



Universiteit Utrecht

Agressieve kinderen, wat is de prijs?

Een analyse van de hulpverleningskosten gemaakt door kinderen met en zonder agressief gedrag en hun ouders



Thesis Master Orthopedagogiek, werkveld preventie & opvoedingsondersteuning.

Universiteit Utrecht, 2008/2009

Student:	J.M.E. van Kan, BSc 0481866
Eerste beoordelaar:	Dr. C. van Tuijl
Tweede beoordelaar:	Drs. J.A. Posthumus
Inleverdatum:	22 juni 2009

Abstract

Background. Antisocial behaviour is the most common mental health problem in childhood and has widespread effects. Therefore, care and support by public services are necessary. *Aim.* The purpose of this study is to examine the frequency and costs of public services for children with aggressive behaviour. Furthermore, the impact of this behaviour on the families concerned will be examined. *Method.* Children and their parents were selected when the parents completed the Child Behavior Checklist (CBCL). An aggressive group (score above 90th percentile) and a non-aggressive group (below 50th percentile) were recruited. Parents of both groups filled out the questionnaire: Work & Costs. *Results.* Children with aggressive behaviour cost significant more in public services: Medical Care, Mental Health Care, Youth Care and Educational Care. These children also cost significant more than average children because of the material damage they cause. Furthermore, the results show that the aggressive behaviour of the children has a significant impact on the family. *Conclusion.* The differences in costs of public services for children with aggressive behaviour compared to children without this behavior are substantial. On average, children with aggressive behaviour cost society and the family a lot more money. Moreover, these behaviour problems are a heavy burden on their families. Parents experience drawbacks of the negative effects of the child's problem behaviour in their jobs, household tasks and other activities. Further research concerning the developmental outcomes of children with aggressive behaviour is necessary.

Agressief gedrag

Tijdens de ontwikkeling van jonge kinderen is het af en toe vertonen van opstandig gedrag niet vreemd, het is zelfs typerend voor de ontwikkeling (Tremblay et al., 2004). Het chronisch en persistent vertonen van opstandig en agressief gedrag kan echter een voorspeller zijn voor het ontwikkelen van een disruptieve gedragsstoornis. De term disruptieve gedragsstoornis is overkoepelend voor oppositioneel opstandige gedragsstoornis (ODD) en antisociale gedragsstoornis (CD). ODD wordt gekarakteriseerd door het veelvuldig vertonen van negatief, vijandig en ongehoorzaam gedrag tegenover autoriteiten, terwijl CD wordt gekarakteriseerd door een persistent negatief gedragspatroon waarbij de grondrechten van anderen worden geschonden en belangrijke normen en regels worden overtreden (APA, 2002).

Persistente antisociale gedragsproblemen zijn de meest voorkomende psychische problemen in de kindertijd (Romeo, Knapp & Scott, 2006). De prevalentie van CD varieert in de Verenigde Staten tussen de twee en de zes procent (Rowe, Maughan, Pickles, Costello, & Angold, 2002; Vostanis, Meltzer, Goodman & Ford, 2003). Gedragsproblemen komen frequent voor en ontstaan al op jonge leeftijd. Al vanaf vier-en-een-half jaar kunnen antisociale gedragsproblemen in kinderen ontstaan (Rowe et al., 2002). Uit onderzoek blijkt dat wanneer kinderen op jonge leeftijd agressief gedrag vertonen, ze dit gedrag vaak blijven vertonen, ook als ze volwassen zijn (Scott, Knapp, Henderson, & Maughan, 2001). Het vroeg ontstaan van agressief gedrag bij kinderen kan leiden tot negatieve ontwikkelingsuitkomsten zoals uitval op school, middelenmisbruik, delinquent gedrag, het ontwikkelen van een depressie, zelfmoordpogingen en een verwaarlozende en agressieve opvoedstijl richting eigen kinderen (Tremblay et al., 2004). Caspi en collega's (2003) concluderen eveneens dat opstandig gedrag in de kindertijd een voorspeller kan zijn van antisociaal gedrag op latere leeftijd. In deze longitudinale studie observeerden zij driejarige kinderen die ongecontroleerd gedrag vertoonden, zoals impulsief, labiel en inconsequent gedrag. Op 26-jarige leeftijd werden deze inmiddels volwassenen omschreven als vijandig, onbetrouwbaar, gespannen en kortzichtig. Tevens hebben kinderen die op driejarige leeftijd ongecontroleerd gedrag vertoonden op 26-jarige leeftijd vaak een antisociale levensstijl (Caspi et al., 2003).

Het op een zeer jonge leeftijd vertonen van agressief en destructief gedrag kan dus worden gezien als een voorspeller voor problemen op latere leeftijd (Sillpanpää et al., 2006). In hoeverre deze problemen zich blijven ontwikkelen hangt echter af van de aanwezigheid van risico- en beschermende factoren. Biologische- en omgevingsfactoren, evenals de interactie hier tussen, ligt mogelijk ten grondslag aan het vertonen van antisociaal gedrag op latere leeftijd. Voornamelijk de interactie tussen individuele kenmerken en de omgeving blijkt van grote invloed op het probleemgedrag van kinderen (Rutter, Moffitt & Caspi, 2006). Daarom is het van belang om problemen op tijd te onderkennen en in te grijpen op jonge leeftijd, zodat deze problemen zoveel mogelijk voorkomen kunnen worden (Sillpanpää et al., 2006).

Het Centraal Planbureau heeft onderzoek gedaan naar de lange termijn effecten van een antisociale gedragsstoornis. Uit deze studie blijkt dat antisociaal gedrag sterk van invloed is op de ontwikkelingsuitkomsten van kinderen en jongeren. Zij behalen minder vaak een diploma en hebben een verhoogde kans ooit gearresteerd te worden. Daarbij hebben kinderen die op jonge leeftijd antisociaal gedrag ontwikkelen een groter risico op het vertonen van crimineel gedrag op latere leeftijd. Dit criminele gedrag heeft vervolgens invloed op de financiële situatie van anderen. Uit het onderzoek van het Centraal Planbureau blijkt tevens dat dit effect sterker wordt naarmate de stoornis zich manifesteert op jongere leeftijd. Hieruit kan worden geconcludeerd dat het ontwikkelen van antisociaal gedrag op jonge leeftijd een voorspeller kan zijn voor het ontwikkelen van problemen op latere leeftijd. De financiële kosten die hiermee gepaard gaan hebben zowel invloed op het individu als op de maatschappij (Vujic, Koning, Webbink, & Martin, 2008).

Invloed op het gezin

Het hebben van een stoornis is niet enkel van invloed op de ontwikkelingsuitkomsten van het kind zelf. Deze kinderen hebben vanzelfsprekend invloed op het functioneren van hun ouders. Uit onderzoek van Burke, Pardini en Loeber (2008) onder jongens tussen de zeven en twaalf jaar, blijkt dat ouders van kinderen met een gedragsstoornis vaak een afkeer hebben van het uitvoeren van een straf. Deze ouders hebben moeite met straffen uit angst voor de reactie van hun kind. Uit deze studie blijkt dat als gevolg van het

uitblijven van een gepaste reactie, de symptomen van de gedragsstoornis na een jaar zijn toegenomen. Daaruit kan worden geconcludeerd dat er sprake is van een negatieve spiraal. Het antisociale gedrag van het kind heeft invloed op de opvoedvaardigheden van ouders en deze opvoedvaardigheden hebben vervolgens weer een negatieve invloed op het gedrag van het kind. Het is daarom van belang dat problemen tijdig worden onderkend, om zo te zorgen dat de problemen van kinderen met ODD of CD niet verergeren, maar juist voorkomen kunnen worden (Romeo et al., 2006).

