# Validering van de SDQ plus: de rol van etniciteit en Sociaal Economische Status (SES)

Bella L. Fernandes Vaz
Onder begeleiding van: Prof. dr. C. de Ruiter
Universiteit van Amsterdam
Programmagroep Klinische psychologie
December 2004

## Voorwoord

Vanaf het begin van mijn studie wist ik dat ik in de toekomst wilde werken met kinderen en jeugdigen in de klinische setting. Door mijn werkervaring, de stage die ik heb afgerond en mijn eigen culturele achtergrond ervoer ik dat de diagnostische instrumenten die worden afgenomen bij allochtone cliënten, niet altijd even bruikbaar waren voor deze groep. Ik was dan ook erg enthousiast toen ik de kans kreeg om mijn interesse op dit gebied om te kunnen zetten in wetenschappelijke kennis. Dit werkstuk heeft mij veel opgeleverd. Ik heb onder andere kennis gemaakt met verschillende Bureaus Jeugdzorg en Geestelijke Gezondheidszorg Instellingen en ik kwam direct in contact met verschillende cliënten. Tevens heb ik veel geleerd over wat er allemaal komt kijken bij het doen van onderzoek. Na anderhalf jaar parttime te hebben gewerkt aan mijn werkstuk, is deze eindelijk af. Dit ging echter niet zonder slag of stoot. Ik heb ondervonden dat ‘ de laatste loodjes inderdaad het zwaarst wegen’ en dat ik hard heb moeten werken om het tot een goed eind te volbrengen. Ik heb echter met veel plezier deelgenomen aan dit onderzoek, waarvan het huidige artikel het resultaat is. Ik wil graag alle betrokken personen hartelijk bedanken voor hun geduld, kennis en toewijding. Mijn speciale dank gaat uit naar Prof. Corine de Ruiter (de projectleidster van dit onderzoek), voornamelijk voor haar ondersteuning bij mijn schrijfproces. Tevens mijn dankwoord aan Marije Valenkamp en Maureen van Oort (verbonden aan het Trimbos-instituut), die mij bij de praktische uitvoering van het onderzoek hebben ondersteund. Tot slot wil ik de methodologie winkel van de Universiteit van Amsterdam bedanken voor hun geduld en kennis over statistische analyse.

## Abstract

Vanaf januari 2005 wordt het Bureau Jeugdzorg (BJZ) volgens de 'Wet op de Jeugdzorg' de beoogde toegang tot alle sectoren van jeugdzorg, inclusief de jeugdafdelingen van de Geestelijke Gezondheidszorg (Jeugd-GGZ). Dit houdt in dat BJZ vaststelt of een cliënt aangewezen is op vormen van geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. Bij de hulpverleners van de Bureaus bestaat echter onvoldoende deskundigheid in het screenen op psychische stoornissen (Konijn, 2002).
Ter ondersteuning van de screeningsfunctionarissen is door het Trimbos-instituut een screeningsinstrument psychische stoornissen ontwikkeld, de Strengths and Difficulties Questionnaire plus (SDQplus). Dit onderzoek bekeek of etniciteit en Sociaal Economische Status (SES) van invloed waren op de nauwkeurigheid (sensitiviteit en specificiteit) van dit instrument.
Het onderzoek werd verricht onder jeugdigen van 4 t/m18 jaar met en zonder een psychische stoornis en hun ouders (N=678), die gebruik maakten van een Jeugdzorg instelling (BJZ of jeugd GGZ)). De scores behaald op de SDQplus werden vergeleken met een gouden standaard, een diagnostisch instrument dat zijn kwaliteit al heeft bewezen (in dit onderzoek de uitslagen op de CBCL en YSR). Etniciteit en SES bleken geen invloed te hebben op de nauwkeurigheid van de SDQplus.

# Inhoudsopgave


1. Inleiding 5
1.1 Etniciteit 5
1.2 Sociaal Economische Status (SES) 9

2. Methode 10
2.1 Proefpersonen 10
2.2 Materialen 10
2.2.1 De SDQplus 10
2.2.2 De Child Behavior Checklist (CBCL) 11
2.2.3 Een vergelijking tussen de SDQ en CBCL 11
2.2.4 Sociaal Economische Status 12
2.2.5 Etniciteit 12
2.3 Procedure 13
2.4 Data-analyse 14
2.4.1 De ROC analyse 14
2.4.2 Kruistabellen en Kendall's tau-C 15
2.4.3 General Loglinear analyse 15

3. Resultaten 17
3.1 Demografische kenmerken 17
3.1.1 Proefpersonen 17
3.1.2 Achtergrondkenmerken van de ouders 18
3.2 Resultaten analyse 19
3.2.1 SDQplus 19
3.2.2 De invloed van SES 22
3.2.3 De invloed van etniciteit 24
3.2.4 SES en etniciteit 25

4. Discussie 27

Bijlage 1 Aanvullende vragen, ouderversie 30
Bijlage 2 Aanvullende vragen, jongerenversie 12-18 jarigen 31
Bijlage 3 Informatie vooraf/ toestemmings- en tegoedbonformulier 32
Bijlage 4 De verschillende vragenlijsten van de SDQplus 35
Bijlage 5 Coördinaten van de Curve (ouderversie) 48
Bijlage 6 Coördinaten van de Curve (jongerenversie) 49

5. Literatuurlijst 50

# 1. Inleiding

Het Bureau Jeugdzorg (BJZ) is volgens de Wet op de Jeugdzorg (vanaf januari 2005 zal deze in werking treden) de beoogde toegang tot alle sectoren van jeugdzorg, inclusief de jeugdafdelingen van de Geestelijke Gezondheidszorg (jeugd-GGZ). Eén van de taken van Bureau Jeugdzorg wordt het vaststellen of een cliënt aangewezen is op vormen van geestelijke gezondheidszorg voor jeugdigen. In de algemene bevolking lijdt circa 14 procent van de kinderen en 22 procent van de adolescenten jaarlijks aan een psychische stoornis volgens de DSM (Diagnostic and Statistic Manual, een diagnostisch classificatiesysteem voor psychiatrische syndromen) (Burger, 2001). Verwachting is dan ook dat bij een behoorlijk aandeel van de jeugdigen die het BJZ bezoeken, sprake zal zijn van een psychische stoornis. Bij de hulpverleners van de Bureaus bestaat echter onvoldoende deskundigheid in het screenen van psychische stoornissen (Konijn, 2002). Eijgenram, Bothof en van Yperen (2001) verrichten onder negentien Bureaus Jeugdzorg een inventarisatie van de gebruikte instrumenten voor screening en basisdiagnostiek. Deze inventarisatie laat zien dat veel Bureaus Jeugdzorg eigen screeningsmethoden of –instrumenten gebruiken. Valenkamp e.a. (2003) vroegen van verschillende Bureaus deze instrumenten op. Zij onderzochten hoe psychische stoornissen aan bod kwamen in deze instrumenten. Zij concludeerden dat het veelal open vragen zijn naar het voorkomen van psychische stoornissen en dat er geen criteria in zijn opgenomen waarmee psychische stoornissen kunnen worden bepaald. Ook het onderscheid tussen psychische stoornissen en psychosociale problemen wordt vaak niet duidelijk. De Jeugd-GGZ heeft in de Bureaus (nog) een onvoldoende aandeel om het screenen op psychische stoornissen adequaat te doen verlopen (Konijn, 2002). Ter ondersteuning van de screeningsfunctionarissen van het BJZ heeft het Trimbos-instituut daarom een screeningsinstrument psychische stoornissen ontwikkeld, de SDQplus. Bedoeling is dat met dit instrument binnen korte tijd (10 minuten) kan worden gescreend op de aanwezigheid van psychische stoornissen bij de jeugdige. Het Trimbos-instituut ontwikkelde schriftelijke vragenlijsten (de SDQplus) voor ouders van 4 t/m 11 jarigen, ouders van 12 t/m 18 jarigen en voor de 12 t/m 18 jarigen zelf. Het Trimbos instituut onderzoekt de nauwkeurigheid en bruikbaarheid van het instrumentarium. Hierbij worden drie deelvragen gehanteerd.

1. Met welke nauwkeurigheid signaleert het instrument psychische stoornissen bij jeugdigen?
2. Wat zijn aanbevelingen voor gebruik van het instrument in de praktijk van BJZ?
3. Hoe wordt het gebruik van het instrument in de praktijk van BJZ ervaren?

In dit huidig onderzoek zal de validiteit van het screeningsinstrument (SDQplus) worden bekeken. Er zal specifiek onderzocht worden in hoeverre de SDQplus voldoende nauwkeurig psychische stoornissen signaleert bij jeugdigen. Tevens zal worden nagegaan of respectievelijk etniciteit en Sociaal Economische Status (SES) van invloed zijn op de nauwkeurigheid van de SDQplus.

Door de scores van cliënten met en zonder een psychische stoornis op het instrument te vergelijken met een gouden standaard (een ander diagnostisch instrument dat zijn kwaliteit heeft bewezen, in dit onderzoek de uitslagen van de CBCL/ YSR ) wordt de nauwkeurigheid waarmee de SDQplus personen met en zonder psychische stoornissen onderscheidt onderzocht (sensitiviteit en specificiteit).

## 1.1 Etniciteit

Net als veel andere Europese landen is Nederland sinds de jaren zestig tengevolge van internationale migratie in versneld tempo een multiculturele samenleving geworden (www.nidi.nl; WPRB-rapport, 1997). Dit houdt in dat een steeds groter wordend deel van de maatschappij wordt gevormd door mensen met een culturele achtergrond of etnische identiteit die anders is dan die van de meerderheid (SCP, 1999 in: Ingleby, 2000). Begrippen als allochtoon, vreemdeling, etnische of culturele minderheid, buitenlander en niet-Nederlander

worden door elkaar gebruikt maar hebben alle een eigen betekenis en klank (www.nidi.nl; WPRB-rapport, 1997).Van alle jeugdigen in Nederland was in het jaar 2002 ongeveer 17 procent niet-westers allochtoon. Iemand wordt allochtoon genoemd als hij of zij niet in Nederland is geboren, of als ten minste één van zijn of haar ouders niet in Nederland is geboren en afkomstig is uit een niet-westers land (Blonk en de Smet, 2001, in: Bellaart & Azrar, 2002). In de 'allochtonen'-prognose hanteert het CBS onder meer de zogenoemde 'beperkte' definitie: de eerste generatie allochtonen wordt gevormd door personen die in het buitenland zijn geboren én van wie minstens één ouder in het buitenland is geboren; de tweede generatie bestaat uit personen die in Nederland zijn geboren én van wie beide ouders in het buitenland zijn geboren. Volgens deze definitie telde Nederland op 1 januari 1996 1,7 miljoen allochtonen *(CBS, 1997, in:* www.nidi.nl).

De onderlinge verschillen in gedrag, cultuur en taal, godsdienst, levensstijl en verblijfsduur in Nederland zijn binnen die groep heel groot. Onder de statistische CBS-definitie vallen mensen met wortels in voormalig Nederlands-Indië die hun hele leven in ons land doorbrachten, maar ook mensen uit een ander land van de Europese Unie die hier enige jaren verblijven, en recent toegelaten Somalische asielzoekers. Om deze reden heeft het CBS in de prognose een aantal groepen onderscheiden. Dit geeft het volgende beeld. De Turkse bevolkingsgroep is nu het meest omvangrijk en zal van 263 duizend in 1996 groeien tot 355 duizend in 2015. Ook de bevolkingsgroep van Marokkaanse afkomst neemt in omvang toe, en wel van 218 duizend in 1996 tot 333 duizend in 2015. De Surinaamse groep neemt in deze periode met 100 duizend personen toe tot 356 duizend. De sterkste groei betreft allochtonen uit overige 'arme' landen, (merendeels Aziatisch, ruim een kwart Afrikaans) van 354 duizend nu tot meer dan één miljoen in 2015. Volgens de prognose zal de tweede generatie (in Nederland geboren) allochtonen sterker groeien dan de eerste generatie en blijft de allochtone bevolking naar verhouding jong, ook door de instroom van jonge immigranten (www.nidi.nl). Gemiddeld worden in allochtone gezinnen meer kinderen geboren dan in autochtone gezinnen. Van alle Marokkanen is 41 % onder de 15 jaar. Bij Turken is dat 34 %, bij Surinamers 30 %, en bij Nederlanders 18 %. Dit betekent dat het percentage allochtonen van alle jongeren snel zal stijgen (Bellaart, 1997).Van het totaal aantal jongeren waarvan momenteel één of beide ouders in het buitenland is geboren, is ruim 60 procent van Marokkaanse, Turkse, Surinaamse of Antilliaanse herkomst [1](Hosper, Konijn & Vollebergh, 2001). Van de overige 40 procent is de afkomst heel divers.
De samenleving wordt dus in een snel tempo multi-etnisch en ook in de jeugdzorg is dit te merken. In de jeugdzorg is 30 procent van de cliënten allochtoon (Bellaart & Azrar, 2002). Het is duidelijk dat allochtone jeugdigen - al dan niet van de tweede generatie - een aanzienlijk beroep doen op de jeugdzorg. Zeker als men de cijfers beziet in verhouding tot het aantal autochtone jeugdigen waaraan zorg wordt gegeven en de omvang van die autochtone bevolking (Bellaart & Azrar, 2002).Veel psychologen, pedagogen, leerkrachten en hulpverleners hebben hierdoor in hun beroepspraktijk met de multiculturele samenleving te maken. Het is al langer gesignaleerd dat de psychiatrische zorg voor allochtone kinderen en jongeren niet aansluit op de behoefte (De Jong, 1996). De ontmoeting met ´andere`culturen, zowel in het eigen land als in de rest van de wereld, bracht namelijk aan het licht dat de manier waarop patiënten benaderd, beluisterd en begrepen worden, aangepast diende te worden aan de begrippenkaders en leefwereld van deze culturen (Ingleby, 2000). Dataverzameling, theorieën en behandelingen moesten rekening houden met de achtergrond van de patiënt. In andere culturen gelden namelijk vaak andere (vaak minder dualistische)

[1] De etnische groepen zullen in het vervolg van dit onderzoek worden onderscheiden in Nederlanders, Surinamers, Turken, Marokkanen en Antillianen omdat enerzijds de overige te onderscheiden etnische groepen uit te geringe aantallen bestaan en anderzijds vanwege de grote etnische variatie binnen een categorie (met name de kinderen uit gemengde huwelijken) (Latuheru & Hessels, 1994).

.

conceptualiseringen van de relatie tussen lichaam en geest, en tussen de zelf en de sociale omgeving. Groepen en culturen onderscheiden zich onder andere van elkaar in mensbeeld en opvoedingspraktijken. Er is een tamelijk universele neiging om alleen leden van de eigen groep als volledig mens te zien (Kouratovsky, 2002). De individuele kenmerken van het kind of de jongere staan op allerlei manieren in wisselwerking met de herkomst en met het leven in Nederland als gastland. Het is in die wisselwerking dat problemen ontstaan (de klinische realiteit) en een eenzijdig westers verklaringsmodel kan daarbij dus tot verkeerde conclusies leiden.

Er zijn algemene risico's. Een eerste is dat de hulp niet aansluit en dat er geen hulp meer wordt gezocht. Wanneer er wel wordt doorgezet, kunnen verkeerde diagnoses tot een verkeerde en een mogelijk schadelijke aanpak leiden (Kouratovsky, 2002). Opvattingen over ziekte en gezondheid, de betekenis van gedrag, de manier waarop problemen verklaard worden en zelfs de gewenste relatie tussen behandelaar en patiënt, kunnen drastisch afwijken van de gangbare normen in de moderne westerse psychiatrie (Ingleby, 2000). Wanneer de allochtone cliënt de westerse hulpverlener duidelijk moet maken wat het probleem is, gaat dit, aldus een veel gehoorde klacht van hulpverleners, bijvoorbeeld vaak gepaard met overmatig somatiseren (Knipscheer & Kleber, 1998). Allochtone ouders hebben namelijk in mindere mate geleerd te psychologiseren, zoals men dat in Nederland vanaf de jaren zestig wel heeft geleerd uit tijdschriften, en van de televisie. Dit alles draagt ertoe bij dat de signalering door allochtone ouders en het vermogen om het signaal om te zetten naar een hulpvraag beperkter is. Soms zijn er misverstanden tussen cliënt en hulpverlener omdat de cliënt de problemen op een andere manier definieert dan de hulpverlener (Bellaart & Azrar, 2002). Er worden ook verschillen aangetroffen in de frequentie, duur en gewicht die cliënten geven aan bepaalde symptomen bij de presentatie van stoornissen (Flaskerud & Faan, 2000). De afwijkende symptomatologie en klachtenpresentatie kunnen de hulpverlening compliceren (Knipscheer & Kleber, 1998). Zo kunnen cultuurspecifieke ervaringen zoals in trance zijn, bezeten zijn en cultuur gebonden syndromen, in de ogen van de hulpverlener bestempeld worden als bizarre en extreme wanen, wanneer de hulpverlener niet bekend is met de overtuigingen en gedragingen van die cultuur. Deze ervaringen kunnen al snel verkeerd gediagnosticeerd worden als bijvoorbeeld een psychotische stoornis (Flaskerud & Faan, 2000). Hoewel er werd gedacht dat het westerse construct van psychische stoornissen universeel was, resulterend in dezelfde zorg voor iedereen, worden bepaalde psychische stoornissen verkeerd gediagnosticeerd of onder-gediagnosticeerd bij etnische minderheden (Mezzich, Kleinman, Fabrega, Parron, 1996, in: Choi, 2002). In Nederland wordt bij diagnosestelling vaak geen rekening gehouden met de culturele achtergrond, waardoor ten onrechte een ´te zware` diagnose wordt gesteld.

