NL	13*	86	64**
Marokkaans	34	88	31
Turks	38	86	28
Surinaams	28	86	35
Antilliaans	29	83	31
<b>Type professional</b>	*		
Huisarts	21	86	14**
Jeugdarts	34	90	34
Wijkteam prof.	25	72	41
<b>SES</b>			
Laag	24	89	48
Hoog	29	82	33

\*verschilt significant,  $p < .05$ .

\*\*verschilt significant,  $p < .01$ .

De wens tot screening bij verschillende typen professionals varieert afhankelijk van de etnische groep. Het patroon dat oprijst uit tabel 5 is evenwel niet eenduidig en lastig te interpreteren – de aantallen zijn laag. Het lijkt erop alsof wijkteamprofessionals en jeugdartsen vaker willen screenen bij jeugdigen met een Nederlandse achtergrond, terwijl huisartsen vaker willen screenen bij jeugdigen met een Marokkaanse achtergrond.

Tabel 5. Screening CD naar etniciteit jeugdige en type professional, interactie-effecten, % vignetten (aantal vignetten) waar screening wordt gewenst

	NL	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans
<b>Beroep</b>					
Huisarts	0% (0)	50% (3)	17% (1)	0% (0)	0% (0)
Jeugdarts	64% (14)	27% (3)	33% (4)	29% (4)	39% (7)
Wijkteam Prof.	84% (21)	27% (4)	27% (3)	46% (6)	33% (4)

#### 4.5 Depressie (MDD)

Van de vignetten met symptomen van MDD werd 74% als zodanig **herkend**. De achtergrond van de jeugdige, het type professional en de SES van het gezin maken daarbij niet uit (zie tabel 6).



De herkenning binnen de etnische groepen is afhankelijk van de SES van het gezin (interactie-effect). Binnen de groep jeugdigen van Nederlandse oorsprong wordt MDD vaker herkend als de jeugdige uit een gezin met lage SES komt, terwijl dat bij de jeugdigen met een Marokkaanse, Turkse en Antilliaanse achtergrond juist vaker gebeurt als de jeugdige leeft in een gezin met hoge SES (zie tabel 7).

Bij 89% van de vignetten gaven de professionals aan te willen **doorverwijzen**. Daarbij zijn er geen significante verschillen naar de etniciteit van de jeugdige, de SES van het gezin of het type professional (zie tabel 6).

Bij 42% van de vignetten gaven de professionals aan te willen **screenen**. De achtergrond van de jeugdige, het type professional en de SES van het gezin maken daarbij niet uit (zie tabel 6).

Tabel 6. Herkenning, doorverwijzing en screening naar etniciteit jeugdige, SES gezin en type professional, MDD-vignetten

	Herkenning (%)	Doorverwijzing (%)	Screening (%)
<b>Etniciteit</b>			
NL	77	92	40
Marokkaans	74	93	41
Turks	81	84	45
Surinaams	68	84	45
Antilliaans	85	92	42
<b>Type professional</b>			
Huisarts	85	92	39
Jeugdarts	78	92	41
Wijkteam prof.	72	91	48
<b>SES</b>			
Laag	74	87	41
Hoog	79	92	44

Tabel 7. Herkenning MDD naar etniciteit jeugdige en type professional, interactie-effecten, % vignetten (aantal vignetten) waar stoornis wordt herkend

	NL	Marokkaans	Turks	Surinaams	Antilliaans
<b>SES</b>					
Laag	85% (28)	67% (8)	64% (9)	64% (9)	73% (8)
Hoog	69% (22)	80% (12)	94% (16)	71% (12)	93% (14)

#### 4.6 Specifieke fobie (angststoornis)

Van de vignetten met symptomen van een specifieke fobie (SF) werd 76% als zodanig **herkend**. Dat is vaker het geval bij de groep van Surinaamse afkomst (93%) en veel minder vaak bij die met een Antilliaanse (59%) en Turkse achtergrond (66%) – bij de jeugdigen met een Marokkaanse en Nederlandse achtergrond zit de mate van herkenning hier tussenin met respectievelijk 82 en 79%. Het type professional en de SES van het gezin maken geen significant verschil (zie tabel 8).

Bij 98% van de vignetten gaven de professionals aan te willen **doorverwijzen**. Er zijn geen verschillen naar etniciteit van de jeugdige, het type professional en de SES van het gezin (zie tabel 8).