Om ervoor te zorgen dat de problemen van kinderen met een antisociale gedragsstoornis niet verergeren is hulpverlening noodzakelijk. Aan deze hulpverlening zijn echter wel kosten verbonden. Uit onderzoek van Scott en collega's (2001) blijkt dat kinderen met een antisociale gedragsstoornis veelvuldig gebruik maken van hulpverlening. Kinderen tussen de drie en acht jaar met antisociale gedragsproblemen maken veel kosten, verdeeld over meerdere hulpverleningsinstanties. Gezinnen worden hierdoor het meest belast, zo blijkt uit onderzoek van Romeo en collega's (2006). Slechts een kwart van alle kosten die gemaakt worden voor kinderen met gedragsproblemen worden gemaakt door de gezondheidszorg en het onderwijs. De overige kosten, die voor de rekening van het gezin komen, betreffen reparatiekosten, wanneer een kind bijvoorbeeld schade heeft aangericht als gevolg van een driftbui, extra tijd die wordt besteed aan huishoudelijke taken, en werkverzuim van de ouders door de problemen van het kind. Familieleden ervaren veel spanning binnen het gezin en maken daarom eveneens gebruik van hulpverlening (Romeo et al., 2006). Ander onderzoek sluit aan bij deze bevindingen. Moeders van jongens die externaliserend gedrag vertonen voelen zich vaker depressief en ervaren meer spanning binnen het gezin. Dit heeft tot gevolg dat ouders van kinderen met gedragsproblemen zelf meer kosten maken in de hulpverlening dan ouders van kinderen zonder deze problemen (Gross, Shaw, & Moilanen, 2008).

Kosten voor de maatschappij

Wanneer kinderen een antisociale gedragsstoornis ontwikkelen is dit van invloed op de kosten die gemaakt worden binnen het gezin, maar eveneens voor de hulpverleningskosten die de samenleving maakt voor deze kinderen. Lavigne en collega's (1998) hebben onderzoek gedaan naar het verband tussen psychopathologie en

hulpverleningsconsumptie van kinderen tussen de twee en vijf jaar. In dit onderzoek is hulpverlening gemeten aan de hand van het aantal bezoeken aan hulpverleningsinstanties door kinderen met antisociale gedragsproblemen. Dit betreft in eerste instantie bezoeken aan een kinderarts. Tijdens dit bezoek is de moeders gevraagd naar het gebruik van hulpverlening bij andere instanties, zoals de geestelijke gezondheidszorg en het speciaal onderwijs. Deze bezoeken zijn meegenomen in het onderzoek, evenals het aantal bezoeken aan de eerste hulp in het ziekenhuis door de emotionele of gedragsproblemen van het kind. Uit dit onderzoek blijkt dat kinderen met antisociale gedragsproblemen aantoonbaar meer gebruik maken van hulpverlening dan kinderen zonder deze problemen. Deze hulpverlening kost de samenleving logischerwijs aanzienlijke bedragen. De kosten worden voornamelijk gemaakt binnen de geestelijke gezondheidszorg, het speciaal onderwijs en het jeugdrecht. Het preventief opsporen en interveniëren bij deze kinderen kan volgens dit onderzoek resulteren in het besparen van twee miljoen dollar per kind per jaar (Jones, Dodge, Foster, & Nix, 2002).

Scott en collega's (2001) hebben eveneens onderzoek gedaan naar de financiële consequenties van disruptieve stoornissen bij kinderen. In tegenstelling tot de studie van Lavigne en collega's (1998) hebben zij gericht onderzoek gedaan naar antisociale gedragsproblemen. In hun studie volgden zij kinderen vanaf hun tiende tot 28ste levensjaar. De kosten die kinderen met een antisociale gedragsstoornis hebben gemaakt van hun tiende tot 28^{ste} levensjaar zijn gemeten op zes verschillende domeinen: (1) onderwijs (2) gezondheidszorg, (3) zorg in pleeggezinnen, (4) stuklopen van relaties (huiselijk geweld en scheiding), (5) het ontvangen van een uitkering op volwassen leeftijd en (6) criminaliteit. De extra voorzieningen met betrekking tot het onderwijs betreffen alle extra's die in het onderwijs aan kinderen worden aangeboden zoals bijvoorbeeld remedial teaching en interne begeleiding. Bij kosten die gemaakt zijn bij het stuklopen van relaties moet men denken aan kosten die gemaakt worden voor advocaten tijdens een scheiding, of de hulpverlening die nodig is na huiselijk geweld. Uit het onderzoek blijkt dat op alle zes de domeinen hoge kosten worden gemaakt door de kinderen met een antisociale gedragsstoornis. Criminaliteit veroorzaakt hierbij de hoogste kosten. Op 28-jarige leeftijd zijn de kosten voor mensen die in de kindertijd met een antisociale gedragsstoornis zijn gediagnosticeerd tien keer hoger dan voor leeftijdgenoten

zonder problemen. Naar aanleiding van dit onderzoek kan worden geconcludeerd dat antisociaal gedrag in de kindertijd een substantiële voorspeller is voor de hoeveelheid kosten die een individu tijdens zijn hele leven zal maken in de hulpverlening.

Evenals Scott en collega's (2001), concluderen Foster en collega's (2006) dat personen met een antisociale gedragsstoornis veel kosten maken in de hulpverlening ten opzichte van adolescenten zonder gedragsstoornis. In tegenstelling tot het onderzoek van Scott en collega's is deze studie alleen gericht op adolescenten en betreft het geen longitudinale studie. De conclusie uit het onderzoek van Foster en collega's (2006) is echter wel opvallend. Adolescenten met een antisociale gedragsstoornis maken meer kosten in de hulpverlening dan adolescenten met andere gedragsproblemen. Zij voegen hier aan toe dat hoe ernstiger het disruptieve gedrag, hoe meer kosten er gemaakt worden in de hulpverlening. Daarbij concluderen zij dat wanneer het gedrag ernstiger is, adolescenten meer baat hebben bij een interventie. Aangezien volgens Scott en collega's agressief gedrag zich blijft ontwikkelen tot op latere leeftijd is het van belang te onderzoeken in hoeverre hulpverleningsconsumptie al op jonge leeftijd hoog is, zodat problemen op latere leeftijd voorkomen kunnen worden. De hulpverleningsconsumptie zal immers niet afnemen zolang de gedragsproblemen blijven bestaan (Lavigne et al., 1998). Daarom is interveniëren van belang. Van de interventies voor kinderen met een disruptieve gedragsstoornis zijn slechts enkelen preventief. Dit is opmerkelijk, aangezien deze preventieve interventies juist vaak kosteneffectief blijken te zijn (Scott et al., 2001). Resultaten laten daarbij zien dat de interventies het meest kosteneffectief zijn voor kinderen met een hoog risico op het ontwikkelen van gewelddadig gedrag. Deze resultaten zijn bemoedigend, aangezien de kosten die deze kinderen gedurende hun leven gaan maken mogelijk gereduceerd kunnen worden (Foster et al., 2006).

Huidig onderzoek

Naast de eerder beschreven onderzoeken blijkt eveneens uit de studie van Raaijmakers (2008) dat *vierjarige* kinderen met een hoog niveau van agressie, aantoonbaar meer kosten maken in de hulpverlening dan kinderen met een laag niveau van agressie. Uit dit onderzoek blijkt tevens dat deze ouders een grotere belasting op het gezin ervaren. Huidig onderzoek betreft een longitudinale studie waarin wordt onderzocht in hoeverre

kinderen die agressief gedrag vertonen op vier-, vijf-, zes- en zevenjarige leeftijd verschillen van kinderen die dit gedrag niet vertonen. De kosten die voor deze kinderen gemaakt worden, op verschillende gebieden in de hulpverlening, zullen in kaart worden gebracht. Daarnaast wordt niet alleen naar de hulpverleningsconsumptie van het kind gekeken, maar ook naar die van de ouders. Verwacht wordt dat ouders van kinderen met een hoog agressieniveau meer kosten zullen maken in de hulpverlening, dan ouders van kinderen met een laag agressieniveau. Eveneens wordt gekeken naar de schade die kinderen maken, als gevolg van bijvoorbeeld een driftbui of als uiting van frustratie. De veronderstelling is dat kinderen met een hoog niveau van agressie meer kosten maken door de schade die ze aanrichten dan kinderen met een laag niveau van agressie. Tot slot wordt gekeken naar de invloed van de gedragsproblemen van het kind op het dagelijks functioneren en de belasting van het gezin. Zo wordt onder andere onderzocht in hoeverre ouders hinder ondervinden tijdens dagelijkse activiteiten. Er wordt verondersteld dat ouders van kinderen met een hoog niveau van agressie meer belasting op het gezin zullen ervaren dan ouders van kinderen met een laag niveau van agressie.

