

# Expertise aan de voorkant: Evaluatie van een Consultatie en Adviesteam jeugd-GGZ in de Gooi en Vechtstreek

EINDRAPPORTAGE ONDERZOEK (II):

Registratiedata CenA team 2015-2017

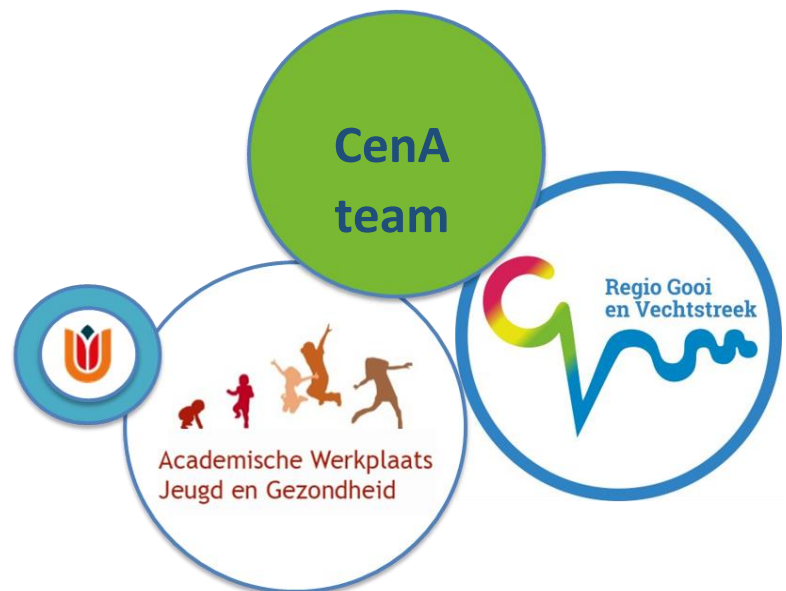
SDQ-scores

Nivel Zorgregistraties eerste lijn: huisartsen in regio GV en elders

Juni 2019

Sumayah Vandenbussche  
Mariëtte Hoogsteder

ZonMw, project 736200004



## Inhoud

1. INLEIDING .....	3
2. OPZET EN METHODEN KWANTATIEVE EVALUATIE .....	5
Dataverzameling en populatie .....	5
Analyses.....	6
3. RESULTATEN .....	7
CenA team: de jeugdigen, klachten, verwijzers en de activiteiten van het team.....	7
SDQ Scores .....	10
NIVEL Zorgregistraties eerste lijn .....	10
4. DISCUSSIE .....	12
5. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN .....	15
6. REFERENTIES.....	17
Bijlage I: Tabellen registratiedata CenA team.....	18
Bijlage II: Tabellen Nivel Zorgregistraties eerste lijn .....	21

## 1. INLEIDING

Psychische problemen bij jeugdigen tussen 0 en 18 jaar komen veel voor. In Nederland heeft naar schatting 11% - 28% van de kinderen en adolescenten psychosociale problemen (variërend per leeftijdsgroep) (Postma, 2008; Zeijl, 2005; Stevens, 2018; Verhaak, 2015). Huisartsen blijken slechts bij 6,6% van de kinderen en 7,5% van de adolescenten psychische problemen te registreren; veel kinderen en adolescenten met psychosociale problemen worden dus niet door de huisarts gezien of mogelijk niet als zodanig herkend. Hierdoor ontvangen zij vaak niet de hulp die ze nodig hebben (Zwaanswijk, 2011; Verhaak, 2015). Onbehandeld kunnen deze problemen het functioneren van deze kinderen en jongeren nu en in de toekomst ernstig belemmeren, maar het kan ook leiden tot ernstigere problematiek en een groter zorggebruik (Hofstra, 2002). Tijdige opsporing en laagdrempelige behandeling is daarom van belang.

Sinds de transitie Jeugdzorg in 2015 hebben gemeenten de verantwoordelijkheid voor signalering en behandeling van psychische problemen in de Basis GGZ (SGGZ) en de Specialistische GGZ (SGGZ), inclusief de financiering. Dit zou gepaard moeten gaan met een inhoudelijke transformatie van het jeugdbeleid, waarbij preventie, vroegtijdige ondersteuning of zorg en een betere samenwerking tussen professionals centraal staan, om zo het gebruik van gespecialiseerde zorg te verminderen. Als gevolg van de transitie zijn door beleidsmakers en professionals in het veld nieuwe initiatieven ontwikkeld om deze doelstellingen te realiseren. Deze zijn per gemeente of regio verschillend georganiseerd en vormgegeven.

