

VERKENNINGEN IN DE KINDER- EN JEUGDPSYCHIATRIE

EEN BIJDRAGE UIT DE PSYCHIATRISCHE CASUSREGISTERS:

RIJNMOND
ZUID-LIMBURG
NOORD-NEDERLAND

Sjoerd Sytema
Nicole Gunther
Fred Reelick
Marjan Drukker
Bram Pijl
Hedda van 't Land

Trimbos-instituut, 2006

COLOFON

Opdrachtgever
Ministerie van VWS

Financiering
Ministerie van VWS

Projectleiding
Trimbos-instituut, Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid
H. van 't Land
C. de Ruiter
S. Sytema

Auteurs
S. Sytema
N. Gunther
F. Reelick
M. Drukker
B. Pijl
H. van 't Land

Productiebegeleiding
P. Anzion

Vormgeving en druk
Ladenius Communicatie BV

Deze uitgave is te bestellen bij het Trimbos-instituut, via www.trimbos.nl/producten of via de Afdeling bestellingen, Postbus 725, 3500 AS Utrecht, 030-297 11 80; fax: 030-297 11 11; e-mail: bestel@trimbos.nl.
Onder vermelding van artikelnummer AF0691
U krijgt een factuur voor de betaling.

ISBN 90-5253-560-4
ISBN 978-90-5253-560-9

©2006 Trimbos-instituut, Utrecht, The Netherlands

Alle rechten voorbehouden. Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd, opgeslagen in een geautomatiseerd gegevensbestand, of openbaar gemaakt, in enige vorm of op enige wijze, hetzij elektronisch, mechanisch, door fotokopieën, opnamen of op enige andere manier, zonder voorafgaande toestemming van de uitgever.

Voor zover het maken van kopieën uit deze uitgave is toegestaan op grond van art. 16b en 17 Auteurswet 1912, dient men de daarvoor verschuldigde vergoedingen te voldoen aan de Stichting Reprorecht, Postbus 882, 1180 AW Amstelveen. Voor het overnemen van één of enkele gedeelten uit deze uitgave in bloemlezingen, readers of andere compilatiewerken dient men zich tot de uitgever te wenden.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted, in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying or otherwise, without the prior written permission of the publisher.

INHOUD

	Samenvatting	5
1.	Zorgbehoefte en zorggebruik	
1.1	Inleiding	7
1.2	Onderzoeksvragen	9
1.3	Methode van onderzoek	9
1.4	Resultaten	11
1.5	Conclusies	20
2	Langdurige zorgafhankelijkheid	
2.1	Inleiding	23
2.2	Onderzoeksvragen	24
2.3	Methode van onderzoek	24
2.4	Resultaten	27
2.5	Conclusies	30
3	Risicofactoren voor GGZ-gebruik bij kinderen	
3.1	Inleiding	33
3.2	Onderzoeksvragen	33
3.3	Methode van onderzoek	34
3.4	Resultaten	36
3.5	Conclusies	38
	Bronnen	41
Bijlage 1	De organisatie van het huidige onderzoek	45
Bijlage 2	Bevolkingsaantallen en GGZ-voorzieningen	47
Bijlage 3	Kostenmodel voor berekening zorgconsumptie	49
Bijlage 4	Gegevens deelonderzoeken hoofdstuk 3	51

SAMENVATTING

Dit rapport richt zich op de kinder- en jeugdpsychiatrie. Resultaten van drie verkennende studies worden gepresenteerd die antwoord geven op de volgende onderzoeksvragen:

- Komen jongeren die geestelijke gezondheidszorg (GGZ-zorg) nodig hebben ook daadwerkelijk in zorg of is er sprake van onderbehandeling?
- Hoeveel jongeren, die door de GGZ worden behandeld, worden uiteindelijk langdurig zorgafhankelijk?
- Welke risicofactoren uit de vroege jeugd verhogen de kans om met de GGZ in aanraking te komen?

Zorggebruik versus zorgbehoefte

In dit rapport wordt geschat dat zeker 7 procent van de jongeren jaarlijks behoefte heeft aan GGZ-zorg. Daarnaast wordt 10-15 procent van de jongeren als risicogroep aangemerkt. Jaarlijks maakt echter slechts 2,5 procent van de jongeren gebruik van de GGZ (berekend over de jaren 2001 en 2002). Dit percentage is aanzienlijk lager dan het aantal jongeren (7 procent) dat behoefte heeft aan GGZ-zorg. Mogelijk is er dus sprake van onderbehandeling. Een groep van circa 4-5 procent jeugdigen wordt jaarlijks niet behandeld, terwijl zij dit waarschijnlijk wel nodig hebben. Een reden zou kunnen zijn dat problemen van jeugdigen nog onvoldoende herkend worden (door de jeugdigen zelf, de ouders, de leerkrachten op school of door de behandelaars in de eerste lijn). Maar ook de capaciteit van de kinder- en jeugdpsychiatrie zou te gering kunnen zijn. Of de psychische problemen onder jongeren de laatste jaren toenemen is niet duidelijk, al zijn er uit buitenlands onderzoek wel aanwijzingen voor. Duidelijk is wel dat gedragsstoornissen of psychische problemen in de jeugd sterk doorwerken in de volwassenheid. Vroegtijdige behandeling heeft dus een preventieve werking op zowel het ontstaan van psychische problemen als ook op het algemene functioneren op volwassen leeftijd.

De behoefte aan GGZ-zorg werd geschat op basis van epidemiologisch bevolkingsonderzoek. Contact met hulpverleners van GGZ voorzieningen werd bepaald op basis van de gecombineerde database van de Psychiatrische Casusregisters (PCR's): Rijnmond, Noord-Nederland en Zuid-Limburg over de jaren 2001 en 2002. Ook de variatie in kosten van verschillende typen zorggebruik en de interregionale verschillen werden belicht.

Zorgafhankelijkheid

Uit het onderzoek komt naar voren dat ongeveer 3 per 1000 jongeren in de leeftijd van 6-19 jaar langdurig zorgafhankelijk is. Van alle jongeren die op jaarbasis voor het

eerst GGZ-zorg krijgen, wordt circa 8 procent uiteindelijk langdurig zorgafhankelijk. Het merendeel (89 procent) krijgt uitsluitend ambulante zorg. Dit wijkt af van de situatie onder volwassenen: het percentage langdurig zorgafhankelijke volwassenen dat intra- en semimurale zorg krijgt is veel groter (circa 40 procent).

Bij de bepaling van de prevalentie van langdurige zorgafhankelijkheid werd gebruik gemaakt van gegevens over de jaren 1993 tot en met 1998 van de PCR's Rijnmond en Drenthe.

Risicofactoren

Uit het onderzoek komt naar voren dat kinderen die in contact komen met de GGZ vaker uit risicogezinnen (zoals: één-ouder gezinnen; gezinnen met een ouder met psychische problemen) komen dan kinderen die dat niet doen. Verder blijkt dat de sociaal-economische status van de buurt van invloed is. Het risico op het GGZ-gebruik van kinderen is het grootst in buurten met een lage sociaal-economische status, waar de bewoners weinig vertrouwen in elkaar hebben. Naast deze psychosociale omgevingskenmerken, spelen ook factoren een rol die te maken hebben met de ontwikkeling van het kind. Het gaat hier dan met name om verschillen in de psychosociale ontwikkeling en ontwikkelingen op het gebied van spraak en motoriek. Deze verschillen komen niet alleen naar voren wanneer kinderen die in aanraking komen met de GGZ worden vergeleken met hun controles, maar ook wanneer zij worden vergeleken met hun broertjes en/of zusjes. Zo vertonen kinderen die in contact komen met de GGZ vaker externaliserend gedrag (bijvoorbeeld hyperactief, agressief gedrag), en is dit gedrag in vergelijking met hun broertjes en/of zusjes niet alleen ernstiger, maar komt het ook op een jongere leeftijd tot uitdrukking. Veel risicofactoren - zowel op het niveau van het kind, het niveau van het gezin als het niveau van de buurt - zijn te beïnvloeden. Denk bijvoorbeeld aan begeleiding van ouders met kinderen met een gedragsstoornis of aan projecten om de leefbaarheid in probleemwijken te verhogen. Aanbevolen wordt om veel meer te doen aan preventie en aan preventie-onderzoek (zoals naar het effect van preventieve interventies).

De onderzoeksvraag - welke risicofactoren de kans verhogen om met de GGZ in aanraking te komen - werd beantwoord op basis van een onderzoek onder kinderen in de regio Maastricht. Gegevens van het PCR Zuid-Limburg en de GGD zuidelijk Zuid-Limburg werden hiervoor geanalyseerd. In het onderzoek werd gebruik gemaakt van gegevens over kinderen die door de GGD zijn vastgelegd in het Preventief Gezondheids Onderzoek (PGO). Een analyse van risicofactoren vond plaats door kinderen die in de GGZ worden behandeld te vergelijken met hun broertjes en/of zusjes en met een controle groep, die niet in contact is geweest met de GGZ.

1 ZORGBEHOEFTE EN ZORGGEBRUIK

1.1 INLEIDING

Drie factoren zijn van invloed op het gebruik van GGZ voorzieningen door jongeren en de trends die zich daar in een reeks van jaren voordoen:

- *Zorgbehoefte*
- *Zorgvraag*
- *Behandelaanbod*

Of behoefte aan zorg daadwerkelijk uitmondt in GGZ-gebruik is afhankelijk van een drietal *filters* (analoog aan het model van Goldberg en Huxley ¹). Aan elk filter zijn meerdere *actoren* verbonden:

- 1) Ouders vormen het eerste filter; zij ervaren problemen bij hun kind en beslissen om daarvoor wel of geen professionele hulp te zoeken. Adolescenten kunnen dit overigens zelf besluiten. Leerkrachten kunnen eveneens tot dit filter worden gerekend. Ook zij kunnen gedragsproblemen signaleren en daarover in overleg treden met de ouders.
- 2) Het tweede filter is in de regel de huisarts. Deze beslist over zelf behandelen of doorverwijzen naar de jeugd GGZ. Met het in werking treden van de Wet op de Jeugdzorg ² is het de bedoeling dat verwijzing naar de jeugd GGZ via Bureau Jeugdzorg (BJZ) gaat verlopen. Dit kan in de praktijk betekenen dat het BJZ als extra filter gaat fungeren, waardoor de aanmelding bij de GGZ mogelijk vertraging zal oplopen.
- 3) Het derde (of straks vierde) filter is de jeugd-GGZ. Hier wordt beoordeeld of het probleem ernstig genoeg is voor behandeling. Zo niet, dan volgt terugverwijzing naar de huisarts (of het BJZ).

Bij de werking van elk filter spelen diverse factoren een rol. Wij zullen daar niet al te diep op ingaan, omdat gericht onderzoek daarnaar grotendeels ontbreekt. Wel kunnen enkele eigenschappen van deze filters worden afgeleid uit epidemiologisch onderzoek.

Filter 1: de ouders

Het is allereerst van belang dat ouders inzien dat behandeling door de jeugd-GGZ nodig is als een jongere problemen heeft. Ouders weten echter niet altijd waar hun kinderen last van hebben. In een aantal studies, waarin vragenlijsten werden ingevuld door de jongeren zelf en hun ouders en/of een leerkracht, bleek bijvoorbeeld dat de overeenstemming tussen ouders, kinderen en leerkrachten over het

probleemgedrag van een kind in de regel gering was.^{3,4} Dit zou kunnen wijzen op de contextafhankelijkheid van problematisch gedrag (lastig thuis, maar niet op school of andersom). In het onderzoek van Verhulst en anderen (1997) blijkt dat ouders bij hun kind vaker een angststoornis waarnemen dan het kind zelf (dit geldt vooral voor fobieën).³ Aan de andere kant geven kinderen zichzelf een hogere score op schalen die gedragsstoornissen en misbruik van middelen meten dan hun ouders. Kennelijk zien of weten de ouders dit in veel gevallen niet.

Filter 2: de huisarts/ BJZ

Het goed inschatten van de ernst van psychische problemen door de huisarts of BJZ is van wezenlijk belang. Als problemen onvoldoende worden herkend, dan wordt ten onrechte niet verwezen naar de GGZ. De wijze van screening op psychische problemen is op dit moment nog niet gestandaardiseerd: ieder BJZ doet dat op een eigen manier. Er wordt nog vrijwel geen gebruik gemaakt van gestandaardiseerde screeningsinstrumenten. Het Trimbos-instituut heeft voor het BJZ een kort en schriftelijk af te nemen screeningsinstrument ontwikkeld om psychische stoornissen te signaleren: de SPSy. Ondanks de grote zorgvuldigheid waarmee medewerkers van het BJZ te werk gaan, is het niet altijd mogelijk om in een relatief kort tijdsbestek met betrekkelijk weinig middelen tot een goede besluitvorming te komen. De besluitvorming van het BJZ is zeer bepalend voor het al dan niet ingaan van een behandeltraject door cliënten. Zorgvuldigheid hierbij is van groot belang.

Filter 3: de jeugd-GGZ

Wat betreft het derde filter - de toegang tot de jeugd-GGZ - ligt het in de rede te veronderstellen dat de ernst van de problematiek van het kind de bepalende factor is. Maar dat is lang niet altijd het geval. Ook aspecten gerelateerd aan het zorgaanbod of een lange wachtlijst (waardoor verwijzers minder geneigd kunnen zijn om te verwijzen of waardoor een instelling een voorlopige opnamestop afkondigt) blijken een rol te spelen. De inspectie voor de gezondheidszorg en de inspectie voor de Jeugdzorg concludeerden in september 2006 dat de geestelijke gezondheidszorg voor jongeren beter moet. Volgens de twee instanties schiet de hulp voor jongeren met problemen vaak te kort of komt te langzaam op gang. Belangrijkste oorzaak zou de slechte samenwerking tussen Bureau Jeugdzorg en de jeugd-GGZ zijn. In de praktijk zouden de twee organisaties elkaar onvoldoende op de hoogte houden.