De algemene verwachting naar aanleiding van het onderzoek van Raaijmakers (2008) is dat kinderen met een hoog niveau van agressie op vierjarige leeftijd meer kosten maken in de hulpverlening dan kinderen met een laag agressieniveau. Het lijkt waarschijnlijk dat dit verschil doorzet op vijf, zes en zevenjarige leeftijd, aangezien agressief gedrag in de meeste gevallen niet uitdooft, maar doorzet na verloop van tijd (Scott et al., 2001). De kosten die kinderen met een hoog niveau van agressie in de hulpverlening maken zullen naar alle waarschijnlijkheid dan ook niet afnemen.

Methode

Participanten

De ouders van 16.002 kinderen, geboren in 2000 en 2001, zijn aan het begin van deze studie benaderd via de Entadministratie van de provincie Utrecht. Zij werden verzocht om de Child Behavior Checklist 1 ½ - 5 jaar (CBCL) in te vullen over hun kind. Van de verzonden vragenlijsten is 54 procent (8632 kinderen) geretourneerd. Naar aanleiding van een hoge agressiescore (boven het 90^{ste} percentiel) op de CBCL zijn er 60 kinderen geselecteerd voor de groep die hoog scoort op agressie. De controlegroep bestaat uit 91

kinderen, zij zijn geselecteerd op basis van een lage agressiescore (beneden het 50^{ste} percentiel).

De kinderen zijn eveneens geselecteerd op de mate waarin de vragenlijsten door hun ouders zijn ingevuld. Aangezien er in deze studie wordt gewerkt met somscores - door de scores op vier meetmomenten bij elkaar op te tellen - zijn alleen de kinderen meegenomen waarvan de vragenlijsten op alle vier de meetmomenten zijn ingevuld. Hierdoor is er een groep die buiten het onderzoek valt. Deze groep is vergeleken met de groep die wel participeert in huidige studie. Uit de verschillende t-toetsen blijkt dat de groep die uitvalt niet significant verschilt op zowel het opleidingsniveau van de ouders, als het agressieniveau, van het van de groep die wel op alle vier de meetmomenten de vragenlijsten heeft ingevuld.

Van de ouders en hun kinderen die wel deelnemen aan huidig onderzoek is het van belang dat de *agressieve* groep en de *niet – agressieve* groep niet van elkaar verschillen op verschillende factoren. Uit chi-kwadraat toetsen blijkt dat er geen verschil bestaat tussen de groepen in *sekse* van het kind en *opleidingsniveau* van de ouders. De t-toets, uitgevoerd voor *leeftijd* van het kind, laat eveneens zien dat de groepen onderling niet verschillen. De groepen worden in deze studie daarom, buiten het verschil in agressieniveau, als gelijk beschouwd. De kenmerken van de groep kinderen met een hoge score op agressie en de kinderen met een lage score op agressie zijn weergegeven in Tabel 1.

Procedure

Huidig onderzoek bekijkt of er een verschil in hulpverleningsconsumptie bestaat tussen kinderen met een hoge agressiescore en kinderen met een lage agressiescore. Daarom is naar alle ouders een vragenlijst, over de hulpverleningsconsumptie van zowel de ouders als de kinderen, gestuurd. Nadat de ouders toestemming hebben gegeven voor het afnemen van de vragenlijsten hebben de ouders deze lijsten op vier-, vijf-, zes- en zevenjarige leeftijd van hun kind ingevuld. Na het invullen van deze lijsten en het retourneren ervan ontvingen de ouders een vergoeding. De Medisch Ethische Toetsingscommissie van het Universitair Medisch Centrum Utrecht heeft toestemming gegeven voor het afnemen van de vragenlijsten.

Tabel 1. *Kenmerken van de groepen verdeeld naar sekse van het kind, leeftijd in maanden en hoogst afgeronde opleiding van de ouders*

	Agressief N = 60	Niet agressief N = 91
Sekse kind		
Jongen	56,8 %	65,6 %
Meisje	43,2 %	34,4 %
Leeftijd kind		
Gemiddelde in maanden	51,94	52,15
Agressieniveau kind		
Gemiddelde	13,74	1,99
Opleidingsniveau ouders		
Geen diploma	0 %	0,8 %
Lager onderwijs	1,8 %	0 %
Middelbaar onderwijs	3,6 %	3,9 %
MBO	36,0 %	27,3 %
HBO	32,4 %	32,8 %
Universiteit	26,1 %	35,2 %

Meetinstrument

De vragenlijst die de ouders hebben ingevuld betreft een aanpassing van de vragenlijst Werk en Kosten, zoals weergegeven in de bijlage (Hakkaart- Van Roijen & Essink- Bot, 1999; Van Roijen, Essink- Bot, Koopmanschap, Bonsel & Rutten, 1996). In deze vragenlijst wordt de ouders gevraagd naar hun inkomen en eigen hulpverleningsconsumptie. Eveneens wordt gevraagd naar de hulpverleningsconsumptie van hun kind. Daarnaast wordt gevraagd in hoeverre zij gehinderd worden door het gedrag van hun kind bij dagelijkse bezigheden zoals betaald werk, huishoudelijk werk en andere werkzaamheden. Een voorbeeldvraag uit deze vragenlijst, om te onderzoeken in hoeverre ouders worden gehinderd, betreft: ‘Werd u in de afgelopen 3 maanden bij uw betaald werk gehinderd door de problemen van of met uw kind? Had u het gevoel dat u uw werk minder goed kon doen dan anders?’ De drie antwoordcategorieën zijn hierbij: 1) Nee, in het geheel niet, 2) Ja, een beetje 3) Ja heel erg.

Naast de hulpverleningsconsumptie van ouders en kind, wordt de ouders tot slot gevraagd of hun kind de afgelopen drie maanden iets kapot heeft gemaakt. Hierbij geven

de ouders de geschatte kosten aan. Voor de vragenlijst Werk en Kosten is gekozen omdat dit momenteel de enige vragenlijst is die gericht is op hulpverleningsconsumptie door ouders en kinderen in combinatie met hinder die ouders ondervinden door de problemen van hun kind.

Hulpverleningskosten

De kosten die kinderen met een hoog niveau van agressie maken in de hulpverlening worden vergeleken op de onderdelen: *medische zorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg en onderwijs* met kinderen die een laag niveau van agressie laten zien. Aangezien de moeder in huidig onderzoek wordt gezien als de primaire opvoeder, wordt gekeken naar de vragenlijsten ingevuld door de moeder. Daarbij worden de moeders en de vaders vergeleken op *medische zorg, geestelijke gezondheidszorg en gemeenschapszorg*.

Ouders hebben aangegeven in hoeverre zowel zichzelf als hun kind de afgelopen drie maanden een bezoek hebben gebracht aan hulpverleningsinstanties. Om te berekenen hoeveel kosten kinderen en hun ouders *per jaar* hebben gemaakt zijn de bezoeken vermenigvuldigd met vier. Daarnaast zijn eveneens de reiskosten per bezoek aan betreffende hulpverleningsinstantie meegenomen. De kosten die zijn gemaakt binnen de verschillende hulpverleningsinstanties door kinderen en hun ouders zijn weergegeven in Tabel 2 en Tabel 3. De hulpverleningskosten zijn vastgesteld aan de hand van de Handleiding voor Kostenonderzoek (Oostenbrink, Bouwmans, Koopmanschap, & Rutten, 2004). Dit is een instrument dat onderzoekers en beleidsmakers ondersteunt bij de uitvoering en beoordeling van kostenbepalingen. In huidige studie wordt gekeken naar hulpverleningsconsumptie over tijd, een inflatiecorrelatie van vier procent is daarom toegepast (Oostenbrink et al., 2004).