De gemeenten in de regio Gooi en Vechtstreek (Blaricum, Gooise Meren, Hilversum, Huizen, Laren, Weesp, Wijdemeren en meer recentelijk Eemnes) hebben in het kader van de Jeugdwet een Consultatie en Adviesteam Jeugd GGZ opgericht. Dit team bestaat uit twee jeugdartsen en een klinische psycholoog (Kind en Jeugd). Het Consultatie en Adviesteam Jeugd GGZ in de regio Gooi en Vechtstreek (kortweg CenA team) is opgericht ter ondersteuning van huisartsen in de regio en de zogenaamde uitvoerders of jeugdconsulenten van de gemeenten bij vragen en verwijzingen op het gebied van psychische en psychosociale problemen. De uitvoerders vormen in deze regio de gemeentelijke toegang voor tal van zorg en voorzieningen; voor de toegang tot jeugdvoorzieningen worden zij ook wel jeugdconsulenten genoemd.

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft een cruciale rol in vroegsignalering van psychische of psychosociale problemen. Jeugdartsen bevorderen preventie als specialist van en voor een gezonde jeugd, zij hebben de benodigde sociaal-medische expertise en kennis over de ontwikkeling van het kind (AJN, 2015; NCJ, 2015). Jeugdartsen richten zich niet alleen op het signaleren van individuele klachten, maar ook op het gezin en de omgeving. In de regio Gooi en Vecht beschikken huisartsen niet over praktijkondersteuners jeugd ggz, en nauwelijks over praktijkondersteuners volwassenen ggz (POH ggz). Een centrale rol van de JGZ in het vormgeven van de transitie ligt daarom voor de hand, in het bijzonder voor jeugdartsen die huisartsen en andere verwijzers kunnen ondersteunen. Voor zover bekend worden jeugdartsen of JGZ-organisaties hier echter nog niet of nauwelijks voor ingezet en recente initiatieven zijn tot nu toe nog niet onderzocht (Theunissen 2018). Het CenA team en het huidige evaluatieonderzoek zijn daarmee uniek.

Op 1 mei 2016 is het evaluatieonderzoek naar het CenA team van start gegaan. De werkwijze en resultaten van het CenA team zijn in kaart gebracht door middel van kwalitatieve (I) en kwantitatieve (II) onderzoeksmethoden.

De resultaten uit de (beleids)documenten, interviews en focusgroepen zijn te vinden in de eerdere rapportage (I) (Vandenbussche & Hoogsteder, 2018). Daarnaast is een juridische beschouwing over het CenA team verschenen (Dörenberg, 2019). Over het jaar 2016 is een aparte deelrapportage gemaakt van de registraties van het CenA team (Vandenbussche, 2017).

In dit rapport komen de volgende onderzoeksvragen aan bod:

- 1 Welke kenmerken (sexe, leeftijd, gemeente) hebben jeugdigen verwezen naar het CenA team en door welke zorgverlener zijn zij verwezen in de periode 2015 t/m 2017?
- 2 Welke psychische of psychosociale problemen hebben deze jeugdigen en is er een toe- of afname te zien in type problemen na invoering van het CenA team?
- 3 Welke aanpak / behandeling wordt bij deze jeugdigen toegepast?
- 4 Is er een toe- of afname in aantal en/of type verwijzingen naar de Basis (BGGZ) of Specialistische GGZ (SGGZ)?
- 5 Zijn er eerdere signalen in het DD JGZ bij kinderen voor wie het CenA team is ingeschakeld?
- 6 Zijn er verschillen in signalering, behandeling en verwijzing van kinderen in de regio van het CenA team in vergelijking met controle huisartsenpraktijken elders in het land over de jaren voor de transitie jeugd (2013 en 2014) en na de transitie (2015 t/m 2017)?

In deze rapportage presenteren we de resultaten van de evaluatie van het CenA team aan de hand van de registratiedata van het team, de SDQ-scores uit het Digitaal Dossier JGZ en de Nivel Zorgregistraties eerste lijn uit de regio Gooi en Vechtstreek en andere regio's in het land.

## 2. OPZET EN METHODEN KWANTATIEVE EVALUATIE

### Dataverzameling en populatie

Voor het evaluatieonderzoek is gebruik gemaakt van de volgende gegevens.

#### *Het registratiebestand van het CenA team 2015 – 2017*

Het CenA team registreert van alle consultaties en adviezen basisgegevens. Bestaande dossiervoering en registratiewijze zijn gestandaardiseerd ten behoeve van de dataverzameling voor dit onderzoek. In het registratiebestand zijn van elk contact de volgende gegevens bijgehouden: gegevens verwijzer (soort verwijzer; i.d. verwijzer (indien huisarts); i.d. huisartsenpraktijk; woonplaats verwijzer), soort hulpvraag (consultatie, vraagverheldering, behandeling/begeleiding) en gegevens jeugdige (leeftijd, geslacht, klachten bij aanmelding, woonplaats/gemeente).