Psychologische onderzoeksmethoden, theorieën en praktijken moeten (daarom) aangepast worden aan de culturen waarin ze zich willen laten gelden (Ingleby, 2000). Het onderzoek naar de vergelijkbaarheid van testscores voor verschillende culturele en etnische groepen heeft zich met name gericht op intelligentie- en capaciteiten tests (van den Berg, 2001). In veel onderzoeken wordt een verschil gevonden in intelligentie scores ten nadele van allochtone groepen. Ook in Nederland zijn door onderzoekers verschillen gevonden in gemiddelde intelligentiescores voor allochtone en autochtone groepen. Voor de Nederlandse situatie geldt dat de gerapporteerde verschillen in de orde van grootte van één standaarddeviatie liggen (van den Berg, 2001). Van den Berg (2001) concludeert uit analyse van een aantal onderzoeken dat er aanwijzingen zijn dat intelligentie- of capaciteitentests op verschillende manieren prestaties van autochtonen (blanken) en allochtonen (met name zwarten) voorspellen. Het lijkt erop dat de voorspellende waarde lager is voor allochtonen en dat, afhankelijk van de cutoff score, dit kan leiden tot over- dan wel ondervoorspelling van de criteriumscore (van den Berg, 2001). Ook bij het ontwerp van de huidige persoonlijkheidsvragenlijsten is geen rekening gehouden met toepassing bij allochtonen.

Hierdoor is sprake van gebruik van een instrument in een context waarvoor deze niet is bedoeld, wat kan leiden tot partijdigheid. Uitgaande van professionele richtlijnen kunnen vragenlijsten pas in een andere context worden toegepast als gebleken is dat de test ook in deze situatie voldoende meettechnische kwaliteiten en validiteit bezit (Bleichrodt & van de Vijver, 2001).

De vorm en inhoud van de vrij toegankelijke en de geïndiceerde jeugdzorg sluit op dit moment tevens niet altijd aan bij allochtone jeugdigen en hun gezinnen. In het 'voorportaal van de jeugdzorg' slaagt men er onvoldoende in om problemen van allochtone jeugdigen in een vroegtijdig stadium te verhelpen (Bellaart, 1997). De allochtone jeugd komt vaak pas in het vizier van de jeugdzorg als de problemen al aanzienlijk zijn. (Tilanus, 1999). Op korte termijn zullen maatregelen genomen moeten worden. In 2000 is FORUM daarom begonnen met het project 'Jeugdzorg zonder drempels'. Forum is een Instituut voor Multiculturele Ontwikkeling dat zich inzet voor een samenleving waaraan alle burgers ongeacht religie, sekse, huidskleur, politieke of seksuele voorkeur kunnen meedoen. FORUM ontwikkelt hiertoe methodieken en strategieën onder andere middels het doen van onderzoek (www.Forum.nl). Forum heeft in 2000 onderzocht hoe het inmiddels, na de daadwerkelijke vorming van de Bureaus Jeugdzorg, staat met de toegankelijkheid van deze instantie voor allochtone kinderen en jongeren. In dit onderzoek kwam onder andere naar voren dat: Er beperkingen bestaan in het diagnostisch instrumentarium voor allochtone groepen. De diagnostische tests helpen niet veel om de problemen duidelijk te krijgen, en de allochtone cliënten herkennen zich vaak niet in de vragen die gesteld worden. De tests zijn ontwikkeld vanuit een westers referentiekader en zijn niet, of niet goed, genormeerd voor allochtone kinderen en jongeren. In de praktijk lijkt er te weinig rekening te worden gehouden met deze beperkingen.

Allochtonen kunnen zeker niet over één kam worden geschoren en er zijn grote individuele verschillen. Daarnaast zijn er ook globale overeenkomsten, zoals het migrant-zijn en het herkenbaar anders zijn (Bellaart, 1997). Het gaat er hierbij niet om nuances aan te geven tussen verschillende etnische groepen, maar het draait om de vraag welke effecten de manier van screenen die momenteel plaatsvindt bij BJZ heeft op (potentiële) allochtone cliënten. Er zijn bij de constructie van de SDQ plus geen niet-westerse inhoudelijke probleemschalen geformuleerd. Het is wel van belang om rekening te houden met de bruikbaarheid van het screeningsinstrument bij niet-westerse groepen. Er zijn, zoals eerder vermeld onder andere belangrijke crossculturele verschillen gevonden, bijvoorbeeld in de emotionele betekenis van bepaalde situaties, in de uiting van emoties en in de sociale communicatie over emotie (Bleichrodt & van de Vijver, 2001). Verschillen in de interpretatie van de items en respons stijl door cliënten van niet-westerse afkomst in vergelijking met cliënten van westerse afkomst kan namelijk van invloed zijn op de signalering van psychische stoornissen waardoor er een onderschatting of overschatting kan plaatsvinden. Het is daarom van belang de bruikbaarheid van het screeningsinstrument bij niet-westerse groepen te onderzoeken. Het is namelijk de vraag of een testscore behaald door een allochtone Nederlander op dezelfde wijze verwijst naar het domein dat de betreffende test wordt geacht te representeren als een zelfde testscore behaald door een autochtone Nederlander. Met andere woorden, is de betekenis van een bepaalde testscore voor een allochtone Nederlander dezelfde als voor een autochtone Nederlander? De onderzoeksvraag die daarom getracht zal worden te beantwoorden is:

**1**. In hoeverre is de SDQplus voldoende nauwkeurig bij het signaleren van psychische stoornissen bij jeugdigen van niet-westerse afkomst (allochtonen) in vergelijking met jongeren van westerse afkomst (autochtonen).

De verwachting is dat bij jongeren van niet-westerse afkomst de SDQ plus minder nauwkeurig zal zijn voor het signaleren van psychische stoornissen in vergelijking tot jongeren van westerse afkomst. Specifiek zal de SDQ plus minder sensitief zijn bij het signaleren van psychische stoornissen bij allochtone groepen. Minder kinderen van de allochtone groep zullen als case worden gesignaleerd omdat deze groep minder snel de cutoff waarde zal halen omdat ze lager zullen scoren op de SDQ plus. Er zal dan ook sprake zijn van onderdiagnose bij de allochtone groep wanneer er geen rekening wordt gehouden met de etnische herkomst van de cliënt.

## 1.2 Sociaal Economische Status (SES)

De SDQ plus wordt bij cliënten van 4 tot en met 11 jaar door de ouders van de jongere ingevuld. Bij jeugdigen van 12 tot en met 18 jaar kan het invullen van de lijst gedaan worden door de jeugdige zelf, of de ouders van de jeugdige. De perceptie van ouders van de gezondheid van hun kind blijkt deels beïnvloed te worden door niet-gezondheid gerelateerde factoren zoals inkomen van het gezin en culturele afkomst (Arcia 1998, in: Shenkman, Vogel, Brooks, Wegener & Naff, 2001). Veel recente studies laten een consistente relatie zien tussen SES en percentage ziekte en sterfgevallen. In veel gevallen is het zo dat wanneer de SES van een persoon hoger wordt, de ziekte (waaronder ook psychische stoornissen) en sterfte percentages over het algemeen dalen (Anderson & Armstead, 1995). Een groot aantal studies laat tevens zien dat verschillen in SES van invloed zijn op gezond gedrag en gezondheidstoestand (Piko & Fitzpatrick, 2001).
Taylor, Jason & Jahn (2003) onderzochten in hoeverre chronische vermoeidheid en sociodemografische kenmerken voorspellers waren voor psychische stoornissen in de algehele bevolking van Chicago. Lage sociaal economische status en werkeloosheid waren één van de significante voorspellers van een aantal As I psychiatrische stoornissen. Er werd een significante relatie aangetroffen tussen lage sociaal economische status (en werkloosheid) en stemmings - en angststoornissen.
In de jaren 1996-1999 werd NEMESIS uitgevoerd (Vollebergh, de Graaf, ten Have, Schoemaker, van Dorsselaer, Spijker & Beekman, 2003), de eerste landelijke studie naar de geestelijke gezondheid in de algemene bevolking (18-65 jaar) in Nederland. Eén van de doelstellingen van dit onderzoek was het opsporen van determinanten van psychische stoornissen en daarmee een bepaling van de belangrijkste risico-indicatoren en –groepen. Uit dit onderzoek komt naar voren dat iedereen een psychische stoornis kan hebben, maar dat de kans groter is bij onder andere bepaalde sociaal-economische kenmerken (te weten: lager opgeleiden; volwassenen met een laag of gemiddeld inkomen; werklozen en arbeidsongeschikten). Mensen die in een lagere sociaal-economische positie verkeren, zoals lager opgeleiden, werklozen en arbeidsongeschikten, kampen twee tot drie keer zo vaak met een psychische stoornis. Tevens spelen bepaalde andere kenmerken anders dan de ziekte een rol bij zorggebruik. Onder cliënten van de tweedelijns geestelijke gezondheidszorg zijn bijvoorbeeld naar verhouding veel hoger opgeleiden (Vollebergh, et al., 2003). Mensen met tenminste een voltooide Havo-opleiding maken twee tot tweeëneenhalf keer zo vaak gebruik van geestelijke gezondheidszorgvoorzieningen (onder constant houding van psychische stoornissen) dan mensen met een lagere school of LBO opleiding. Tevens kwam naar voren dat opleiding bepaalt in welke sector hulp wordt gezocht. Lager opgeleiden zoeken vaker hulp voor psychische problemen in de eerste lijn, hoger opgeleiden vaker in de geestelijke gezondheidszorg. Deze verschillen zijn niet toe te schrijven aan het vaker voorkomen van psychische stoornissen of aan het ervaren van meer beperkingen van lichamelijke en/ of psychische problemen bij één van deze groepen (Vollebergh, et al., 2003).
De nauwkeurigheid waarmee de SDQ plus psychische stoornissen signaleert bij jongeren zou dus tevens beïnvloed kunnen worden door de sociaal economische achtergrond van het kind. Een andere onderzoeksvraag die daarom getracht zal worden te beantwoorden, is:

**2.** In hoeverre is de Sociaal economische achtergrond van de jeugdige van invloed op de validiteit van de SDQ plus?

Twee groepen zullen worden onderscheiden, cliënten met een lage en een hoge SES. Het bepalen van de hoogte van de SES van de cliënt zal gebeuren aan de hand van het opleidingsniveau van de ouders, hetgeen een maat voor de SES oplevert.
De verwachting is dat bij jongeren met een lage SES de SDQ plus minder nauwkeurig zal zijn bij het signaleren van psychische stoornissen in vergelijking met jongeren met een hoge SES. Specifiek zullen de cliënten met een lage SES meer klachten rapporteren op de SDQ plus in vergelijking met cliënten met een hoge SES, waardoor er sprake zal zijn van overdiagnose wanneer er geen rekening wordt gehouden met de SES van de cliënt.

# 2. Methode

## 2.1 Proefpersonen

In dit onderzoek richten wij ons op jeugdigen, in de leeftijd van 4 tot en met 18 jaar, en hun ouders, die gebruik maken van een jeugdzorg instelling (BJZ of jeugd-GGZ). De doelpopulatie van het onderzochte screeningsinstrument zijn de cliënten die voor een screening c.q. intake gebruik maken van het Bureau Jeugd Zorg. Onderzoek vindt enerzijds plaats bij GGZ-instellingen en anderzijds bij Bureaus Jeugdzorg. De werving van de respondenten gebeurt door de Bureaus Jeugdzorg of GGZ-instellingen zelf. De Bureaus Jeugdzorg die deelnemen zijn: BJZ Midden Holland; BJZ Amsterdam zuid-west; BJZ Utrecht. De volgende GGZ-instellingen zijn benaderd voor dit onderzoek: Riagg Zwolle; Riagg Midden Holland; Accare, poli eetstoornissen; Parnassia, Mistral (middelen); 't Gooseveld; De Meren; De Meregaard; GGZ Delfland; GGZ Buitenamstel; De Gelderse Roos; De Derde Oever; Accare, de Ruyterstee poli; Altrecht; UMC, Riagg Rijnmond Zuid; Meerkanten.

## 2.2 Materialen

### 2.2 1 De SDQplus

De SDQplus is opgebouwd uit een bestaand screeningsinstrument de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Goodman, 1999) en een aantal aanvullende items. Dit instrument is verkrijgbaar in Nederland onder de naam Sterke kanten en Moeilijkheden. De SDQ bestaat uit 25 items en is onderverdeeld in vijf probleemschalen: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit/ aandachtsproblemen, problemen in de omgang met leeftijdsgenoten en een aparte schaal voor prosociaal gedrag. De uitgebreide versie van de SDQ heeft tevens een kort Impact Supplement, dat vraagt naar de gevolgen van de (eventueel) aanwezige problematiek voor het functioneren van de jeugdige in diverse contexten (thuis, school, vrije tijd) en de gevolgen voor het functioneren van het gezin als geheel.

De interne betrouwbaarheid van de totale SDQ varieert over onderzoek van 0.73 tot 0.76. Interne betrouwbaarheid van verschillende factoren is 0.51 tot 0.75. Test-hertestbetrouwbaarheid is goed, variërend van 0.85 tot 0.96. Goodman, Ford, Simmons, Gatward & Meltzer (2000 b) onderzochten de nauwkeurigheid waarmee de SDQ (als ingevuld door ouders, leerkracht en eventueel jongere) diverse psychische (DSM-IV/ ICD-10) stoornissen signaleert in de algemene bevolking. De specificiteit ligt rond de 90 %. Gemiddelde sensitiviteit per stoornis is 63 %[2]. In de algemene bevolking is de sensitiviteit iets

[2] De sensitiviteit en specificiteit geven informatie over de nauwkeurigheid waarmee het instrumentarium personen met en zonder een psychische stoornis onderscheidt. De sensitiviteit is de proportie zieke personen met een positieve bevinding op het onderzochte instrument (proportie terecht- positieven). De specificiteit zegt iets over de proportie niet-zieken met een negatieve bevinding op het onderzocht instrument (proportie terecht-negatieven).

lager in vergelijking met de klinische populatie. De SDQ plus vraagt in circa tien minuten de belangrijkste symptomen van de belangrijkste psychische stoornissen bij jeugdigen na. De meest prevalente en ernstige stoornissen zijn in het instrument opgenomen: ADHD, gedragsstoornissen, depressie, angststoornissen, autisme en aanverwante stoornissen, ticstoornissen, eetstoornissen en middelenmisbruik. Vanwege de ernst zijn ook automutilatie en het risico van suïcide in de doelstelling opgenomen. De vragenlijsten worden ingevuld door ouders van 4 tot en met 11 jarigen, ouders van 12 tot en met 18 jarigen en door de 12 tot en met 18 jarigen zelf.
Door de scores van cliënten met en zonder een psychische stoornis op het instrumentarium te vergelijken met een gouden standaard (uitslag van CBCL/ YSR of diagnostisch onderzoek) wordt de nauwkeurigheid waarmee het instrumentarium personen met en zonder psychische stoornissen onderscheidt onderzocht (sensitiviteit en specificiteit).