Bij 26% van de vignetten gaven de professionals aan te willen **screenen**. De achtergrond van de jeugdige en de SES van het gezin maken daarbij niet uit. Huisartsen zeggen in alle gevallen te willen screenen. Dat is significant vaker dan jeugdartsen en wijkteamprofessionals (zie tabel 8).

Bij de SF-vignetten zijn geen interactie-effecten gevonden.

Tabel 8. Herkenning, doorverwijzing en screening naar etniciteit jeugdige, SES gezin en type professional, SF-vignetten

	Herkenning (%)	Doorverwijzing (%)	Screening (%)
<b>Etniciteit</b>			
NL	79	100	22
Marokkaans	82*	96	39
Turks	66	90	28
Surinaams	93**	100	29
Antilliaans	59	100	16
<b>Type professional</b>			
Huisarts	82	100	100***
Jeugdarts	74	95	21
Wijkteam prof.	76	100	41
<b>SES</b>			
Laag	76	98	26
Hoog	76	98	25

\*verschilt significant,  $p < .05$ .

\*\*verschilt significant,  $p < .01$ .

\*\*\*verschilt significant,  $p < .001$ .



#### 4.7 Geen stoornis (adolescentie)

Van de vignetten met in plaats van een stoornis enkele kenmerken van de adolescentie werd in 86% van de gevallen **herkend** dat er geen sprake was van een stoornis. De achtergrond van de jeugdige, het type professional en de SES van het gezin maken daarbij niet uit (zie tabel 9).

Bij de vignetten zonder stoornis gaf 7% van de professionals aan te willen **doorverwijzen**. De achtergrond van de jeugdige, het type professional en de SES van het gezin maken daarbij geen significant verschil (zie tabel 9).

**Screening** werd bij 29% van de vignetten zonder stoornis wenselijk geacht. Ook hier maken de achtergrond van de jeugdige, het type professional en de SES van het gezin geen significant verschil (zie tabel 9).

Bij de vignetten zonder stoornis zijn geen interactie-effecten gevonden.

#### 4.8 Conclusies

In nevenstaande tabel zijn de effecten samengevat van *etniciteit van de jeugdige, het type professional en de SES van het gezin waarin de jeugdige opgroeit op de herkenning, de doorverwijzing en de wens tot screening per stoornis en over alle stoornissen. Daarbij zijn ook de interactie-effecten weergegeven. Omdat het in dit onderzoek gaat om het effect van etniciteit, is blauw gemarkeerd waar dit effect zich significant voordoet.*

Tabel 9. Herkenning, doorverwijzing en screening naar etniciteit jeugdige, SES gezin en type professional, vignetten zonder stoornis

	Herkenning (%)	Doorverwijzing (%)	Screening (%)
<b>Etniciteit</b>			
NL	87	3	21
Marokkaans	85	12	39
Turks	78	11	36
Surinaams	93	7	21
Antilliaans	85	4	41
<b>Type professional</b>			
Huisarts	79	7	14
Jeugdarts	95	7	24
Wijkteam prof.	84	7	28
<b>SES</b>			
Laag	83	8	34
Hoog	88	5	24

	Herkenning (%)	Doorverwijzing (%)	Screening (%)
Over alle stoornissen			Type professional
ADHD		SES	SES
Autisme (ASS)		<b>Etniciteit</b>	Type professional
Gedragsstoornis (CD)	<b>Etniciteit</b> type professional		<b>Etniciteit</b> Type professional <b>Etniciteit</b> x professional
Depressie (MDD)	<b>Etniciteit</b> x SES	Type professional	
Angststoornis (SF)	<b>Etniciteit</b>		Type professional
Geen stoornis			

CD wordt het minst van alle stoornissen herkend (26%). Dit resultaat lijkt onverwacht. Over het algemeen zijn gedragsproblemen meer zichtbaar en zouden zij dus makkelijker te herkennen moeten zijn dan internaliserende problemen (Youngstrom et al., 2000). Mogelijk speelt de overlap met symptomen van andere stoornissen zoals ADHD of ODD een rol (Maughan et al., 2004; Loeber et al., 2000; Azeredo et al., 2017; Bezdjian et al., 2011). Deze zou ertoe kunnen leiden dat CD - in eerste instantie - moeilijker te herkennen is. Daarnaast bemoeilijkt het onderscheid tussen normatieve gedragsproblemen en de problemen die signalen van CD zijn mogelijk de herkenning van CD. Op leeftijden wordt bepaald gedrag als normaal en acceptabel beschouwd, zoals "losing one's temper", "low intensity destruction of property" of "deceitfulness". Deze gedragingen kunnen echter ook vroege symptomen van CD zijn (Hong et al., 2015). Deze normatieve en klinische gedragsproblemen uit elkaar halen is soms moeilijk.