Tabel 2. Hulpverleningskosten en reiskosten van het kind per bezoek aan de instantie

Hulpverlening	Kosten 2008	Bron	Reiskosten
Medische Zorg			
Huisarts	€ 21,80	Oostenbrink et al. 2004	€ 1,60
Medisch Specialist	€ 67,00	Oostenbrink et al. 2004	€ 5,00
Alternatieve geneeskunde	€ 83,00	PC verzekeringsmaatschappij	€ 1,90
Fysiotherapeut	€ 25,00	Oostenbrink et al. 2004	€ 1,60
Logopedist	€ 27,00	Oostenbrink et al. 2004	€ 5,00
Schoolarts	€ 46,00	PC GG&GD	
Stem/Spraak/Taal/Gehoorcentrum WKZ	€ 79,00	NZA 2008	€ 14,70
Medicatie Ritalin (1 mg)	€ 0,014		
Concerta (1 mg)	€ 0,15	Farmacotherapeutisch Kompas	
Per recept	€ 7,00	College voor zorgverzekeringen	
Jaarlijkse bijdrage	€ 27,90		
Geestelijke Gezondheidszorg			
Psycholoog	€ 90,00	pilot van 10 praktijken ^a	€ 5,00
Pedagoog	€ 80,00	pilot van 10 praktijken	€ 5,00
Psychiater	€ 85,00	Oostenbrink et al. 2004	€ 5,00
Polikliniek Kinderpsychiatrie UMC Utrecht	€ 146,00 *	NZA 2008 b	€ 14,70
Polikliniek Fornhese	€ 146,00 *	NZA 2008 b	€ 9,50
Zonnehuize Veldheim & Stenia	€ 146,00 *	NZA 2008 b	€ 9,50
Jeugdzorg			
Bureau Jeugdzorg	€ 53,00	PC Bureau Jeugdzorg	€ 7,40
Maatschappelijk werk	€ 64,00	PC KWIZ	€ 5,00
Medisch Kinderdagverblijf (per dag)	€ 190,00	PC directeur MKD	€ 9,50
Sociaal Pedagogische dienst	€ 64,00	PC KWIZ	€ 5,00
Raad voor de Kinderbescherming	€ 85,00	PC RvdK	€ 9,50
Onderwijs			
Schoolbegeleidingsdienst	€ 52,00	PC directeur Cluster IV school ***	
Preventieve ambulante begeleiding	€ 52,00	PC directeur Cluster IV school	
Rugzakje (per jaar)	€ 12.067,00 **	Ministerie van Onderwijs, 2008	
Speciaal Basisonderwijs	€ 4.500,00 **	Ministerie van Onderwijs, 2008	
Cluster 4 onderwijs	€ 7850,00 **	Ministerie van Onderwijs, 2008	

^a De namen van de praktijken zijn op aanvraag beschikbaar.

* De kosten per jaarkaart zijn € 146,00. De jaarkaart vormt de financiële compensatie voor de tijdsinspanning van de medisch specialist volgens het specialisme psychiatrie voor activiteiten rondom indicatiestelling, indicatietoetsing, voorafgaand aan psychotherapie of behandelcontacten. Per extra bezoek wordt € 77,00 (kosten voor psycholoog werkzaam in instelling) gerekend.

** Dit zijn de kosten per kind per jaar, uitgedrukt als het verschil met een leerling op het regulier basisonderwijs

*** Binnen het onderwijs worden geen reiskosten gemaakt. Er wordt vanuit gegaan dat deze hulpverlening bij het kind op school plaatsvindt.

(NZA: Nederlandse Zorgautoriteit; KWIZ: Kenniscentrum Werk, Inkomen en Zorg)

Tabel 3. *Hulpverleningskosten en reiskosten van de ouders per bezoek aan de instantie*

Hulpverlening	Kosten 2008	Bron	Reiskosten
Medische Zorg			
Huisarts	€ 21,80	Oostenbrink et al. 2004	€ 1,60
Medisch Specialist	€ 67,00	Oostenbrink et al. 2004	€ 5,00
Bedrijfsarts	€ 89,00	PC directeur ARBO dienst	*
Alternatieve geneeskunde	€ 83,00	Oostenbrink et al. 2004	€ 5,00
Fysiotherapeut	€ 25,00	Oostenbrink et al. 2004	€ 1,60
Geestelijke Gezondheidszorg			
Psycholoog	€ 90,00	pilot van 10 praktijken ^a	€ 5,00
Pedagoog	€ 80,00	pilot van 10 praktijken	€ 5,00
Psychiater	€ 82,00	Oostenbrink et al. 2004	€ 5,00
Polikliniek Kinderpsychiatrie UMC Utrecht	€ 146,00 **	NZA 2008 b	€ 14,70
Gemeenschapszorg			
Maatschappelijk werk	€ 64,00	Oostenbrink et al. 2004	€ 5,00
Altrecht	€ 129,00	Oostenbrink et al. 2004	€ 9,50

^a De namen van de praktijken zijn op aanvraag beschikbaar.

*

Bij de bedrijfsarts worden geen reiskosten gemaakt. Er wordt vanuit gegaan dat dit plaatsvindt op de werkplek van de ouders zelf.

** De kosten per jaarkaart zijn € 146,00. De jaarkaart vormt de financiële compensatie voor de tijdsinspanning van de medisch specialist volgens het specialisme psychiatrie voor activiteiten rondom indicatiestelling, indicatietoetsing, voorafgaand aan psychotherapie of behandelcontacten. Per extra bezoek wordt € 77,00 (kosten voor psycholoog werkzaam in instelling) gerekend.

Analyse

In deze studie wordt een vergelijking gemaakt tussen de hulpverleningsconsumptie van kinderen met een hoge agressiescore en kinderen met een lage agressiescore. Voor het analyseren van alle data wordt gebruik gemaakt van SPSS, versie 15.0.

De vergelijking tussen de twee groepen wordt gemaakt door de kosten op vier-, vijf-, zes- en zevenjarige leeftijd bij elkaar op te tellen. Deze somscores worden per domein tussen de groepen vergeleken. Om te kijken in hoeverre er sprake is van een verschil tussen de groepen is gebruik gemaakt van een ANOVA, waar wordt getoetst met een α van .05. Behalve dat er analyses uitgevoerd worden voor de kosten gemaakt in de hulpverlening wordt tevens gekeken naar *materiële schade*, die gemaakt is door het kind. Deze kosten zijn gemeten door de geschatte reparatiekosten, geapporteerd door de ouders op de verschillende meetmomenten, bij elkaar op te tellen. Bij deze analyses is eveneens gebruik gemaakt van een ANOVA.

Om te analyseren in hoeverre het gezin hinder ervaart van het agressieve gedrag van het kind, is per onderdeel gebruik gemaakt van een ANOVA. De groepen worden hierbij op verschillende onderdelen met elkaar vergeleken. Zo wordt gekeken in hoeverre ouders *werk verzuimen*, *hinder op het werk* ervaren, *parttime werken* en meer *hulp in de huishouding* nodig hebben door de problemen met hun kind. Eveneens wordt gekeken in hoeverre ouders door de problemen met hun kind hinder ervaren bij *huishoudelijk werk*, tijdens het *boodschappen* doen, het *klussen* en tijdens het ondernemen van *kindactiviteiten* als spelen, naar school brengen en verzorging van het kind.

Doordat in huidige studie gebruik wordt gemaakt van kosten zijn er grote verschillen tussen de respondenten. Daarom wordt bij de kostenanalyses wordt rekening gehouden met scheefheid van de analyses.

Resultaten

Kosten

De hulpverleningsconsumptie door kinderen met hoge agressiescore en kinderen met een lage agressiescore evenals de hulpverleningsconsumptie van ouders zijn weergegeven in Tabel 4 en Tabel 5.

Resultaten uit de ANOVA laten zien dat er een significant verschil bestaat tussen de groepen op *medische zorg* ($F(1,147) = 8.604; p = .004$), *geestelijke gezondheidszorg* ($F(1,149) = 17.556; p < .01$), *jeugdzorg* ($F(1,149) = 5.610; p = .019$) en *onderwijs* ($F(1,149) = 8.986; p = .003$). Kinderen die agressief gedrag vertonen maken significant meer kosten in de hulpverlening dan kinderen die geen agressief gedrag vertonen. Uit de analyse blijkt eveneens dat kinderen met een hoge agressiescore meer kosten maken doordat zij meer *materiële schade* aan hun omgeving toebrengen dan kinderen met een lage agressiescore ($F(1,149) = 8.669; p = .004$).