1.2 ONDERZOEKSVRAGEN

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op twee onderzoeksvragen met per vraag een aantal subvragen:

- Hoeveel jongeren hebben behoefte aan GGZ-zorg?
 - Is het aantal jongeren met problemen de afgelopen decennia toegenomen?
 - In hoeverre werken psychische en gedragsproblemen uit de jeugd door op volwassen leeftijd?
- Hoeveel jongeren doen een beroep op de GGZ?
 - Zijn er regionale verschillen in GGZ-gebruik en kosten?
 - Is er sprake van sekse- en leeftijdsverschillen in GGZ-gebruik?
 - Op welk vorm van GGZ-zorg (ambulant, intra- en extramuraal) doen jeugdigen vooral een beroep?

1.3 METHODE VAN ONDERZOEK

Het meten van zorgbehoefte en zorggebruik

Zorgbehoefte

Zorgbehoefte wordt in dit onderzoek niet direct gemeten, maar wordt afgeleid. De prevalentie van het aantal jeugdigen met een hoge score op een diagnostisch instrument of van het aantal jeugdigen dat voldoet aan de criteria van een research diagnose, wordt in dit onderzoek gehanteerd als indicator van de behoefte aan zorg. Prevalentie schattingen op basis van epidemiologisch bevolkingsonderzoek worden vaak gebruikt als indicator van zorgbehoefte. Verondersteld wordt dat mensen die scoren in de 'klinische range' van een diagnostisch instrument waarschijnlijk een gedrags- of psychische stoornis hebben. Ook worden gestandaardiseerde diagnostische interviews toegepast, die een diagnostische classificatie (zoals de DSM-IV) genereren.

We kunnen niet zonder meer ervan uitgaan dat deze veronderstelde behoefte impliceert dat behandeling in de GGZ geïndiceerd is. Dat hangt af van de mate waarin de psychische problemen tot beperkingen in het dagelijks leven leiden. In veel gevallen blijken mensen met een hoge score op een diagnostisch instrument en psychische klachten, toch goed te kunnen functioneren. In dat geval lijkt behandeling in de GGZ (nog) niet nodig. Maar als er naast een diagnose tevens sprake is van beperkingen in het dagelijkse leven, dan veronderstellen wij dat zorg wel geïndiceerd is.⁵

Zorggebruik

Het gebruik van GGZ voorzieningen wordt geschat met behulp van de database van de drie PCR's over de jaren 2001 en 2002. Dit zijn de meest recente cijfers die in de PCR's beschikbaar zijn.

TABEL 1.1: OVERZICHT VAN ALGEMEEN REPRESENTATIEF EPIDEMIOLOGISCH ONDERZOEK NAAR PSYCHISCHE PROBLEMEN ONDER JEUGDIGEN IN NEDERLAND (UIT: BRANCHERAPPORT GGZ-MZ).⁶

	Instrument	Peiljaar	Doelgroep	Uitvoering
Peilstation onderzoeken onder scholieren	Middelengebruik SDQ	Sinds 1984 (a) in 2003	Scholieren 11 tot 18 jaar	Trimbos-instituut; Regionale GGD'en
HBSC-studie	YSR	2002		Trimbos-instituut; Universiteit Nijmegen,
HBSC-studie	SDQ	2005	Scholieren 11 tot 16 jaar	Universiteit Utrecht
Verhulst e.a.(1997)	CBCL YSR	1994	4 tot 18 jaar	Erasmus MC Sophia Kinderziekenhuis;
TRAILS-studie	CBCL YSR	Sinds 2001	10 tot 12 jaar (b)	Rijksuniversiteit Groningen (RUG);
				Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis en
				Trimbos-instituut.
Het Nederlands Tweelingen Register (NTR) (c)	CBCL	Sinds 1987	Tweelingen	Vrije Universiteit
Generation R			Kinderen uit Rotterdam geboren in de periode 2001 tot 2005	Erasmus MC-Sophia Kinderziekenhuis

SDQ = *Strenghts and Difficulties Questionnaire*⁸

CBCL = *Child Behavior Checklist*⁹

YSR = *Youth Self Report*⁹

(a) 2003 is het eerste jaar dat psychische klachten in de Peilstation onderzoeken zijn meegenomen. Sinds 1984 is naar het middelengebruik van scholieren gevraagd.

(b) De eerste meting is in de leeftijdsgroep 10 tot 12 jaar. De kinderen zullen tot hun 24e elke twee jaar gevolgd worden.

(c) Het NTR bestaat uit een register voor adolescente en volwassen tweelingen (12 jaar en ouder) en uit een gedeelte voor jonge tweelingen (jonger dan 12 jaar). Aan de ouders van de kinderen wordt vanaf de geboorte elke twee jaar een vragenlijst toegestuurd.

1.4 RESULTATEN

1.4.1 ZORGBEHOEFTE

Epidemiologisch onderzoek

In het Brancherapport GGZ-MZ wordt een overzicht gepresenteerd van epidemiologisch onderzoek naar psychische problemen onder jeugdigen in Nederland (zie tabel 1.1)⁶.

Een aantal van deze epidemiologische studies is geschikt voor het afleiden van zorgbehoefte van jongeren, zoals bijvoorbeeld de Health Behaviour School-aged Children (HBSC-studie)⁷ studie en de studie van Verhulst en anderen, Erasmus Universiteit Rotterdam^{3,12}. Beide studies worden in het onderstaande kort toegelicht.

HBSC-studie

In de HBSC-studie wordt een diagnostisch instrument afgenomen waarmee vastgesteld kan worden of iemand een score in het klinische gebied, het grensgebied of het normale gebied heeft. Een score in het klinische gebied duidt op een ernstige psychische stoornis, waar professionele hulp voor nodig zou kunnen zijn. De HBSC-studie is een internationaal onderzoek, waaraan inmiddels 36 landen meedoen (waaronder Nederland). Op de peildatum 2002 werd een internationaal veel gebruikt instrument afgenomen dat probleemgedrag meet zoals jongeren dat zelf inschatten: de Y(outh) S(elf) R(eport). Tabel 1.2 geeft een overzicht van het aantal jongens en meisjes dat volgens de HBSC-studie een score in het klinische gebied heeft (peildatum 2002).

**TABEL 1.2: JONGEREN IN HET KLINISCHE GEBIED OP DE YOUTH SELF REPORT
(%, BASIS- EN VOORTGEZET ONDERWIJS, N=7556: HBSC-STUDIE)⁷**

	% jongeren in klinisch gebied		
	jongens	Meisjes	Totaal
<i>Totale probleem score</i>	12.7	*14.7	13.7
<i>Internaliserend gedrag</i>	13.1	12.4	12.7
Teruggetrokken	3.1	2.5	2.8
Lichamelijke klachten	5.5	5.0	5.3
Angstig/depressief	5.1	4.3	4.7
<i>Externaliserend gedrag</i>	11.6	10.9	11.3
Delinquent gedrag	4.7	4.6	4.6
Agressief gedrag	3.7	2.1	2.9
<i>Ander probleemgedrag</i>			
Sociale problemen	3.4	2.8	3.1
Denkproblemen	7.0	7.8	7.4
Aandachtsproblemen	3.0	*2.1	2.6

* $p < .05$

In Tabel 1.2 worden resultaten gepresenteerd van jongeren in de leeftijd van 11-17 jaar. Bijna 15 procent van de meisjes en 13 procent van de jongens heeft een score in het klinische gebied. Wordt het grensgebied erbij genomen, dan komt daar nog eens 7 procent bij. Dus rond de 20 procent van de jongeren heeft een stoornis in het klinische of daaraan grenzende gebied. Het gaat in hoofdzaak om internaliserend en externaliserend probleemgedrag.

Studie van Verhulst en anderen (1997)

De studie van Verhulst en anderen (1997) is wat ouder (1997) en er zijn meer diagnostische instrumenten afgenomen.³ De studie is in twee fasen uitgevoerd (fase 1: screeningsfase; een selectie ontvangt fase 2: een interview). Een steekproef uit de algemene bevolking is getrokken, representatief voor de 13-18 jarigen. In fase 2 is de Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC) afgenomen, gebaseerd op de DSM-III-R criteria. De DISC heeft één versie die wordt afgenomen bij een ouder (DISC-P) en één versie die wordt afgenomen bij de jeugdige zelf (DISC-C). Het onderzoek laat zien dat beide versies ongeveer dezelfde prevalentie van DSM-III-R diagnoses opleveren (21,8 procent heeft een stoornis op de DISC-P en 21,5 procent op de DISC-C). Echter, de overlap is zeer gering (slechts 4 procent heeft een stoornis op zowel de DISC-P als de DISC-C, terwijl maar liefst 35,5 procent een stoornis heeft op één van de twee instrumenten). Ouders en kinderen verschillen dus in hun beleving van het probleemgedrag van de kinderen. In de inleiding van dit hoofdstuk is dit punt al aan de orde gesteld.

Zowel in de HBSC-studie als in de studie van Verhulst en anderen wordt een percentage van rond de 20 procent gevonden van jongeren met een gediagnosticeerde psychische stoornis. Maar niet zonder meer mag geconcludeerd worden dat deze jongeren ook behoefte aan zorg in de GGZ hebben. Dat hangt af van de ernst van de beperkingen die jongeren ervaren als gevolg van hun psychische problemen. Naast de diagnose, werden in het onderzoek van Verhulst en anderen ook beperkingen gemeten met de Children's Global Assessment Scale (CGAS). Dit kan als een ernstscore beschouwd worden, waarbij een cutoff score van 61 of lager een 'zekere' stoornis weergeeft, een cutoff score van 71 een 'mogelijke' stoornis.

De gevonden prevalenties waren respectievelijk 7,3 procent (zekere stoornis) en 15,3 procent (zekere stoornis + mogelijke stoornis). Deze percentages werden bepaald op basis van het interview met ouders. De CGAS werd ook bij de kinderen afgenomen. Daarin werden vrijwel dezelfde percentages gevonden.

Samenvattend

Op basis van de hier gepresenteerde cijfers mag geconcludeerd worden dat op zijn minst 7 procent van de jongeren zodanig ernstige problemen heeft dat professionele hulp in de GGZ wenselijk zou zijn. Daarnaast is er een omvangrijke groep jongeren (naar schatting 10-15 procent) die een risicogroep vormt. Uit de HBSC-studie blijkt dat

de problemen toenemen met de leeftijd. De genoemde percentages zullen dus iets lager zijn bij leerlingen op de basisschool en iets hoger bij leerlingen aan het einde van de middelbare school. Uit hetzelfde onderzoek blijkt verder dat het probleemgedrag hoger is onder leerlingen op het vmbo/ mavo dan onder vwo leerlingen.

1.4.2 TOENAME PROBLEMEN

De volgende vraag is of het aantal jongeren met psychische problemen toeneemt. Aan de hand van resultaten van drie studies is dit onderzocht.

Studie Collishaw et al.

In een recente fraaie Engelse studie werd voor een periode van 25 jaar een schatting gemaakt van de prevalentie van gedragsproblemen, hyperactiviteit en emotionele problemen onder 15 en 16 jarigen.¹⁰ Er werd gebruik gemaakt van drie verschillende cohorten waarbij dezelfde of zeer vergelijkbare meetinstrumenten (schalen van Rutter, vergelijkbaar met de huidige Strength and Difficulties Questionnaire; SDQ) werden afgenomen. Het betrof twee geboortecohorten van alle Engelse kinderen geboren in één week in respectievelijk 1958 (N = 10449), 1970 (N = 7293) en een steekproef uit 1999 van 10000 kinderen in de leeftijd van 5-15 jaar. De twee geboortecohorten worden nog steeds gevolgd. Met behulp van de data van deze drie cohorten werd de prevalentie van gedragsproblemen, hyperactiviteit en emotionele problemen bepaald van 15 en 16 jarigen in respectievelijk 1974, 1986 en 1999.

Een significante stijging werd vooral waargenomen voor gedragsstoornissen. Er werden geen sekseverschillen gevonden. Het aantal jongeren met ernstige gedragsproblemen (een score boven een bepaald afkappunt op de schaal) verdubbelde in deze periode van 7 procent naar 15 procent. Emotionele problemen namen alleen significant toe in de periode 1986-1999, maar niet in de periode daarvoor. Ook deze stijging deed zich voor bij zowel jongens als meisjes. Hyperactiviteit liet een minder duidelijke stijging zien. Overigens is de overlap tussen deze stoornissen hoog. Iemand met een gedragsstoornis had in 1974 een 5,6 keer zo grote kans (odds ratio) om tevens hyperactiviteit te vertonen. In 1999 was deze kans gestegen tot 12,7. Dit wijst erop dat ook nog eens de complexiteit van de problemen lijkt te zijn toegenomen.

Studie Achenbach et al.

Ook Achenbach en anderen hebben in de Verenigde Staten onderzocht in hoeverre emotionele en gedragsproblemen toenemen. Zij vergeleken drie steekproeven uit respectievelijk 1976, 1989 en 1999.¹¹ Uit elk cohort werden 760 gevallen in de analyse meegenomen die op een aantal factoren waren gematched. Van de 120 items van de CBCL (door de ouders gecoörd) werden 114 geanalyseerd. De items meten een reeks van emotionele en gedragssyndromen. De in de steekproeven gemeenschappelijke leeftijdsgroep was die van 7-16 jaar. Gevonden werd dat de gemiddelde 'totale

probleemscore' significant steeg tussen 1976 en 1989, maar tussen 1989 en 1999 weer iets daalde. Toch was de gemiddelde totale probleemscore in 1999 nog steeds significant hoger dan de score in 1976.