Klachten bij aanmelding werden tevens door de CenA team medewerkers geclassificeerd volgens de International Classification Primary Care (ICPC codes). Daarnaast volgde registratie van CenA team (welk CenA team lid, datum aanmelding, datum eerste contact), van advies/vervolg (advies, verwezen, behandeling/begeleiding, advies monitoring), en soort vervolg (BGGZ, SGGZ, jeugdhulpverlening, voorveld, anders, geen).

#### *SDQ scores*

SDQ-scores van kinderen verwezen naar het CenA team vanaf oktober 2016 tot en met eind 2017. Ouders en jeugdigen die door een huisarts, jeugdconsulent of andere professional verwezen zijn naar het CenA team, ontvingen een informatiebrief en een toestemmingsformulier voor het onderzoek, om met hun toestemming ook aanvullende gegevens uit het digitaal dossier JGZ (DD JGZ) te verkrijgen. Voor jeugdigen onder de 16 jaar werd toestemming van een ouder gevraagd.

Na toestemming zijn uit het JGZ-dossier van de jeugdigen de volgende gegevens geëxtraheerd: geboortedatum; geslacht; etnische achtergrond ouders; gezinssamenstelling; schoolniveau van het kind op het moment van aanmelding bij het CenA team; de afnamedatum en totaalscore bij elke bekende SDQ-registratie voorafgaand aan de aanmelding bij het CenA team. Jeugdigen aangemeld bij het CenA team waarbij geen SDQ-scores in het JGZ-dossier te achterhalen waren in verband met een te jonge leeftijd (< 4 jaar) of waarbij het JGZ-dossier niet in het bezit was van Jeugd en Gezin Gooi en Vechtsteek, zijn niet geïnccludeerd. Voor iedere case (kind of adolescent) aangemeld bij het CenA team is een controle - gematcht op leeftijd en geslacht - geselecteerd. Na extractie van de gegevens uit het JGZ-dossier zijn de gegevens geanonimiseerd en verwerkt en geanalyseerd.

#### *Nivel zorgregistraties eerste lijn*

De gegevens van de Nivel Zorgregistraties eerste lijn zijn gegevens die iedere huisarts routinematig, als onderdeel van het zorgproces, vastlegt in het elektronisch medisch dossier: contacten en verrichtingen zoals gedeclareerd bij zorgverzekeraars; gepresenteerde gezondheidsproblemen in de vorm van de door de huisarts gestelde diagnose (ICPC code); voorgeschreven geneesmiddelen met bijbehorende diagnose; verwijzingen naar de tweede lijn (incl. verwijsdiscipline) en bijbehorende diagnose (verwijsindicatie); patiëntkenmerken (vier cijfers van postcode van het woonadres; geboortjaar; geslacht). Data van alle praktijken aangesloten bij de Nivel Zorgregistraties eerste lijn uit de regio Gooi en Vechtstreek zijn geselecteerd en gematcht op stedelijkheid en populatiegrootte van andere huisartsenpraktijken in Nederland. Dit is gedaan in de verhouding 1:5; voor iedere huisartsenpraktijk uit de regio Gooi en Vechtstreek zijn vijf gematchte huisartsenpraktijken als controlepraktijk geselecteerd.

## Analyses

De statistische analyses zijn uitgevoerd met behulp van SPSS 24 en Stata 15.

Voor de eerste vier onderzoeksvragen:

- 1 Welke kenmerken (sexe, leeftijd, gemeente) hebben jeugdigen verwezen naar het CenA team en door welke zorgverlener zijn zij verwezen in de periode 2015 t/m 2017?;
- 2 Welke psychische of psychosociale problemen hebben deze jeugdigen en is er een toe- of afname te zien in type problemen na invoering van het CenA team?;
- 3 Welke aanpak / behandeling krijgen deze jeugdigen?; en
- 4 Is er een toe- of afname in aantal en/of type verwijzingen naar de Basis (BGGZ) of Specialistische GGZ (SGGZ)?

gebruikten we beschrijvende statistiek om de gegevens van de verschillende onderzoekspopulaties in kaart te brengen. De werkzaamheden van het CenA team, aangemelde kinderen en verwijzers zijn vergeleken over de jaren 2015-2017 en mogelijke associaties tussen kenmerken van de kinderen en klachten bij aanmelding, hulpvraag en advies/verwijzingen zijn onderzocht. Leeftijden zijn gestratificeerd in twee groepen: kinderen van 0 tot en met 12 jaar en adolescenten van 13 tot en met 18 jaar. Voor de analyse van de dichotome variabelen is gebruik gemaakt van de  $\chi^2$ -toets en de ongepaarde Student-t-toets voor continue variabelen. Voor gecorrigeerde analyses is logistische regressie gebruikt, met een significantieniveau van tenminste  $p < 0,05$ .