Hulpverlening aan ouders blijkt tegen verwachting niet significant te verschillen tussen de groepen. Dit geldt voor alle drie de domeinen: *medische zorg*, *geestelijke gezondheidszorg* en *gemeenschapszorg*. Ouders van kinderen met een hoge agressiescore maken niet meer kosten in de hulpverlening dan ouders van kinderen met een lage agressiescore.

Tabel 4. Gemiddelden en standaarddeviaties van de kosten gemaakt in de hulpverlening door kinderen uitgesplitst per groep

	Agressief		Niet agressief	
	N	M (SD)	N	M (SD)
<i>Medische Zorg</i>	60	1.292,05 (1763,89)	91	651,28 (992,66)
<i>Geestelijke gezondheidszorg</i>	60	556,08 (1210,49)	91	38,90 (234,69)
<i>Jeugdzorg</i>	60	1.284,61 (5162,27)	91	5,10 (34,22)
<i>Onderwijs</i>	60	843,07 (2673,10)	91	4,48 (30,06)

Tabel 5. Gemiddelden en standaarddeviaties van de kosten gemaakt in de hulpverlening door ouders uitgesplitst per groep

	Agressief		Niet agressief	
	N	M (SD)	N	M (SD)
Moeders				
<i>Medische Zorg</i>	60	1.103,98 (1.258,53)	91	1.123,33 (1703,56)
<i>Geestelijke gezondheidszorg</i>	60	150,23 (468,37)	91	177,78 (574,17)
<i>Gemeenschapszorg</i>	60	133,94 (431,85)	91	89,10 (530,63)
Vaders				
<i>Medische Zorg</i>	30	568,34 (863,48)	72	546,20 (841,45)
<i>Geestelijke gezondheidszorg</i>	30	87,33 (418,75)	72	165,35 (601,22)
<i>Gemeenschapszorg</i>	30	25,19 (104,22)	72	6,98 (59,65)

Hinder

Uit de resultaten blijkt dat ouders van kinderen met een hoge score op agressie significant meer *hinder op het werk* ervaren ($F(1,150) = 18.791; p < .01$). De analyses laten eveneens zien dat moeders van kinderen met een hoge score op agressie vaker *parttime werken* door de problemen met hun kind ($F(1,150) = 11.539; p = .001$). Tevens blijkt dat ouders van kinderen met een hoge agressiescore meer gebruik maken van *hulp in de huishouding* ($F(1,150) = 12.649; p < .01$). Naast dat ouders meer gebruik maken van hulp in de

huishouding worden zij significant vaker gehinderd wanneer ze zelf *huishoudelijk werk* verrichten ($F(1,149) = 22.426; p < .01$). Tot slot ervaren ouders van kinderen met een hoge agressiescore significant meer hinder tijdens het uitvoeren van *activiteiten met hun kind* ($F(1,149) = 72.042; p < .01$).

Uit de analyses blijkt echter tegen verwachting dat ouders van kinderen met een hoge agressiescore niet vaker *werk verzuimen*. Daarbij ondervinden deze ouders niet significant meer hinder tijdens het *boodschappen* doen en tijdens het *klussen* in huis.

Discussie

Kosten

In huidige studie is gekeken naar het verschil in hulpverleningsconsumptie tussen kinderen met een hoge agressiescore en kinderen met een lage agressiescore. Kinderen die veelvuldig agressief gedrag laten zien blijken meer kosten in de hulpverlening te maken. Dit geldt voor alle vier de domeinen: medische zorg, geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg en onderwijs. Binnen de medische zorg maakt de groep kinderen met agressief gedrag twee keer zoveel kosten dan kinderen die weinig agressief gedrag vertonen. De groep agressieve kinderen maakt onder andere meer gebruik van medicijnen als Ritalin en Concerta. Tevens komen deze kinderen vaker op de eerste hulp in het ziekenhuis of bij de huisarts terecht. Huidig onderzoek laat eveneens zien dat de kosten die kinderen met een hoge agressiescore maken binnen de geestelijke gezondheidszorg gemiddeld veertien keer zo hoog zijn. Deze kinderen brengen meer bezoeken aan orthopedagogen, psychologen en psychiaters. Op het gebied van Jeugdzorg is de hulpverleningsconsumptie van kinderen met een hoge agressiescore eveneens hoger. De kosten van kinderen die agressief gedrag vertonen zijn zelfs 250 keer hoger dan kinderen die geen agressief gedrag vertonen. De kinderen maken onder andere meer gebruik van maatschappelijk werk, sociaal pedagogische hulpverlening en Bureau Jeugdzorg. Dit kan worden verklaard doordat deze kinderen door hun gedragsproblemen meer hulp en ondersteuning nodig hebben in het dagelijks leven. Dit blijkt eveneens uit de resultaten binnen het onderwijs. Kinderen met een hoge agressie score maken meer gebruik van preventieve ambulante begeleiding en Cluster IV scholen.

Tussen de kinderen die hoog scoren op agressie en kinderen die laag scoren op agressie zijn binnen de geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg en het onderwijs grote verschillen waar te nemen. Dit kan verklaard worden doordat kinderen zonder deze gedragsproblemen nauwelijks in aanraking komen met bijvoorbeeld een psycholoog, Bureau Jeugdzorg of Cluster IV scholen. Deze stap wordt vaak pas gemaakt wanneer er grote problemen ontstaan. Binnen de medische zorg is het verschil tussen de groepen kleiner. Ieder kind, met of zonder gedragsproblemen, komt wel eens op de eerste hulp terecht door een ongeluk. Er is hierbij wel een verschil tussen de groepen, het verschil is logischerwijs echter niet zo groot als bij de andere domeinen.

Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat kinderen die agressief gedrag vertonen meer kosten maken in de hulpverlening dan kinderen die geen agressief gedrag vertonen. Bevindingen uit onderzoek van Jones en collega's (2002) laten overeenkomsten zien met deze resultaten. Zij concluderen eveneens dat kinderen met externaliserende problemen meer gebruik maken van hulpverlening dan kinderen zonder deze problemen. De kosten worden volgens hen voornamelijk gemaakt binnen de geestelijke gezondheidszorg, het speciaal onderwijs en het jeugdrecht. Huidig onderzoek voegt hieraan toe dat er eveneens kosten worden gemaakt binnen de medische zorg, al is dit verschil minder groot dan in de andere gebieden. Tevens zijn er overeenkomsten waar te nemen tussen huidig onderzoek en andere onderzoeken. Zowel de studies van Raaijmakers (2008), Foster en collega's (2006) en die van Scott en collega's (2001) zijn op dezelfde manier opgebouwd als huidige studie. Agressieve kinderen zijn in deze onderzoeken eveneens geselecteerd op basis van een hoge score (boven het 90^{ste} percentiel) op de CBCL. Cross-sectioneel onderzoek van Raaijmakers (2008) heeft eerder aangetoond dat vierjarige kinderen, met een hoog niveau van agressie, meer kosten maken in de hulpverlening dan kinderen met een laag niveau van agressie. Huidig onderzoek voegt hier aan toe dat op vijf-, zes- en zevenjarige leeftijd van de kinderen de kosten nog steeds substantieel hoger zijn.

Kinderen met een hoge score op agressie maken niet alleen veel kosten door het bezoek aan meerdere hulpverleningsinstanties. Er worden eveneens hoge kosten gemaakt doordat deze kinderen schade toebrengen aan hun omgeving. Door bijvoorbeeld een driftbui kunnen materiële zaken als meubels, gordijnen, behang en servies kapot gaan.

Deze reparatiekosten worden logischerwijs door het gezin gemaakt. Dit komt overeen met onderzoek van Romeo en collega's (2006), waarin zij concluderen dat veel kosten juist door het gezin worden gemaakt. Hierbij moet echter wel worden genoemd dat sommige ouders wellicht bepaalde kosten zullen claimen bij hun verzekeringsmaatschappij. Op dat moment worden de kosten niet voornamelijk door het gezin gemaakt, maar ook door de maatschappij.