Bij jeugdigen mét migratieachtergrond wordt CD veel vaker herkend dan bij de anderen. Daarentegen wordt bij jeugdigen met een Nederlandse achtergrond veel vaker dan bij andere groepen screening overwogen. Het verschil ligt mogelijk in het gegeven dat jeugdigen met migratieachtergrond relatief meer gedragsproblemen hebben dan gemiddeld (zie bijv. Stevens et al., 2015). Hulpverleners zijn daardoor wellicht alerter op gedragsproblemen bij deze groep, wat dan weer kan leiden tot betere herkenning (Crosskerry, 2013). Omgekeerd kunnen gedragsproblemen bij jeugdigen van Nederlandse origine meer tegen de verwachting zijn, zodat in hun geval eerder besloten wordt tot screening.

Ook bij de herkenning van angststoornis (SF) speelt etniciteit een rol. Deze stoornis wordt in 76% van de gevallen herkend, maar bij jeugdigen met een Surinaamse achtergrond opvallend veel vaker en bij jeugdigen met een Antilliaanse achtergrond opvallend veel minder vaak dan onder alle jeugdigen het geval is. Een eerste kanttekening hierbij is dat het raadzaam is beide groepen in onderzoeken niet samen te nemen (van Caribische achtergrond), zoals vaak gebeurt, maar apart te onderzoeken.

De verhoogde probleemherkenning bij jeugdigen van Surinaamse oorsprong is mogelijk te herleiden tot het gegeven dat deze migrantengroep over het algemeen meer psychische problemen vertoont dan autochtone Nederlanders (Reelick et al., 2014), en dat vrouwen in deze groep meer symptomen/klachten van angst vertonen dan vrouwen van Nederlandse afkomst (Reelick et al., 2006). Deze oververtegenwoordiging draagt er mogelijk aan bij dat angst bij deze groep door hulpverleners eerder verwacht en daardoor eerder herkend wordt. Er bestaat bovendien een discrepantie tussen de vraag naar GGZ en gebruik ervan onder zowel volwassenen als jeugd met een Surinaamse achtergrond (Zwirs et al., 2006; Reelick et al., 2006). Hulpverleners die hiervan op de hoogte zijn reageren mogelijk alerter op angst bij jeugdigen met een Surinaamse achtergrond. Verder hebben mensen van Surinaamse afkomst, net als andere migrantengroepen, een andere probleemperceptie dan mensen met een Nederlandse achtergrond: zij ervaren iets minder snel als een probleem (Bevaart et al., 2012; Verhulp et al., 2015). Dit zou kunnen betekenen dat hun beschrijving van symptomen in de praktijk afwijkt van die in het gebruikte vignet, hetgeen van invloed kan zijn op de herkenning van angst onder Surinaamse jeugdigen.

Dat angst bij jeugdigen met een Antilliaanse achtergrond juist minder goed wordt herkend is lastiger te verklaren. Deze jongeren vertonen zowel meer internaliserende als externaliserende problematiek in vergelijking met autochtone jongeren (Gezondheidsraad, 2012). Mogelijk speelt een rol dat jongeren van Antilliaanse afkomst er, net als jongeren van Marokkaanse

afkomst, uitspringen door externaliserend probleemgedrag (Stevens, 2018), waardoor hulpverleners internaliserende problematiek minder verwachten en herkennen.