Voor onderzoeksvraag 5 'Zijn er eerdere signalen in het DD JGZ bij kinderen voor wie het CenA team is ingeschakeld?' zijn SDQ-scores in een observationeel case-control onderzoeksdesign gebruikt. Jeugdigen verwezen naar het CenA team zijn vergeleken met gematchte jeugdigen die niet verwezen waren naar het CenA team. De primaire uitkomstmaat was de absolute SDQ-score van de in het verleden geregistreerde SDQ's op de verschillende vastgestelde momenten door de jeugdgezondheidszorg. Daarnaast werd het SDQ-scoreverschil tussen de twee meest recente SDQ afname-momenten ten opzichte van de aanmelddatum bij het CenA team onderzocht. Hiervoor werd gebruik gemaakt van Chi-kwadraat toetsen en logistische Cox regressie.

Voor onderzoeksvraag 6 'Zijn er verschillen in signalering, behandeling en verwijzing van kinderen in de regio van het CenA team in vergelijking met controle huisartsenpraktijken elders in het land over de jaren voor de transitie jeugd (2013 en 2014) en na de transitie (2015 t/m 2017)?' zijn de gegevens van de Nivel Zorgregistraties eerste lijn geanalyseerd met de  $\chi^2$ -toets om de regiopraktijken Gooi en Vechtstreek en de controlepraktijken met elkaar te vergelijken en de prevalentie van psychosociale of psychische problemen onder kinderen en adolescenten in de huisartsenpraktijk, zorggebruik, medicatiegebruik en verwijzingen van deze kinderen en adolescenten over de jaren in kaart te brengen. Voor gecorrigeerde analyses is gebruik gemaakt van binaire logistische regressie. Voorafgaand aan alle analyses zijn de benodigde assumpties getoetst.

### 3. RESULTATEN

#### CenA team: de jeugdigen, klachten, verwijzers en de activiteiten van het team

Tussen januari 2015 en januari 2017 heeft het CenA team in totaal 706 jeugdigen met psychosociale of psychische problemen aangemeld gekregen (zie tabel 1). Hun leeftijd was tussen de 0 en 20 jaar, gemiddelde leeftijd was ruim 10,5 jaar (SD 4,3). Hiervan was 48% jongen en 38% meisje; van 14% was het geslacht niet geregistreerd. De klachten van de meeste jeugdigen (41%) zijn geclassificeerd als 'andere zorgen / psychische klachten (of stoornissen)' (ICPC codes P22, P23, P99). Andere veel voorkomende klachten bij aanmelding waren: prikkelbaar/boos gedrag (P04, 14%); angst en spanning (P01, P74, 10%), overactiviteit / hyperkinetisch syndroom (P21, 8%)<sup>1</sup> en somberheid of depressie (P03, P76, 6%). Andere klachten zoals slapeloosheid, eetproblemen, autisme, bedplassen, verstandelijke beperkingen, persoonlijkheidsproblematiek, taal- en spraakproblemen of middelengebruik kwamen niet voor of nauwelijks (< 2%) voor bij aanmelding.

Bijna de helft van de aanmeldingen zijn gedaan door huisartsen (48%), andere verwijzers waren gemeentelijke uitvoerders / jeugdconsulenten (20%), Jeugd en Gezin (JGZ en CJG, 11%) en POH GGZ (5%). Daarnaast maakten ook andere professionals in de regio gebruik van de diensten van het CenA team (16%), zoals eerstelijns psychologen en leerplichtambtenaren. In 2016 ging dit zelfs om bijna een kwart van de verwijzers (23%). Een enkele keer meldde een ouder zich rechtstreeks bij het team.

Het CenA team is voornamelijk ingeschakeld voor consultatie (56%) en vraagverheldering (37%), en nauwelijks voor kortdurende begeleiding (1%). Het CenA team heeft in 63% van de gevallen een advies voor verwijzing/behandeling aan de verwijzer gegeven en in 18% van de gevallen verwezen zij zelf. Bij 5% gaf een CenA teamlid zelf een kortdurende behandeling en in 2% van de gevallen was het advies om de situatie te monitoren. De adviezen voor verwijzingen betroffen de gespecialiseerde GGZ (16%), het voorveld (dat zijn de vrij toegankelijke regionale voorzieningen zoals maatschappelijk werk, jeugd welzijn of lichte pedagogische hulp; 15%), de basis GGZ (8%) en jeugdhulpverlening (4%). Bij 18% werd naar andere instanties verwezen en bij 15% volgde geen verwijzing.