### 2.2.2 De Child Behavior Checklist (CBCL)

De CBCL beoogt competenties en een breed spectrum aan probleemgedrag te meten en is ontwikkeld door Achenbach. Middels deze vragenlijst wordt het probleemgedrag en de vaardigheden van kinderen en jeugdigen gekwantificeerd. De CBCL werd in het Nederlands vertaald en wordt sinds 1983 in Nederland en Vlaanderen in toenemende mate gebruikt. De Nederlandse CBCL heet Gedragsvragenlijst voor kinderen van 4-18 jaar. In 1990 verscheen de eerste Nederlandse handleiding voor de Child Behavior Checklist (CBCL; Verhulst, Koot, Akkerhuis & Veerman, 1990), welke inmiddels geheel is herzien (1996). De CBCL is zo ontworpen dat deze door ouders, die tenminste een leesvaardigheid op het niveau van de laatste groep van het basisonderwijs hebben, zonder verdere uitleg ingevuld kan worden

De CBCL maakt deel uit van een ‘familie’ van vragenlijsten waartoe de CBCL bestemd is voor de ouders, de TRF voor de leraren en de YSR voor de jeugdigen (4-18 jaar). De vragenlijst bestaat uit een competentiedeel en een gedragsprobleemdeel. Het competentie deel heeft 20 vragen over sport, hobby’s, school, omgang met leeftijdsgenoten en dergelijke, die met ja/nee of op vierpuntsschalen beantwoord moeten worden. De items worden gescoord op de schalen Activiteiten en Sociaal, die samen de totale competentiescore geven. Het gedragsprobleemdeel heeft (103 à 120) vragen over emotionele en gedragsproblemen die op een driepunstsschaal beantwoord moeten worden en gescoord worden op de volgende syndroomschalen: Teruggetrokken, Lichamelijke klachten, Angstig/ depressief, Sociale problemen, Denkproblemen, Aandachtsproblemen, Delinquent gedrag, Agressief gedrag en een negende schaal Sekseproblemen. De Youth self-report (YSR) heeft een negende schaal: Zelfdestructief/ identiteitsproblemen. De acht eerstgenoemde schalen (‘smalle bandfactoren’) clusteren rond twee hoofddimensies (‘bredebandfactoren’): Internaliseren en Externaliseren. Daarnaast kan een totale probleemscore berekend worden die bestaat uit de som van de scores op alle probleemitems (Kievit, Tak & Bosch, 2002). De CBCL heeft over het algemeen goede psychometrische eigenschappen. Een bezwaar tegen het gebruik van de CBCL is de relatief lange afnameduur, circa twintig minuten (Valenkamp e.a., 2003).

### 2.2.3 Een vergelijking tussen de SDQ en CBCL

Hoewel de vragenlijsten van Achenbach en de SDQ van Goodman beide betrekking hebben op psychologische aanpassing van jeugdigen en in die zin verwant zijn, hebben ze een andere functie (respectievelijk diagnostiek en screening) en komen ze voort uit verschillende diagnostische modellen (respectievelijk het gedragsanalytische en het biopsychosociale model)(Goedhart, Trefffers & van Widenfelt, 2003). De studie van Goedhart, Treffers & van Widenfelt (2003) laat echter een grote samenhang zien in de resultaten op de SDQ en de CBCL. De instrumenten zijn in gelijke mate in staat om cliënten met psychische problematiek te signaleren.

### 2.2.4 Sociaal Economische Status

Coleman (1988, in: Entwisle & Astone, 1994) achtte drie aspecten van belang om een optimale ontwikkeling van het kind te waarborgen waaronder *financial capital, human capital* en *social capital*. Het *financial capital* betreft de financiële middelen (geld) nodig om onder andere eten en kleding te kopen. Dit kan gemeten worden door bijvoorbeeld naar het inkomen van het gezin te vragen. Er zijn echter twee kanttekeningen te plaatsen bij het navragen hiervan. In eerste instantie blijkt uit eerdere onderzoeken dat het vragen naar inkomen een hoge non-respons oplevert, men vindt het vaak vervelend hier een antwoord op te geven. Het is vervolgens heel goed mogelijk dat de jeugdigen (12 tot en met 18jaar) het inkomen van de ouders niet kennen of weten in te schatten. Een alternatief is om het beroepsniveau van de ouders na te vragen als indicator voor *financial capital* (Entwisle & Astone, 1994) De *human capital* betreft de niet-materiële bronnen van de ouders waar kinderen hun voordeel uit halen als gevolg van de opleiding die de ouders hebben genoten. Het *human capital* kan goed gemeten worden door naar het opleidingsniveau van de ouders te vragen. De *social capital* tot slot betreft bronnen als gevolg van sociale relaties. Deze kan goed worden bekeken door te kijken naar de structuur van het gezin/ huishouden. Nagevraagd dient er dan te worden wie er deel uitmaken van het huishouden/ gezin.
Entwisle en Astone (1994) stellen daarom ook voor om 1. het inkomen of beroepsniveau van de ouders, 2. het opleidingsniveau van de ouders en 3. de structuur van het gezin/ huishouden als indicatoren voor de sociaal economische achtergrond van het kind te gebruiken.
De sociaal-economische herkomst (SES) van de jongeren zal daarom vastgesteld worden op basis van in ieder geval het opleidingsniveau van de ouders. Het opleidingsniveau is een betrouwbaar gegeven, omdat het een vaststaand gegeven betreft. De beroepstatus en de structuur van het gezin zal niet worden nagevraagd, aangezien de SDQ plus alleen het opleidingsniveau en slechts ten dele het beroepsniveau van de ouders navraagt.

Er wordt in dit onderzoek gebruik gemaakt van één indicator van SES, namelijk het opleidingsniveau van de moeder (zie bijlage 1). Er is gekozen voor de SES van de moeder omdat in dit onderzoek het in 73% van de gevallen de moeder was die de SDQplus over het kind invulde en de SES van de vader veelal niet was ingevuld. De invloed van SES op de nauwkeurigheid van de SDQ plus zal bekeken worden.

Het opleidingsniveau van de moeder wordt onderverdeeld in vier categorieën (Lucht & Picavet, 2003), waaronder:
1= Geen of Lager onderwijs
2= Lager Beroeps Onderwijs of MAVO
3= HAVO, VWO en MBO
4= HBO, Universiteit
De eerste twee categorieën vallen onder de lage Sociaal Economische Status. De opleidingsniveaus HAVO, VWO, MBO, HBO en Universiteit zijn ondergebracht onder hoge Sociale Economische Status.

### 2.2.5 Etniciteit

Om deze vraagstellingen te onderzoeken wordt de etnische herkomst vastgesteld aan de hand van het objectieve criterium geboorteland van de ouders (Latuheru & Hessels, 1994). De etnische groepen in dit onderzoek zullen worden onderscheiden in twee categorieën, namelijk: Nederlanders en niet-Nederlanders (waaronder Surinamers, Turken, Marokkanen en Antillianen). Deze tweedeling wordt aangehouden omdat enerzijds de te onderscheiden etnische groepen uit te geringe aantallen bestaan en anderzijds vanwege de grote etnische variatie binnen een categorie (met name de kinderen uit gemengde huwelijken).

## 2. 3 Procedure

De werving van de respondenten gebeurt door de Bureaus Jeugdzorg of GGZ-instellingen zelf. Het Trimbos-instituut levert hiervoor een informatiefolder aan. Er zijn drie folders, voor ouders van 4 tot en met 11 jarigen, voor ouders van 12 tot en met 18 jarigen en voor jongeren van 12 tot en met 18 (zie bijlage 3).

Na afloop van de eerste screeningsgesprekken (ook wel intakegesprek genoemd) geeft de hulpverlener het screeningsinstrument, de SDQplus (zie bijlage 4) met informatie folder, toestemmingsformulier en antwoordenveloppen aan de cliënten mee naar huis om dit in te vullen. Tevens wordt de CBCL/ YSR meegegeven. Thuis kunnen de cliënten de folder doorlezen en eventueel het ingevulde instrumentarium vervolgens aan het Trimbos-instituut terugsturen. Op de GGZ-instellingen gebeurt ditzelfde nadat het adviesgesprek, waarin de resultaten van het diagnostisch onderzoek worden besproken, is gevoerd. Door de participatie van 4 stagiaires aan het pilotonderzoek in het kader van hun afstuderen aan de Universiteit van Amsterdam, heeft een groot aantal van de cliënten onder begeleiding van deze stagiaires de SDQplus ingevuld op het BJZ of de GGZ-instelling zelf. Dezelfde procedure als hiervoor genoemd werd aangehouden.

In principe zijn de SDQplus en bijgevoegde stukken aan de ouders van iedere jeugdige en aan iedere jongere zelf meegegeven/ voorgelegd, mits:

- De jeugdige valt in de leeftijdscategorie van 4 tot en met 18 jaar.
- De respondent (ouder en/ of jongere) de Nederlandse taal voldoende beheerst om de SDQplus in te vullen.

Voor de leeftijd 12 tot en met 18 jarigen geldt daarnaast, dat in principe de SDQplus aan ouders en de jongere wordt meegegeven/ afgenomen, behalve:

- Als alleen de ouder(s) op gesprek komen.
- Als alleen de jongere op gesprek komt.
- Als alleen de jongere de Nederlandse taal voldoende beheerst.
- Als alleen de ouder de Nederlandse taal voldoende beheerst.

Bij de personen wordt bij ouders van 4-18 jarigen de gedragsvragenlijst CBCL (Child Behavior Checklist) afgenomen, hetgeen ongeveer 20 minuten in beslag neemt. Bij de 12-18jarigen wordt de YSR (Youth Self Report) afgenomen. Daarnaast wordt het screeningsinstrument (SDQ plus) afgenomen, dat 10 minuten in beslag neemt. In totaal neemt de afname een half uur in beslag. Deelname aan dit onderzoek leverde een vergoeding van vijf euro op (VVV-bon).

Voor de berekening van de sensitiviteit en specificiteit gaan we na of de personen met een stoornis en personen zonder een stoornis op het screeningsinstrument overeenkomstig hun status (wel of geen stoornis) scoren. Hiervoor zijn twee condities nodig. Cliënten zonder een psychische stoornis (non cases) en cliënten met een psychische stoornis (cases) vullen het screeningsinstrument in. De personen die op de CBCL lijsten binnen de normale range scoren, beschouwen we als gezonde personen (non-cases). Met deze personen is wel ‘iets’ aan de hand (immers, ze melden zich aan bij het BJZ), maar bij deze groep gaat het niet om een psychische stoornis. De personen die op de CBCL lijsten in het klinisch gebied vallen, worden beschouwd als cases.

## 2.4 Data-analyse:

### 2.4.1 De ROC analyse

De Receiver Operating Characteristics analyse wordt onder andere gebruikt om de nauwkeurigheid en voorspellende waarde van screeningsinstrumenten te onderzoeken. De ROC analyse is een makkelijke en snelle manier om te bekijken hoe een screeningsinstrument werkt bij verschillende afkappunten (Kresanov, Tuominen, Piha, Almqvist, 1998). Het voordeel van de ROC analyse is dat het een algemene index oplevert van diagnostische nauwkeurigheid die niet afhankelijk is van de prevalentie van de ziekte of de cut-off score (Rey & Morris-Yates, 1992). De ROC analyse is over de jaren voor verschillende doeleinden gebruikt, onder andere ook om de screening prestaties van een test in verschillende populaties te vergelijken (Hughson, Cooper, McArdle, & Smith, 1988, in: Derogatis & Lynn, 2000).

Bij de analyse van de data worden de betreffende stoornissen bij elkaar genomen omdat het screeningsinstrument bedoeld is om een uitspraak te kunnen doen over de mogelijke aanwezigheid van een psychische stoornis. Het hoeft geen specifiek type stoornis aan te wijzen. Voor een dergelijke uitspraak is het screeningsinstrument te beperkt.

De predictieve validiteit van de SDQ plus is door middel van de ROC analyse onderzocht. De ROC- analyse wordt toegepast op data die bestaan uit een continue predictor variabele en een dichotome afhankelijke variabele. De ROC-analyse wordt door middel van een curve in een figuur weergegeven, welke de verhouding sensitiviteit (juiste positieven) / 1-specificiteit (vals positieven) weergeeft voor elke mogelijke cut-off waarde van het instrument. Op de Y-as worden de juist positieven weergegeven en op de X-as de vals positieven. De 45 graden diagonaal (waarop beide assen een gelijke waarde hebben) is de lijn van ‘geen informatie’. Elk punt op de curve geeft een andere trade-off weer tussen de sensitiviteit en de specificiteit. Het gebied onder de curve (AUC) kan worden beschouwd als een index voor de totale accuraatheid van de predictor (in dit geval de SDQ plus). AUC waarden kunnen lopen van 0 (perfecte negatieve voorspelling) tot 1.0 (perfecte positieve voorspelling), waarbij een waarde van .50 het kansniveau vertegenwoordigt. De AUC waarde staat voor de kans dat een willekeurig gekozen persoon die positief scoort op de afhankelijke variabele (in dit geval wel of geen stoornis volgens de gold standard CBCL), boven iedere gegeven cut-off waarde van de predictor variabele scoort, terwijl een willekeurig gekozen persoon zonder stoornis onder deze cut-off scoort (Mossman & Somoza, 1991).

Sensitiviteit en specificiteit hangen samen met het afkappunt, de score vanaf waar de cliënt problematisch scoort. Sensitiviteit en specificiteit verschillen naar gelang de hoogte van het afkappunt. Tegelijkertijd geldt, dat de sensitiviteit en specificiteit negatief met elkaar samenhangen. Gezien het belang van goede doorverwijzing naar de Geestelijke GezondheidsZorg wordt gekozen voor een sensitiviteit van minimaal .90. Bij een screeningsinstrument is het namelijk belangrijk om het aantal vals negatieven te beperken omdat het voornaamste doel het traceren van cliënten met psychische stoornissen is. Het aantal vals positieven komt hierdoor hoger te liggen.
Er wordt onderzocht wat dit afkappunt betekent voor de praktijk (aantal verwijzingen versus nauwkeurigheid instrument, et cetera). In het huidige onderzoek betekent een AUC van .75 dat er een kans van 75 % bestaat dat een persoon met een stoornis boven de cut-off op de SDQ plus scoort en een persoon zonder een stoornis beneden deze cut-off scoort. AUC-waarden van .70 worden doorgaans als redelijk beschouwd en waarden boven de .75 als goed (Mossman & Somoza, 1991).

Met behulp van de ROC analyse zal dus in eerste instantie het cut-off punt worden bepaald voor zowel de ouder als jongerenversie van de SDQplus. Er zal hierbij een sensitiviteit van minimaal .90 worden gehanteerd. Tegelijkertijd zullen de AUC-waarden worden berekend voor beide versies van de SDQplus om te bepalen in hoeverre de SDQplus in staat is cliënten met een psychische stoornis overeenkomstig de gouden standaard (de CBCL/ YSR) te traceren.

Vervolgens zal de invloed van etniciteit op de SDQplus worden bekeken. Bij de analyse zullen twee groepen met elkaar worden vergeleken, namelijk de groep Allochtonen (niet-Nederlandse afkomst) en de groep Autochtonen (Nederlandse afkomst). Voor beide groepen worden totaalscores berekend die worden behaald op de SDQ plus. De sensitiviteit en specificiteit van de SDQ plus zullen worden vastgesteld door de resultaten van het screeningsinstrument te vergelijken met de gouden standaard (uitslag van CBCL/ YSR). De verwachting is dat de AUC waarde gevonden voor de autochtone groep hoger is in vergelijking met de AUC waarde gevonden voor de allochtone groep, omdat de SDQplus minder nauwkeurig zal zijn wanneer er rekening wordt gehouden met etniciteit.

De vraag naar de invloed van de Sociaal Economische Status op de nauwkeurigheid van de SDQplus zal op dezelfde manier worden beantwoord. Wederom zullen twee groepen met elkaar worden vergeleken, in dit geval cliënten met een lage SES ten opzichte van cliënten met een hoge SES. Het bepalen van de hoogte van de SES van de cliënt zal gebeuren aan de hand van de eerder genoemde indicator het opleidingsniveau van de moeder.
De verwachting is dat bij jongeren met een lage SES de SDQplus minder nauwkeurig zal zijn bij het signaleren van psychische stoornissen in vergelijking met jongeren met een hoge SES. Specifiek zullen de cliënten met een lage SES meer klachten rapporteren op de SDQ plus in vergelijking met cliënten met een hoge SES, waardoor er sprake zal zijn van overdiagnose wanneer er geen rekening wordt gehouden met de SES van de cliënt.

### 2.4.2 Kruistabellen en Kendall's tau-C

Een andere methode om na te gaan in welke mate het screeningsintrument dezelfde conclusies trekt als de gouden standaard is middels het maken van **kruistabellen** en het berekenen van Kendall's tau-C (een associatie maat). Hiermee kan duidelijkheid worden verschaft over de sterkte en de richting van het verband.
Er zal specifiek gekeken worden of er overeenstemming bestaat tussen wel- niet ingedeeld worden als case middels de SDQ plus in vergelijking met de indeling wel/ geen case volgens de gold standard, de CBCL.
In een kruistabel worden twee categorale variabelen tegen elkaar afgezet. Omdat de totale scores behaald op de CBCL (totale probleemscore) en de SDQ plus uit veel verschillende waarden bestaan worden de variabelen ingedeeld in categorieën.