Bij autisme (ASS) zien we dat jeugdigen met een Marokkaanse en Turkse achtergrond wat minder vaak doorverwezen worden dan andere groepen jeugdigen, maar de verschillen zijn niet groot: 88-89% tegen 98 tot 100%. Deze bevinding is in lijn met het gegeven dat deze groepen ondervertegenwoordigd zijn binnen instellingen voor behandeling van ASS (Begeer et al., 2009). Hun ondervertegenwoordiging zou dus deels verklaard kunnen worden doordat hulpverleners hen minder doorverwijzen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat hulpverleners op de hoogte zijn van de schaamte voor problemen en weerstand tegen hulpverlening bij veel gezinnen met een migratieachtergrond, en daardoor terughoudender zijn bij een besluit tot doorverwijzing (vgl. Begeer et al., 2009; Burke et al., 2015; Burke et al., 2016).

Bij depressie (MDD) maakt de etniciteit in samenhang met de SES van gezin uit voor de kans op herkenning van de stoornis. De herkenning binnen de etnische groepen is afhankelijk van de SES van het gezin (interactie-effect). Bij jeugdigen van Nederlandse oorsprong wordt MDD vaker herkend als de jeugdige uit een gezin met lage SES komt, terwijl dat bij de jeugdigen met een Marokkaanse, Turkse en Antilliaanse achtergrond juist vaker gebeurt als de jeugdige leeft in een gezin met hoge SES. De eerste bevinding zou verklaard kunnen worden uit het gegeven dat mensen met een lage opleiding en inkomen meer kans hebben om depressief te worden (Peyrot et al., 2013); dit geldt eveneens voor mensen met een migratieachtergrond (Lemstra et al., 2008; Goodman et al., 2003; Van Oort et al., 2010). Waarom in hun geval hulpverleners depressie beter herkennen bij een hoge SES zou ermee kunnen samenhangen dat jeugdigen met lage SES eerder bekend staan vanwege externaliserend dan internaliserend probleemgedrag. De beeldvorming hierover kan professionals doen verwachten dat depressie bij deze groepen – lage SES, migratieachtergrond - minder voorkomt.

#### KRACHT EN BEPERKINGEN VAN DEZE STUDIE

Vignetten zijn een sterk instrument om factoren te onderzoeken die de evaluatie van professionals kunnen beïnvloeden (Evans et al., 2015). Hulpverleners zijn niet afgeleid door uiterlijk en stem bij het gebruik van vignetten. Het gebruikte design maakt het mogelijk om vergelijkbare problemen te laten beoordelen door verschillende typen professionals, waarbij anders dan in de praktijk van alledag andere (contextuele) factoren als etniciteit en SES op experimentele wijze kunnen worden gecontroleerd (Burke et al., 2016). Als vignetten goed zijn samengesteld, zijn ze in hoge mate generaliseerbaar naar de praktijk. In dit onder-



zoek zijn de aanbevelingen uit de meta-analyse van Evans et al. (2015) gevolgd over het op juiste wijze samenstellen van vignetten bij onderzoek naar het nemen van beslissingen door zorgprofessionals.

We hebben de vignetten samengesteld op basis van prototypische kenmerken van kinderen per onderzocht probleem. De kindkenmerken (geslacht, leeftijd, SES) die in de vignetten worden beschreven, komen volgens de DSM-5 overeen met de meest voorkomende kindkenmerken per stoornis. Dit draagt eraan bij dat elke stoornis zo optimaal mogelijk beschreven is. Bovendien maakte dit design mogelijk dat de beoordelingen van alle stoornissen met elkaar vergeleken konden worden.

Dit design is, voor zo ver wij weten, nooit eerder gebruikt om beoordelingen van hulpverleners te onderzoeken.

De resultaten laten zien dat, zelfs wanneer een stoornis tot op de letter overeen komt met de DSM-5 criteria en de DSM-5 beschrijving ervan, de herkenning nog steeds niet optimaal is. Op basis van eerder onderzoek (Burke, Koot, de Wilde & Begeer, 2016) valt echter ook niet te verwachten dat de herkenning zou verbeteren wanneer andere kindkenmerken beschreven worden. Ons inziens vormen de resultaten dan ook een goede afspiegeling zijn van het werkelijke herkenningsgedrag.

Niettemin kent de gekozen opzet ook beperkingen.