Studie Verhulst et al.

In Nederland is er één studie bekend waarin de toename van psychische problemen werd gemeten (Verhulst et al., 1997).¹² In deze studie waren er twee meetmomenten: één steekproef in 1983 (N = 2076) en een vergelijkbare steekproef in 1993 (N = 2238). Beide steekproeven bestonden uit jongeren in de leeftijd van 4-16 jaar. Psychische problemen werden gemeten met de CBCL (zowel de ouder- als de leerkracht-versie). Uit het onderzoek bleek dat er geen sprake is van een dramatische toename van gedrags- en emotionele problemen. Een beperking van deze studie was dat er geen kinderen van allochtone ouders werden ondervraagd. Het verdient de aanbeveling om een nieuwe vergelijkbare steekproef te trekken om de trend in de periode van 1993 tot heden in kaart te brengen.

Samenvattend

De conclusies die op basis van deze bevindingen kunnen worden getrokken zijn niet eenduidig. In de Verenigde Staten lijken psychische problemen onder jongeren toe te nemen tot ongeveer 1990, maar nemen sinds die tijd weer enigszins af. In Engeland, daarentegen, lijken de problemen ook in het laatste decennium van de vorige eeuw nog steeds toe te nemen. In Nederland werd geen toename van problemen gevonden. Inzicht ontbreekt in de trend van de afgelopen tien jaar.

Door eenzijdig naar de mogelijk groeiende groep jongeren met problemen te kijken kan gemakkelijk het beeld ontstaan dat het met de jongeren in het algemeen slechter gaat. Maar die conclusie kan niet zonder meer worden getrokken. Zo formuleerde Fergusson (2001) de hypothese dat mogelijkerwijs zowel het aantal probleemgevallen onder jongeren zou kunnen toenemen, als het aantal jongeren dat zeer goed functioneert.¹³ Deze tendens zou in de CBCL te zien zijn als de spreiding op deze schaal (de standaard-deviatie) in de tijd groter wordt. Die grotere spreiding zou het gevolg zijn van zowel een hoger percentage dat laag scoort als een hoger percentage dat hoog scoort. Zowel de hier besproken Engelse en de Amerikaanse onderzoeken lijken deze tendens te bevestigen, maar meer onderzoek en analyse zijn nodig.

1.4.3 GEVOLGEN OP VOLWASSEN LEEFTIJD

Van belang is ook de vraag welke gevolgen psychische en gedragsstoornissen op jeugdige leeftijd hebben op het latere functioneren. Aan de hand van resultaten van drie studies is dit onderzocht.

Studie Collishaw et al.

Gevonden werd dat internaliserende en externaliserende gedragsstoornissen op jeugdige leeftijd sterk doorklinken in het functioneren van een volwassene op 30 jarige leeftijd. Dit gold tevens voor sociaal-economische status (werkloosheid, afhankelijkheid van een uitkering) en gezondheid. In een geboortecohort uit 1958 werd gevonden dat het aantal volwassenen met multiple (vier of meer) problemen op dertig jarige leeftijd 5,4 procent bedroeg als er geen gedragsstoornissen gemeten werden in de adolescentie. Indien dit wel het geval was, bedroeg het percentage 17,2 procent (OR=3,6; $p < 0.001$). In een geboortecohort uit 1986 werden vergelijkbare cijfers gevonden (respectievelijk 5,7 procent en 18,2 procent; OR=3,7; $p < 0.001$).

Multidisciplinary Health and Development Study

In een andere studie (de Dunedin Multidisciplinary Health and Development Study, 2003), werd een geboortecohort uit 1972 regelmatig ondervraagd. De laatste meting waarover gerapporteerd werd, vond plaats op 26 jarige leeftijd (N=980; 96 procent van het oorspronkelijke nog levende cohort).¹⁴ Gevonden werd dat maar liefst de helft van de respondenten die op 26 jarige leeftijd gediagnosticeerd werd met een psychische stoornis, ook reeds op 11 of 15 jarige leeftijd gediagnosticeerd werd met een psychische stoornis (beiden vastgesteld met de Diagnostic Interview Schedule; DIS). Opvallend was dat een significant verhoogd niveau van gedragsstoornissen en/of oppositioneel afwijkend gedrag in de jeugd gevonden werd in alle onderscheiden diagnostische categorieën, zoals die vastgesteld werden op volwassen leeftijd. Het aantal met afwijkend gedrag in de jeugd varieerde per type stoornis tussen de 25 procent en de 60 procent. Gedragsstoornissen en/of oppositioneel afwijkend gedrag lijkt dus een generieke risicofactor te zijn voor psychische stoornissen op volwassen leeftijd. De auteurs concluderen dat met name het vroegtijdig behandelen van gedragsstoornissen in de jeugd mogelijk een belangrijke preventieve werking zou kunnen hebben op het ontstaan van psychische stoornissen op volwassen leeftijd (zie ook hoofdstuk 3).

Studie Verhulst et al.

In deze studie werd een steekproef uit 1983 van 4-16 jarigen regelmatig opnieuw ondervraagd. De laatste meting, waarover gerapporteerd werd, vond plaats in 1997.¹⁵ Onderzocht werd in hoeverre de via de ouders gerapporteerde problemen (CBCL-scores) van jongeren in de eerste meting een voorspellende waarde hadden op het al dan niet voldoen aan de criteria van een DSM-IV diagnose veertien jaar later.

Dit laatste werd vastgesteld op basis van de Composite International Diagnostic Interview (CIDI).¹⁶ Het cohort is dan jong volwassenen (18-30 jaar). Gevonden werd dat mannen met een normale CBCL score als kind in 15,5 procent van de gevallen een DSM-IV diagnose toegekend kreeg als jong-volwassene. Als er sprake was van een verhoogde CBCL score, was dit percentage 21,6 procent. Dit verschil was echter niet significant.

Vergelijkbare percentages werden gevonden bij vrouwen: respectievelijk 22,1 procent en 33,8 procent. Hier was het verschil echter wel significant ($p < .05$).

Samenvattend

Geconcludeerd kan worden dat gedragsstoornissen in de jeugd niet alleen in die periode tot problemen leiden, maar dat deze problemen doorwerken in het verdere leven. De maatschappelijk kosten van gedragsproblemen in de jeugd kunnen op langere termijn aanzienlijk zijn. Mensen hebben als volwassene een grotere kans om werkloos te zijn, afhankelijk te zijn van een uitkering en zij hebben een grotere zorgconsumptie.^{10,14} Een eventuele toename van gedragsproblemen onder jongeren zal deze nadelige lange termijn effecten alleen maar vergroten.

Het ligt in de rede te veronderstellen dat het behandelen van gedragsproblemen van adolescenten de kans op problemen in de volwassen leeftijd zou kunnen voorkomen of verminderen. In termen van maatschappelijk kosten zou vroegtijdig ingrijpen derhalve zeer profijtelijk kunnen zijn. Een onderzoek naar de effectiviteit van behandelingen van gedragsstoornissen van jongeren valt buiten het kader van dit rapport. Er zijn echter niet of nauwelijks studies uitgevoerd naar de lange termijn. In een Engelse studie werd wel bepaald wat het attributief (of toeschrijfbaar) risico is van gedragsstoornissen op bijvoorbeeld de afhankelijkheid van een uitkering. Dit risico nam toe van 8 naar 11 procent. Concreet betekent dit dat de afhankelijkheid van een uitkering in 11 procent van de gevallen toe te schrijven was aan gedragstoornissen tijdens de adolescentie. Voor de multiple probleem index (4 of meer problemen) steeg het attributief risico van 13 naar 19 procent.

1.4.4 HET GEBRUIK VAN GGZ VOORZIENINGEN DOOR JONGEREN

In het voorgaande is op basis van gerapporteerde bevindingen uit epidemiologisch onderzoek een inschatting gemaakt van de behoefte aan GGZ-zorg onder jongeren. Met behulp van het databestand van drie PCR's in Nederland werd vastgesteld hoeveel jongeren een beroep doen op GGZ voorzieningen in de jaren 2001 en 2002. In Bijlage 2 wordt een overzicht gegeven van bevolkingsaantallen en aanwezige voorzieningen in de verschillende regio's.

Sekse- en leeftijdverschillen

Tabel 1.3 laat de prevalentie cijfers zien van jongeren die jaarlijks contact hebben met GGZ voorzieningen (per 1000 van de betreffende bevolkingsgroep). De hoogste prevalentie werd gevonden in Noord Nederland, de laagste in Maastricht. In totaal had 3 procent van de jongens en 2 procent van de meisjes in 2001 en 2002 contact met de GGZ (onderste rij van Tabel 1.3). In de leeftijd van 0-12 jaar hadden minder meisjes (1,2 procent) dan jongens (2,9 procent) contact met de GGZ. Dit verschil

verdween in de leeftijdsgroep van 13-19 jaar. In deze leeftijdsgroep maakte rond 3 procent van de jongens en meisjes gebruik van de GGZ. Een mogelijke verklaring is dat meisjes relatief vaker lijden aan angst- en stemmingsstoornissen die hun oorsprong hebben in oorspong vaak in de adolescentie.¹⁰ Jongens hebben relatief vaker gedragsproblemen die zich al op zeer jonge leeftijd kunnen openbaren. In Rijnmond en Maastricht nam het aantal jongeren dat een beroep doet op de GGZ in 2001 en 2002 niet wezenlijk toe. In de Noordelijke regio was er sprake van een lichte toename (van 2,5 procent naar 2,8 procent).

TABEL 1.3: HET PERCENTAGE JONGEREN DAT JAARLIJKS CONTACT HEEFT MET GGZ VOORZIENINGEN IN DE DRIE PCR-REGIO'S (NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT)

PCR	Leeftijd	2001 (%)			2002 (%)		
		jongen	meisje	Gemiddeld	jongen	meisje	Gemiddeld
Noord	0-12	3.1	1.3	2.2	3.4	1.4	2.4
Nederland	13-19	3.2	3.1	3.2	3.5	3.6	3.6
	Gemiddeld	3.1	1.9	2.5	3.5	2.2	2.8
Maastricht	0-12	1.3	0.5	0.9	1.3	0.6	1.0
	13-19	2.2	2.5	2.4	2.1	2.5	2.3
	Gemiddeld	1.7	1.3	1.5	1.6	1.3	1.5
Rijnmond	0-12	2.8	1.2	2.0	2.8	1.2	2.0
	13-19	2.7	2.9	2.8	2.6	2.9	2.8
	Gemiddeld	2.8	1.8	2.3	2.7	1.8	2.3
Totaal	0-12	2.9	1.2	2.1	3.1	1.3	2.3
	13-19	3.0	3.0	3.0	3.1	3.2	3.2
	Gemiddeld	2.9	1.8	2.4	3.1	2.0	2.6

Tabel 1.4 geeft een overzicht van het aantal jongeren dat in 2002 voor het eerst in zorg was (de incidentie). “Voor het eerst” is hier geoperationaliseerd als: niet in zorg in de twee voorgaande jaren (2000 en 2001), maar mogelijk wel in de jaren daarvoor.¹ De resultaten laten zien dat de incidentie hetzelfde patroon heeft als de prevalentie. Bij jongens was de incidentie rond 1,5 procent in beide leeftijdsgroepen. Bij meisjes was de incidentie in de leeftijd van 0 tot 12 jaar wederom lager (0,8 procent) dan in de leeftijd van 12 tot 19 jaar (1,8 procent). In de oudste leeftijdscategorie was de incidentie van meisjes hoger dan van jongens, terwijl de prevalentie vrijwel gelijk was.

¹ Deze definitie is gekozen om een zuivere vergelijking tussen de PCR's mogelijk te maken. In het PCR-Noord Nederland kunnen we niet verder terugkijken dan begin 2000 (aanvang dataverzameling).

TABEL 1.4: HET PERCENTAGE JONGEREN DAT IN 2002 NIEUW IN ZORG WAS IN DE DRIE PCR REGIO'S (NAAR LEEFTIJD EN GESLACHT)

PCR	Leeftijd	2002 (%)		
		jongen	meisje	Gemiddelde
Noord Nederland	0-12	1.6	0.8	1.2
	13-19	1.4	1.9	1.7
	Gemiddelde	1.6	1.2	1.4
Maastricht	0-12	0.6	0.3	0.5
	13-19	1.2	1.6	1.4
	Gemiddelde	0.8	0.8	0.8
Rijnmond	0-12	1.3	0.7	1.0
	13-19	1.3	1.6	1.4
	Gemiddelde	1.3	1.0	1.1
PCR's gezamenlijk	0-12	1.5	0.8	1.1
	13-19	1.4	1.8	1.6
	Gemiddelde	1.4	1.1	1.3

Het belangrijkste verschil tussen de PCR regio's is het relatief geringe aantal kinderen van 0-12 jaar uit de Maastrichtse populatie dat in de GGZ werd behandeld. Ook waren in Maastricht de prevalentie en de incidentie van de 13-19 jarigen lager. Dit verschil was in vergelijking met de andere register regio's geringer. Voor een deel kan dit verklaard worden door het ontbreken van een polikliniek voor kinderen in Maastricht. De regio's Rijnmond en Noord Nederland beschikken ieder over een relatief grote polikliniek. In de andere regio's in Nederland is, evenals in Maastricht, alleen een jeugdteam van de RIAGG beschikbaar (al dan niet als onderdeel van een gefuseerde GGZ instelling). In die regio's zullen de prevalentie en incidentie cijfers mogelijk dichter bij de Maastrichtse dan die van Noord-Nederland en Rijnmond liggen.