Vergelijken we de aanmeldingen over de drie jaren (tabel 1), dan werden in 2017 significant meer kinderen aangemeld met de classificatie 'andere zorgen / psychische klachten of stoornissen' dan in de voorgaande jaren ( $\chi^2=14,54$ ,  $p<.010$ ). In 2015 werden significant meer kinderen aangemeld met angst en spanningsklachten ( $\chi^2=15,48$ ,  $p<.001$ ) en met overactiviteit ( $\chi^2=6,37$ ,  $p<.05$ ). In 2015 kwamen significant meer aanmeldingen van huisartsen dan in 2016 ( $\chi^2=10,47$ ,  $p<.01$ ) en meer van andere verwijzers ten opzichte van 2016 en 2017 ( $\chi^2=16,14$ ,  $p<.001$ ). In 2017 kwamen significant meer verwijzingen van POH GGZ ten opzichte van eerdere jaren ( $\chi^2=19,62$ ,  $p<.001$ ).

In 2017 gaf het CenA team significant vaker een advies aan de verwijzer dan in de jaren ervoor ( $\chi^2=9,55$ ,  $p<.01$ ) en gaven minder zelf een behandeling/begeleiding ( $\chi^2=7,93$ ,  $p<.05$ ). In 2017 verwees het team significant vaker naar de basis GGZ ( $\chi^2=6,79$ ,  $p<.05$ ), naar de jeugdhulpverlening ( $\chi^2=5,99$ ,  $p<.05$ ) en het voorveld ( $\chi^2=9,27$ ,  $p<.05$ ), terwijl in 2016 significant vaker 'geen behandeling' is geadviseerd ( $\chi^2=7,93$ ,  $p<.05$ ). De verwijzingen naar de gespecialiseerde GGZ bleven over de drie jaren constant (16% à 17%).

---

<sup>1</sup> De officiële benaming van ICPC code P21 is overactiviteit / hyperkinetisch syndroom. Het gaat dus om druk gedrag, dat eventueel kan maar niet hoeft te leiden tot een latere diagnose ADHD. In het vervolg van dit rapport spreken we van overactiviteit.

**Tabel 1 Kenmerken van jeugdigen uit het Registratiebestand CenA team 2015 – 2017**

	Totaal (N%)	2015 (N%)	2016 (N%)	2017 (N%)	$\chi^2$
<b>Aanmeldingen en Consultaties</b>	706	217 (31%)	279 (40%)	210 (30%)	
<b>Leeftijd (Gem. (SD))</b>	10.6 (SD 4.3)	11.0 (SD 4.0)	10.7 (SD 4.6)	10.2 (SD 4.3)	
	Range 0-20	Range 2-20	Range 0-18	Range 0-17	
<b>Leeftijdscategorie</b>					1.57
groep 0-12	338 (48%)	83 (38%)	127 (46%)	128 (61%)	
groep 13-18	217(31%)	56 (26%)	90 (32%)	71 (34%)	
missing	151 (21%)	77 (36%)	62 (22%)	11 (5%)	
<b>Geslacht</b>					3.86
jongen	338 (48%)	99 (46%)	135 (48%)	104 (50%)	
meisje	270 (38%)	89 (41%)	87 (31%)	94 (45%)	
missing	98 (14%)	29 (13%)	57 (20%)	12 (6%)	
<b>Klachten bij aanmelding<sup>1</sup></b>					
andere zorgen/psychische klachten	287 (41%)	69 (32%)	106 (38%)	112 (54%)	<b>14.54**</b>
prikkelbaar/boos gedrag	95 (14%)	26 (12%)	44 (16%)	25 (12%)	1.73
angst/spanning/angststoornis	68 (10%)	30 (14%)	19 (7%)	19 (9%)	<b>15.48***</b>
overactiviteit/hyperkin. syndroom	53 (8%)	21 (10%)	16 (6%)	16 (8%)	<b>6.37*</b>
somberheid/depressie	44 (6%)	9 (4%)	18 (6%)	17 (8%)	1.12
missing*	166 (24%)	81(37%)	48 (17%)	37 (18%)	
<b>Verwijzers</b>					
huisarts	339 (48%)	121 (56%)	115 (41%)	103 (49%)	<b>10.47**</b>
Gem uitvoerder/jeugdconsulent	139 (20%)	42 (19%)	65 (23%)	32 (15%)	4.94
POH GGZ	35 (5%)	7 (3%)	6 (2%)	22 (10%)	<b>19.62***</b>
JGGV/JGZ	76 (11%)	19 (8%)	28 (10%)	29 (14%)	3.09
anders	116 (16%)	28 (13%)	65 (23%)	23 (11%)	<b>16.14***</b>
missing	1 (0.1%)	0	0	1 (0.5%)	
<b>Hulpvraag</b>					
consultatie	398 (56%)	102 (47%)	179 (64%)	117 (56%)	5.20
vraagverheldering	259 (37%)	75 (35%)	95 (34%)	89 (42%)	4.17
behandeling/begeleiding	4 (1%)	2 (1%)	1 (0.5%)	2 (1%)	2.90
missing	44 (6%)	38 (18%)	4 (1%)	2 (1%)	
<b>Vervolg</b>					
advies	446 (63%)	106 (49%)	199 (71%)	141 (67%)	<b>9.55**</b>
verwezen	129 (18%)	41(19%)	50 (18%)	38 (18%)	1.79
behandeling/begeleiding	33 (5%)	16 (7%)	10 (4%)	7 (3%)	<b>7.93*</b>
advies monitoring	15 (2%)	7 (3%)	6 (2%)	2 (1%)	3.61
missing	82 (12%)	47(22%)	14 (5%)	21 (10%)	
<b>Verwijzingen</b>					
BGGZ	58 (8%)	19 (9%)	17 (6%)	22 (11%)	<b>6.97*</b>
SGGZ	116 (16%)	35 (16%)	46 (17%)	35 (17%)	2.87
jeugdhulpverlening	31 (4%)	7 (3%)	9 (3%)	15 (7%)	<b>5.99*</b>
voorveld	107 (15%)	19 (9%)	44 (16%)	44 (21%)	<b>9.27*</b>
anders	128 (18%)	33 (15%)	64 (23%)	31 (15%)	2.38
geen	108 (15%)	23 (11%)	70 (25%)	15 (7%)	<b>22.71***</b>
missing	158 (22%)	80 (37%)	29 (10%)	48 (23%)	