Hinder binnen het gezin

Naast dat het gezin kosten maakt ervaren ze eveneens hinder door het agressieve gedrag van hun kind. Dit ervaren ze op verschillende gebieden, zowel op het werk, tijdens het verrichten van huishoudelijk werk en tijdens activiteiten die ze ondernemen met hun kind zoals spelen, naar school brengen en de verzorging van het kind. Uit huidige studie blijkt dat moeders van kinderen die veelvuldig agressief gedrag laten zien, vaker parttime werken. Resultaten uit het onderzoek van Raaijmakers (2008) laten eveneens zien dat ouders een grotere belasting op het gezin ervaren. Huidig onderzoek voegt hier aan toe dat op vijf-, zes- en zevenjarige leeftijd de hinder door kinderen met een hoog agressieniveau nog steeds groter is. Ouders ervaren in deze jaren nog steeds hinder van hun kind op verschillende gebieden in hun leven. De studie van Gross en collega's (2008) sluit aan bij deze bevindingen. Zij concluderen dat moeders van jongens die antisociaal gedrag vertonen meer spanning ervaren binnen het gezin. Huidige studie laat echter zien dat vaders en moeder van kinderen die agressief gedrag vertonen zelf niet meer gebruik van hulpverlening maken dan ouders van kinderen zonder deze problemen. Ze brengen niet vaker een bezoek aan de huisarts, een psychiater, psycholoog, maatschappelijk werker of een andere hulpverleningsinstantie. Dit betekent echter niet dat er geen problemen aanwezig zijn. Deze ouders maken meer gebruik van hulp in de huishouding en ze ondervinden wel degelijk hinder van hun kind tijdens verschillende activiteiten. Het is van belang dat dit wordt onderkend. Agressief gedrag zal zich in de meeste gevallen blijven ontwikkelen tot op latere leeftijd (Scott et al., 2001). Daarom is het van belang dat ouders op jonge leeftijd van hun kind hulp geboden wordt. De hulpverleningsconsumptie zal namelijk niet afnemen zolang de gedragsproblemen blijven bestaan (Lavigne et al., 1998).

Toekomst

Huidige studie is één van de eerste onderzoeken in Nederland dat het verschil in hulpverleningskosten tussen kinderen met een hoge agressiescore en kinderen met een lage agressiescore over langere tijd heeft onderzocht. Logischerwijs zijn er binnen huidig onderzoek opvallende zaken waar bij vervolgonderzoek rekening meegehouden dient worden. Zo is het opvallend dat de verschillen binnen de groepen erg groot zijn. Binnen de agressieve groep kinderen zijn er kinderen die helemaal geen kosten maken en kinderen die juist erg grote bedragen spenderen in de hulpverlening. Dit wijst erop dat er naast de agressiviteit van de kinderen ook andere verklaringen mogelijk zijn voor de hoge hulpverleningskosten. Kenmerken als persoonlijkheid van de ouders, omgangsvormen in het gezin en bijvoorbeeld de manier waarop binnen het gezin om wordt gegaan met conflicten kunnen het verschil verklaren in de mate waarin zij kosten maken in de hulpverlening. Vervolgonderzoek zou zich specifiekere kunnen richten op deze factoren die de verschillen binnen de groepen kunnen verklaren.

Huidig onderzoek laat echter wel zien dat er geen verschil is tussen de groepen. De agressieve groep verschilt niet van de niet-agressieve groep op opleidingsniveau van de ouders en sekse en leeftijd van het kind. Kenmerken als sociaal economische status van het gezin en persoonlijkheid van de ouders kunnen in vervolgonderzoek meegenomen worden om te onderzoeken of de groepen op deze gebieden ook niet van elkaar verschillen.

Een ander opvallend gegeven binnen huidig onderzoek is dat bijna alle ouders relatief hoog zijn opgeleid. Dit maakt dat dit onderzoek moeilijk generaliseerbaar is naar ouders van kinderen die lager zijn opgeleid of uit een laag sociaal economisch milieu komen. In vervolg onderzoek is het van belang dat ouders van agressieve kinderen meegenomen worden die lager zijn opgeleid. Dit kan de generaliseerbaarheid van het onderzoek ten goede komen.

Vervolgonderzoek zal zich nog verder kunnen richten op de langere termijn. De longitudinale studie van Scott en collega's (2001) laat zien dat antisociaal gedrag in de kindertijd een substantiële voorspeller is voor de hoeveelheid kosten die een individu tijdens zijn hele leven zal maken. Dit is iets waar rekening mee gehouden dient te worden. Huidig onderzoek heeft enkel laten zien dat de kosten die kinderen, op vier-,

vijf-, zes- en zevenjarige leeftijd, maken in de hulpverlening hoger zijn dan die van kinderen die geen agressief gedrag vertonen. Men kan zich echter afvragen in hoeverre dit een voorspeller is voor de hoeveelheid kosten die deze kinderen tijdens hun hele leven nog gaan maken.

Conclusie

Kinderen met een hoog niveau van agressie maken op vier-, vijf-, zes- en zevenjarige leeftijd meer kosten in de hulpverlening dan kinderen met een laag niveau van agressie. Dit geldt zowel binnen de medische zorg, de geestelijke gezondheidszorg, jeugdzorg als in het onderwijs. De grootste verschillen zijn te zien binnen de laatste drie genoemde domeinen. Naast de hoge kosten die worden gemaakt door kinderen die agressief gedrag vertonen blijkt dat ouders een grotere belasting op het gezin ervaren. Zowel op het werk, tijdens het verrichten van huishoudelijk werk en tijdens activiteiten die worden ondernomen met hun kind ervaren ze hinder binnen het gezin. Vervolgonderzoek is nodig om te bestuderen in hoeverre de hulpverleningsconsumptie en de hinder die ouders ervaren doorzetten na verloop van tijd.

Literatuur

- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. (2000). *Manual for the ASEBA Preschool Forms and Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center for Children, Youth & Families.
- Abidin, R.R. (1990). *Parenting Stress Index-Manual (3rd ed)*. Charlottesville, VA: Pediatric Psychology Press.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text revision)*. Washington, DC: Author.
- Burke, J. D., Pardini, D. A., & Loeber, R. (2008). Reciprocal relationships between parenting behavior and disruptive psychopathology from childhood through adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 36, 679-692.
- Caspi, A., Harrington, H. L., Milne, B., Amell, J. W., Theodore, R.F., & Moffitt, T.E. (2003). Children's behavioral styles at age 3 are linked to their adult personality traits at age 26. *Journal of Personality*, 71, 495-514.

- De Brock, A. J. J. L., Vermulst, A.A., Gerris, J. R. M., & Abidin, R. R. (1992). *NOSI: Nijmeegse Ouderlijke Stress Index*. Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Foster, E. M., Johnson-Shelton, D., & Taylor, T. K. (2007). Measuring time costs in interventions designed to reduce behavior problems among children and youth. *American Journal of Community Psychology, 40*, 64-81.
- Foster, E. M., & Jones, D. F. (2005). The high costs of aggression: Public expenditures resulting from conduct disorder. *American Journal of Public Health, 95*, 1767-1772.
- Foster, E. M., Jones, D. F., & the Conduct Problems Prevention Research Group (2006). Can a costly intervention be cost-effective? An analysis of violence prevention. *Archives of General Psychiatry, 63*, 1284-1291.
- Gross, H. E., Shaw, D. S., & Moilanen, K. L. (2008). Reciprocal associations between boys' externalizing problems and mothers' depressive symptoms. *Journal of Abnormal Child Psychology, 36*, 693-709.
- Jones, D. F., Dodge, K. A., Foster, E. M., & Nix, R. (2002). Early identification of children at risk for costly mental health service use. *Prevention Science, 3*, 247-256.
- Lavigne, J. V., Binns, H. J., Arend, R., Rosenbaum, D., Christoffel, K. K., Hayford, J., & Gibbons, R. D. (1998). Psychopathology and health care use among preschool children: A retrospective analysis. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37*, 262-270.
- Lundahl, B., Risser, H. J., & Lovejoy, M. C. (2006). A meta-analysis of parent training: Moderators and follow up effects. *Clinical Psychology review, 26*, 86-104.
- Maughan, B., Rowe, R., Messer, J., Goodman, R., & Meltzer, H. (2004). Conduct disorder and oppositional defiant disorder in a national sample: developmental epidemiology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 45*, 609-621.
- Oostenbrink, C.B., Bouwmans, C.A.M., Koopmanschap, M.A., & Rutten, F.F.H. (2004). *Handleiding voor kostenonderzoek: methoden en standaard kostprijzen voor economische evaluaties in de gezondheidszorg*. Instituut voor Medical Technology Assessment, Erasmus MC.
- Raaijmakers, M. A. J. (2008). *Aggressive behaviour in preschool children:*