- Voor de omschrijving van de stoornissen in de vignetten zijn de traditionele omschrijvingen uit de DSM-5 gebruikt. Onderzoek laat zien dat mensen met een migratieachtergrond problemen anders kunnen percipiëren dan geldt voor mensen met een Nederlandse achtergrond (Bevaart et al., 2012; Verhulp et al., 2015). Dit kan tot gevolg hebben dat hulpvragen in de praktijk zich niet goed verhouden tot de omschrijvingen in de DSM-V, vooral bij cliënten met een migratieachtergrond, waardoor signalen minder goed worden herkend.
- De steekproef bestond uit overwegend vrouwelijke participanten. Alhoewel de geestelijke gezondheidszorg voornamelijk een vrouwelijk vakgebied is (Marsella, 2011) en de steekproef dus een goede afspiegeling vormt van de populatie, zou het interessant zijn om te onderzoeken onder mannelijke hulpverleners tot dezelfde resultaten zou leiden.
- Er deden relatief weinig huisartsen mee aan het onderzoek. Zij worden gezien als poortwachters en zijn de belangrijkste verwijzers naar de geestelijke gezondheidszorg (Schellevis et al., 2004). In toekomstig onderzoek zou

extra aandacht gegeven moeten worden aan de inclusie van professionals.

- In de vignetten in dit onderzoek is geen comorbiditeit beschreven: het tegelijkertijd voorkomen van twee of meer aandoeningen of stoornissen bij één persoon. In de praktijk komen comorbide problemen wel vaak voor. Om problemen zo helder mogelijk te omschrijven, hebben we er voor gekozen per vignet niet meer dan één probleem te beschrijven. We kunnen er van uit gaan dat als we vignetten hadden gebruikt die comorbide problemen beschreven, de herkenning minder was geweest.
- Vignetten zijn geen echte mensen. Hoewel hulpverleners regelmatig beslissingen moeten nemen op basis van korte beschrijvingen, referentiebrieven of patiëntendossiers (McConaughy, 2013), is het niet duidelijk of de resultaten direct toepasbaar zijn op de praktijk, waar ook andere factoren een rol kunnen spelen bij het diagnosticeren. Ook hebben we geen informatie over in hoeverre de hulpverleners de vignetten geloofwaardig achten. In vervolgonderzoek zou dit moeten worden nagevraagd.



# Literatuur

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). Child/adolescent behavioural and emotional problems: Implications of cross-informant correlations for situational specificity. *Psychological Bulletin*, 101(2), 213-232. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.101.2.213>
- American Psychological Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Arlington, VA: Author.
- Begeer, S., El Bouk, S., Boussaid, W., Meerum-Terwogt, M., & Koot, H. M. (2009). Underdiagnosis and referral bias of autism in ethnic minorities. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 39, 142–148.
- Bevaart, F., Mieloo, C. L., Jansen, W., Raat, H., Donker, M. C. H., Verhulst, F. C., & van Oort, F. V. A. (2012). Ethnic differences in problem perception and perceived need for care for young children with problem behaviour. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 53 (10), 1063- 1071.
- Bezdjian, S., Krueger, R.F., Derringer, J., Malone, S, McGue, M., & Iacono, W.G. (2011). The structure of DSM-IV ADHD, ODD, and CD criteria in adolescent boys: A hierarchical approach. *Psychiatry Research*. 188(3), 411-421..
- Burke, D. A., Koot, H. M., & Begeer, S. (2015). Seen but not heard: School-based professionals' oversight of autism in children from ethnic minority groups. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 9, 112–120.
- 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 (10), 3083-3096.
- Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS). (2010). Standaard beroepenclassificatie 2010. Retrieved from <http://www.cbs.nl/nl-NL/menu/methoden/classificaties/overzicht/sbc/2010/default.htm>
- Costello, E. J., Egger, H., & Angold, A. (2005). 10-Year research update review: The epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 44(10), 972-986.
- Crosskerry, P. (2013). From mindless to mindful practice. Cognitive bias and clinical decision making. *The New England Journal of Medicine*, 2445-2448.
- Cuccaro, M. L., & Wright, H. H. (1996). Brief report: Professional perceptions of children with developmental difficulties: The influence of race and socioeconomic status. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 26(4), 461-469. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02172830>
- Distelbrink, M., & Pels, T. (2016). Wijkteams jeugd: omgaan met (etnische) diversiteit. In: R. Fukkink en R. Oostdam (reds) *Onderwijs en opvoeding in een stedelijke context. Van startbekwaam naar stadsbekwaam*, pp. 195-205. Bussum: Coutinho
- Evans, S. C., Roberts, M. C., Keeley, J. W., Blossom, J. B., Amaro, C. M., Garcia, A. M., Odar Stough, C., Canter, K. S., Robles, R., & Reed, G. M. (2015). Vignette methodologies for studying clinicians' decision-making: Validity, utility, and application in ICD-11 field studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15, 160-170.
- Franks, P., & Fiscella, K. (2002). Effect of patient socioeconomic status on physician profiles for prevention, disease management, and diagnostic testing costs. *Medical Care*, 40(8), 717–724.
- Gezondheidsraad. (2012). *Psychische gezondheid en zorggebruik van migrantenjeugd*. Den Haag: Gezondheidsraad.
- Gilsing, R., Pels, T., Bellaart, H. & Tierolf, B. (2015). *Grote verschillen in gebruik jeugdzorg naar herkomst. Kennisplatform Integratie en Samenleving analyseert CBS-cijfers 2011-2013*. Utrecht: Kennisplatform Integratie en Samenleving / Verwey-Jonker Instituut.
- Gilsing, R., Stoutjesdijk, F., Distelbrink, M. & Tierolf, B. (2018). *Divers bereik. Jeugdhulp naar migratieachtergrond in Amsterdam*. Utrecht: Verwey-Jonker Instituut.
- Goodman, E., Slap, G.B., & Huang, B. (2003) The public health impact of socioeconomic status on adolescent depression and obesity. *American Journal of Public Health*, 93, 1844-1850.