Noot <sup>1</sup> De vijf meest voorkomende klachten / ICPC codes, andere type klachten kwamen bij < 2% voor; bij sommige aanmeldingen zijn meerdere klachten geregistreerd, daarom tellen de percentages soms op tot > 100%;

\* p waarde < .05; \*\*p waarde <.01; \*\*\* p-waarde <.001



Tabel 2 Aantal huisartsen(praktijken) met aanmeldingen per gemeente die in de periode 2015 – 2017 gebruik maakten van het CenA team

<b>Gemeente</b>	<b>Aantal praktijken</b>	<b>Aantal huisartsen</b>	<b>Aantal aanmeldingen</b>
Blaricum	2	8	21
Bussum	6	9	45
Eemnes	1	2	2
Hilversum	15	24	125
Huizen	5	16	89
Laren	2	3	19
Naarden	2	2	15
Weesp	4	5	8
Wijdmeren	1	1	1
<b>Totaal</b>	<b>37</b>	<b>69</b>	<b>325</b>

In totaal hebben over de periode 2015 tot en met 2017 69 huisartsen gebruik gemaakt van het CenA team, verdeeld over 37 praktijken of gezondheidscentra in de gemeenten, Blaricum, Bussum, Eemnes, Hilversum, Huizen, Laren, Naarden, Weesp en Wijdmeren. De huisartsen in Hilversum en Huizen maakten het meest gebruik van het CenA team (tabel 2).

Vergelijkende analyses (bijlage I, tabel 3) laten zien dat meisjes vergeleken met jongens bij aanmelding significant vaker met angst- en spanningsklachten ( $\chi^2=9,70$ ,  $p<.01$ ) en somberheid of depressie ( $\chi^2=4,19$ ,  $p<.05$ ) bij het CenA team kwamen. Jongens hadden significant vaker overactiviteit ( $\chi^2=6,29$ ,  $p<.05$ ). Gecorrigeerd voor leeftijdscategorie bleven meisjes significant vaker dan jongens aangemeld met angst- en spanningsklachten (OR: 0,40) en jongens significant vaker voor overactiviteit (OR: 1,99). Meisjes werden significant vaker dan jongens aangemeld met somberheid of depressie, maar dit verschil verdween na correctie voor leeftijd. Meisjes kregen significant vaker dan jongens behandeling of begeleiding door het CenA team ( $\chi^2=4,71$ ,  $p<.05$ ) of een verwijzing naar de basis GGZ ( $\chi^2=4,77$ ,  $p<.05$ ), ook na correctie voor leeftijd.