- Neuropsychological correlates, costs of service use, and preventive efforts.*
Universiteit Utrecht.
- Romeo, R., Knapp, M., & Scott, S. (2006). Economic cost of severe antisocial behavior in children – and who pays it. *British Journal of Psychiatry, 188*, 547-553.
- Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, J., & Angold, A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: Findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 43*, 365-373.
- Rutter, M., Moffit, T. E., & Caspi, A. (2006). Gene-environment interplay and psychopathology: Multiple varieties but real effects. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 226-261.
- Scott, S. (2005). Do parenting programs for severe child antisocial behaviour work over the longer term, and for whom? One year follow-up of a multi-centre controlled trial. *Behaviour and Cognitive Psychotherapy, 33*, 403-421.
- Scott, S., Knapp, M., Henderson, J., & Maughan, B. (2001). Financial cost of social exclusion: Follow up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal, 323*, 191-194.
- Sillpanpää, M., Pihlakoski, L., Sourander, A., Aromaa, M., Rautava, P., & Helenius, H. (2006). The continuity of psychopathology from early childhood to preadolescence. *European Child and Adolescent Psychiatry, 15*, 409-417.
- Tremblay, R. E., Nagin, D. S., Séguin, J. R., Zoccolillo, M., Zelazo, P. D., Boivin, M., Pérusse, D., & Japel, C. (2004). Physical aggression during early childhood: Trajectories and predictors. *Pediatrics, 114*, 43-50.
- Vostanis, P., Meltzer, H., Goodman, R., & Ford, T. (2003). Service utilisation by children with conduct disorders: Findings from the GB National Study. *European Child & Adolescent Psychiatry, 12*, 231-238.
- Vujic, S., Koning, P., Webbink, D., & Martin, N. (2008). The effect of childhood conduct disorder on human capital. *CPB Discussion papers, 113*, 1-48.
- Webster-Stratton, C. (1998). Preventing conduct problems in Head Start children: strengthening parenting competencies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 715-730*.

Wechsler, D. (1997). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence-Revised (WPPSI-R)*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

Bijlage 1

Nr: _____

Vragenlijst over werk

Juliuscentrum UMC Utrecht

In deze vragenlijst wordt gevraagd naar de gevolgen van eventuele problemen van uw kind voor uw werk (hieronder valt naast betaald werk ook onbetaald werk zoals vrijwilligerswerk en huishoudelijk werk). Het zou bijvoorbeeld kunnen dat u door eventuele problemen van uw kind vrij hebt moeten nemen van uw werk, uw werk minder goed hebt kunnen doen of werk (bijv. huishouden) niet hebt kunnen doen. Daarnaast zou het kunnen dat u, door bezoek aan bijvoorbeeld de huisarts, maatschappelijk werk, een psycholoog wellicht vrij heeft moeten nemen of bepaalde werkzaamheden niet heeft kunnen doen.

Problemen van of met uw kind kunnen niet alleen een emotionele belasting vormen, maar kunnen ook financiële consequenties met zich mee brengen, zowel met betrekking tot uw inkomsten doordat u niet of minder werkt dan u zou willen, als met betrekking tot de uitgaven zoals bijvoorbeeld aan hulpverlening. Door middel van deze lijst wordt geprobeerd zicht te krijgen op deze financiële consequenties.

Er zijn geen ‘goede’ of ‘foute’ antwoorden. Het gaat ons alleen om uw persoonlijke mening.

Ingevuld door moeder / vader (omcirkel wat van toepassing is)

Denk voor uw situatie steeds aan **de afgelopen 3 maanden**

1. Heeft u nu betaald werk?

Ja, ik werk.....uur per week, verdeeld over..... dagen;
Mijn functie is

Nee

*Als u **wel** betaald werk heeft, wilt u dan de vragen 2 t/m 6 beantwoorden?
Als u **geen** betaald werk heeft, dan kunt u vraag 2 t/m 6 overslaan.*

Vragen over betaald werk

Het zou zo kunnen zijn dat u door de eventuele problemen van of met uw kind soms moet verzuimen van uw werk. Het zou kunnen zijn dat u daarvoor echt thuis moet blijven, maar het kan ook gaan om gesprekken met behandelaars of hulpverleners. Het kan ook voorkomen dat u wél op uw werk bent, maar uw werk minder goed kunt doen vanwege de problemen van of met uw kind. Hierover gaan de vragen 3 t/m 11.

- 2a. Hoeveel dagen in de afgelopen 3 maanden hebt u verzuimd van uw werk omdat uw aanwezigheid thuis echt nodig was?
.....dagen
- 2b. Hoeveel dagen in de afgelopen 3 maanden hebt u verzuimd door bezoek aan hulpverleners (ook het volgen van een cursus of training) voor de problemen van uw kind?
.....dagen
3. Werd u in de afgelopen 3 maanden bij uw betaald werk gehinderd door de problemen van of met uw kind – had u het gevoel dat u uw werk minder goed kon doen dan anders-?
 Nee, in het geheel niet (*ga door naar vraag 6*)
 Ja, een beetje
 Ja, heel erg
4. Geef bij iedere uitspraak aan hoe vaak deze op u van toepassing was in de afgelopen 3 maanden. Omcirkel het getal dat uw antwoord het beste weergeeft.

Ik was wel op mijn werk, maar als gevolg van de problemen van of met mijn kind.....	(bijna) nooit	soms	vaak	(bijna) altijd
a. had ik concentratieproblemen	1	2	3	4
b. moest ik in een langzamer tempo werken	1	2	3	4
c. moest ik mij afzonderen	1	2	3	4
d. had ik meer problemen om beslissingen te nemen	1	2	3	4
e. moest ik werk uitstellen	1	2	3	4
f. moest ik werk laten overnemen door anderen	1	2	3	4
g. had ik andere problemen, nl. (a.u.b. invullen en aangeven hoe vaak dit voorkwam):	1	2	3	4

5. Als u het werk dat in de afgelopen drie maanden is blijven liggen door de redenen genoemd bij vraag 4, in zou moeten halen, hoeveel uur zou u daar dan mee bezig zijn?
.....uur

6. We vragen naar uw eigen **netto** inkomen uit betaald werk.

LET OP: **het gaat alleen om uw eigen inkomen**, dus zonder dat van uw eventuele partner.

.....euro per maand

Het antwoord op deze vraag helpt ons de maatschappelijke kosten van eventuele verloren tijd beter in te schatten. Indien u grote bezwaren heeft tegen het invullen van uw inkomen, kunt u deze vraag open laten.

Vraag 7 en 8 zijn alleen bedoeld voor personen die momenteel geen betaald werk verrichten.

7. Welke van de volgende situaties is het meest op de uwe van toepassing? –meerder antwoorden zijn mogelijk-

- Ik heb een dagtaak aan de zorg voor huishouden en eventueel kinderen.
- Ik volg een opleiding
- ik doe vrijwilligerswerk voor uur per week
- Ik ben werkloos
- Ik zit in de WAO voor%
- Ik kan geen betaald werk doen omdat de problemen van of met mijn kind teveel aandacht of energie vragen

8. Indien u vroeger wel betaald werk deed, wilt u dan uw vroegere functie invullen?

Functie.....