- Hong, J. S., Tillman, R., & Luby, J. L. (2015). Disruptive behavior in preschoolchildren: distinguishing normal misbehavior from markers of current and later childhood conduct disorder. *Journal of Pediatrics*, 166(3), 723-730.
- Kessler, Ronald C., Petukhova, M., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., & Wittchen, H. (2012). Twelve-month and Lifetime prevalence and lifetime morbid risk of Anxiety and Mood Disorders in the United States. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 21(3), 169-184
- Klaufus, L. H., Fassaert, T. J., & de Wit, M. A. (2014). Equity of access to mental health care for anxiety and depression among different ethnic groups in four large cities in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(7), 1139-1149.
- Lemstra, M., Neudorf, C., D'Arcy, C., Kunst, A., Warren, L. M., & Bennett, N. R. (2008). A systematic review of depressed mood and anxiety by SES in youth aged 10-15 years. *Canadian Journal of Public Health*, 99(2), 125-129.
- Loeber, R., Burke, J.D., Lahey, B.B., Winters, A., Zera, M., 2000. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part I. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 39, 1468-1484.
- Marsella, A. J. (2011). Twelve critical issues for mental health professionals working with ethno-culturally diverse populations. *Psychology International*, 22(3), 7.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: Developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45, 609-621.
- McConaughy, S. H. (2013). *Clinical interviews for children and adolescents: Assessment to intervention*. New York, NY: Guilford Press.
- Merikangas, K. R., Nakamura, E. F., & Kessler, R. C. (2009). Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11(1), 7.
- Peyrot, W.J., Middeldorp, C.M., Jansen, R., Smit, J.H., Geus, E.J.C. de, Hottenga, J.J., Willemsen, G., Vink, J.M., Viriding, S., Barragan, I., Ingelman-Sundberg, M., Sim, S.C., Boomsma, D.I. & Penninx, B.W.J.H. (2013). Strong effects of environmental factors on prevalence and course of major depressive disorder are not moderated by 5-HTTLPR polymorphisms in a large Dutch sample. *Journal of Affective Disorders*, 146, 91-99.
- Reelick, F., A. Wierdsma & A. van Dijk 2006 'Psychische problematiek en zorggebruik van Surinaamse Nederlanders.' *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*, 84(4), 209-214.
- Schellevis, F. G., Westert, G. P., de Bakker, D. H., & van der Zee, J. (2004). Nog altijd poortwachter. Rol en positie huisarts opnieuw in kaart gebracht. *Medisch Contact*, 59(16), 622-625.
- SCP (2013). *Terecht in de jeugdzorg. Voorspellers van kind- en opvoed- problematiek en jeugdzorggebruik*. Den Haag: Sociaal en Cultureel Planbureau.
- Smith, S. R., (2007). Making sense of multiple informants in child and adolescent psychopathology: A guide for clinicians. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 25(2), 139-149.
- Stevens, G.W., Walsh, S.D., Huijts, T., Maes, M., Rich Madsen, K., Cavallo, F., & Molcho, M. (2015). An internationally comparative study of immigration and adolescent emotional and behavioural problems: Effects of generation and gender. *Journal of Adolescent Health*, 57(6), 587-594.
- Stevens, G. (2018). Psychische problematiek bij jeugdigen met een migratieachtergrond in Nederland en Vlaanderen. Een literatuuroverzicht. *Kind en adolescent*, 39/2, 72-91.
- Thomas, P., Zahorodny, W., Peng, B., Kim, S., Jani, N., Halperin, W., Brimacombe, M. (2012). *The association of autism diagnosis with socioeconomic status*. *Autism*, 16(2), 201-213.
- Tierolf, B., Steketee, M., Gilsing, R. & Bellaart, H. (2017). *Feiten & cijfers: leefomstandigheden van kinderen met een migratieachtergrond*. Utrecht: Kennisplatform Integratie en Samenleving / Verwey-Jonker Instituut.
- Van Oort, F.V., van der Ende, J., Wadsworth, M.E., Verhulst, F.C., & Achenbach, T.M. (2010). Cross-national comparison of the link between socioeconomic status and emotional and behavioral problems in youths. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(2), 167-172.
- Verhulp, E., Stevens, G., Schoot, R. van der, & Vollebergh, W. (2013). Understanding ethnic differences in mental health service use for adolescents' internalizing problems: The role of emotional problem identification. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 22(7), 413-421.
- Verhulp, E.E., Stevens, G., & Vollebergh, W. (2015). Ethnic differences in parent adolescent agreement on internalizing disorders. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 23 (4), 248-258.
- Youngstrom, E., Loeber, R., Stouthamer-Loeber, M. (2000). Patterns and correlates of agreement between parent, teacher and male adolescent ratings of externalizing and internalizing problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 1038-1050.
- Zwirs, B. W. C., Burger, H., Schulpen, T. W. J., & Buitelaar, J. K. (2006). Different treatment thresholds in non-Western children with behavioral problems. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 45(4), 476-483.