De categorieën voor de **CBCL/ YSR** zijn als volgt ingedeeld:Achenbach (1991b) hanteert de volgende T-waarden als afkappunten die het klinisch gebied en het grensgebied markeren.
*Totale Probleemscore, Internaliseren en Externaliseren*
Klinisch gebied: T score > 63
Grensgebied: T score 60-63
In dit onderzoek wordt een score tot en met 63 gehanteerd voor de 'normale range' (non-cases) en een score groter dan 63 voor het klinisch gebied (cases).
Tegenover dit criterium wordt de **SDQplus** afgezet.
Om de criterium gerelateerde validiteit op categorale wijze te kunnen bepalen, wordt gebruik gemaakt van afkappunten (cutoffgrenzen), die corresponderen met de SDQplus totaalscores die de grens aangeven van het klinisch gebied waarbinnen men van ernstige problemen of 'gestoordheid' kan spreken. De afkappunten die gehanteerd worden, zijn verkregen aan de hand van de ROC-analyse.

### 2.4.3 General Loglinear analyse

Tot slot wordt bekeken in hoeverre SES en etniciteit van invloed zijn op de SDQplus middels de General Loglinear analyse. Dit zal geschieden middels modelpassing.
Bij de ?²-toets met twee factoren kan getoetst worden of er een statatistisch significant verband bestaat tussen twee categorale (nominale of geclassificeerde) variabelen. De nulhypothese is hierbij altijd dat de beide variabelen onafhankelijk van elkaar zijn; dus dat er

geen verband is. In het geval van de ?²-toets met drie factoren leidt het verwerpen van de H? niet tot acceptatie van een ander model. In deze situatie zijn namelijk 8 modellen mogelijk en het verwerpen van het onafhankelijkheidsmodel beperkt het aantal mogelijke modellen tot zeven. Er zal daarom een keuze moeten worden gemaakt tussen deze zeven modellen. In plaats van hypothese toetsen, zal door middel van modelpassing van de acht mogelijke modellen het best passende model worden gevonden.
Een model wordt passend genœmd, als de bijbehorende overschrijdingskans $p>0.05$ is. Voor de keuze zijn er een aantal regels, die uiteindelijk tot een model leiden:

1. Een eenvoudig model heeft de voorkeur boven een complex model. Hoe minder interactietermen een model bevat, hoe eenvoudiger een model is.
2. Een complexer model heeft de voorkeur boven een eenvoudiger model als het significant beter past. De toetsingsgrootheid $G^2$ biedt de mogelijkheid de passing van de modellen te vergelijken, door het verschil in $G^2$ (?$G^2$) met het verschil in df (?df) te toetsen op significant verschil. Vervolgens wordt in de tabel van de Chi-kwadraat verdeling gekeken naar de rechter kritieke grens bij $a=0.05$ en het aantal vrijheidsgraden (df).

Er zal gekeken worden in hoeverre de SES en etniciteit van het kind als termen kunnen worden gemist bij het best passende model. Hierbij wordt getoetst of de SES en etniciteit van de cliënt invloed hebben op de SDQplus totaalscores of dat deze twee factoren kunnen worden weggelaten.

# 3. Resultaten

## 3.1 Demografische kenmerken

### 3.1.1 Proefpersonen

De data uit het huidige onderzoek zijn gebaseerd op 674 vragenlijsten. Deze data zijn verzameld bij 23 pilotinstellingen. Het gaat om 7 Bureaus Jeugdzorg en 16 GGZ instellingen. De input per instelling varieert sterk. Tabel 1 geeft inzicht in de hiervoor genoemde verdeling.

**Tabel 1 Aantallen (en percentages) ingevulde vragenlijsten per pilotinstelling**

| Pilotinstellingen | N | Percentage op het totaal |
|---|---|---|
| BJZ Gouda | 205 | 31 |
| BJZ Zaandam | 20 | 3 |
| BJZ Purmerend | 26 | 4 |
| BJZ Amsterdam nieuw-west | 18 | 3 |
| BJZ Utrecht | 35 | 5 |
| BJZ Amersfoort | 24 | 4 |
| BJZ Friesland | 12 | 2 |
| RIAGG Gouda | 5 | 1 |
| Accare | 23 | 3 |
| Mistral | 6 | 1 |
| RIAGG Zwolle | 1 | 1 |
| ’t Gooseveld | 3 | 1 |
| De Meren | 13 | 2 |
| GGZ Buitenamstel | 6 | 1 |
| Derde Oever | 12 | 2 |
| Meregaard | 5 | 1 |
| UMC | 50 | 8 |
| Stichting de Eik | 60 | 9 |
| Altrecht | 68 | 9 |
| GGZ Delfland | 5 | 1 |
| Ruyterstee Accare Assen | 14 | 2 |
| Gelderse Roos | 45 | 7 |
| Totaal | 674 | 100 |

Uit Tabel 1 blijkt dat ongeveer de helft van de respondenten de vragenlijst heeft ingevuld vanuit Bureau Jeugdzorg (51 %) en de andere helft (49 %) de vragenlijst heeft ingevuld vanuit een GGZ- instelling.
Er zijn 7 verschillende versies van de vragenlijsten afgenomen. De differentiatie is gelegen in de leeftijd van de kinderen, het type instelling (Bureau Jeugdzorg versus de GGZ instellingen) en de ouder versus jongerenversie.

**Tabel 2 Type vragenlijst als percentage op het totaal**

| SDQplus versies | Percentage op het totaal |
|---|---|
| Ouderversies: | 100 |
| Ouderversie 4 –5 jarigen BJZ | 5 |
| Ouderversie 6-11 jarigen BJZ | 24 |
| Ouderversie 12- 18 jarigen BJZ | 22 |
| Ouderversie 4-11 jarigen GGZ | 25 |
| Ouderversie 12-18 jarigen GGZ | 24 |
| Jongerenversies: | 100 |
| Jongerenversie 12-18 jarigen BJZ | 46 |
| Jongerenversie 12-18 jarigen GGZ | 54 |

In de meeste gevallen (73%) heeft de moeder de vragenlijst over het kind ingevuld. In 16% van de gevallen heeft de vader de vragenlijst over zijn kind ingevuld, en in een klein deel de verzorger (11 %). Het percentage jongens waarover een vragenlijst is ingevuld bedroeg 61 %, het percentage meisjes was 39%.

Onder de respondenten bevinden zich relatief weinig allochtonen. Het gemiddeld percentage niet- westerse allochtonen dat in 2002 het Bureau Jeugd Zorg bezocht is 16 procent (SRJV, 2003). In dit onderzoek wordt dezelfde definitie van allochtoon gehanteerd als het CBS en die luidt dat personen die in het buitenland zijn geboren of van wie tenminste een ouder in het buitenland is geboren, beschouwd kunnen worden als allochtoon. Tabel 3 geeft inzicht in het geboorteland van het kind, de vader en de moeder.

**Tabel 3 Geboorteland van respondenten als percentage op het totaal**

| Geboorteland | Kind | Vader | Moeder |
|---|---|---|---|
| Nederland | 94 % | 82% | 85% |
| Turkije | 0 % | 2% | 2% |
| Marokko | 0 % | 2% | 1% |
| Suriname | 1 % | 4% | 4% |
| Nederlandse Antillen | 1 % | 2% | 1% |
| Anders | 4% | 8% | 7% |
| Totaal | 100% | 100% | 100% |

### 3.1.2 Achtergrondkenmerken van de ouders

Aan de respondenten is naar hun opleidingsniveau en maatschappelijke situatie gevraagd. De Tabellen 4 tot en met 5 geven inzicht in de resultaten hiervan.

**Tabel 4 Hoogst voltooide opleiding vader en moeder in percentage op het totaal**

| Voltooid opleidingsniveau | Vader | Moeder |
|---|---|---|
| Geen of lager onderwijs | 4 | 5 |
| LBO, MAVO | 15 | 19 |
| HAVO, VWO, MBO | 16 | 21 |
| HBO, Universiteit | 16 | 16 |
| Onbekend | 49 | 39 |

Ongeveer 62% van de vaders en 61% van de moeders heeft hoger onderwijs genoten (HAVO, VWO, MBO, HBO of Universiteit). De overigen (respectievelijk 38% en 39%) hebben een lager opleidingsniveau voltooid.

**Tabel 5 Maatschappelijke situatie ouders in percentage op het totaal**

| Maatschappelijke situatie ouder | Percentage op het totaal |
|---|---|
| Huisvrouw/ huisman (niet werkzoekend) | 24% |
| Betaald werk | 63% |
| Vrijwilligerswerk | 2% |
| Werkzoekend | 3% |
| Arbeidsongeschikt | 4% |
| Anders | 4% |
| Totaal | 100% |

In Tabel 5 is te zien dat de meeste ouders betaald werk hebben (63 %). Ongeveer 24 % van de ouders is huisvrouw of huisman. Een kleiner deel doet vrijwilligerswerk of is werkzoekend of arbeidsongeschikt (9 %).

## 3.2 Resultaten analyse

### 3.2.1 SDQplus

In Tabel 6 worden de AUC-waarden van de SDQ plus vermeld, waarbij onderscheid wordt gemaakt in de ouderversie en jongerenversie. In figuur 1 en 2 worden de bijbehorende ROC-curves weergegeven.
Uit de ROC-analyse kan worden opgemaakt dat de SDQ plus over het algemeen een goede tot zeer goede predictieve validiteit voor de aanwezigheid van stoornissen bezit, waarbij de totaalscore een goede voorspellende waarde heeft. AUC- waarden van .70 worden doorgaans namelijk als redelijk beschouwd en waarden boven de .75 als goed.

**Tabel 6 Predictieve validiteit van de SDQ plus totaalscores**

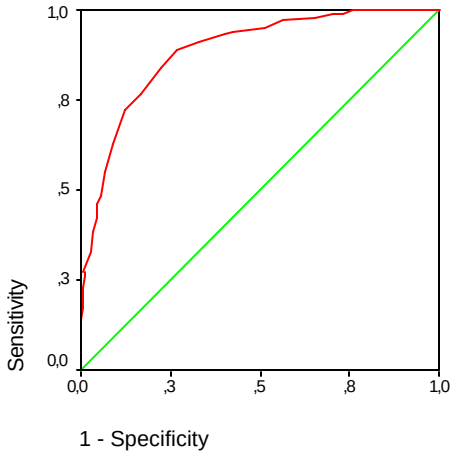
| | AUC | 95% betrouwbaarheids interval | SE | N |
|---|---|---|---|---|
| SDQplus ouderversie | $.89^{***}$ | .85 - .92 | .017 | 370 |
| SDQplus jongerenversie | $.86^{***}$ | .80 - .92 | .029 | 165 |

Noot: $^{*}p < .05$ $^{**}p < .01$
AUC= *Area Under the Curve.* SE= Standard Error.

De SDQplus totaalscore curve heeft een theoretisch bereik van 0 tot en met 40, waarbij 0 voor de minimale *cutoff* score en 40 voor de maximale *cutoff* score op de SDQplus staat. Uit de coördinaten van de curve (zie bijlage 5) kan worden opgemaakt dat de sensitiviteit (juist positieven) verbeterd naar mate de score lager wordt, terwijl het omgekeerde waar is voor de 1-specificiteit (vals positieven).
De ideale *cutoff* is dan ook een *trade-off* tussen de juist- en de vals positieven. De ideale *cutoff* voor de jongeren versie van de SDQ plus ligt in dit onderzoek bij een score van 17 (zie bijlage 6). Hierbij is de sensitiviteit .93 en de specificiteit .59. De ideale *cutoff* voor de ouderversie van de SDQ plus ligt hoger, rond een score van 19 (zie bijlage 5). Bij dit afkappunt is de sensitiviteit .91 en de specificiteit .67.

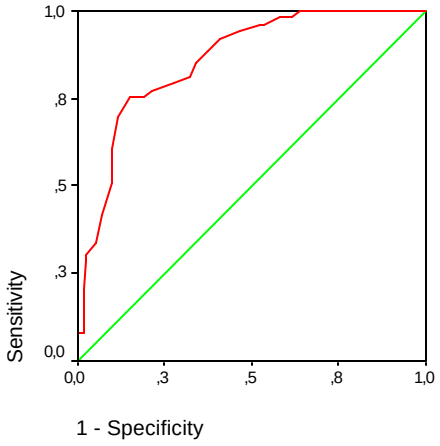
Figuur 1

ROC- Curve SDQplus Ouderversie




Figuur 2

ROC-curve SDQplus jongerenversie




Een andere methode om na te gaan in welke mate het screeningsintrument dezelfde conclusies trekt als de gold standard (vraagstelling 1) is middels het maken van **kruistabellen** en het berekenen van Kendall's tau-C (een associatie maat). Hiermee kan duidelijkheid worden verschaft over de sterkte en de richting van het verband.
Wederom zal er gekeken worden of er overeenstemming bestaat tussen wel- niet ingedeeld worden als case middels de SDQ plus in vergelijking met de indeling wel/ geen case volgens de gold standard (de CBCL).
Uit de analyse komt naar voren dat er gesteld kan worden dat er een goede overeenstemming is tussen de ouderversie van de SDQ plus met de CBCL ($t = .54$, $p < .01$)[3].
In tabel 7 valt af te lezen dat voor de ouderversie van de SDQplus geldt dat 9 van de 150 cliënten onterecht als noncase worden geclassificeerd. Hierbij wordt 6 % van de cliënten met een stoornis volgens de CBCL onterecht geclassificeerd als hebbende geen stoornis op de SDQplus. Ook valt af te lezen dat 81 van de 220 cliënten onterecht als case worden

[3] Voor Cohen's Kappa, vergelijkbaar met Kendall's tau, geldt dat een $K = 0.40$ duidt op een zwakke overeenstemming. Bij $0.40 = K = 0.75$ is er een redelijke tot goede overeenstemming (de Vocht, 2002).

geclassificeerd. Hierbij wordt 37% van de cliënten zonder een stoornis volgens de CBCL onterecht geclassificeerd als hebbende een stoornis volgens de SDQplus.

**Tabel 7. Kruistabel CBCL ten opzichte van SDQplus ouderversie**

| | | | **SDQplus ouderversie** | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | **CBCL** | | Geen stoornis | Wel stoornis | Totaal |
| | Normaal Gebied | Aantal | 137 | 81 | 218 |
| | | %binnen CBCL | 62.8% | 37.2% | 100% |
| | | % binnen SDQplus | 91.3% | 36.8% | 58.9% |
| | Grensgebied | Aantal | 4 | 14 | 18 |
| | | %binnen CBCL | 22.2% | 77.8% | 100% |
| | | % binnen SDQplus | 2.7% | 6.4% | 4.9% |
| | Klinisch gebied | Aantal | 9 | 125 | 134 |
| | | %binnen CBCL | 6.7% | 93.3% | 100% |
| | | % binnen SDQplus | 6.0% | 56.8% | 36.2% |
| | Total | Aantal | 150 | 220 | 370 |
| | | %binnen CBCL | 40.5% | 59.5% | 100% |
| | | % binnen SDQplus | 100% | 100% | 100% |

Uit de analyse komt tevens naar voren dat er een overeenstemming is tussen de jongeren versie van de SDQ plus met de YSR. De overeenstemming is wederom goed te noemen ($t = .48$, $p < .01$).

Uit Tabel 8 valt op te maken dat van de 63 cliënten die volgens de YSR als case worden gesignaleerd, 3 cliënten volgens de kindversie van de SDQ plus als non-case worden geclassificeerd. Dit wil zeggen dat 5 % van de cliënten met een stoornis onterecht worden geclassificeerd als hebbende geen stoornis.
Tevens valt af te lezen dat 46% van de cliënten zonder een stoornis volgens de YSR onterecht worden geclassificeerd als hebbende een stoornis volgens de SDQplus (47 van de 102 cliënten).

**Tabel 8. Kruistabel YSR ten opzichte van de SDQplus jongerenversie**

| | | | SDQplus kindversie | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **YSR** | | . | Geen stoornis | Wel stoornis | Totaal |
| | Normaal Gebied | Aantal | 59 | 47 | 106 |
| | | % binnen YSR | 55.7% | 44.3% | 100% |
| | | % binnen SDQplus | 93.7% | 46.1% | 64.2% |
| | Grensgebied | Aantal | 1 | 5 | 6 |
| | | % binnen YSR | 16.7% | 83.3% | 100% |
| | | % binnen SDQplus | 1.6% | 4.9% | 3.6% |
| | Klinisch gebied | Aantal | 3 | 50 | 53 |
| | | % binnen YSR | 5.7% | 94.3% | 100% |
| | | % binnen SDQplus | 4.8% | 49.0% | 32.1% |
| | Total | Aantal | 63 | 102 | 165 |
| | | % binnen YSR | 38.2% | 61.8% | 100% |
| | | % binnen SDQplus | 100% | 100% | 100% |

### 3.2.2 De invloed van SES

In Tabel 9 worden de AUC-waarden van de SDQplus (zowel ouder als jongerenversie) uiteengezet waarbij de proefpersonen zijn ingedeeld naar hun Sociaal Economische Status.