In te vullen door iedereen die betaald of onbetaald werk verricht

9. Indien u part time werkt of helemaal geen betaald werk verricht, in welke mate spelen de gedragsproblemen van uw kind hierbij een rol.

- ik werk part time of onbetaald, maar de gedragsproblemen van mijn kind spelen hierbij geen rol
- ik werk part time of ik heb geen betaalde baan, dit komt mede door de gedragsproblemen van mijn kind.
- Niet van toepassing, ik werk full time

Indien deze problemen er niet waren, hoeveel uur per week zou u dan werken?

..... uur per week

Vragen over onbetaald werk

Hierbij wordt onderscheid gemaakt tussen huishoudelijk werk, boodschappen doen, klussen en karweitjes, vrijwilligerswerk, activiteiten voor of met de kinderen en het volgen van onderwijs. Denk hierbij steeds aan de **afgelopen 3 maanden**.

Eerst wordt gevraagd naar het aantal uren per week dat u aan elke activiteit heeft besteed. Als u een bepaalde activiteit niet heeft gedaan, vult u '0 uur' in.

Vervolgens wordt bij vraag 12 gevraagd of u bij elk van de genoemde activiteiten hinder heeft ondervonden van de problemen van of met uw kind.

10. Hoeveel uur per week hebt u besteed aan:
- Huishoudelijk werk (bijv. koken, schoonmaken, wassen)
.....uur per week
 - Boodschappen doen (bijv. dagelijkse boodschappen of winkelen,
bezoek aan bank of postkantoor)
.....uur per week
 - Klussen en karweitjes (bijv. onderhoud aan huis of tuin)
.....uur per week
 - Activiteiten voor of met uw kinderen (bijv. verzorging, spelen,
kinderen naar school brengen)
.....uur per week
11. Het kan gebeuren dat ouders van een kind met problemen de taken in en om het huis (het huishouden, boodschappen doen, kinderverzorging) die zij normaal wel doen, als gevolg van de problemen van hun kind door anderen moeten laten doen. Hebben anderen in de afgelopen twee weken huishoudelijke taken van u overgenomen in verband met de problemen van uw kind?
- (U mag bij deze vraag meer dan één hokje aankruisen als dat van toepassing is).*
- Ja, gezinsleden (bijv. partner, kinderen) hebben huishoudelijke taken overgenomen, nl. vooruur per week
 - Ja, andere mensen (bijv. overige familie, bureu of vrijwilligers) hebben huishoudelijke taken overgenomen, nl. vooruur per week
 - Ja, ik heb gezinshulp gehad, nl. vooruur per week
 - Ja, ik heb anderszins betaalde hulp gehad (bijv. hulp in de huishouding), nl. voor.....uur per week
 - Nee, ik heb mijn huishoudelijke taken zelf gedaan.

12. Nu vragen we u bij elk van de volgende activiteiten aan te geven of u die activiteit in de **afgelopen twee weken** heeft verricht en of u daarbij gehinderd werd door de problemen van uw kind. Het is de bedoeling dat u een antwoord aankruist

Huishoudelijk werk (bijv. koken, schoonmaken of wassen)

- Ik heb dit **wel** gedaan en ben daarbij **niet** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **wel** gedaan en ben daarbij **wel** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **niet** gedaan en ben daarbij **niet** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **niet** gedaan omdat ik **wel** werd gehinderd door de problemen van of met mijn kind

Boodschappen doen (bijv. dagelijkse boodschappen, winkelen, of bezoek aan bank of postkantoor)

- Ik heb dit **wel** gedaan en ben daarbij **niet** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **wel** gedaan en ben daarbij **wel** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **niet** gedaan en ben daarbij **niet** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **niet** gedaan omdat ik **wel** werd gehinderd door de problemen van of met mijn kind

Klussen en karweitjes (bijv. onderhoud aan huis of tuin)

- Ik heb dit **wel** gedaan en ben daarbij **niet** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **wel** gedaan en ben daarbij **wel** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **niet** gedaan en ben daarbij **niet** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **niet** gedaan omdat ik **wel** werd gehinderd door de problemen van of met mijn kind

Activiteiten voor of met uw kinderen (bijv. verzorging, spelen en kinderen naar school brengen)

- Ik heb dit **wel** gedaan en ben daarbij **niet** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **wel** gedaan en ben daarbij **wel** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **niet** gedaan en ben daarbij **niet** gehinderd door de problemen van of met mijn kind
- Ik heb dit **niet** gedaan omdat ik **wel** werd gehinderd door de problemen van of met mijn kind

Inventarisatie contacten met hulpverleners in de afgelopen 3 maanden.

Graag willen we weten hoe vaak u in de afgelopen 3 maanden, contact hebt gehad met diverse hulpverleners voor eventuele problemen van of met uw kind. Wilt u hierbij aangeven hoe vaak u contact hebt gehad met de onderstaande instellingen en ook hoe lang een contact gemiddeld duurde.

	Geen contact gehad	Wel contact gehad, keer	Gemiddelde duur per contact in minuten
Huisarts			
Consultatiebureau-arts			
Medisch Specialist (bv. Kinderarts, neuroloog) in het ziekenhuis			
Alternatieve geneeskunde (bv. Homeopathie, acupunctuur)			
Fysiotherapeut			
Logopedist			
Schoolarts			
Psycholoog (privé-praktijk)			
Pedagoog (privé-praktijk)			
Psychiater of psychotherapeut (privé-praktijk)			
Bureau Jeugdzorg			
Maatschappelijk werk			
Medisch Kinderdagverblijf			
Schoolbegeleidingsdienst			
Sociaal Pedagogische Dienst			
Dagbehandeling Kinderpsychiatrie UMC Utrecht			
Polikliniek Kinderpsychiatrie UMC Utrecht			
Stem/Spraak/Taal/Gehoorcentrum WKZ			
Dagbehandeling Fornhese			
Polikliniek Fornhese			
Zonnehuize Veldheim & Stenia			
Kinderdagcentrum			
Kindertehuis			
Raad voor de Kinderbescherming			
Overige, nl.:			

Inventarisatie contacten met hulpverleners in de afgelopen 3 maanden.

Graag willen we weten hoe vaak u in de afgelopen 3 maanden, contact hebt gehad met diverse hulpverleners voor uzelf. Wilt u hierbij aangeven hoe vaak u contact hebt gehad met de onderstaande hulpverleners en / of instellingen en ook hoe lang een contact gemiddeld duurde.

	Geen contact gehad	Wel contact gehad, keer	Gemiddelde duur per contact in minuten
Huisarts			
Bedrijfsarts			
Medisch Specialist in het ziekenhuis			
Alternatieve geneeskunde (bv. Homeopathie, acupunctuur)			
Fysiotherapeut			
Maatschappelijk werk			
Altrecht (voorheen RIAGG)			
Psycholoog (privé-praktijk)			
Pedagoog (privé-praktijk)			
Psychiater of psychotherapeut (privé-praktijk)			
Polikliniek Psychiatrie UMC Utrecht			
Overige, nl			

Inventarisatie schade

- Graag willen wij weten hoe vaak uw kind in de afgelopen 3 maanden iets kapot heeft gemaakt, (bijv. krassen op tafel of op het behang, ruit ingegooid, meubels kapot gemaakt) bij u thuis of bij iemand anders, als gevolg van bijvoorbeeld een driftbui of uit frustratie. Wat heeft uw kind in de afgelopen 3 maanden kapot gemaakt?
 0 Niets *dan bent u nu klaar met het invullen van deze vragenlijst*
 0
- Kunt u een schatting maken van de kosten van de schade aan de zaken die uw kind in de afgelopen 3 maanden kapot heeft gemaakt?
 euro
- Was er toen uw kind in de afgelopen 3 maanden iets kapot maakte ook sprake van lichamelijk letsel, hetzij bij uw kind, hetzij bij anderen?
 0 nee
 0 ja, nl.....
- Kunt u aangeven in welke mate u geërgerd was doordat uw kind iets kapot had gemaakt?
 0 enorm geërgerd
 0 geërgerd
 0 een beetje geërgerd
 0 niet geërgerd