Vormen van zorg: ambulant, intra- en extramuraal

Jongeren kunnen gedurende een jaar afwisselend meer en minder intensieve vormen van zorg ontvangen. Er worden drie vormen van zorg onderscheiden: ambulant, intra- en extramuraal. Intramurale zorg - opname in een kliniek - wordt beschouwd als de meest intensieve vorm van zorg, gevolgd door dagbehandeling en daarna extramurale zorg. Sommige jongeren krijgen een combinatie van vormen van zorg. In dit onderzoek werden patiënten ingedeeld op basis van de meest intensieve zorg die zij in 2002 kregen. Een jongere die in 2002 opgenomen was (intramurale zorg) en daarnaast ook ambulante hulp of dagbehandeling kreeg, werd geschaard onder de categorie 'intramurale zorg'. Tabel 1.5 laat zien dat het merendeel van de patiënten ambulante zorg ontving. Een klein aantal ontving intramurale zorg (3,7 procent) of dagbehandeling (2,4 procent).

De PCR's werken met een kosten model op basis van CTG tarieven van 1999 in combinatie met een aantal schattingen van bezettinggraden (zie bijlage 3). Het kosten model dient alleen om de zorgconsumptie van allerlei typen zorg in één eenheid (euro's) uit te drukken. Per patiënt werd op deze wijze de kosten van zorgconsumptie in 2002 berekend. Tabel 1.5 laat zien dat een patiënt die opgenomen werd (en daarnaast mogelijk andere soorten zorg ontving) op jaarbasis ongeveer drie keer zoveel kost als een patiënt die dagbehandeling kreeg (56 procent tegenover 16 procent van de totale kosten per jaar). Kijken we per behandelcategorie naar het aandeel in het totale GGZ budget (de laatste kolom), dan blijkt dat aan een relatief kleine groep opgenomen patiënten (4,3 procent) iets meer dan de helft van het beschikbare budget (56 procent) werd besteed. Aan de grote groep patiënten die ambulante zorg ontving (93,5 procent), daarentegen, werd slechts ruim een kwart (28 procent) van het budget besteed.

TABEL 1.5: ZORGCONSUMPTIE IN 2002 VAN HET JAARPREVALENTIE COHORT, LEEFTIJD 0-19 JAAR, VAN 2002: PER SOORT BEHANDELING, HET AANTAL (%) PATIËNTEN EN HUN GEMIDDELDE KOSTEN IN EURO'S PER PATIËNT PER SOORT BEHANDELING EN HET AANDEEL IN DE TOTALE KOSTEN

PCR	Soort behandeling ¹	Aantal patiënten	%	Prevalentie per 1000 inwoners	Gemiddelde kosten per patiënt per jaar ²	% van de totale kosten per jaar
Noord Nederland	Intramuraal	494	4.2%	1.2	19507	58%
	Dagbehandeling	183	1.6%	0.4	10181	11%
	Ambulant	10955	94.2%	26.6	457	30%
	Totaal	11632	100.0%	28.2	1419	100%
Maastricht	Intramuraal	14	3.8%	0.6	16281	50%
	Dagbehandeling	7	1.9%	0.3	5250	8%
	Ambulant	347	94.3%	14.0	550	42%
	Totaal	368	100.0%	14.9	1238	100%
Rijnmond	Intramuraal	298	4.3%	1.0	30136	55%
	Dagbehandeling	244	3.5%	0.8	13788	20%
	Ambulant	6395	92.2%	21.0	636	25%
	Totaal	6937	100.0%	22.8	2366	100%
Gemiddeld	Intramuraal	806	4.3%	1.1	23381	56%
	Dagbehandeling	434	2.3%	0.6	12129	16%
	Ambulant	17697	93.5%	23.9	523	28%
	Totaal	18937	100.0%	25.5	1762	100%

¹Dit zijn uitsluitende categorieën waarin de meest intensieve behandeling telt. Als iemand opgenomen was en ook dagbehandeling had, dan valt deze patiënt in de categorie: opgenomen.

²Dit betreft de kosten van alle zorg die de patiënten in deze categorie hebben geconsumeerd in 2002.

Er zijn verschillen tussen de PCR regio's. Wij hebben hiervoor al geconstateerd dat de prevalentie in Noord Nederland hoger is dan in Rijnmond en Maastricht. Uit tabel 1.5 blijkt nu dat dit hogere aantal alleen uit ambulant behandelde jongeren bestaat.

De prevalentie van intensief behandelde jongeren (opgenomen of in dagbehandeling) was vrijwel gelijk in Noord Nederland en Rijnmond. Maastricht had in alle categorieën kleinere aantallen dan de andere twee regio's.

1.5 CONCLUSIES

Twee onderzoeksvragen stonden in dit hoofdstuk centraal:

- Hoeveel jongeren hebben behoefte aan GGZ-zorg?
- Hoeveel jongeren krijgen GGZ-zorg?

Zorgbehoefte

Op grond van epidemiologisch onderzoek werd geconcludeerd dat circa 7 procent van de jongeren een psychische stoornis heeft die tot beperkingen in het dagelijks leven leidt. Voor deze groep achten wij GGZ-zorg zeker geïndiceerd. Daarnaast lijkt er nog een grote groep te zijn (mogelijk 10 tot 15 procent) die aangemerkt werd als risicogroep. Deze groep heeft eveneens veel psychische of gedragsproblemen, maar het dagelijks functioneren wordt er niet ernstig door belemmerd en waarschijnlijk zijn de ervaren problemen nog hanteerbaar. Voor deze groep zou preventie mogelijk soelaas kunnen bieden. Er zijn voorts nog geen duidelijke aanwijzingen dat deze percentages in Nederland een stijgende tendens vertonen. Daarvoor ontbreekt recent epidemiologisch onderzoek waarin ook de allochtone jeugd is vertegenwoordigd.

Zorggebruik

De database van de drie PCR regio's laat zien dat in Nederland momenteel gemiddeld circa 2,5 procent van de jongeren in een jaar een zorgepisode bij de GGZ doormaakt. Wij schatten dat dit percentage tussen regio's kan variëren van 1,5 procent tot 3 procent. In circa 95 procent van de gevallen krijgen deze jongeren uitsluitend ambulante zorg.

Samenvattend

De behoefte aan GGZ-zorg (7 procent) is aanzienlijk hoger dan het gebruik van GGZ-zorg (2,5 procent). Op basis hiervan kan geconcludeerd worden dat er sprake is van onderbehandeling. Ongeveer 5 procent van de jongeren krijgt niet de zorg die nodig is. Toekomstig onderzoek zou moeten uitwijzen waarom deze groep niet bij de GGZ terecht komt. Het is in ieder geval een groep waarvan de problemen zijn herkend door henzelf en door hun ouders. Mogelijk dat de eerste lijn een rol in de behandeling speelt, maar dit valt buiten het gezichtsveld van de casusregisters. Bovendien lijkt ons het standpunt gerechtvaardigd dat ernstige psychische problemen van jongeren een behandeling in de GGZ verdienen. Dus behandeling of begeleiding in alleen de eerste lijn beschouwen wij ook als onderbehandeling.

Vroegtijdige behandeling kan zeer profijtelijk zijn omdat gebleken is dat gedragsproblemen in de jeugd door kunnen werken in het verdere leven. In termen van maatschappelijke kosten kan het niet tijdig behandelen van jongeren een aanzienlijk productieverlies tot gevolg hebben; schoolprestaties en participatie op de arbeidsmarkt blijven achter bij datgene wat potentieel haalbaar zou zijn geweest zonder deze beperkingen.

Beperkingen van het onderzoek

De belangrijkste beperking van het onderzoek zit in het schatten van de omvang van de behoefte aan zorg in de GGZ op basis van de uitkomsten uit epidemiologisch bevolkingsonderzoek. Hoewel het onderzoek van Verhulst en anderen (1997), waar wij ons op baseren, voldoet aan de huidige standaarden van kwalitatief goed epidemiologisch onderzoek, zijn er wel kanttekeningen te plaatsen. Ten eerste wordt de behoefte aan zorg niet direct gemeten. Aanname is dat GGZ zorg geïndiceerd is als jongeren met een psychische stoornis tevens ernstige beperkingen ervaren in het dagelijkse leven. Dit is echter een indicatie van de behoefte aan zorg. Een betere schatter ontbreekt vooralsnog. Een tweede probleem is dat dit onderzoek heeft plaatsgevonden halverwege de jaren negentig. Er zijn evenwel geen reden om te veronderstellen dat de psychische problemen en de beperkingen die daardoor optreden momenteel minder aanwezig zouden zijn onder jongeren.

2 LANGDURIGE ZORGAFHANKELIJKHEID BIJ JONGEREN

2.1 INLEIDING

Langdurige afhankelijkheid van de geestelijke gezondheidszorg van kinderen en jeugdigen is pas de laatste jaren in de aandacht komen te staan. Uit signalen van het GGZ-veld en gesprekken met deskundigen lijkt een beeld te ontstaan dat langdurige zorgafhankelijkheid bij jongeren in toenemende mate een probleem vormt. Het is echter niet duidelijk hoe groot dat probleem is. Daarnaast zijn er aanwijzingen uit de literatuur dat veel mensen die reeds op jonge leeftijd langdurig zorgafhankelijk waren, dit op volwassen leeftijd ook zijn.^{1,2,3} De problemen die veel langdurig zorgafhankelijke adolescenten vertonen zijn:

- Sociale en psychische kwetsbaarheid
- Agressief gedrag
- Kortdurende psychotische stoornissen
- Drank- en drugmisbruik

Het gebrek aan gegevens en de aanwijzingen dat langdurige zorgafhankelijkheid in de jeugdijaren tot in de volwassen jaren kan voortduren, hebben er toe geleid dat de Rijks-overheid initiatief heeft genomen om meer zicht op deze problematiek te krijgen:

- Er is in 2000 een stuurgroep 'Chroniciteit in de kinder- en jeugdpsychiatrie' in het leven geroepen, die tot taak heeft voorstellen te doen over de wijze waarop een landelijk dekkend, gedifferentieerd hulpaanbod voor deze groep gerealiseerd kan worden.⁴
- Het voornemen van de regering om een onderscheid te maken tussen 'cure' (behandeling 1 jaar of korter) en 'care' (behandeling langer dan 1 jaar) in de GGZ met daaraan verbonden een verandering in de financiering, heeft de belangstelling voor chronisch psychische problemen en langdurige zorgafhankelijkheid vergroot.

Hoewel de belangstelling voor langdurige zorgafhankelijkheid lijkt toe te nemen, is er nog steeds geen inzicht in de prevalentie van langdurig zorgafhankelijken en de daarbinnen te onderscheiden groepen. Om dit inzicht te verkrijgen is een goede definitie van langdurige zorgafhankelijkheid essentieel. Er zijn diverse mogelijkheden om zicht hierop te krijgen:

- De duur van de zorg wordt als uitgangspunt genomen, waarbij een punt wordt gekozen waarna een patiënt als langdurig zorgafhankelijk wordt beschouwd.

- De diagnose kan leidend zijn en op basis hiervan wordt besloten dat een patiënt een waarschijnlijk blijvend psychiatrisch probleem heeft. In dit geval gaat het meestal om chronische problematiek.
- Combinatie van behandelduur (langdurige zorgafhankelijkheid) en diagnose (chroniciteit) kan als uitgangspunt genomen worden. Deze laatste methode is waarschijnlijk de meest zuivere, mits daarbij van gestandaardiseerde instrumenten wordt gebruik gemaakt en de diagnoses ook geregistreerd worden. In Nederland is dit op dit moment nog niet systematisch het geval. De invoering van de DBC-registratie, die in 2006 zijn beslag zal moeten krijgen, zal hierin een belangrijke verbetering teweeg brengen.

In dit hoofdstuk wordt de duur van de zorg als uitgangspunt genomen. Er zal in dit hoofdstuk dan ook consequent van langdurige zorgafhankelijkheid of langdurig zorgafhankelijken worden gesproken en niet van chroniciteit, omdat bij de laatste veelal de diagnose wordt betrokken.

2.2 ONDERZOEKSVRAGEN

De onderzoeksvragen luiden:

- Wat is de prevalentie van langdurig zorgafhankelijke jongeren in de leeftijd van 6 t/m 19 jaar in de jeugd-GGZ?
- Welk soort zorg gebruiken zij?
- Verschilt de kans om langdurig zorgafhankelijk te worden afhankelijk van regio, leeftijd, geslacht en etniciteit?

2.3 METHODE VAN ONDERZOEK

Resultaten eerder onderzoek

Zoals al eerder werd opgemerkt is er over langdurige zorgafhankelijkheid bij kinderen en jeugdigen niet veel onderzoek gedaan. Het schaarse onderzoek op dit vlak heeft vooral in Scandinavië plaatsgevonden, waarbij gebruik is gemaakt van gegevens uit een PCR. In een al wat ouder Deens onderzoek bij een groep psychiatrische patiënten in de leeftijd van 15 t/m 24 werden twee groepen langdurig zorgafhankelijken onderscheiden⁵:

- Long Stay (patiënten die langer dan één jaar in een intra of semi-murale instelling in zorg zijn);
- Draaideurpatiënten (patiënten die vier keer of meer zijn opgenomen in een semi- of intramurale instelling).

In dit onderzoek werd een observatietijd van tien jaar aangehouden; 11 tot 12 procent van de patiënten voldeed aan de boven vermelde criteria voor langdurige zorgafhankelijkheid.