**Tabel 9 Predictieve validiteit van de SDQ plus totaalscores voor de cliënten met een lage SES en hoge SES**

| | AUC | 95% betrouwbaarheids interval | SE | N |
|---|---|---|---|---|
| SDQplus ouderversie (hoge SES groep) | .86*** | .80 - .92 | .03 | 135 |
| SDQplus ouderversie (lage SES groep) | .87*** | .79- .96 | .04 | 78 |
| SDQplus jongerenversie (hoge SES groep) | .92*** | .83 - 1.00 | .04 | 37 |
| SDQplus jongerenversie (lage SES groep) | .84*** | .66 - 1.00 | .09 | 22 |

Noot: $^{*}p < .05$ $^{**}p < .01$ AUC= *Area Under the Curve.* SE= Standard Error.

Uit de ROC-analyse kan worden opgemaakt dat de SDQ plus bij zowel de lage als hoge SES groep een goede tot zeer goede predictieve validiteit voor de aanwezigheid van stoornissen bezit, waarbij de totaalscore een goede voorspellende waarde is (AUC waardes lopend van .84 tot .92). De SDQplus is dus voldoende nauwkeurig bij het signaleren van psychische stoornissen bij zowel de cliënten met een lage SES als bij cliënten met een hoge SES.

Ook middels de General Loglineare analyse wordt bekeken of de Sociaal Economische Status van de moeder van invloed is op de scores die worden behaald op de SDQplus.
Zoals eerder vermeld geschiedt deze toetsing door modelpassing. Bij de ?²-toets met twee factoren kan getoetst worden of er een statatistisch significant verband bestaat tussen twee categorale (nominale of geclassificeerde) variabelen. De nulhypothese is hierbij altijd dat de beide variabelen onafhankelijk van elkaar zijn; dus dat er geen verband is. In het geval van de ?²-toets met drie factoren leidt het verwerpen van de H? niet tot acceptatie van een ander model. In deze situatie zijn namelijk 8 modellen mogelijk en het verwerpen van het onafhankelijkheidsmodel beperkt het aantal mogelijke modellen tot zeven. Er zal daarom een keuze moeten worden gemaakt tussen deze zeven modellen. In plaats van hypothese toetsen, zal door middel van modelpassing van de acht mogelijke modellen het best passende model worden gevonden. In Tabel 10 is het resultaat na acht analyses schematisch weergegeven

**Tabel 10 Resultaten na General Loglinear analyse over de jongeren versie, 8 mogelijke modellen en hun waardes**

| | G² | Df | Sign= p |
|---|---|---|---|
| [Y][S][E] | 26.05 | 7 | .00 |
| [YS] [E] | 7.93 | 5 | .16* |
| [YE] [S] | 22.75 | 5 | .00 |
| [SE] [Y] | 24.89 | 6 | .00 |
| [YS] [YE] | 4.63 | 3 | .20* |
| [YS] [SE] | 6.77 | 4 | .15* |
| [YE] [SE] | 21.60 | 4 | .00 |
| [YS] [YE][SE] | 1.37 | 2 | .51* |

Noot: $^{*}p > .05$
Y=YSR; S=SDQplus jongerenversie; E=Sociaal Economische Status (SES)

Uit deze resultaten moet nu het best passende model worden gekozen. Een model wordt passend genoemd, als de bijbehorende overschrijdingskans p>0.05. Inspectie van tabel 10 leert dat er 4 modellen passen. Voor de keuze zijn er een aantal regels, die uiteindelijk tot een model leiden:

3. Een eenvoudig model heeft de voorkeur boven een complex model. Hoe minder interactietermen een model bevat, hoe eenvoudiger een model is.
4. Een complexer model heeft de voorkeur boven een eenvoudiger model als het significant beter past. De toetsingsgrootheid G² biedt de mogelijkheid de passing van de modellen te vergelijken, door het verschil in G² (?G²) met het verschil in df (?df) te toetsen op significant verschil. Vervolgens wordt in de tabel van de Chi-kwadraat verdeling gekeken naar de rechter kritieke grens bij a=0.05 en het aantal vrijheidsgraden (df).

Het eenvoudigste passende model is: [YS][E], p=.16; Er is een samenhang tussen de YSR en de SDQ plus, en de Sociaal Economische status van moeder is daarvan onafhankelijk.
Een iets complexer model met een goede passing is [YS][YE] met p=.20. In dit model is er zowel samenhang tussen de YSR en de SDQplus, als samenhang van SES en YSR. De tabel geeft als rechter kritieke grens bij alpha=0.05 en df=2:r=5.99. De ?G² ligt niet in het kritieke gebied. De term [YE] kan dus voor de passing worden gemist.
Een ander model met een goede passing is [YS][YE] met p=.15.
In dit model is er zowel samenhang tussen de YSR en de SDQplus, als samenhang tussen SES en de SDQplus. De tabel geeft als rechter kritieke grens bij alpha=0.05 en df=1:r=3.84. De ?G² ligt niet in het kritieke gebied. De term [YE] kan dus voor de passing worden gemist.
Tot slot is er het complexer model met een goede passing [YS][YE][SE] met p=.5052. In dit model is er zowel samenhang tussen de YSR en de SDQ plus, als samenhang van SES en

YSR en tevens een samenhang tussen de SES en de SDQ plus. De tabel geeft als rechter kritieke grens bij alpha=0.05 en df=3:r=7.81. De ? $G^2$ ligt niet in het kritieke gebied. Zowel de term [YE] als [SE] kunnen dus voor de passing worden gemist.
Uit de hiervoor uitgevoerde analyse kan worden geconcludeerd dat het best passend model voor de jongerenversie dus [YS][E] is, waarbij er samenhang is tussen de YSR en de SDQplus, de SES van moeder is daarvan onafhankelijk.

Het resultaat van de acht toetsen bij de ouderversie staan vermeld in onderstaand tabel:

**Tabel 11 Resultaten na General Loglinear analyse over de ouderversie, 8 mogelijke modellen en hun waardes**

| | $G^2$ | df | Sign= p |
|---|---|---|---|
| [C][S][E] | 62.50 | 7 | .00 |
| [CS] [E] | 6.15 | 5 | .29* |
| [CE] [S] | 60.75 | 5 | .00 |
| [SE] [C] | 60.13 | 6 | .00 |
| [CS] [CE] | 4.39 | 3 | .22* |
| [CS] [SE] | 3.78 | 4 | .44* |
| [CE] [SE] | 58.38 | 4 | .00 |
| [CS] [CE][SE] | 0.49 | 2 | .78* |

Noot: $^{*}p > .05$
C=CBCL; S=SDQplus ouderversie; E=Sociaal Economische Status moeder (SES)

Uit deze resultaten wordt nu wederom het best passende model gekozen. Uit Tabel 11 valt af te lezen dat vier modellen hiervoor in aanmerking komen.
Voor de ouderversie geldt dat het eenvoudigste passende model is:
[CS][E], p=.292; Er is een samenhang tussen de CBCL en de SDQ plus, en de Sociaal Economische status van moeder is daarvan onafhankelijk.
Een iets complexer model met een goede passing is [CS][CE] met p=.222. In dit model is er zowel samenhang tussen de CBCL en de SDQplus, als samenhang van SES en CBCL. De tabel geeft als rechter kritieke grens bij alpha=0.05 en df=2:r=5.99. De ? $G^2$ ligt niet in het kritieke gebied. De term [CE] kan dus voor de passing worden gemist.
Een ander model met een goede passing is [CS][SE] met p=.437. In dit model is er zowel samenhang tussen de CBCL en de SDQplus, als samenhang tussen SES en de SDQplus. De tabel geeft als rechter kritieke grens bij alpha=0.05 en df=1:r=3.84. De ? $G^2$ ligt niet in het kritieke gebied. De term [CE] kan dus voor de passing worden gemist.
Tot slot is er het complexer model met een goede passing [CS][CE][SE] met p=.781. In dit model is er zowel samenhang tussen de CBCL en de SDQ plus, als samenhang van SES en CBCL en tevens een samenhang tussen de SES en de SDQ plus. De tabel geeft als rechter kritieke grens bij alpha=0.05 en df=3:r=7.81. De ? $G^2$ ligt niet in het kritieke gebied. Zowel de term [CE] als [SE] kunnen dus voor de passing worden gemist.
Wederom kan worden geconcludeerd dat het best passend model (in dit geval voor de ouderversie) dus ook [CS][E] is, waarbij er samenhang is tussen de CBCL en de SDQplus, de SES van moeder is daarvan onafhankelijk.

### 3.2.3 De invloed van etniciteit

Middels de ROC-analyse is vervolgens bekeken in hoeverre de SDQplus nauwkeurig is bij het signaleren van psychische stoornissen bij jeugdigen van niet-westerse afkomst (allochtonen) en bij jongeren van westerse afkomst (autochtonen).
Wederom werd met de ROC-analyse voor beide groepen een goede tot zeer goede predictieve validiteit van de SDQplus (zowel ouder als jongerenversie) voor de aanwezigheid van

stoornissen gevonden, waarbij de totaalscore een goede voorspellende waarde heeft (AUC waardes lopend van = .82 tot .96; zie Tabel 12).
Verder bleken de twee groepen, cliënten van niet-westerse afkomst (allochtonen) en cliënten van westerse afkomst (autochtonen) wat betreft de totaalscores behaald op de SDQplus (zowel ouder als jongerenversie) niet significant van elkaar te verschillen.

**Tabel 12 Predictieve validiteit van de SDQ plus totaalscores voor de autochtone en allochtone groep**

| | AUC | 95% betrouwbaarheids interval | SE | N |
|---|---|---|---|---|
| SDQplus ouderversie (autochtone groep) | .88*** | .84 - .92 | .02 | 249 |
| SDQplus ouderversie (allochtone groep) | .85*** | .73 - .97 | .06 | 40 |
| SDQplus jongerenversie (autochtone groep) | .82*** | .73 - .91 | .05 | 83 |
| SDQplus jongerenversie (allochtone groep) | .96*** | .88 - 1.00 | .05 | 16 |

Noot: $^{*}p < .05$ $^{**}p < .01$
AUC= *Area Under the Curve.* SE= Standard Error.

### 3.2.4 SES en Etniciteit

Middels de General Loglinear analyse werden de volgende hypothesen getoetst:
Hypothese 1 de score behaald op de SDQplus is (tevens) afhankelijk van de SES van moeder. SES van moeder is (dus) van invloed op de score behaald op de SDQ plus.
Hypothese 2 de score behaald op de SDQplus is (tevens) afhankelijk van zowel het land van herkomst als de Sociaal Economische Status (SES) van de moeder. Het land van herkomst en SES van de moeder hebben samen invloed op de SDQplus.
De hypotheses zullen worden getoetst door telkens het best passende model te kiezen door verschillende modellen met elkaar te vergelijken
De resultaten van de toetsen voor de *jongerenversie* staan vermeld in onderstaand tabel.

**Tabel 13 Resultaten na General Loglinear analyse modeltoetsing**

| | $G^2$ | df | sign=p |
|---|---|---|---|
| [EY] [YS] [YR] [ER] [SR] | 8.60 | 10 | .86 |
| [EY] [YS] [YR] [ER] [SR] [ES] | 5.34 | 9 | .80 |
| **Verschil** | **? $G^2$ = 3.26** | 1 | |
| | | | |
| [EY] [ES] [YS] [YR] [ER][SR] [EYS] [EYR] [YSR] | 1.68 | 4 | .79 |
| [EY] [ES] [YS] [YR] [ER][SR] [EYS] [EYR] [YSR] [ESR] | 0.00 | 2 | .99 |
| Verschil | **? $G^2$ = 0.13** | **1** | |

Noot: $^{*}p > .05$
Y=YSR; S=SDQplus jongerenversie; E=Sociaal Economische Status (SES); R=etniciteit

Uit de tabel valt af te lezen dat voor het model [EY][YS][YR][ER][SR][ES] de term [ES] voor de passing kan worden gemist. De tabel geeft als rechter kritieke grens bij alpha=0.05 en df=1:r=3.84. De ? $G^2$ ligt niet in het kritieke gebied. De term [ES] kan dus voor de passing worden gemist. Hypothese 1 kan worden verworpen, er wordt dus geen samenhang gevonden tussen de SES van moeder en de scores behaalt op de jongerenversie van de SDQ plus.

Ook kan in het model [EY][ES][ER][YS][YR][SR][EYS][EYR][YSR][ESR] de term [ESR] worden gemist. De tabel geeft als rechter kritieke grens bij alpha=0.05 en df=1:r=3.84. De ? $G^2$ ligt niet in het kritieke gebied. De term [ESR] kan dus voor de passing worden gemist. Hypothese 2 kan worden verworpen, er is dus geen invloed van zowel de SES als land van herkomst van moeder op de scores behaald op de jongerenversie van de SDQ plus.

De resultaten van de toetsen voor de *ouderversie* staan vermeld in Tabel 14.

**Tabel 14 Resultaten na General Loglinear analyse modeltoetsing**

| | $G^2$ | df | sign=p |
|---|---|---|---|
| [EC] [CS] [CR] [ER] [SR] | 9.20 | 10 | .72 |
| [EC] [CS] [CR] [ER] [SR] [ES] | 6.30 | 9 | .71 |
| Verschil | **? $G^2$ = 2.90** | | |
| | | | |
| [EC] [ES] [CS] [CR] [ER][SR] [ECS] [ECR] [CSR] | 2.19 | 3 | .54 |
| [EC] [ES] [CS] [CR] [ER][SR] [ECS] [ECR] [CSR] [ESR] | 0.98 | 2 | .61 |
| **Verschil** | **? $G^2$ = 1.21** | **1** | |

Noot: $^{*}p > .05$
C=CBCL; S=SDQplus ouderversie; E=Sociaal Economische Status (SES);R=etniciteit

Uit de tabel valt af te lezen dat in het model [EC][CS][CR][ER][SR][ES] de term [ES] voor de passing kan worden gemist. De tabel geeft als rechter kritieke grens bij alpha=0.05 en df=1:r=3.84. De ? $G^2$ ligt niet in het kritieke gebied. De term [ES] kan dus voor de passing worden gemist. Hypothese 1 kan worden verworpen, er wordt dus geen samenhang gevonden tussen de SES van moeder en de scores behaalt op de ouderenversie van de SDQ plus. Daarnaast kan in het model [EC][ES][ER][CS][CR][SR][ECS][ECR][CSR][ESR] de term [ESR] worden gemist. De tabel geeft als rechter kritieke grens bij alpha=0.05 en df=1:r=3.84. De ? $G^2$ ligt niet in het kritieke gebied. De term [ESR] kan dus voor de passing worden gemist. Hypothese 2 kan dus tevens worden verworpen, de SES en het land van herkomst van moeder hebben samen geen invloed op de scores behaald op de ouderenversie van de SDQ plus.

# 4. Discussie

In dit onderzoek zijn jeugdigen in de leeftijd van vier tot en met achttien jaar, en hun ouders, die gebruik maken van een Jeugdzorginstelling benaderd (BJZ of jeugd-GGZ, N=674). Onder de respondenten bevonden zich relatief weinig allochtonen (< 15%). Ongeveer 61% van de moeders had hoger onderwijs genoten (HAVO, VWO, MBO, HBO of Universiteit). De meeste ouders hadden betaald werk (63%). De werving van de respondenten gebeurde door de instellingen zelf. Zowel de jeugdigen als de ouders vulden de SDQplus en daarnaast de CBCL in. De personen die op de CBCL lijsten binnen de normale range scoorden, werden beschouwd als gezonde personen (non-cases). Personen die op de CBCL lijsten in het klinisch gebied vielen, werden beschouwd als cases.