## Colofon

Financier: Ministerie van Sociale zaken en Werkgelegenheid  
Auteurs: D. Burke, MSc.  
Dr. R. Gilsing  
Em. prof. dr. T. Pels  
Foto omslag: Hollandse Hoogte: Frank Muller  
Uitgave: Kennisplatform Integratie & Samenleving  
p/a Kromme Nieuwegracht 6  
3512 HG Utrecht  
T (030) 230 3260

De publicatie kan gedownload worden via de website van het Kennisplatform Integratie & Samenleving: <http://www.kis.nl>.

ISBN 978-90-5830-911-2

© Verwey-Jonker Instituut, Utrecht 2018.

Het auteursrecht van deze publicatie berust bij het Verwey-Jonker Instituut. Gedeeltelijke overname van teksten is toegestaan, mits daarbij de bron wordt vermeld.  
The copyright of this publication rests with the Verwey-Jonker Institute. Partial reproduction of the text is allowed, on condition that the source is mentioned.

### KENNISPLATFORM INTEGRATIE & SAMENLEVING

#### Kennisplatform Integratie & Samenleving

Kennisplatform Integratie & Samenleving is een programma van het Verwey-Jonker Instituut en Movisie, gefinancierd door het Ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid. KIS doet onderzoek, adviseert en biedt praktische tips en instrumenten over vraagstukken rond integratie, migratie en diversiteit. Deze informatie wordt actief gedeeld met beleidsmakers bij gemeenten en andere overheidsinstellingen,

politici, professionals werkzaam bij maatschappelijke organisaties, migrantenorganisaties en het bedrijfsleven. Doel van het programma is een fundamentele bijdrage te leveren aan een pluriforme en stabiele samenleving.

In het Kennisplatform worden in 2018 diverse onderzoeksprojecten uitgevoerd die betrekking hebben op de integratie en participatie van (nieuwe) vluchtelingen in de Nederlandse samenleving, (zie <http://www.kis.nl/>)

Kennisplatform Integratie & Samenleving is een programma van het Verwey-Jonker Instituut en Movisie

T 030 230 32 60    E [info@kis.nl](mailto:info@kis.nl)    I [www.kis.nl](http://www.kis.nl)