De JGZ meldden significant vaker kinderen van 0-12 jaar ( $\chi^2=21,26$ ,  $p<.001$ ) aan bij het CenA team en gemeentelijke jeugdconsulenten / uitvoerders en POH GGZ significant meer adolescenten van 13-18 jaar ( $\chi^2=10,79$ ,  $p<.01$ ;  $\chi^2=4,29$ ,  $p<.05$ ). Bij de kinderen van 0-12 jaar kwamen significant vaker 'andere zorgen / psychische klachten of stoornissen' voor ( $\chi^2=7,81$ ,  $p<.01$ ) en 'prikkelbaar / boos gedrag' ( $\chi^2=4,69$ ,  $p<.05$ ), bij de adolescenten kwam significant vaker somberheid / depressie voor ( $\chi^2=17,54$ ,  $p<.001$ ). Voor kinderen van 0-12 jaar vroegen verwijzers significant vaker consultatie bij het CenA team, bij adolescenten vaker om vraagverheldering. Deze verschillen voor leeftijdscategorieën bleven significant na correctie voor geslacht. Kinderen van 0-12 jaar werden significant vaker naar het voorveld verwezen dan adolescenten ( $\chi^2=39,19$ ,  $p<.001$ ). De groep van 13-18 jaar kreeg vaker 'andere zorg' geadviseerd ( $\chi^2=9,50$ ,  $p<.01$ ), dit kon bijvoorbeeld gaan om zorg op school, kinderarts of audiologisch centrum. Gecorrigeerd voor geslacht hielde de jonge kinderen van 0-12 een veel grotere kans op verwijzing naar het voorveld (OR: 6,3) en de adolescenten een grotere kans op verwijzing naar andere zorg (OR: 0,46) (zie bijlage I, tabel 3).

Huisartsen melden significant meer kinderen aan bij het CenA team dan andere verwijzers met prikkelbaar / boos gedrag (OR: 2,20,  $p<.05$ ), angst- en spanningsklachten (OR: 2,34,  $p<.01$ ) en met overactiviteit (OR: 1,99,  $p<.05$ ) en significant minder kinderen met andere zorgen / psychische klachten of stoornissen (OR: 0,64,  $p<.05$ ). Deze verschillen bleven ook na correctie voor leeftijd en geslacht (zie bijlage I, tabel 4). Uitvoerders meldden significant meer kinderen aan met andere zorgen / psychische klachten of stoornissen (OR: 2,28,  $p<.01$ ) en minder met prikkelbaar / boos gedrag (OR: 0,34,  $p<.05$ ). Ook de JGZ meldde significant minder kinderen aan met prikkelbaar / boos gedrag (OR: 0,36,  $p<.05$ )

Huisartsen schakelden het CenA team significant vaker in voor vraagverheldering (OR: 12,77,  $p < .001$ ) en minder voor consultatie (OR: 0,74,  $p < .001$ ). Zowel de uitvoeringsdiensten / jeugdconsulenten als de JGZ schakelden het CenA team significant vaker in voor consultatie (OR: 7,27; OR 7,68,  $p < .001$ ) en minder voor vraagverheldering (OR: 0,15; OR 0,14,  $p < .001$ ) (bijlage 1, tabel 4).

### SDQ scores

Om na te gaan of kinderen die werden aangemeld bij het CenA team al een indicatie hadden voor psychische problemen bij reguliere screening in de JGZ, zijn hun Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ scores) achterhaald uit het Digitaal Dossier JGZ. Gedurende de periode januari 2016 tot en met december 2017 hebben 196 van de 478 aanmeldingen bij het CenA team geleid tot contact tussen de ouder en jeugdige en een van de teamleden. Slechts 31 ouders gaven toestemming om de gegevens uit het JGZ-dossier te gebruiken ten behoeve van dit onderzoek. Na het toepassen van de exclusiecriteria zijn 26 cases en een even zo grote hoeveelheid gematchte controles geïnccludeerd.

Analyses lieten significant hogere gemiddelde SDQ-scores zien van de kinderen aangemeld bij het CenA team op de diverse JGZ afnamemomenten in vergelijking met de controlegroep. Ook was er een verschil tussen de scores van twee opeenvolgende SDQ afnames bij de kinderen aangemeld bij het CenA team, waarbij de laatst afgenomen SDQ een gemiddeld hogere score liet zien.

Univariate resultaten van de logistische Cox regressie lieten een significant verband zien tussen de laatst afgenomen SDQ en de aanmelding bij het CenA team (OR: 1,42,  $p < 0,05$ ). Gecorrigeerd voor leeftijd en geslacht, was dit verband niet meer significant.<sup>2</sup>

### NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

Voor dit onderzoek werden alle huisartsenpraktijken uit de Gooi en Vechtstreek die zijn aangesloten bij de Nivel Zorgregistraties eerste lijn geïnccludeerd voor de jaren 2013 (6 praktijken), 2014 (6 praktijken), 2015 (5 praktijken), 2016 (3 praktijken) en 2017 (4 praktijken). Voor deze jaren includeerden we per jaar 29 controlepraktijken verspreid over de rest van Nederland, vergelijkbaar voor wat betreft grootte van de patiëntenpopulatie en mate van stedelijkheid. Gemiddeld werden 39273 kinderen per jaar geïnccludeerd, hiervan was 49% een meisje en behoorde 69% tot de leeftijdscategorie 0-12 jaar (Bijlage II, tabel 5). Van alle jeugdigen had 8,0% tot 9,5% psychische problemen in de vorm van een door de huisarts geregistreerde P-code.