Uit de resultaten van het onderzoek kan samenvattend worden geconcludeerd dat de SDQ plus een goede predictieve validiteit bezit. Met de ROC-analyse wordt namelijk een goede tot zeer goede predictieve validiteit van de SDQplus (zowel ouder als jongerenversie) voor de aanwezigheid van stoornissen gevonden, waarbij de totaalscore een goede voorspellende waarde heeft (respectievelijk AUC=.89 en AUC=.86). Ook na het berekenen van de overeenstemmingsmaat kendall's tau kon worden geconcludeerd dat zowel de overeenstemming tussen de jongerenversie van de SDQ plus met de YSR als de overeenstemming tussen de ouderversie van de SDQ plus met de CBCL goed is (respectievelijk t =.48, p<.01 en t =.54, p<.01). Cliënten met een stoornis op de SDQplus scoorden dus in voldoende mate overeenkomstig hun status (stoornis volgens de CBCL). De ideale *cutoff* voor de jongeren versie van de SDQ plus lag bij een score van 17 (met sensitiviteit= .93 en specificiteit =.59). Voor de ouderversie van de SDQ plus gold een hogere cutoff, een score van 19 (sensitiviteit=.91 en specificiteit =.67). In het huidige onderzoek werd bij deze cut-off waardes slechts een klein percentage cliënten (6% bij de ouderversie van de SDQplus en 5% bij de jongerenversie van de SDQplus) onterecht geclassificeerd als hebbende geen stoornis. Daarentegen dient opgemerkt te worden dat een groot percentage cliënten onterecht werd geclassificeerd als hebbende een stoornis (37% bij de ouderversie van de SDQplus en 47% bij de jongerenversie van de SDQplus). Gezien de (financiële en emotionele) kostbaarheid van nader diagnostisch onderzoek binnen de Geestelijke Gezondheidszorg is het van belang het percentage onterecht positieven te verminderen. Dit houdt echter in dat dit ten koste zal gaan van de sensitiviteit van de SDQplus (een grotere specificiteit houdt automatisch een geringere sensitiviteit in omdat deze negatief met elkaar samenhangen), meer cliënten zullen dan onterecht worden geclassificeerd als hebbende geen stoornis. In nader onderzoek dient een afweging te worden gemaakt waar de ideale grens ligt voor een dergelijk screeningsinstrument waarbij de voornaamste taak is het signaleren van cliënten met een psychische stoornis.

Wanneer rekening werd gehouden met de etnische identiteit van de cliënten, werd met de ROC-analyse voor beide groepen wederom een goede tot zeer goede predictieve validiteit van de SDQplus (zowel ouder als jongerenversie) voor de aanwezigheid van stoornissen gevonden, waarbij de totaalscore een goede voorspellende waarde heeft (AUC waardes lopend van = .82 tot .96). De SDQplus is dus voldoende nauwkeurig bij zowel het signaleren van psychische stoornissen bij jeugdigen van niet-westerse afkomst (allochtonen) als bij jongeren van westerse afkomst (autochtonen). Deze conclusies worden tevens ondersteund door de General Loglinear analyse waarbij middels modelpassing het best passende model werd gesignaleerd . Uit deze analyse valt op te maken dat de etniciteit van de cliënt niet van invloed is op de totaalscores die worden behaald op de SDQplus. Terugkomend op de verwachting van dit onderzoek, dat cliënten van de allochtone groep minder als case zullen worden gesignaleerd omdat deze groep minder snel de cutoff waarde zal halen waardoor er sprake zal zijn van onderdiagnose bij de allochtone groep wanneer er geen rekening wordt

gehouden met de etnische herkomst van de cliënt, kan geconcludeerd worden dat deze verwachting niet is uitgekomen.

Ook de twee groepen cliënten met een lage SES en cliënten met een hoge SES bleken wat betreft de totaalscores op de SDQplus (zowel ouder als jongerenversie) niet significant van elkaar te verschillen. Met de ROC-analyse werd voor beide groepen een goede tot zeer goede predictieve validiteit van de SDQplus (zowel ouder als jongerenversie) voor de aanwezigheid van stoornissen gevonden , waarbij de totaalscore een goede voorspellende waarde heeft (AUC waardes lopend van .84 tot .92). De SDQplus is dus voldoende nauwkeurig bij zowel het signaleren van psychische stoornissen bij cliënten met een lage SES als bij cliënten met een hoge SES. Deze conclusie wordt tevens ondersteund door de General Loglinear analyse waarbij naar voren komt dat de SES van de cliënt niet van invloed is op de totaalscores die worden behaald op de SDQplus. De verwachting van dit onderzoek, dat cliënten met een lage SES meer klachten rapporteren op de SDQ plus in vergelijking met cliënten met een hoge SES, waardoor er sprake zal zijn van overdiagnose wanneer er geen rekening wordt gehouden met de SES van de cliënt, wordt niet onderschreven.

Bij de interpretatie van de bevindingen dient men er rekening mee te houden dat het percentage cliënten van niet-Nederlandse afkomst laag was. Er is hierdoor bij de analyse geen onderscheid gemaakt tussen de verscheidene bevolkingsgroepen (Surinamers, Turken, Marokkanen en Antillianen). Het uitgangspunt van dit onderzoek was dat allochtonen zeker niet over één kam kunnen worden geschoren, dat er grote individuele verschillen bestaan. Er is echter vanuit gegaan dat er daarnaast ook globale overeenkomsten zijn zoals het migrant-zijn en het herkenbaar anders zijn (Bellaart, 1997). Het ging er in dit onderzoek dus niet om nuances aan te geven tussen verschillende etnische groepen, maar het draaide om de vraag in hoeverre de SDQplus voldoende nauwkeurig is bij het signaleren van stoornissen bij cliënten van *westerse* ten opzichte van *niet- westerse* cliënten. In vervolg onderzoek zou echter genuanceerder moeten worden gekeken naar de verschillende bevolkingsgroepen, het is namelijk mogelijk dat bepaalde groeperingen duidelijkere verschillen laten zien in de invulling van de SDQplus die in dit onderzoek niet naar voren zijn gekomen omdat de gegevens op één hoop zijn gegooid.
Ten tweede dient men in het achterhoofd te houden dat de SES van het kind is bepaald aan de hand van het opleidingsniveau van de moeder. Er is gekozen voor de SES van de moeder omdat zoals eerder vermeld het in 73% van de gevallen de moeder was die de SDQplus over het kind invulde. De invloed van de SES van de vader zou in nader onderzoek bekeken kunnen worden..Tevens zou de gezinssamenstelling in de analyse kunnen worden meegenomen. De SES betreft in dit onderzoek het opleidingsniveau omdat het een betrouwbaar gegeven is, het betreft immers een vaststaand gegeven. Tevens waren de gegevens van het opleidingsniveau het meest volledig. In vervolg onderzoek zou men kunnen overwegen een samengestelde maat voor de SES te gebruiken, bestaande uit de volgende indicatoren: 1. opleidingsniveau van de ouder, 2. Inkomen of beroepsniveau van de ouder en 3. structuur van het gezin/ huishouden. De drie indicatoren zouden een genuanceerder beeld kunnen geven over de eventuele invloed van de SES op de nauwkeurigheid van de SDQplus (Entwisle& Astone, 1994).

Het gebruik van de SDQplus zou in de nabije toekomst van grote invloed kunnen zijn in de verschillende Bureaus Jeugdzorg. De SDQplus is ontworpen om binnen korte tijd (tien minuten) te screenen op de aanwezigheid van psychische stoornissen bij jeugdigen. Natuurlijk is geen enkel instrument in staat 100% volledig accuraat te zijn, de SDQplus kan daarom nooit de enige bron zijn waarop een diagnose gesteld kan worden. Hoge scores op de SDQplus dienen niet automatisch gelijk gesteld te worden met een klinische diagnose. De diagnosticus dient de gegevens verkregen met de SDQplus te integreren met andere gegevens

over het functioneren van het kind en het gezin. Dit neemt niet weg dat het gebruik van de SDQplus bij het screenen op psychische stoornissen de screeningsfunctionarissen van de Bureau JeugdZorg instellingen aanvullende informatie verschaft die het proces van indicatiestelling (wel/ niet doorverwijzen naar een Geestelijke GezondheidsZorg instelling) kan vergemakkelijken. De SDQplus heeft immers in het huidige onderzoek laten zien (binnen een korte tijd (10 minuten) een goede predictieve validiteit te bezitten voor de aanwezigheid van een stoornis. Het adequater en sneller doorverwijzen van cliënten met een psychische stoornis naar de zorg die zij nodig hebben, kan zowel de ouder als de cliënt veel frustraties, leed en verdriet besparen.

## Bijlage 1 Aanvullende vragen, ouderversie

**Op welke wijze verkrijgen u en uw partner op dit moment inkomsten? Meerdere antwoorden aankruisen is mogelijk.**

1. Inkomen uit loon (ook ziektewet)
2. Deels inkomen uit loon, deels sociale uitkering
3. Bijstandsuitkering (RWW)
4. werkloosheidswetuitkering (WW)
5. Arbeidsongeschiktheidsuitkering (AAW/ WAO)
6. Weduwe- / wezenuitkering (AWW)
7. Pensioen, VUT, AOW
8. Eigen bedrijf
9. Geen eigen inkomsten (bijv. huisvrouw, scholier, gescheiden vrouw/ man met alimentatie)
10. Anders, namelijk: ……..

**Wat is uw hoogst afgeronde schoolopleiding:**

1. Geen
2. Basisonderwijs
3. Speciaal onderwijs (LOM, MLK, ZMOK)
4. Voortgezet speciaal onderwijs (VSO-LOM, VSO-MLK, VSO-ZMOK)
5. Voorbereidend beroepsonderwijs (VBO)
6. Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO)
7. Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, KMBO, Hoger algemeen onderwijs (HAVO)
8. Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (VWO)
9. Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, KMBO)
10. Hoger beroepsonderwijs (HBO)
11. Wetenschappelijk onderwijs (WO)
12. Anders, namelijk……

**Wat is de hoogst afgeronde opleiding van uw partner:**

1. Geen
2. Basisonderwijs
3. Speciaal onderwijs (LOM, MLK, ZMOK)
4. Voortgezet speciaal onderwijs (VSO-LOM, VSO-MLK, VSO-ZMOK)
5. Voorbereidend beroepsonderwijs (VBO)
6. Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO)
7. Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, KMBO, Hoger algemeen onderwijs (HAVO)
8. Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (VWO)
9. Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, KMBO)
10. Hoger beroepsonderwijs (HBO)
11. Wetenschappelijk onderwijs (WO)
12. Anders, namelijk……

……..

**Soort werk van de ouders, ook al werkt u op dit moment niet**

(zo duidelijk mogelijk, bijvoorbeeld automonteur, leraar, secretaresse enz.)

Soort werk vader:…….

Soort werk moeder:……..

## Bijlage 2 Aanvullende vragen, jongeren versie 12-18 jarigen

**Op welke manier krijgen jouw ouders (verzorgers) op dit moment hun inkomsten? Meerdere antwoorden aankruisen is mogelijk.**

1. Inkomen uit loon (ook ziektewet)
2. Deels inkomen uit loon, deels sociale uitkering
3. Bijstandsuitkering (RWW)
4. werkloosheidswetuitkering (WW)
5. Arbeidsongeschiktheidsuitkering (AAW/ WAO)
6. Weduwe- / wezenuitkering (AWW)
7. Pensioen, VUT, AOW
8. Eigen bedrijf
9. Geen eigen inkomsten (bijv. huisvrouw, scholier, gescheiden vrouw/ man met alimentatie)
10. Anders, namelijk:……..

**Wat is de hoogst afgeronde schoolopleiding van je moeder/ verzorgster?**

1. Geen
2. Basisonderwijs
3. Speciaal onderwijs (LOM, MLK, ZMOK)
4. Voortgezet speciaal onderwijs (VSO-LOM, VSO-MLK, VSO-ZMOK)
5. Voorbereidend beroepsonderwijs (VBO)
6. Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO)
7. Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, KMBO, Hoger algemeen onderwijs (HAVO)
8. Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (VWO)
9. Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, KMBO)
10. Hoger beroepsonderwijs (HBO)
11. Wetenschappelijk onderwijs (WO)
12. Anders, namelijk……
……..

**Wat is de hoogst afgeronde schoolopleiding van je vader/ verzorger?**

1. Geen
2. Basisonderwijs
3. Speciaal onderwijs (LOM, MLK, ZMOK)
4. Voortgezet speciaal onderwijs (VSO-LOM, VSO-MLK, VSO-ZMOK)
5. Voorbereidend beroepsonderwijs (VBO)
6. Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO)
7. Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, KMBO, Hoger algemeen onderwijs (HAVO)
8. Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (VWO)
9. Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, KMBO)
10. Hoger beroepsonderwijs (HBO)
11. Wetenschappelijk onderwijs (WO)
12. Anders, namelijk…….
……..

**Soort werk van je ouders, ook al werken ze op dit moment niet**
(zo duidelijk mogelijk, bijvoorbeeld automonteur, leraar, secretaresse enz.)

Soort werk vader:…….

Soort werk moeder:……..

## Bijlage 3 De informatie vooraf / toestemmingsformulier/ formulier tegoedbon

Toestemmingsformulier voor deelname aan het onderzoek
Ouders of verzorgers (bjz)

Hierbij geef ik toestemming voor deelname aan het onderzoek. Ik heb de informatiefolder gelezen en begrepen dat:

- Ik door het ondertekenen van dit formulier aangeef vrijwillig deel te nemen aan het onderzoek.
- De gegevens anoniem en vertrouwelijk worden behandeld en alleen voor dit onderzoek worden gebruikt.

**Datum:** ……

**Handtekening:** ……

## *(A)* Informatie vooraf

De volgende vragenlijsten vragen naar het gedrag van uw kind in **de laatste zes maanden**. Voor het invullen volgen hier enkele aanwijzingen. Lees deze van tevoren rustig door.

De vragenlijsten worden ingevuld door één van de **ouders of verzorgers**

U kunt uw antwoord geven door een kruisje te zetten in één van de vierkantjes. Bijvoorbeeld:

| Niet waar | Beetje waar | Zeker waar | |
|---|---|---|---|
| ❑ | ❑ | ❑ | *Mijn kind kijkt graag televisie* |

De bedoeling is dat u bij iedere vraag **slechts één antwoord** geeft.

Het is belangrijk dat u **alle** vragen invult, ook als u dat moeilijk vindt. Er zijn geen foute of goede antwoorden. Het gaat om uw eigen ervaringen.

Alles wat u invult wordt vertrouwelijk behandeld en **anoniem** verwerkt.

Bij vragen kunt u contact opnemen met Marije Valenkamp, onderzoeker van het Trimbos-instituut
030-2971100 of mvalenkamp@trimbos.nl

---

## Formulier voor de tegoedbon
## Ouders of verzorgers (bjz)

Het Trimbos-instituut stelt uw medewerking zeer op prijs. Om u te bedanken willen de onderzoekers u graag een tegoedbon geven. Hiervoor hebben zij uw naam en adres nodig. Deze gegevens kunt u hieronder invullen.

Uw naam en adres worden zorgvuldig behandeld. Zodra het Trimbos-instituut de tegoedbon heeft opgestuurd, worden de gegevens vernietigd. Uw naam en adres worden dus niet samen met de ingevulde vragenlijsten bewaard. Het Trimbos-instituut garandeert een zorgvuldige werkwijze.

Als u niet wilt dat het Trimbos-instituut uw naam en adres kent, dan hoeft u natuurlijk deze gegevens niet in te vullen. Helaas kan het Trimbos-instituut u dan ook geen tegoedbon sturen.

Hartelijk bedankt voor uw medewerking!

---

- ❑ Ja, ik ontvang graag de tegoedbon en vul daarom mijn naam en adres in.
- ❑ Nee, ik vul mijn naam en adres niet in en ontvang daarom geen tegoedbon.

Naam:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Bijlage 4 De verschillende vragenlijsten van de SDQplus

## Vragenlijsten voor het onderzoek *Screeningsinstrument*

## Ouderversie 4- 11 jarigen (bjz)

---

**Belangrijk:**

**Alle pagina's aan elkaar laten zitten. Hartelijk bedankt!**

**In te vullen door hulpverlener:**

| | | |
|---|---|---|
| | | **O B** |

*(B)* **Vragen vooraf**

Datum: …….

Over wie vult u de vragenlijst in?
- ❑ Zoon
- ❑ Dochter

Wat is uw verhouding ten opzichte van het kind?
- ❑ Vader
- ❑ Moeder
- ❑ Verzorger

Geboortedatum kind: …….

Geboorteland kind:
- ❑ Nederland
- ❑ Turkije
- ❑ Marokko
- ❑ Suriname
- ❑ Nederlandse Antillen
- ❑ Anders, namelijk: …….