Het is opvallend dat er bij bovenstaande definitie van langdurige zorgafhankelijkheid een nieuw element werd ingevoerd naast zorgduur, namelijk het aantal opnames in een semi- of intramurale instelling. Dezelfde indeling werd gehanteerd in een recenter onderzoek met gegevens uit het Deens casusregister.⁶ Zij gingen eveneens uit van een observatieperiode van tien jaar. De onderzoeksgroep bestond uit adolescenten die in de observatieperiode in contact waren gekomen met de psychiatrische afdeling van een algemeen ziekenhuis in Kopenhagen. Van hen kon 26 procent als langdurig zorgafhankelijk worden aangemerkt. De diagnoses voor deze groep waren schizofrenie, affectieve psychosen, persoonlijkheidsstoornissen en verslaving.

In Nederland werd recent een onderzoek uitgevoerd naar de behoefte aan langere durende specialistische vormen van hulpverlening voor kinderen en jeugdigen met chronisch psychiatrische problematiek.⁴ Dit onderzoek had betrekking op de leeftijdsgroep van 4-18 jaar die langer dan twee jaar gebruik maakte van de gespecialiseerde hulpverlening in verband met chronisch psychische problematiek of een ernstig vermoeden daarvan. Daarnaast moest er sprake zijn van een verstoorde relatie draaglast/draagkracht in het gezin. De gegevens werden verzameld door middel van een vragenlijst die aan alle GGZ-instellingen werd gestuurd. Doel van het onderzoek was onder andere om een beeld te geven van de omvang van de groep en de aard van de problematiek. De respons was 50 procent. Hoewel deze respons niet hoog is te noemen, zijn de resultaten interessant. Het grootste deel van het zorgaanbod betrof vormen van ambulante of poliklinische hulpverlening. De problemen van de kinderen en jeugdigen lagen vooral op het gebied van (pervasieve) ontwikkelingsstoornissen, zoals ADHD en autisme, schizofrenie en persoonlijkheidsstoornissen. Bij de adolescenten viel op dat zij problemen hadden met het zich aanpassen aan leeftijdgenoten en de maatschappij.

Dit onderzoek

In dit onderzoek worden de volgende twee groepen langdurig zorgafhankelijken onderscheiden:

- *Patiënten in langdurige intra- of semimurale zorg:* patiënten die langer dan één jaar zonder een onderbreking van drie maanden of langer in een intra of semimurale instelling in zorg zijn.
- *Patiënten in langdurige ambulante zorg:* patiënten die langer dan één jaar zonder een onderbreking van drie maanden of langer bij een ambulante instelling in zorg zijn.

Gekozen is voor een periode van één jaar. Deze periode sluit goed aan bij het voornemen van de rijksoverheid om het onderscheid *cure and care* bij één jaar in behandeling te leggen. Gekozen is om ook ambulante zorg mee te nemen in de defi-

nitie van langdurige zorgafhankelijkheid. Reden is dat de jeugd-GGZ er naar streeft de kinderen of jeugdigen zoveel mogelijk in de thuissituatie te laten functioneren. Het niet meenemen van de ambulante zorg zou tot een behoorlijk onderschatting van het voorkomen van langdurige zorgafhankelijkheid bij jongeren leiden (zie ook tabel 1.5 in het voorgaande hoofdstuk).

In de eerder genoemde Deense studies werd ook het aantal opnames in een semi- en intramurale instelling bij de definitie van langdurige zorgafhankelijkheid betrokken. In navolging daarvan zullen wij ook twee groepen onderscheiden die niet permanent in zorg zijn, maar wel herhaaldelijk in de zorg terugkeren:

- *Draaideurpatiënten in de intra- of semimurale zorg*: patiënten die gedurende een onderzoeksperiode van vijf jaar vier keer of meer zijn opgenomen in een semi- of intramurale instelling.
- *Draaideurpatiënten in de ambulante zorg*: patiënten die gedurende een onderzoeksperiode van vijf jaar vier keer of meer in zorg zijn (geweest) bij een ambulante instelling.

Het onderzoek richt zich op de leeftijdsgroep van 6 t/m 19 jaar. Beneden de zes jaar is nauwelijks langdurige zorgafhankelijkheid te verwachten. Er werd gebruik gemaakt van gegevens uit het PCR-Drenthe en het PCR-Rijnmond over de periode 1993 tot en met 1998. In die periode zijn de PCR gegevens het meest volledig. Het PCR-Drenthe bevat gegevens van jongeren uit Drenthe. Het PCR-Rijnmond bevat gegevens over jongeren uit Rotterdam, Vlaardingen, Schiedam, Maassluis en de Zuid-Hollandse eilanden. De gegevens uit beide registers werden voor de periode van 1993 t/m 1998 samengevoegd tot één analysebestand. De prevalentie van langdurig zorgafhankelijk werd berekend op basis van de jongeren die op een peildatum in zorg waren bij de GGZ (dit wordt een puntprevalentie genoemd)². Als peildatum werd 1 oktober 1998 aangehouden. Om een indruk te krijgen van de incidentie van langdurige zorgafhankelijkheid werd een prospectieve analyse uitgevoerd op basis van het cohort patiënten dat in 1993 voor het eerst in zorg kwam. Van dit cohort werd vastgesteld welk deel vijf jaar later (in 1998) langdurig zorgafhankelijk was geworden.

2 Het werken met prevalentie op een bepaalde peildatum (puntprevalentie) heeft als nadeel dat in de verhouding langdurig zorgafhankelijken/niet langdurig zorgafhankelijken het percentage langdurig zorgafhankelijken wordt overschat, omdat zij in zorg blijven terwijl de andere groep per peildatum fluctueert. Voor het berekenen van die verhouding geeft een jaarprevalentie een zuiverder beeld, voor de prevalentie van langdurig zorgafhankelijken maakt het niet veel uit.

2.4 RESULTATEN

De prevalentie van zorgtypen

De gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep was twaalf jaar. De analyses zijn gebaseerd op ongeveer evenveel jongens als meisjes (51 procent man en 49 procent vrouw). De PCR regio's verschillen in dat opzicht niet.

Op de peildatum 1 oktober 1998 blijkt dat ongeveer 1 procent van de jongeren in de leeftijd van 6 t/m 19 jaar in zorg was bij de GGZ. Dit komt neer op 2.860 kinderen en jeugdigen. Deze puntprevalentie was voor beide regio's hetzelfde. Ongeveer tweederde (65 procent) ontving kortdurende zorg en ongeveer eenderde (35 procent) langdurige zorg.

In Tabel 2.1 worden de aantallen in zorg per 1000 inwoners gepresenteerd. Ongeveer 3 op de 1000 jongeren was te kwalificeren als langdurig zorgafhankelijk. Het merendeel (89 procent) ontving uitsluitend ambulante zorg. Het overige deel (11 procent) ontving daarnaast ook intra- of semimurale zorg.

TABEL 2.1: DE PREVALENTIE VAN ZORGTYPEN PER 1000 INWONERS VAN 6-19 JAAR OP DE PEILDATUM 1-10-98

<i>Zorgtype</i>	<i>Prevalentie per 1000 inwoners</i>
Patiënten in langdurige intra- of semi-murale zorg	0.3
Draaideurpatiënten in de intra- of semi-murale zorg	–
Patiënten langdurig in de ambulante zorg	2.4
Draaideurpatiënten in de ambulante zorg	0.2
Totaal aantal langdurig zorgafhankelijke patiënten	2.9
Patiënten in kortdurende zorg	5.7
Totaal aantal patiënten	8.6

Onderzocht werd of de volgende factoren mogelijk in verband staan met langdurige zorgafhankelijkheid:

- Regio
- Leeftijd (6-12 versus 13-19)
- Sekse
- Geboorteland patiënt (autochtoon versus allochtoon)

TABEL 2.2: DE KANS OP LANGDURIGE ZORGAFHANKELIJKHEID NAAR REGIO, LEEFTIJD, GESLACHT EN GEBOORTELAND

	Odds Ratio		95% Betrouwbaarheids- interval
Regio Rijnmond	1.00		
Regio Drenthe	1.26	***	1.05 – 1.50
Leeftijd 6-12	1.00		
Leeftijd 13-19	.93	Ns	.79 – 1.09
Sekse meisjes	1.00		
Sekse jongens	1.25	***	1.06 – 1.48
Geboorteland ¹			
Nederland	1.00		
Niet Nederland	1.26	Ns	.89 – 1.80

¹ alleen voor Rijnmond geregistreerd

ns= niet significant; *** $p < 0.001$

Uit tabel 2.2 valt af te leiden dat:

- Leeftijd en geboorteland geen invloed hadden op het kort of langdurig in zorg zijn.
- Regio en sekse wel gerelateerd waren aan langdurige zorgafhankelijkheid.
 - Jonge GGZ gebruikers in Drenthe hebben een grotere kans om langdurig zorgafhankelijk te worden dan jonge GGZ gebruikers uit de Rijnmond. De percentages langdurig zorgafhankelijke jongeren onder de GGZ gebruikers in Drenthe en in Rijnmond zijn respectievelijk 38 procent en 33 procent.
 - Jongens hebben een grotere kans een langdurig zorgafhankelijke patiënt te worden dan meisjes.

Langdurige zorgafhankelijkheid door de jaren heen

Het percentage 6-19 jarigen dat contact had met de GGZ op een peildatum, blijft door de jaren heen 1 procent. De regio's verschilden niet in dit opzicht. Vanaf peiljaar 1997 was het percentage langdurig zorgafhankelijke jongeren in Drenthe significant hoger dan in Rijnmond. In twee subgroepen traden verschuivingen op (tabel 2.3): het percentage langdurig ambulanten nam in Rijnmond af en in Drenthe toe, terwijl een omgekeerd patroon zich voordeed bij jongeren die langdurig intramurale zorg krijgen.

TABEL 2.3: VERDELING VAN LANGDURIG ZORGAFHANKELIJKE ZORGTYPEN PER PEILDATUM IN DRENTH EN RIJNMOND

Zorgtype	Peildatum							
	1-10-95		1-10-96		1-10-97		1-10-98	
	Drenthe	Rijnm	Drenthe	Rijnm	Drenthe	Rijnm	Drenthe	Rijnm
Langdurig Intramurale zorg	13%	7%	10%	10%	7%	11%	7%	14%
Draaideur Intramurale zorg	0%	0,3%	0,7%	0,3%	0,3%	0,3%	0%	0%
Langdurig Ambulante zorg	82%	83%	86%	81%	88%	80%	88%	76%
Draaideur Ambulante zorg	5%	8%	3%	8%	4%	8%	5%	10%
Totaal aantal	220	556	269	612	321	623	275	600

Langdurige zorgafhankelijkheid in prospectief opzicht

Van een cohort van 4.656 patiënten dat in 1993 voor het eerst in zorg was, is gekeken hoeveel daarvan in 1998 als langdurig zorgafhankelijk konden worden geclassificeerd. In totaal werd 8 procent van deze groep als langdurig zorgafhankelijk aangemerkt. Uit tabel 2.4 blijkt dat patiënten uit Drenthe een grotere kans hadden langdurig zorgafhankelijk te worden, evenals jongeren in de leeftijd van 13-19. In een logistische regressie analyse verdwijnt echter het regio effect, maar het verband met leeftijd blijft bestaan.

TABEL 2.4: RELATIE LANGDURIGE ZORGAFHANKELIJKHEID PROSPECTIEF MET ENKELE ACHTERGRONDVARIABLEN

	Odds Ratio		95% Betrouwbaarheids- Interval
Regio Rijnmond	1.00		
Regio Drenthe	1.21	**	1.03 – 1.41
Leeftijd 6-12	1.00		
Leeftijd 13-19	1.12	***	1.06 – 1.42
Sekse meisjes	1.00		
Sekse jongens	1.12	ns	0.99 – 1.28
Geboorteland ¹			
Nederland	1.00		
Niet Nederland	1.21	ns	0.97 – 1.51

¹ alleen voor Rijnmond geregistreerd

ns=niet significant; **: $p < 0.01$; ***: $p < 0.001$

2.5 CONCLUSIES

Over de omvang van langdurige zorgafhankelijkheid onder jonge GGZ gebruikers is nog nauwelijks iets bekend, terwijl de behoefte aan informatie hierover duidelijk toeneemt. Op basis van de PCR's Drenthe en Rijnmond hebben wij in dit hoofdstuk de volgende onderzoeksvragen trachten te beantwoorden:

- Wat is de prevalentie van langdurige zorgafhankelijkheid in de GGZ van de leeftijdsgroep van 6 t/m 19 jaar?
- Wat voor soort zorg gebruiken zij?
- Is de kans om zorgafhankelijk te worden verschillend afhankelijk van regio, leeftijd, geslacht en etniciteit?

In de onderzoeksperiode van 1993 t/m 1998 had ongeveer 1 procent van de jongeren uit Drenthe en Rijnmond in de leeftijd van 6 t/m 19 jaar contact met de GGZ op een willekeurige peildatum. Hiervan kon 33 procent als langdurig zorgafhankelijk beschouwd worden. Dit komt overeen met een prevalentie van 0,3 procent. Voor het overgrote deel (89 procent) werden langdurig zorgafhankelijke jongeren uitsluitend ambulant behandeld. Daarnaast maakte 11 procent (ook) gebruik van intra- of semi-murale voorzieningen.