Geboorteland *vader*
- ❑ Nederland
- ❑ Turkije
- ❑ Marokko
- ❑ Suriname
- ❑ Nederlandse Antillen
- ❑ Anders, namelijk: ……

Geboorteland m*oeder*
- ❑ Nederland
- ❑ Turkije
- ❑ Marokko
- ❑ Suriname
- ❑ Nederlandse Antillen
- ❑ Anders, namelijk: ……..…

Welke opleiding of school volgt uw *kind* momenteel?
- ❑ Geen
- ❑ Basisschool
- ❑ Speciaal onderwijs (LOM, MLK, ZMOK)
- ❑ Voortgezet speciaal onderwijs (VSO-LOM, VSL-MLK, VSO-ZMOK)
- ❑ Voorbereidend beroepsonderwijs IVBO)
- ❑ Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO)
- ❑ Hoger algemeen onderwijs (HAVO)
- ❑ Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (VWO)
- ❑ Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, KMBO)
- ❑ Hoger beroepsonderwijs (HBO)
- ❑ Wetenschappelijk onderwijs (WO)
- ❑ Anders, namelijk …….

Als uw *kind* nu niet (meer) naar school gaat, wat was zijn/haar laatste school of opleiding?
- ❑ Basisschool
- ❑ Speciaal onderwijs (LOM, MLK, ZMOK)
- ❑ Voortgezet speciaal onderwijs (VSO-LOM, VSL-MLK, VSO-ZMOK)
- ❑ Voorbereidend beroepsonderwijs IVBO)
- ❑ Middelbaar algemeen onderwijs (MAVO)
- ❑ Hoger algemeen onderwijs (HAVO)
- ❑ Voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (VWO)
- ❑ Middelbaar beroepsonderwijs (MBO, KMBO)
- ❑ Hoger beroepsonderwijs (HBO)
- ❑ Wetenschappelijk onderwijs (WO)
- ❑ Anders, namelijk …….

Wat is *uw* maatschappelijke situatie?
- ❑ Huisvrouw / huisman (niet werkzoekend)
- ❑ Betaald werk
- ❑ Vrijwilligerswerk
- ❑ Werkzoekend
- ❑ Arbeidsongeschikt
- ❑ Anders, namelijk ……..

## *(C)* **SDQ**

***Mijn kind…..***

| Niet waar | Beetje waar | Zeker waar | | *De vragen gaan over de laatste **zes maanden**.* |
|---|---|---|---|---|
| ❑ | ❑ | ❑ | 1 | Houdt rekening met gevoelens van anderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 2 | Is rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten |
| ❑ | ❑ | ❑ | 3 | Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid |
| ❑ | ❑ | ❑ | 4 | Deelt makkelijk met andere kinderen (bijvoorbeeld snoep, speelgoed, potloden) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 5 | Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 6 | Is nogal op zichzelf, neigt ertoe alleen te spelen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 7 | Is doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 8 | Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten |
| ❑ | ❑ | ❑ | 9 | Is behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt |
| ❑ | ❑ | ❑ | 10 | Is constant aan het wiebelen of friemelen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 11 | Heeft minstens één goede vriend of vriendin |
| ❑ | ❑ | ❑ | 12 | Vecht vaak met andere kinderen of pest ze |
| ❑ | ❑ | ❑ | 13 | Is vaak ongelukkig, in de put of in tranen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 14 | Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 15 | Is gemakkelijk afgeleid, heeft moeite zich te concentreren |
| ❑ | ❑ | ❑ | 16 | Is zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 17 | Is aardig tegen jonge kinderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 18 | Liegt of bedriegt vaak |
| ❑ | ❑ | ❑ | 19 | Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 20 | Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, leerkrachten, andere kinderen) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 21 | Denkt na voor iets te doen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 22 | Pikt dingen thuis, op school of op andere plaatsen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 23 | Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 24 | Is voor heel veel bang, is snel angstig |
| ❑ | ❑ | ❑ | 25 | Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden |

*(D)* **SDQ+**

***Mijn kind…..***

| Niet waar | Beetje waar | Zeker waar | | |
|---|---|---|---|---|
| ❑ | ❑ | ❑ | 26 | Is heel bang voor dingen of situaties waar anderen niet bang voor zijn en probeert deze te vermijden (bijvoorbeeld dieren, afgesloten ruimtes, bloed, drukke plekken) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 27 | Maakt plotselinge snelle, herhaalde onnodige bewegingen of geluiden |
| ❑ | ❑ | ❑ | 28 | Heeft hulp nodig, omdat hij/zij express geprobeerd heeft zichzelf iets aan te doen (bijvoorbeeld snijden, slaan, einde maken aan het leven) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 29 | Heeft (ooit) eerder eens geprobeerd zichzelf iets aan te doen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 30 | Krijgt plotseling aanvallen van duizeligheid of benauwd zijn, trillen of hartkloppingen in situaties die eigenlijk niet gevaarlijk zijn |
| ❑ | ❑ | ❑ | 31 | Heeft in de afgelopen week erover nagedacht een einde aan zijn/haar leven te maken |
| ❑ | ❑ | ❑ | 32 | Is bang, krijgt buikpijn of hoofdpijn als vader of moeder weggaan |
| ❑ | ❑ | ❑ | 33 | Heeft geen plezier meer in dingen, ook niet als hij/zij die vroeger wel leuk vond (bijvoorbeeld sporten, spelen, omgaan met vrienden, naar school gaan) |

***Z.O.Z. !!!***

## *(E)* **Impact Supplement**

34 Denkt u over het geheel genomen dat uw kind moeilijkheden hebt op één van de volgende gebieden:
emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?

- ❑ Nee
- ❑ Ja, kleine moeilijkheden
- ❑ Ja, duidelijke moeilijkheden
- ❑ Ja, ernstige moeilijkheden

**Als u 'ja' hebt geantwoord, wilt u dan de volgende vragen (35 t/m 38) over deze moeilijkheden beantwoorden?**

35 Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

- ❑ Korter dan een maand
- ❑ 1 – 5 maanden
- ❑ 6 – 12 maanden
- ❑ Meer dan een jaar

36 Maken de moeilijkheden uw kind overstuur of van slag?

- ❑ Helemaal niet
- ❑ Een beetje maar
- ❑ Tamelijk
- ❑ Heel erg

37 Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van uw kind op de volgende gebieden?

| | | |
|---|---|---|
| Thuis | ❑ | Helemaal niet |
| | ❑ | Een beetje maar |
| | ❑ | Tamelijk |
| | ❑ | Heel erg |
| Vriendschappen | ❑ | Helemaal niet |
| | ❑ | Een beetje maar |
| | ❑ | Tamelijk |
| | ❑ | Heel erg |
| Leren in de klas | ❑ | Helemaal niet |
| | ❑ | Een beetje maar |
| | ❑ | Tamelijk |
| | ❑ | Heel erg |
| Activiteiten in de vrije tijd | ❑ | Helemaal niet |
| | ❑ | Een beetje maar |
| | ❑ | Tamelijk |
| | ❑ | Heel erg |

38 Belasten de moeilijkheden u of het gezin als geheel?

- ❑ Helemaal niet
- ❑ Een beetje maar
- ❑ Tamelijk
- ❑ Heel erg

## Vragenlijsten voor het onderzoek *Screeningsinstrument*

## Jongerenversie (bjz)

---

**Belangrijk:**

**Alle pagina's aan elkaar laten zitten. Hartelijk bedankt!**

**In te vullen door hulpverlener:**

| | | |
|---|---|---|
| | | **J B** |

## *(C)* **SDQ**

| Niet waar | Beetje waar | Zeker waar | | *De vragen gaan over de laatste **zes maanden**.* |
|---|---|---|---|---|
| ❑ | ❑ | ❑ | 1 | Ik probeer aardig te zijn tegen anderen. Ik houd rekening met hun gevoelens |
| ❑ | ❑ | ❑ | 2 | Ik ben rusteloos, ik kan niet lang stilzitten |
| ❑ | ❑ | ❑ | 3 | Ik heb vaak hoofdpijn, buikpijn, of ben misselijk |
| ❑ | ❑ | ❑ | 4 | Ik deel makkelijk met anderen (snoep, speelgoed, potloden, enz) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 5 | Ik word erg boos en ben vaak driftig |
| ❑ | ❑ | ❑ | 6 | Ik ben nogal op mijzelf. Ik speel meestal alleen of bemoei mij niet met anderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 7 | Ik doe meestal wat me wordt opgedragen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 8 | Ik pieker veel |
| ❑ | ❑ | ❑ | 9 | Ik help iemand die zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt |
| ❑ | ❑ | ❑ | 10 | Ik zit constant te wiebelen of te friemelen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 11 | Ik heb minstens één goede vriend of vriendin |
| ❑ | ❑ | ❑ | 12 | Ik vecht vaak. Het lukt mij andere mensen te laten doen wat ik wil |
| ❑ | ❑ | ❑ | 13 | Ik ben vaak ongelukkig, in de put of in tranen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 14 | Andere jongeren van mijn leeftijd vinden mij over het algemeen aardig |
| ❑ | ❑ | ❑ | 15 | Ik ben snel afgeleid, ik vind het moeilijk mij te concentreren |
| ❑ | ❑ | ❑ | 16 | Ik ben zenuwachtig in nieuwe situaties. Ik verlies makkelijk mijn zelfvertrouwen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 17 | Ik ben aardig tegen jongere kinderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 18 | Ik word er vaak van beschuldigd dat ik lieg of bedrieg |
| ❑ | ❑ | ❑ | 19 | Andere kinderen of jongeren pesten of treiteren mij |
| ❑ | ❑ | ❑ | 20 | Ik bied vaak anderen aan hun te helpen (ouders, leerkrachten, andere kinderen) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 21 | Ik denk na voor ik iets doe |
| ❑ | ❑ | ❑ | 22 | Ik neem dingen weg die niet van mij zijn, thuis, op school of op andere plaatsen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 23 | Ik kan beter met volwassenen opschieten dan met jongeren van mijn leeftijd |
| ❑ | ❑ | ❑ | 24 | Ik ben voor heel veel dingen bang, ik ben snel angstig |
| ❑ | ❑ | ❑ | 25 | Ik maak af waar ik mee bezig ben. Ik kan mijn aandacht er goed bij houden |

## *(D)* **SDQ+**

| Niet waar | Beetje waar | Zeker waar | | *De vragen gaan over de laatste **zes maanden**.* |
|---|---|---|---|---|
| ❑ | ❑ | ❑ | 26 | Ik ben heel bang voor dingen of situaties waar anderen niet bang voor zijn, ik probeer deze te vermijden (bijvoorbeeld dieren, afgesloten ruimtes, bloed, drukke plekken) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 27 | Ik kan me vaak niet beheersen en eet dan enorm veel |
| ❑ | ❑ | ❑ | 28 | Ik maak plotselinge snelle, herhaalde onnodige bewegingen of geluiden |
| ❑ | ❑ | ❑ | 29 | Ik heb hulp nodig, omdat ik expres geprobeerd heb mezelf iets aan te doen (bijvoorbeeld snijden, slaan, einde maken aan het leven) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 30 | Ik heb (ooit) eerder eens geprobeerd mezelf iets aan te doen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 31 | Ik doe erg mijn best om af te vallen (bijvoorbeeld strenge diëten volgen, of soms bijna niets eten, of laxeermiddelen gebruiken, of extreem veel sporten) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 32 | Ik heb plotseling aanvallen van duizeligheid of benauwd zijn, trillen of hartkloppingen in situaties die eigenlijk niet gevaarlijk zijn |
| ❑ | ❑ | ❑ | 33 | Ik vind mezelf dik, ook wanneer anderen zeggen dat dat juist niet zo is |
| ❑ | ❑ | ❑ | 34 | In de afgelopen week heb ik erover nagedacht een einde aan mijn leven te maken |
| ❑ | ❑ | ❑ | 35 | Als mijn ouders weggaan word ik bang, krijg ik buikpijn of hoofdpijn |
| ❑ | ❑ | ❑ | 36 | Ik geef soms expres over na het eten |
| ❑ | ❑ | ❑ | 37 | Ik vind dingen die ik vroeger graag deed, nu niet meer leuk (bijvoorbeeld sporten, spelen, omgaan met vrienden, naar school gaan) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 38 | Ik vind dat eten mijn leven beheerst |
| | | | 39 | Drink je *wel eens* alcohol of gebruik je *wel eens* drugs? (Drugs zijn hasj, weed, marihuana, XTC, heroïne, cocaïne, paddo's, slaappillen enz.) |

❑ Ja ? ga verder met vraag 40
❑ Nee, nooit ? ga verder met vraag 44

| Niet waar | Beetje waar | Zeker waar | | |
|---|---|---|---|---|
| ❑ | ❑ | ❑ | 40 | Ik denk dat het goed zou zijn als ik wat minder alcohol of drugs zou gebruiken |
| ❑ | ❑ | ❑ | 41 | Ik erger me aan opmerkingen die mensen maken over mijn alcohol- of druggebruik |
| ❑ | ❑ | ❑ | 42 | Ik voel me wel eens vervelend of schuldig over mijn alcohol- of druggebruik |
| ❑ | ❑ | ❑ | 43 | Ik heb wel eens direct na het opstaan alcohol gedronken of drugs gebruikt om de zenuwen de baas te worden of om van een kater af te komen |

35 Hoeveel weeg je? …….kilogram

36 Hoe lang ben je? …… meter ……... cm

## *(E)* Impact Supplement

37 Denk je over het geheel genomen dat je moeilijkheden hebt op één van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?

- ❑ Nee
- ❑ Ja, kleine moeilijkheden
- ❑ Ja, duidelijke moeilijkheden
- ❑ Ja, ernstige moeilijkheden

**Als je 'ja' hebt geantwoord, wil je dan de volgende vragen (47 t/m 50) over deze moeilijkheden beantwoorden?**

45 Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

- ❑ Korter dan een maand
- ❑ 1 – 5 maanden
- ❑ 6 – 12 maanden
- ❑ Meer dan een jaar

46 Maken de moeilijkheden je overstuur of van slag?

- ❑ Helemaal niet
- ❑ Een beetje maar
- ❑ Tamelijk
- ❑ Heel erg

47 Belemmeren de moeilijkheden jouw dagelijks leven op de volgende gebieden?

| | |
|---|---|
| Thuis | ❑ Helemaal niet<br>❑ Een beetje maar<br>❑ Tamelijk<br>❑ Heel erg |
| Vriendschappen | ❑ Helemaal niet<br>❑ Een beetje maar<br>❑ Tamelijk<br>❑ Heel erg |
| Leren in de klas | ❑ Helemaal niet<br>❑ Een beetje maar<br>❑ Tamelijk<br>❑ Heel erg |
| Activiteiten in de vrije tijd | ❑ Helemaal niet<br>❑ Een beetje maar<br>❑ Tamelijk<br>❑ Heel erg |

48 Maken de moeilijkheden het lastiger voor de mensen in jouw omgeving (gezin, vrienden, leerkrachten, enz.)?

- ❑ Helemaal niet
- ❑ Een beetje maar
- ❑ Tamelijk
- ❑ Heel erg

## Vragenlijsten voor het onderzoek *Screeningsinstrument*

## Ouderversie 12-18 jarigen (bjz)

---

**Belangrijk:**

**Alle pagina's aan elkaar laten zitten. Hartelijk bedankt!**

**In te vullen door hulpverlener:**

| | | |
|---|---|---|
| | | **O B** |

## *(C)* **SDQ**

***Mijn kind…..***

| Niet waar | Beetje waar | Zeker waar | | *De vragen gaan over de laatste **zes maanden**.* |
|---|---|---|---|---|
| ❑ | ❑ | ❑ | 26 | Houdt rekening met gevoelens van anderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 27 | Is rusteloos, overactief, kan niet lang stilzitten |
| ❑ | ❑ | ❑ | 28 | Klaagt vaak over hoofdpijn, buikpijn, of misselijkheid |
| ❑ | ❑ | ❑ | 29 | Deelt makkelijk met andere kinderen (bijvoorbeeld snoep, speelgoed, potloden) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 30 | Heeft vaak driftbuien of woede-uitbarstingen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 31 | Is nogal op zichzelf, neigt ertoe alleen te spelen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 32 | Is doorgaans gehoorzaam, doet gewoonlijk wat volwassenen vragen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 33 | Heeft veel zorgen, lijkt vaak over dingen in te zitten |
| ❑ | ❑ | ❑ | 34 | Is behulpzaam als iemand zich heeft bezeerd, van streek is of zich ziek voelt |
| ❑ | ❑ | ❑ | 35 | Is constant aan het wiebelen of friemelen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 36 | Heeft minstens één goede vriend of vriendin |
| ❑ | ❑ | ❑ | 37 | Vecht vaak met andere kinderen of pest ze |
| ❑ | ❑ | ❑ | 38 | Is vaak ongelukkig, in de put of in tranen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 39 | Wordt over het algemeen aardig gevonden door andere kinderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 40 | Is gemakkelijk afgeleid, heeft moeite zich te concentreren |
| ❑ | ❑ | ❑ | 41 | Is zenuwachtig of zich vastklampend in nieuwe situaties, verliest makkelijk zelfvertrouwen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 42 | Is aardig tegen jonge kinderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 43 | Liegt of bedriegt vaak |
| ❑ | ❑ | ❑ | 44 | Wordt getreiterd of gepest door andere kinderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 45 | Biedt vaak vrijwillig hulp aan anderen (ouders, leerkrachten, andere kinderen) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 46 | Denkt na voor iets te doen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 47 | Pikt dingen thuis, op school of op andere plaatsen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 48 | Kan beter opschieten met volwassenen dan met andere kinderen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 49 | Is voor heel veel bang, is snel angstig |
| ❑ | ❑ | ❑ | 50 | Maakt opdrachten af, kan de aandacht goed vasthouden |

## *(D)* **SDQ+**

***Mijn kind…..***

| Niet waar | Beetje waar | Zeker waar | | *De vragen gaan over de laatste **zes maanden**.* |
|---|---|---|---|---|
| ❑ | ❑ | ❑ | 26 | Is heel bang voor dingen of situaties waar anderen niet bang voor zijn en probeert deze te vermijden (bijvoorbeeld dieren, afgesloten ruimtes, bloed, drukke plekken) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 27 | Kan zich vaak niet beheersen en eet dan enorm veel |
| ❑ | ❑ | ❑ | 28 | Maakt plotselinge snelle, herhaalde onnodige bewegingen of geluiden |
| ❑ | ❑ | ❑ | 29 | Heeft hulp nodig, omdat hij/zij expres geprobeerd heeft zichzelf iets aan te doen (bijvoorbeeld snijden, slaan, einde maken aan het leven) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 30 | Heeft (ooit) eerder eens geprobeerd zichzelf iets aan te doen |
| ❑ | ❑ | ❑ | 31 | Doet erg veel moeite om af te vallen, ik maak me daar zorgen over (volgt bijv strenge diëten, of eet soms bijna niets, of gebruikt laxeermiddelen, of sport extreem veel) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 32 | Krijgt plotseling aanvallen van duizeligheid of benauwd zijn, trillen of hartkloppingen in situaties die eigenlijk niet gevaarlijk zijn |
| ❑ | ❑ | ❑ | 33 | Vindt zichzelf dik, ook wanneer anderen zeggen dat dat juist niet zo is |
| ❑ | ❑ | ❑ | 34 | Heeft in de afgelopen week erover nagedacht een einde aan zijn/haar leven te maken |
| ❑ | ❑ | ❑ | 35 | Is bang, krijgt buikpijn of hoofdpijn als vader of moeder weggaan |
| ❑ | ❑ | ❑ | 36 | Geeft soms expres over na het eten |
| ❑ | ❑ | ❑ | 37 | Heeft geen plezier meer in dingen, ook niet als hij/zij die vroeger wel leuk vond (bijvoorbeeld sporten, spelen, omgaan met vrienden, naar school gaan) |
| ❑ | ❑ | ❑ | 38 | Laat zijn/haar leven door eten beheersen |
| | | | 39 | Drinkt uw kind *wel eens* alcohol of gebruikt uw kind *wel eens* drugs?<br>(Drugs zijn hasj, weed, marihuana, XTC, heroïne, cocaïne, paddo's, slaappillen enz.)<br><br>Ja ? ga verder met vraag 40<br>Nee, nooit ? ga verder met vraag 44 |

***Mijn kind….***

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ❑ | ❑ | ❑ | 40 | Zou wel eens minder alcohol mogen drinken of minder drugs mogen gebruiken (Drugs zijn hasj, weed, marihuana, XTC, heroïne, cocaïne, paddo's, slaappillen enz.*)* |
| ❑ | ❑ | ❑ | 41 | Krijgt regelmatig opmerkingen over zijn /haar alcohol- of druggebruik |
| ❑ | ❑ | ❑ | 42 | Voelt zich wel eens vervelend of schuldig over zijn/haar alcohol- of druggebruik |
| ❑ | ❑ | ❑ | 43 | Heeft wel eens direct na het opstaan alcohol gedronken of drugs gebruikt om de zenuwen de baas te worden of om van een kater af te komen |
| | | | 44 | Hoeveel weegt uw kind? …….kilogram |
| | | | 45 | Hoe lang is uw kind? …….meter …… centimeter |

## *(E)* **Impact Supplement**

38 Denkt u over het geheel genomen dat uw kind moeilijkheden hebt op één van de volgende gebieden: emoties, concentratie, gedrag of vermogen om met andere mensen op te schieten?

- ❑ Nee
- ❑ Ja, kleine moeilijkheden
- ❑ Ja, duidelijke moeilijkheden
- ❑ Ja, ernstige moeilijkheden

**Als u 'ja' hebt geantwoord, wilt u dan de volgende vragen (47 t/m 50) over deze moeilijkheden beantwoorden?**

38 Hoe lang bestaan deze moeilijkheden?

- ❑ Korter dan een maand
- ❑ 1 – 5 maanden
- ❑ 6 – 12 maanden
- ❑ Meer dan een jaar

39 Maken de moeilijkheden uw kind overstuur of van slag?

- ❑ Helemaal niet
- ❑ Een beetje maar
- ❑ Tamelijk
- ❑ Heel erg

40 Belemmeren de moeilijkheden het dagelijks leven van uw kind op de volgende gebieden?

| | |
|---|---|
| Thuis | ❑ Helemaal niet<br>❑ Een beetje maar<br>❑ Tamelijk<br>❑ Heel erg |
| Vriendschappen | ❑ Helemaal niet<br>❑ Een beetje maar<br>❑ Tamelijk<br>❑ Heel erg |
| Leren in de klas | ❑ Helemaal niet<br>❑ Een beetje maar<br>❑ Tamelijk<br>❑ Heel erg |
| Activiteiten in de Vrije tijd | ❑ Helemaal niet<br>❑ Een beetje maar<br>❑ Tamelijk<br>❑ Heel erg |

50 Belasten de moeilijkheden u of het gezin als geheel?

- ❑ Helemaal niet
- ❑ Een beetje maar
- ❑ Tamelijk
- ❑ Heel erg

## Bijlage 5 Coördinaten van de ROC-curve (ouderversie)

Test Result Variable(s): SDQplus totaalscores, ouderversie

| Positive if Greater Than or Equal To(a) | Sensitivity | 1 - Specificity |
|---|---|---|
| -1.0000 | 1.000 | 1.000 |
| .5000 | 1.000 | .996 |
| 2.0000 | 1.000 | .992 |
| 3.5000 | 1.000 | .979 |
| 4.5000 | 1.000 | .970 |
| 5.5000 | 1.000 | .958 |
| 6.5000 | 1.000 | .949 |
| 7.5000 | 1.000 | .928 |
| 8.5000 | 1.000 | .877 |
| 9.5000 | 1.000 | .831 |
| 10.5000 | 1.000 | .809 |
| 11.5000 | 1.000 | .758 |
| 12.5000 | .993 | .729 |
| 13.5000 | .985 | .703 |
| 14.5000 | .978 | .657 |
| 15.5000 | .970 | .564 |
| 16.5000 | .948 | .513 |
| 17.5000 | .940 | .424 |
| 18.5000 | .933 | .403 |
| 19.5000 | .910 | .331 |
| 20.5000 | .888 | .267 |
| 21.5000 | .836 | .225 |
| 22.5000 | .769 | .169 |
| 23.5000 | .724 | .123 |
| 24.5000 | .627 | .089 |
| 25.5000 | .552 | .068 |
| 26.5000 | .485 | .055 |
| 27.5000 | .463 | .047 |
| 28.5000 | .425 | .047 |
| 29.5000 | .381 | .034 |
| 30.5000 | .328 | .025 |
| 31.5000 | .276 | .008 |
| 32.5000 | .261 | .008 |
| 33.5000 | .231 | .004 |
| 34.5000 | .201 | .004 |
| 35.5000 | .172 | .004 |
| 37.0000 | .142 | .000 |
| 38.5000 | .082 | .000 |
| 40.0000 | .045 | .000 |
| 41.5000 | .030 | .000 |
| 42.5000 | .015 | .000 |
| 44.0000 | .000 | .000 |

## Bijlage 6 Coördinaten van de ROC-curve (jongerenversie)

Test Result Variable(s): SDQplus totaalscores, jongerenversie

| Positive if Greater Than or Equal To(a) | Sensitivity | 1 - Specificity |
|---|---|---|
| -1.0000 | 1.000 | 1.000 |
| 1.0000 | 1.000 | .991 |
| 2.5000 | 1.000 | .973 |
| 3.5000 | 1.000 | .964 |
| 4.5000 | 1.000 | .938 |
| 5.5000 | 1.000 | .929 |
| 6.5000 | 1.000 | .893 |
| 7.5000 | 1.000 | .875 |
| 8.5000 | 1.000 | .848 |
| 9.5000 | 1.000 | .813 |
| 10.5000 | 1.000 | .759 |
| 11.5000 | 1.000 | .643 |
| 12.5000 | .981 | .616 |
| 13.5000 | .981 | .580 |
| 14.5000 | .962 | .536 |
| 15.5000 | .962 | .527 |
| 16.5000 | .943 | .464 |
| 17.5000 | .925 | .411 |
| 18.5000 | .887 | .375 |
| 19.5000 | .849 | .339 |
| 20.5000 | .811 | .321 |
| 21.5000 | .792 | .277 |
| 22.5000 | .774 | .214 |
| 23.5000 | .755 | .188 |
| 24.5000 | .755 | .152 |
| 25.5000 | .698 | .116 |
| 26.5000 | .604 | .098 |
| 27.5000 | .509 | .098 |
| 28.5000 | .415 | .071 |
| 29.5000 | .340 | .054 |
| 30.5000 | .302 | .027 |
| 31.5000 | .283 | .027 |
| 32.5000 | .208 | .018 |
| 33.5000 | .170 | .018 |
| 34.5000 | .151 | .018 |
| 35.5000 | .113 | .018 |
| 37.5000 | .075 | .018 |
| 39.5000 | .075 | .009 |
| 41.0000 | .075 | .000 |
| 44.0000 | .019 | .000 |
| 47.0000 | .000 | .000 |

## 5. Literatuurlijst:


Anderson, N. B., & Armstead, C. H. (1995). Toward understanding the association of socioeconomic status and health: A new challenge for the biopsychosocial approach. *Psychosomatic Medicine, 57, 213-225*.

Berg, R. H., van den (2001). *Psychologisch onderzoek in een multiculturele samenleving* (psychologische tests, interview- en functioneringsbeoordelingen). Academisch proefschrift, Vrije Universiteit.

Bellaart, H., & Azrar, F. (2003). Inventarisatierapport jeugdzorg zonder drempels. Meppel: Boom Distributiecentrum.

Bellaart, H. (1997). "Hulpverleners pakken alleen maar je kind af": Slecht imago jeugdzorg onder allochtonen. *Tijdschrift over jeugd, 2,* 10-14.

Bleichrodt, N., & Vijver, van de (2001). Diagnostiek bij allochtonen, mogelijkheden en beperkingen van psychologische tests. Lisse: Swets & Zeitlinger.

Burger, H. (2001). Epidemiologie van psychische problemen en gedragsproblemen in Nederland. *TSG, 8,* 513-521.

Choi, H. (2002). Understanding adolescent depression in ethnocultural context. *Advances in nursing science, 25*, 71-85.

Drukker, M., Feron, J. M., & van Os, J. (2003). Buurtkenmerken en kwaliteit van leven bij kinderen en volwassenen, een contextuele analyse. *TSG, 81,* 9-17.

De Vocht, A.(2002). Basishandboek SPSS versie 11 voor Windows. Utrecht:Bijleveld Press

Eijgenraam, K., Bothof, A., & van Yperen, T. (2001). Haalbaarheid samenhangend instrumentarium bureau jeugdzorg. Eindrapport. Utrecht: NIZW, 2001.

Entwisle, D. R., & Astone, N. M. (1994). Some practical guidelines for measuring youth's race/ethnicity and socio-economic status. *Child Development, 65,* 1521-1540.

Goodman, R. & Scott, S. (1999). Comparing the Strengths and Difficulties Questionnaire and the Child Behavior Checklist: is small beautiful? *Journal of Abnormal Child Psychology, 27*, 17-24.

Goodman, R., Ford, T., Simmons, H., Gatward, R. & Meltzer, H. (2000b). Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *British Journal of Psychiatry, 177*, 534-539.

Goedhart, A., Treffers, F., & van Widenfelt, B., (2003). Vragen naar psychische problemen bij kinderen en adolescenten. *De Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ).* *Maandblad Geestelijke volksgezondheid, 58,* 1018-1035.

Hosper, K., Konijn, C. T. M. & Vollebergh, W. A. M. (2001). Jonge allochtonen en hulp bij psychische problemen: verbetering van de kwaliteit en toegankelijkheid van de ambulante GGZ. Utrecht: Trimbos Instituut.

Ingleby, D. (2000). De gevolgen van multiculturaliteit voor de psychologie. *Nederlands Tijdschrift voor de Psychologie, 55* , 96-108.

Knipscheer, J., & Kleber, R. (1998). Migranten, psychische (on)gezondheid en hulpverlening. *De Psycholoog, 33*, 151-157.

Kresanov, K., Tuominen, J., Piha, J., & Almqvist, F. (1998). Validity of child psychiatric screening methods. *European Child & Adolescent Psychiatry, 7*, 85-95.

Kievit, Th., Tak, J.A., & Bosch, J.D. (2002). Handboek psychodiagnostiek voor de hulpverlening aan kinderen. De Tijdstroom Uitgeverij. 287-289

Konijn, C. (2002). Bureau Jeugdzorg en Jeugd- GGZ. Kwaliteit van de samenwerking. Utrecht: NIZW.

Kouratovsky, V., (2002). Wat is er aan de hand met Jamila?: Transculturele diagnostiek in de jeugdzorg. Forum, Instituut voor multiculturele ontwikkeling, Utrecht.

Latuheru, E. J., & Hessels, M. G. P. (1994). Schoolprestaties van allochtone leerlingen: De invloed van etnische herkomst. *Tijdschrift voor Onderwijsresearch, 19,* 227-239.

Lucht, F. van der, Picavet, H. S. J (2003). *Zelfgerapporteerde ziekten en aandoeningen . In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezonheid.* Bilthoven: RIVM.

Maruish, M. E. (2000). *Handbook of psychosocial assessment in primary care settings*. Londen: Lawrence Erlbaum Associates.

Mossman, D., & Somoza, E. (1991). ROC curves, test accuracy, and the description of diagnostic tests. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences, 3,* 330-333.

Piko, B., & Fitzpatrick, K. M. (2001). Does class matter? SES and psychosocia l health among Hungarian adolescents. *Social Science & Medicine, 53,* 817-830.

Rey, J. M., Morris-Yates, A., & Stanislaw, H. (1992). Measuring the accuracy of diagnostic tests using receiver operating characteristics (ROC) analysis. *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 2,* 39-50.

Shenkman, E., Vogel, B., Brooks, R., Wegener, D. H., & Naff, R. (2001). Race and ethnicity and the identification of special needs children. *Health Care Financing Review, 23,* 35-51.

Stichting Registratie Jeugd Voorzieningen (2003). Algemeen Jaaroverzicht Jeugdhulpverlening 2002. Utrecht: SRJV.

Taylor, R. R., Jason, L. A., & Jahn, B. S. (2003). Chronic fatique and sociodemographic characteristics as predictors of psychiatric disorders in a community-based sample. *Psychosomatic Medicine, 65,* 896-901

Tilanus, C. P. G. (1999). *Jeugdzorg: Werkvelden en kwaliteitsontwikkeling.* Utrecht: Uitgeverij SWP B.V.

Valenkamp, M., De Graaf, I., De Ruiter, C. (2003). Een screeningsinstrument psychische stoornissen voor de praktijk. Casus: het Bureau Jeugdzorg. Utrecht: Trimbos -instituut.

Verhulst, F. C., Koot, J. M., Akkerhuis, G. W., & Veerman, J. W. (1990). *Praktische handleiding voor de CBCL. Assen*: Van Gorcum.

Verhulst, F. C., Van der Ende, J., & Koot, J. M. (1996). *Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam:* Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/ Academisch Ziekenhuis Rotterdam/ Erasmus Universiteit Rotterdam.

Vollebergh, W. A. M., & Schoemaker, C. G. (2003). Psychische stoornissen in Nederland: overzicht van de resultaten van NEMESIS. Utrecht: Trimbos Instituut.

WPRB-rapport, Multiculturele samenleving in Nederland. Bulletin over bevolking en samenleving (1997). Uitgave van de Stichting Nederlands Interdisciplinair Demografisch Instituut (www.NIDI.nl)

www.FORUM.nl