Jongens hebben iets meer kans dan meisjes om langdurig zorgafhankelijk te worden. De prevalentie was in Drenthe iets hoger dan in Rijnmond. Voor een goede interpretatie van de relatieve omvang van langdurige zorgafhankelijkheid (33 procent van het totaal) is het van belang te beseffen dat het hier om een peiling op een willekeurige dag gaat. Daarin zijn de langdurig zorgafhankelijke patiënten relatief sterker vertegenwoordigd dan in bijvoorbeeld een jaarprevalentie. Mede om die reden hebben we de relatieve omvang van de groep langdurig zorgafhankelijke patiënten ook nog op een andere manier bekeken: welk deel van de jaarlijkse nieuwe instroom van patiënten in de GGZ wordt uiteindelijk langdurig zorgafhankelijk. We kunnen dit opvatten als de incidentie van langdurige zorgafhankelijkheid. Gevonden werd dat van het aantal jongeren dat in 1993 voor het eerst in zorg kwam, 5 jaar later 8 procent tot deze categorie gerekend kon worden. Dus van elk jaarcohort jongeren dat nieuw in de GGZ verschijnt, zal bijna één op de tien langdurig zorgafhankelijk worden. Jongens en meisjes verschillen hierin niet. Deze kans was voor 13-19 jarigen iets hoger dan voor 6-12 jarigen. Gecontroleerd voor leeftijd verdween het verschil tussen de regio's.

Er is een aantal studies in Nederland uitgevoerd naar de prevalentie van langdurige zorgafhankelijkheid onder volwassenen. Ook in deze studies werden prevalentiecijfers gevonden tussen de 3 en 4 per 1000 van de bevolking.⁹ In een recente studie, eveneens op basis van de PCR regio's, werd de prevalentie in de volwassen bevolking in 1998 op

ruim 5 per 1000 van de populatie geschat.⁷ Maar het vergelijken van deze onderzoekscijfers is moeilijk, omdat verschillende definities in de studies zijn gebruikt.

Toch is de conclusie gerechtvaardigd dat, hoewel langdurige zorgafhankelijkheid onder jongeren waarschijnlijk iets minder vaak optreedt dan onder volwassenen, het ook op jeugdige leeftijd al veel voorkomt. Een verschil is dat de klinische zorg onder de volwassen langdurig zorgafhankelijke populatie een veel grotere plaats inneemt. Uit het onderzoek van Dieperink en anderen⁷ bijvoorbeeld kunnen we afleiden dat ruim 40 procent (ook) klinische zorg nodig heeft, terwijl dit bij de jongeren ongeveer 10 procent is.

Dat verschil komt vooral omdat er onder jongeren nog nauwelijks sprake is van een longstay populatie, verblijvend in een psychiatrisch ziekenhuis of in een beschermende woonvoorziening.

Van belang is vervolgens de vraag hoe het verder gaat met deze groep, als ze jong volwassen zijn. In hoeverre wordt het zorggebruik voortgezet in de volwassenen psychiatrie? En zo ja, neemt de kans op opnames dan ook toe? Hoeveel komen er uiteindelijk in een beschermde woonvoorziening terecht? Dit zijn belangwekkende vragen voor toekomstig casusregister onderzoek

3 RISICOFACTOREN VOOR GGZ GEBRUIK

3.1 INLEIDING

Gezien de snelle ontwikkelingen op het gebied van farmacologische en psychotherapeutische behandelmethoden en sociale begeleiding van psychiatrische patiënten, is te verwachten dat preventie en gezondheidsbevordering één van de belangrijkste antwoorden van de eenentwintigste eeuw op de toegenomen druk op de GGZ zal worden.¹ Om preventie en gezondheidsbevordering goed in te zetten, is het uitermate belangrijk om na te gaan waarom het ene kind wel ernstige psychiatrische problemen krijgt - en als gevolg daarvan in contact komt met de GGZ - en het andere kind niet.

Het GGZ-hulpzoekproces kan worden gezien als het passeren van een aantal filters.^{2,3} Dit proces is in hoofdstuk 1 al beschreven. In het gehele verwijstraject naar de jeugd GGZ, spelen zowel kind- als gezinskenmerken een rol.³ Zo tonen verschillende Nederlandse studies aan dat bijvoorbeeld externaliserend gedrag (bijvoorbeeld druk, hyperactief gedrag) evenals internaliserende problemen (teruggetrokken, angstig gedrag) bij kinderen en adolescenten, verwijzing naar de GGZ voorspelden.^{4,5} Ook hebben kinderen uit gezinnen met een lage sociaal-economische status een grotere kans om in contact te komen met de GGZ.⁶

Om de kind-, gezins- en buurtkenmerken in relatie tot het GGZ-gebruik te onderzoeken, verdient een longitudinale aanpak de voorkeur. Het Psychiatrisch Casus Register (PCR) Zuid-Limburg heeft daarom in samenwerking met de afdeling jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD Zuidelijk Zuid-Limburg onderzoek gedaan bij kinderen in de regio Maastricht en omgeving. Dit samenwerkingsverband heeft geleid tot een aantal onderzoeken waarin verschillen zichtbaar worden tussen kinderen die gebruik maken van de GGZ en kinderen die dit niet doen.

3.2 ONDERZOEKSVRAGEN

Risicofactoren kunnen te maken hebben met het kind zélf, het gezin waar het kind opgroeit, maar ook met kenmerken van de buurt waar het kind woont. In dit hoofdstuk staan de volgende drie onderzoeksvragen centraal:

- Wat is de invloed van ontwikkelingsvariabelen van het kind op het GGZ-gebruik, zoals taal- en motoriekontwikkeling en gedragsproblemen?

- Wat is de invloed van gezinsvariabelen, zoals de sociaal-economische status (SES) van de ouders op het GGZ-gebruik van de kinderen?
- Wat is de invloed van kenmerken van de buurt, zoals SES en sociale cohesie, op het GGZ-gebruik van de kinderen?

3.3 METHODE VAN ONDERZOEK

Onderzoeksdesign

In dit onderzoek werd gebruik gemaakt van een case-control design om bovenstaande onderzoeksvragen te beantwoorden. De groep jonge GGZ-gebruikers bestond uit 80 kinderen, in de leeftijd van 6-12 jaar, die contact hadden met de RIAGG in Maastricht (groep 1). Voor elk kind van groep 1 werden ad random 4 kinderen geselecteerd met dezelfde leeftijd en hetzelfde geslacht (gematchte controles). Deze groep bestond dus uit 320 controles (groep 2).

Kinderen uit eenzelfde gezin delen bepaalde factoren, zoals de sociaal-economische status van het gezin, maar hebben ieder ook een eigen unieke ontwikkeling. Om de invloed van deze twee factoren te bepalen, werd de ontwikkeling van het kind onderzocht bij meer dan één kind uit hetzelfde gezin. Zo ontstond een groep van 68 gezonde broertjes en zusjes van de kinderen die in contact waren gekomen met de RIAGG in Maastricht (groep 3). Ook deze groep kinderen had een gematchte controle groep bestaande uit 272 controles (groep 4).

Tenslotte werden enige resultaten beschreven van tweedeklassers (13/14 jarigen) die wel of niet met de GGZ in contact waren geweest en van wie sinds schooljaar 2002/2003 vragenlijsten over zelfgerapporteerde psychische problemen digitaal beschikbaar zijn.

Geraadpleegde bronnen

Er werd gebruik gemaakt van drie informatiebronnen:

- **Het PCR Zuid-Limburg.** Hieruit werd informatie onttrokken van kinderen die in contact kwamen met de GGZ van Zuid-Limburg. Voorts werden op basis van het PCR de intensiteit en duur van de zorg berekend.

- **Dossiers GGD.** Er werd gebruik gemaakt van informatie uit dossiers van de afdeling Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD Zuidelijk Zuid-Limburg. Alle kinderen komen regelmatig bij de JGZ voor een Preventief Gezondheids Onderzoek (PGO), zodat medische en vooral ook psychosociale problemen op tijd ontdekt kunnen worden. In de regio Maastricht worden de kinderen op de leeftijd van 1 maand, 2 jaar en 4 jaar gezien door artsen van het consultatiebureau. Daarna hebben ze contact met JGZ artsen of verpleegkundigen van de GGD, namelijk in groep 2, 5 en 8 van de basisschool en in klas 2 en 4 van de middelbare school. Gegevens over al deze contactmomenten worden bewaard in dossiers. Ook gegevens van het consultatiebureau zijn hierin opgenomen. Een deel is systematisch en gestandaardiseerd verzameld aan de hand van tests (zoals de functie-motorische test op vijfjarige leeftijd) of vragenlijsten. Het overige deel bestaat uit routinematig verwerkte opmerkingen van schoolartsen (zoals opmerkingen over de motoriek). Maar ook opmerkingen van ouders, leerkrachten en de kinderen zelf zijn erin opgenomen. De gegevens uit deze papieren dossiers werden handmatig overgenomen. Uit genoemde dossiers werd informatie verkregen over de ontwikkeling van het kind, zoals onder andere de groei en het gedrag van het kind (zoals: in zichzelf gekeerd internaliserend gedrag of juist impulsief externaliserend gedrag) (zie bijlage 4 voor een verdere uitwerking van de aard van deze dossiergegevens). De GGD-dossiergegevens zijn sinds kort voor de regio Maastricht en omstreken geautomatiseerd voorhanden. De afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD Zuidelijk Zuid-Limburg is op dit moment bezig met het ontwikkelen van een geautomatiseerd registratiesysteem, waarin onder andere de gezondheid en de demografische gegevens van kinderen worden opgeslagen in computerbestanden bij ieder contact met de GGZ of met het consultatiebureau.
- **CBS.** Informatie over de sociaal- economische status (SES) van de buurten die Maastricht kent (dit zijn er 36), werd verkregen via het CBS. Via factoranalyse werd deze informatie gereduceerd tot één schaal: sociale deprivatie. In een survey onder de Maastrichtse bevolking werd via afname van twee schalen - die respectievelijk de 'informele sociale controle' en 'sociale cohesie en onderling vertrouwen' beogen te meten - het 'sociaal kapitaal' (hoe buurtbewoners met elkaar omgaan) van de verschillende buurten in kaart gebracht.^{6,9}

3.4 RESULTATEN

Sociale factoren en ontwikkelingsfactoren

Ongeveer de helft van de 80 kinderen, die in contact kwam met de GGZ in Maastricht, had drie of meer zorgepisoden. Zo'n zorgepisode kenmerkte zich door gemiddeld negen contacten in een tijdsbestek van ongeveer vier maanden. In Tabel 3.1 worden GGZ-gebruikers en hun controles op een aantal gezins- en kindvariabelen vergeleken. Kinderen uit éénoudergezinnen hadden ongeveer vijf maal meer kans (odds ratio van 5.37) om in contact te komen met de GGZ dan kinderen uit volledige gezinnen. Verder kwamen jonge GGZ-gebruikers vaker uit een gezin waar één of beide ouders werkloos waren, werd er vaker melding gemaakt van psychosociale stress binnen het gezin en was er vaker een ouder met een geestelijk gezondheidsprobleem.¹⁰ Bovendien was een kind, dat in aanraking kwam met de GGZ, kleiner bij de geboorte, vertoonde het vaker externaliserend gedrag en had het vaker motoriek- en/of taalproblemen.⁷ Uit deze tabel blijkt dus dat niet alleen ontwikkelingsfactoren van het kind, maar dat ook ongunstige factoren in het gezin van invloed zijn op het gebruik van de GGZ. Er werd daarnaast een studie verricht naar de groei tijdens de kinderjaren. Jonge GGZ-gebruikers waren wel iets kleiner bij de geboorte, maar niet aantoonbaar dikker of dunner tijdens de kinderjaren.⁸ Ze groeiden in de kindertijd even goed als kinderen uit de controlegroep.

TABEL 3.1: RISICOFACTOREN VAN GGZ-GEBRUIK: PATIËNTEN EN CONTROLES VERGELEKEN. RESULTATEN ZIJN GECORRIGEERD VOOR LEEFTIJD EN GESLACHT.

	Patiënt		Controle		Odds ratio	
<i>Gezinsvariabelen</i>	N	%	N	%	OR	p
Eenoudergezin	17	21.3	15	4.7	5.37	***
Werkloze vader	4	5.0	8	2.5	2.99	*
Psychosociale stress in het gezin	27	33.8	54	16.9	2.51	**
Geestelijk gezondheidsprobleem ouder(s)	10	12.7	7	2.2	5.43	**
<i>Kindvariabelen</i>						
Externaliserend gedrag	35	43.8	67	20.9	4.55	***
Grove motoriekproblemen (bijv. problemen met hinkelen)	19	23.8	42	13.1	2.13	*
Logopedie	28	35.1	59	18.4	2.46	**
	Gem.	(SD)	Gem.	(SD)		
Geboortelengte, cm	49.45	(2.89)	50.29	(3.04)	0.92	*
Functie-motorische test (0≤x≤1.5; op 5 jaar)	0.38	(0.34)	0.29	(0.24)	4.64	**

* $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Ontwikkelingsverschillen tussen patiënten en hun broertjes of zusjes

Naast een aantal factoren die de kinderen uit eenzelfde gezin delen, blijkt dat een aantal ontwikkelingsfactoren van een kind een rol spelen bij het ontstaan van psychiatrische problemen (tabel 3.2). Zo waren GGZ-gebruikers gemiddeld kleiner bij de geboorte dan hun controles, terwijl de lengte van broertjes en zusjes niet significant afweek van controles. GGZ-gebruikers kregen ook vaker logopedie en hadden vaker problemen met de grove motoriek dan de controles, terwijl hun broertjes en zusjes op deze gebieden niet wezenlijk verschilden van hun controles. Tabel 3.2 laat zien dat een kind dat logopedie kreeg, ongeveer 2,5 maal meer kans had (OR=2.46) om in contact te komen met de GGZ dan een kind dat geen logopedie kreeg. GGZ-gebruikers vertoonden vaker dan hun broertjes en zusjes externaliserend gedrag of een combinatie van internaliserend en externaliserend gedrag. Maar ook de broertjes en zusjes vertoonden dit gedrag vaker dan hun controles, althans in de periode na het zesde levensjaar.¹⁰

TABEL 3.2: RISICOFACTOREN VAN GGZ-GEBRUIK: PATIËNTEN VERSUS CONTROLES; BROERTJES/ZUSJES VERSUS CONTROLES EN PATIËNTEN VERSUS BROERTJES/ZUSJES.

Ontwikkelingsvariabelen	Patiënten vs. controles		Broertjes/zusjes vs. Controles		Patiënten vs. Broertjes/zusjes	
	OR ^a	P	OR	p	OR	p
Geboortelengte, cm	0.92	*	1.10	ns	0.92	ns
<i>Psychosociaal gedrag (vroeg)^b</i>						
Zowel internaliserend als externaliserend gedrag	17.84	***	1.02	ns	4.15	*
Externaliserend gedrag	7.76	***	1.50	ns	4.00	**
<i>Psychosociaal gedrag (laat)^c</i>						
Zowel internaliserend als externaliserend gedrag	19.74	***	3.69	*	2.68	*
Externaliserend gedrag	13.56	***	2.79	*	2.84	*
Grove motoriekproblemen (bijv. problemen met hinkelen)	2.13	*	0.74	ns	2.30	ns
Logopedie	2.46	**	0.76	ns	2.16	*

^a OR=Odds ratio.

^b vroeg: jonger dan 6 jaar.

^c laat: 6 jaar en ouder.

ns = niet significant; *p<0.05; **p<0.01; ***p<0.001.

De buurt als voorspeller van GGZ gebruik

Niet alleen individuele en gezinskenmerken, maar ook buurtkenmerken kunnen bepalend zijn voor de (geestelijke) gezondheid. Behalve naar de sociaal-economische status van de buurt (buurt SES), werd in dit onderzoek ook gekeken naar ‘sociaal kapitaal’: band en vertrouwen tussen burens, alsmede sociale controle.

Uit het onderzoek komt naar voren dat kinderen uit buurten met een lage SES vaker gebruik maakten van de geestelijke gezondheidszorg. Onafhankelijk daarvan speelt de sociale cohesie van de buurt een rol. Het risico op het GGZ-gebruik bleek het grootst te zijn in buurten met een lage SES en waar de bewoners weinig vertrouwen in elkaar hadden. Maar in buurten met een lage SES waar de bewoners juist veel vertrouwen in elkaar hadden, was het risico op GGZ-gebruik niet hoger. Met andere woorden: de negatieve effecten van buurtarmoede, leidend tot een verhoogd risico op zorgconsumptie in de GGZ, kunnen worden gecompenseerd door een sterke sociale samenhang in de buurt, hetgeen de zorgconsumptie in de GGZ weer beperkt (voor meer details van dit onderzoek zie een aantal specifieke publicaties.^{6,9)}

Zelfgerapporteerde geestelijke gezondheid: Zuid-Limburgse jeugd en GGZ-gebruikers

Gegevens uit verschillende informatiebronnen kunnen samen inzichtelijk maken op welke punten kinderen die in contact komen met de GGZ verschillen van jongeren die dat niet doen. Ten behoeve van dit deelonderzoek werden de digitale GGD-gegevens van alle kinderen in de tweede klas van de middelbare school met een waarschijnlijkheidskoppeling gelinkt aan gegevens uit het PCR Zuid-Limburg. Hierdoor konden de verschillen tussen tweedeklassers die ooit contact hadden met de GGZ en gezonde klasgenoten zichtbaar worden gemaakt.

Uit de analyses blijkt dat bijna één op de tien tweedeklassers en ongeveer evenveel jongens als meisjes wel eens contact had met de geestelijke gezondheidszorg. Opvallend is dat de GGZ-gebruikers niet vaker psychische problemen rapporteerden dan de andere tweedeklassers: ongeveer één op de dertig. Een waarschijnlijke verklaring voor deze bevinding is dat het hier ging om tweedeklassers die ooit contact hadden met de GGZ, maar nu niet meer. Kennelijk zijn de psychische problemen, mogelijk dank zij de behandeling daarvan in de GGZ, ten tijde van het invullen van de vragenlijst niet meer aanwezig. Althans niet meer dan bij tweedeklassers die nooit in contact zijn geweest bij de GGZ.¹¹

3.5 CONCLUSIES

De druk op de GGZ is de laatste jaren aanzienlijk toegenomen. Er is dan ook een groeiende behoefte aan informatie over verbanden tussen allerlei mogelijke risicofactoren en psychiatrische problematiek bij kinderen. Het investeren in preventiewetenschap zal

een stevige methodische en wetenschappelijke basis leggen voor het werken aan een geestelijk gezondere samenleving en is dan ook geen overbodige luxe.¹

Uit deze studie blijkt dat risicofactoren op GGZ gebruik niet alleen gerelateerd zijn aan ontwikkelingsfactoren van het individuele kind, maar ook aan ongunstige gezinsomstandigheden en ongunstige buurtomstandigheden. De informatie uit de papieren GGD-dossiers geven inzicht, zo hebben wij laten zien, in risicofactoren van psychiatrische problematiek bij kinderen. Hierbij gaat het niet om risicofactoren die specifiek zijn voor een bepaalde psychiatrische stoornis, zoals depressie. Het gaat veeleer om risicofactoren die gemeenschappelijk zijn voor verschillende psychiatrische ziektebeelden. Interventies, die gericht zijn op de beïnvloeding van deze zogenaamde non-specifieke risicofactoren, kunnen dan ook een risicoverlaging voor uiteenlopende ziekten en stoornissen opleveren.¹

Om de druk op de GGZ te verminderen zullen interventies ontwikkeld moeten worden op het gebied van preventie en gezondheidsbevordering. In theorie kunnen interventies gericht worden op de hele populatie (populatie interventies) of op groepen met een verhoogd risico (selectieve preventie)¹. De bedoeling van een populatie-interventie is om het aantal symptomen in de hele groep terug te brengen, waardoor er uiteindelijk minder kinderen zoveel symptomen hebben dat ze ziek worden. Voorbeelden van dergelijke populatie interventies zijn programma's voor prenatale zorg en programma's ter verhoging van de sociale weerbaarheid van kinderen in het basisonderwijs. Een voorbeeld van een populatie-interventie aan de hand van de in dit hoofdstuk gepresenteerde resultaten zou kunnen zijn: buurtgerichte activiteiten in aandachtsbuurten waar band en vertrouwen afwezig is. Dit kan bijvoorbeeld door faciliteiten zoals speeltuinen en buurthuizen te bieden om de contacten tussen buurtbewoners te verbeteren. Populatie-interventies kunnen grote groepen in één keer bereiken. Maar soms is het effectiever om interventies te richten op groepen kinderen die al een hoger risico hebben om in contact te komen met de geestelijke gezondheidszorg. Op basis van de resultaten van ons onderzoek zou het aanbeveling verdienen om deze selectieve preventie, in de vorm van bijvoorbeeld gezondheidsvoorlichting en opvoedingsondersteuning, te richten op kinderen in eenoudergezinnen, kinderen van ouders met een psychiatrische stoornis of kinderen bij wie externaliserend gedrag is gerapporteerd.

Verder blijkt een vroegtijdige onderkenning en behandeling van ontwikkelings-achterstanden van zeer groot belang te zijn, omdat ook kinderen met achterstanden in spraak, motoriek en psychosociale ontwikkeling meer risico hebben om in contact te komen met de geestelijke gezondheidszorg. Ook geven de resultaten reden te veronderstellen dat psychiatrische problematiek zou kunnen worden voorkomen met behulp van bijvoorbeeld training van eerstelijns-hulpverleners, zoals consultatiebureau artsen en schoolartsen, en door de ontwikkeling en implementatie van meer sensitieve diagnostische instrumenten.¹

Een combinatie van geautomatiseerde databestanden (PCR en GGD) biedt de mogelijkheid om straks het GGZ-gebruik te analyseren, zowel in de jaren voor als in de jaren nadat een Preventief Gezondheids Onderzoek (PGO) heeft plaatsgevonden. Op die manier kunnen in de toekomst naast verbanden, ook *de effecten* van individuele en buurt factoren op latere gezondheidsuitkomsten bestudeerd worden. Dit gecombineerd geautomatiseerd databestand is daarmee een gezondheids-monitor. Op het moment dat er iets veranderd in het gezondheidszorgbeleid (individueel of buurtgericht), kan met behulp van de gegevens onderzocht worden of dit invloed heeft gehad op de (geestelijke) gezondheid van de kinderen.

BRONNEN

HOOFDSTUK 1

1. Goldberg, D., Huxley, P. (1992). *Common mental disorders*. London: Routledge.
2. Zie bijvoorbeeld: http://www.ggzbeleid.nl/mod_jeugdzorg.html
3. Verhulst, FC, van der Ende, J., Ferdinand, F., Kasius, M.C. (1997). The prevalence of DSM-III-R diagnoses in a national sample of Dutch adolescents. *Archives of General Psychiatry*, 54: 329-336.
4. De Bildt A., Sytema, S., Kraijer, D., Ketelaars, C., Volkmar, F., Minderaa, R. (2003). Measuring pervasive developmental disorders in children and adolescents with mental retardation. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33:595-605.
5. Sytema S., Koopmans, P. (1998). *Psychische stoornissen in de volwassen bevolking: een verkenning van omvang, gevolgen en kosten*. Den Haag: Sdu Uitgevers.
6. Zie: http://www.brancherapporten.minvws.nl/object_class/br_ggz_mz_jeugd.html
7. Ter Bogt T., van Dorsselaer, S., Vollebergh, W. (2003). *Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren*. Utrecht: Trimbos-instituut.
8. Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R., Meltzer, H. (2003). *Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample*. In: *International Review of Psychiatry*, 15 (1-2):166-72.
9. Achenbach, TM. (1990). *The Young Adult Self Report*. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry.
10. Collishaw, S., Maughan, B., Goodman, R., Pickles, A. (2004). Time trends in adolescent mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45: 1350-1362.
11. Achenbach, TM., Dumenci, L., Rescorla, LA. (2003). Are American children's problems still getting worse? A 23-year comparison. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 31: 1-11.
12. Verhulst, FC, van der Ende, J., Rietbergen, A. (1997). Ten-year time trends of psychopathology in Dutch children and adolescents: no evidence for strong trends. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96: 7-13.
13. Fergusson, DM., Horwood, LJ. (2001). The Christchurch Health and Development Study: review of findings on child and adolescent mental health. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35: 287-296.
14. Kim-Cohen, J., Caspi, A., Moffitt, TE., Harrington, H., Milne, BJ., Poulton, R. (2003). Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. Developmental follow-back of a prospective-longitudinal cohort. *Archives of General Psychiatry*, 60: 709-717.

15. Hofstra, MB., van der Ende, J., Verhulst, FC. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-years follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41: 182-189.
16. World Health Organization. (1993). *Composite International Diagnostic Interview - Version 1.1*. Geneve: WHO.
17. Schoemaker, C., Ruiter, de C. (red.) (2005). *Trimbos zakboek psychische stoornissen*. Utrecht: De Tijdstroom.

HOOFDSTUK 2

1. Klein, DN., Schatzberg, AF., McCullough, JP. en anderen (1999). Age of onset in chronic major depression: relation to demographic and clinical variables, family history, and treatment respons. *Journal of Affective Disorders*, 55: 149-157.
2. Kjelsberg, E. (1999). A long term follow-up study of adolescent psychiatric in-patients, part IV, predictors of a non-negative outcome. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 99: 247-251.
3. Heijmens-Visser, J. (2002). *Long-term outcome of psychopathology in childhood and adolescence*. Rotterdam: Proefschrift.
4. Barnard, MC. en Kramer, GJA. (2002). *Kinderen en jeugdigen met chronisch psychiatrische problematiek*. Utrecht: Prismant.
5. Kastrup, M. (1988). Young adult psychiatric patients and their need for hospitalization. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 42: 23-28.
6. Pedersen, J., Aarkrog, T. A (2001). 10-year follow-up study of an adolescent psychiatric clientele and early predictors of readmission. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55: 11-16.
7. Dieperink, CJ., Pijl, YJ., Driessen, GAM. (2006). Langdurig zorgafhankelijken in de GGz; een landelijke verkenning op basis van psychiatrische casusregisters. *Maandblad Geestelijke volksgezondheid*, 61, 228-238.
8. Bouter LM., Dongen van MCJM. (1988). *Epidemiologisch onderzoek*. Utrecht: Bohn, Scheltema & Holkema.
9. Wiersma, D., Sytema, S., Busschbach van J., Schreurs, M., Kroon, H., Driessen, G. Prevalence of longterm mental health care utilization in the Netherlands. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 96: 247-253.

HOOFDSTUK 3

1. De Hert, M., Van den Broucke, S., Van Nuffel, R., Eds. (2000). *Naar een geestelijk gezonde samenleving*. Diegem: Kluwer.
2. Verhulst FC., Koot, HM. (1995). *The epidemiology of child and adolescent psychopathology*. Oxford: Oxford University Press.
3. Verhulst, FC., van der Ende, J. (1997). Factors associated with child mental health service use in the community. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36: 901-909.
4. Laitinen Krispijn, S., Van der Ende, J., Wierdsma, Al., Verhulst, FC. (1999). Predicting adolescent mental health service use in a prospective record-linkage study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38: 1073-1080.
5. John, LH., Offord, DR., Boyle, MH., Racine, YA. (1995). Factors predicting use of mental health and social services by children 6-16 years old: findings from the Ontario Child Health Study. *American Journal of Orthopsychiatry*, 65: 76-86.
6. Drukker, M., Kaplan, C.D., Feron, F.J.M., Van Os, J. (2003). Children's health-related quality of life, neighbourhood socio-economic deprivation and social capital. A contextual analysis. *Social Science and Medicine*. 57: 825-841.
7. Gunther, N., Slavenburg, B., Feron, F., van Os, J. (2003). Childhood social and early developmental factors associated with mental health service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38: 101-108.
8. Gunther, N., Drukker, M., Feron, F., Van Os, J. (2005). Association of mental health problems in childhood with prenatal and postnatal physical growth. *European Psychiatry*, 20: 277-286.
9. Van der Linden, J., Drukker, M., Gunther, N., Feron, F., Van Os, J. (2003). Children's mental health service use, neighbourhood socioeconomic deprivation, and social capital. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38: 507-514.
10. Gunther, N., Drukker, M., Feron, F., Korebrits, A., Van Os, J. (2005). The combination of shared family environment and individual-specific developmental deviance as a cause for treated psychiatric morbidity in children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112: 376-384.
11. Drukker, M., Gunther, N., Jansen, M., Os van, J. (2006). Kinderen screenen. *Maandblad Geestelijke Volksgezondheid*, 61: 108-110.

BIJLAGE 1

DE ORGANISATIE VAN HET HUIDIGE ONDERZOEK

Het Rob Giel Onderzoekcentrum van de Rijksuniversiteit Groningen, de afdeling Sociale Psychiatrie van de Universiteit Maastricht en het O3 Onderzoekcentrum GGZ Rijnmond van de Erasmus Universiteit Rotterdam onderhouden ieder, met steun van het Ministerie van VWS, een psychiatrisch casusregister. Het huidige PCR Noord Nederland ging al van start in 1974 met als register gebied de bevolking van de gemeente Assen. In 1986 werd dit uitgebreid naar de provincie Drenthe en sinds 2002 naar de drie Noordelijke provincies. Het PCR Maastricht begon in 1981 met de bevolking van Maastricht en omstreken. De uitbreiding naar de regio Zuid Limburg werd in 2005 gerealiseerd. Het PCR Rijnmond startte in 1992 en omvat de bevolking in de regio Rijnmond met als kern het groot stedelijk gebied Rotterdam. Op initiatief van het Ministerie van VWS is er een nauwe samenwerking tussen de registers ontstaan en sinds 2004 wordt er gewerkt aan de opbouw van een gecombineerde database. Omdat deze database zowel een groot randstedelijk gebied (Rotterdam) als middelgrote steden (zoals Groningen en Maastricht) en rurale gebieden (zoals in het Noorden) omvat, geeft het de mogelijkheid een representatief beeld te schetsen van het GGZ gebruik in Nederland. In de exploitatie van deze gezamenlijke database wordt samengewerkt met de Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid (NMG) van het Trimbos instituut. De eerste studie, verschenen in 2005 in de NMG reeks, was een evaluatie van het extramuraliseringsbeleid in Nederland in de jaren 90.

BIJLAGE 2

BEVOLKINGSAANTALLEN EN GGZ VOORZIENINGEN

De noordelijke regio omvat de bewoners van de provincies Groningen, Friesland en Drenthe. Het zuidelijke register hebben wij beperkt tot de inwoners van de stad Maastricht, omdat de indruk bestaat dat mogelijk een deel van de inwoners uit de gemeenten daaromheen zich niet op de GGZ in Maastricht maar op de GGZ in andere steden, met name Heerlen, richten. In de tabel staan de bevolkingsaantallen naar leeftijdscategorie (0-12 jaar en 13-19 jaar) en geslacht per casusregister gebied, waarop de prevalentie cijfers en de zorgconsumptie cijfers gepresenteerd in hoofdstuk 1 zijn gebaseerd. In totaal hebben de daar gepresenteerde cijfers betrekking op bijna 740.000 jongeren. Dit is 18,5 procent van de in totaal bijna 4 miljoen jongeren die Nederland telt.

PCR	Leeftijd	2001			2002		
		jongen	meisje	Totaal	jongen	meisje	totaal
Noord Nederland	0-12	135458	129251	264709	136645	130528	267173
	13-19	74247	70039	144286	74605	70360	144965
	totaal	209705	199290	408995	211250	200888	412138
Zuid Limburg	0-12	7677	7401	15078	7675	7378	15053
	13-19	4643	4901	9544	4662	4935	9597
	totaal	12320	12302	24622	12337	12313	24650
Rijnmond	0-12	102078	97140	199218	102098	97164	199262
	13-19	53650	51231	104881	54174	51718	105892
	totaal	155728	148371	304099	156272	148882	305154
PCR's gezamenlijk	0-12	245213	233792	479005	246418	235070	481488
	13-19	132540	126171	258711	133441	127013	260454
	totaal	377753	359963	737716	379859	362083	741942

Dit onderzoek beperkt zich tot de jeugd GGZ. Dit betekent dat alle voorzieningen die tot de Jeugdzorg behoren, zoals bijvoorbeeld het Medisch Kinder Dagverblijf (MKD) en het Medisch Kinder Tehuis (MKT), buiten beschouwing blijven. Voorzover er sprake is van ernstige psychische of gedragsproblemen wordt in de regel samengewerkt met de GGZ omdat specifieke deskundigheid in de behandeling daarvan in de Jeugdzorg ontbreekt. Jeugdzorgklanten waarbij de GGZ op enigerlei wijze is betrokken worden uiteraard wel in onze cijfers meegenomen.

In de noordelijk regio zijn alle RIAGG's inmiddels gefuseerd met het Algemeen Psychiatrisch Ziekenhuis. Daarnaast zijn er categorale aanbieders van zorg. In de Noord-Nederlandse regio is ACCARE een grote instelling, ontstaan uit een fusie van verschillende gespecialiseerde voorzieningen. Onderdeel daarvan is een grote polikliniek in de stad Groningen, gespecialiseerd in stoornissen in het autisme spectrum

en ADHD problematiek. In omvang is deze polikliniek vergelijkbaar met die van het Sophia Kinderziekenhuis in de Rotterdamse regio. Een dergelijke grote polikliniek, die naast de GGZ jeugdteams opereert, is er niet in Maastricht. Wel is er een intramurale voorziening buiten de regio waarheen ook kinderen uit de regio Maastricht worden verwezen. Deze voorziening participeert in het casusregister en het gebruik van deze voorziening door kinderen uit de PCR regio Maastricht is derhalve in de cijfers meegenomen.

BIJLAGE 3

KOSTENMODEL VOOR HET SCHATTEN VAN DE JAARLIJKSE ZORGCONSUMPTIE

Het kostenmodel dient om allerlei typen zorg te herleiden tot een kostprijs waarmee de zorgconsumptie in een jaar per patiënt in euro's kan worden uitgedrukt. Er is gebruik gemaakt van de CTG-tarieven van 1999 van Het College Tarieven Gezondheidszorg. Voor de koppeling van de naar geplande productie gewogen sommen van CTG-tarieven aan consumptiegegevens over patiënten, moet ook bekend zijn hoeveel dagen een patiënt tijdens opname of een deeltijdbehandeling daadwerkelijk aanwezig is. Omdat in de gezamenlijke database van de drie casus-registers alleen het begin en het eind van opnames en deeltijdbehandeling worden vastgelegd, werd een schatting gemaakt van het gemiddelde aantal declarabele dagen aan de hand van de raming van de gemiddelde aanwezigheid. Deze ramingen zijn ontleent aan analyses op casus-register data waarin de aanwezigheid wel exact bekend was. De kosten per geproduceerde eenheid werden berekend voor de in de registers onderscheiden categorieën van zorg. Deze bedragen werden vervolgens vermenigvuldigd met het gemiddelde percentage aanwezigheid. Aangezien in alle jaren en registergebieden hetzelfde kostenmodel gehanteerd werd, zijn de resulterende statistieken niet vertekend door loonkostenontwikkelingen of door andere oorzaken van inflatie. In de tabel hieronder staan de zorgsoorten die in analyses zijn onderscheiden en de berekening van de kosten per geregistreerde eenheid daarvan.

Conversie CTG-tarieven 1999 naar kosten (in euro's) per geregistreerde zorgeenheid

Registratie zorgconsumptie	CTG-tarieven (voor productie gewogen som)	Geplande bezet- tings-graad in 1999	Raming aan- wezigheid	Kosten per geregistreerde eenheid
Kliniek PZ, PAAZ, MFE	44493 per bed per jaar	346 dagen	.90	116 per
Lengte van opname in dagen		per jaar		opnamedag
Dagbehandeling PZ, PAAZ	27612 per plaats per jaar	274 dagen	.40	40 per dag
Zorgduur in dagen		per jaar		
Polikliek PZ, PAAZ in contacten	53 per contact	-	1.00	53 per contact
PTZ/SPITS	90 per contact	-	.33	29 per dag
Lengte zorg in dagen				
RIBW-wonen	19742 per kamer per jaar	364 dagen	1.00	54 per dag
Verblijf in dagen		per jaar		
AWB/BZW	3179 per plaats per jaar	365 dagen	1.00	9 per dag
Lengte zorg in dagen		per jaar		
Kliniek kinder- en jeugd	75402 per bed per jaar	357 dagen	.79	167 per
Lengte van opname in dagen		per jaar		opnamedag
Dagbeh. kinder- en jeugd	37759 per plaats per jaar	260 dagen	.62	90 per dag
Zorgduur in dagen		per jaar		
Polikliek kinder- en jeugd	112 per contact	-	1.00	112 per contact
in contacten				
RIAGG kinderen	69 per contact	-	1.00	69 per contact
In contacten				
RIAGG volwassenen/ouderen	71 per contact	-	1.00	71 per contact
In contacten				

BIJLAGE 4

DE VERZAMELDE GEGEVENS VAN DE VERSCHILLENDE DEELONDERZOEKEN VAN HOOFDSTUK 3

I PCR-GEGEVENS

1. Aantal en percentage kinderen uit Zuidelijk Zuid-Limburg dat in contact komt met de GGZ-instellingen in deze regio.
2. Beschrijving van het GGZ-gebruik aan de hand van zorgepisoden. Een zorg-episode is het aantal aaneensluitende GGZ contacten gedurende een bepaalde periode. Deze periode eindigt, wanneer er 90 dagen of meer tussen het laatste en het eerstvolgende contact zit.

II. GGD-GEGEVENS:

A. PAPIEREN DOSSIERS

Gegevens over het kind (deelonderzoeken I, II en IV):

1. Ontwikkeling motoriek: opmerkingen over wel of geen problemen met de fijne en grove motoriek, leeftijd waarop het kind loopt en een functie-motorische test.
2. Psychosociaal gedrag: opmerkingen over het psychosociale gedrag zijn ingedeeld in:
 - a. Positief gedrag: er worden uitsluitend opmerkingen gemaakt in de trant van: doet het goed, heeft veel sociale contacten, spontaan en coöperatief. Ook als er geen opmerkingen over het psychosociale gedrag worden gemaakt gaan we ervan uit dat dit positief is.
 - b. Internaliserend gedrag: betreft de persoon in kwestie maar niet de omgeving, zoals heel verlegen zijn, negatief zelfbeeld, terugtrekgedrag en faalangstigheid.
 - c. Externaliserend gedrag: sociaal onwenselijk gedrag en gedrag dat ook van invloed is op anderen, zoals agressie, hyperactiviteit, liegen en vechten.
 - d. Een combinatie van internaliserend en externaliserend gedrag: beide kenmerken zijn ongeveer even sterk aanwezig.
3. Geboortelengte en geboortegewicht en groei op verschillende leeftijden in de kindertijd (lengte en gewicht) worden bij ieder contact gemeten. De Body Mass Index (BMI), ook wel de Quetelet index genoemd, kan hieruit berekend worden door het gewicht te delen door de lengte in het kwadraat.
4. Zindelijkheid overdag en 's nachts.
5. Taalontwikkeling: logopedieverwijzingen.
6. Verwijzingen speciaal onderwijs.

Gegevens over het gezin (deelonderzoeken I, II, III en IV):

1. Schatters van de Sociaal Economische Status (SES) van het gezin worden in de GGD dossiers systematisch geregistreerd: wel/geen werkloosheid binnen het gezin, wel/geen eenoudergezin en beroep ouders ingedeeld in laag, gemiddeld, hoog en wetenschappelijk.
2. Negatieve gezinsomstandigheden: opmerkingen over al dan geen psychosociale stress in het gezin zoals inconsistente opvoeding, echtscheiding ouders, mishandeling door de ouders en geestelijke gezondheidsproblematiek bij de ouders.

Gegevens over de buurt (deelonderzoek III):

Omdat de postcode bekend was, kon bepaald worden in welke buurt de kinderen woonden. Per buurt zijn een aantal kenmerken nagegaan:

1. De sociaal-economische status van de buurt (buurtSES): gebaseerd op gegevens over werkloosheid, inkomen en dergelijke verkregen van de gemeente en het Centraal Bureau voor de Statistiek (CBS).
2. “Sociaal kapitaal”: hoe buurtbewoners met elkaar omgaan. Omdat sociaal kapitaal altijd subjectief is, is dit gevraagd aan een representatieve groep buurtbewoners (20-65 jaar) met twee vragenlijstjes: “sociale controle” en “onderlinge contacten en vertrouwen”.

B. Geautomatiseerd registratiesysteem

Gegevens over de tweedeklassers (deelonderzoek V)

1. Ervaren gezondheid: welk woord omschrijft het best hoe gezond je je voelt? Heel goed, goed, gaat wel, matig, slecht.
2. Het hebben van lichamelijke of psychische problemen: heb jij op dit moment a: lichamelijke klachten; b: psychische problemen.