Er zijn vergelijkende analyses voor de praktijken in de Gooi en Vechtstreek en de controlepraktijken gestratificeerd per jaar uitgevoerd.

In 2017 had 10% van de jeugdigen in de huisartsenpraktijken Gooi en Vechtstreek psychische problemen of klachten, in de vorm van een P-code geregistreerd door de huisarts; bij jeugdigen in de controlepraktijken was dit 9% (bijlage II, tabel 6). De meest voorkomende klachten waren 'andere zorgen / psychische klachten of stoornissen (GV 2,7%; controle 2,8%), leerstoornissen (GV 1,7%; controle 1,9%), overactiviteit (GV 2,1%; controle 1,5%), angst en spanning (GV 1,2%; controle 0,7%), slaapproblemen (GV 0,6%; controle 0,6%), somberheid/ depressie (GV 0,7% / controle 0,6%) en enuresis (GV 0,4%; controle 0,4%).

In 2017 kreeg 4% van de jeugdigen in de Gooi en Vechtstreek psychotrope medicatie (NO5A, NO5B, NO6A, NO6B) voorgeschreven, voor de controlepraktijken was dit 3%. De meest voorgeschreven

---

<sup>2</sup> Voor tabellen en verdere resultaten zie rapportage van Drs. P. Jansen-Kalma, jeugdarts KNMG, ter afronding van de opleiding arts M&G 'Signaleren we met de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) eerder de ontwikkeling van psychische problemen bij de jeugd?'

medicatie waren psychostimulantia (GV 3,6%; controle 2,5%), anxiolytica (GV 0,3%; controle 0,3%), antipsychotica (GV 0,2%; controle 0,4%) en antidepressiva (GV 0,1%; controle 0,2%).

In 2017 was het zorggebruik in de vorm van het aantal consulten per jaar per jeugdige hetzelfde voor de Gooi en Vechtstreekpraktijken en de controlepraktijken, gemiddeld 2,46 (GV SD 2,89; controle SD 3,03). In de Gooi en Vechtstreekpraktijken werd de huisarts gemiddeld 2,43 (SD 2,80) keer geconsulteerd en de POH GGZ gemiddeld 0,03 (SD 0,42) keer. Jeugdigen met een P-code hadden een hoger zorggebruik, voor de Gooi en Vechtstreekpraktijken gemiddeld 4,86 keer per jaar (SD 4,21) en voor de controlepraktijken 5,04 (SD 4,12).

Logistische regressieanalyses voor de Gooi en Vechtstreekpraktijken over 2013 tot en met 2017 (zie bijlage II, tabel 7), lieten zien dat meisjes significant vaker dan jongens een consult bij de huisarts hadden (OR: 1,15;  $p < .001$ ), dat zij minder vaak een P-code kregen (OR: 0,76;  $p < .001$ ) en minder vaak medicatie kregen voorgeschreven (OR: 0,48;  $p < .001$ ). Meisjes kregen minder vaak dan jongens een P-code overactiviteit (OR: 0,42;  $p < .001$ ), maar vaker een P-code voor angst en spanning (OR: 1,81;  $p < .001$ ) en voor somberheid / depressie (OR: 1,74;  $p < .001$ ). Adolescenten van 13-18 jaar hadden, gecorrigeerd voor geslacht, minder vaak een consult bij de huisarts dan kinderen van 0-12 jaar (OR: 0,87;  $p < .001$ ), maar vaker geregistreerde psychische problemen (OR: 1,42;  $p < .001$ ) en vaker een medicatievoorschrift (OR: 2,47;  $p < .001$ ). Adolescenten kregen ook vaker dan jongere kinderen een P-code voor overactiviteit (OR: 1,92;  $p < .001$ ), angst en spanning (OR: 2,68;  $p < .001$ ) en veel vaker voor somberheid / depressie (OR: 10,71;  $p < .001$ ). Dezelfde analyses voor de controlepraktijken lieten vergelijkbare resultaten zien voor wat betreft de verschillen tussen jongens en meisjes en tussen kinderen en adolescenten (niet in tabel opgenomen).

Tenslotte zijn de jaren 2013 en 2017 met elkaar vergeleken voor de Gooi en Vechtstreekpraktijken en de controlepraktijken (zie bijlage II, tabel 8). Logistische regressieanalyses laten zien dat er een significante toename is van het aantal jeugdigen met een P-code (OR: 1,18,  $p < .01$ ), in het bijzonder voor overactiviteit (OR: 1,43,  $p < .01$ ) en voor angst- en spanningsklachten (OR: 1,60,  $p < .01$ ). Ook in de controlepraktijken was een significante toename van overactiviteit en van angst- en spanningsklachten te zien (OR: 1,2,  $p < .001$  en OR: 1,25,  $p < .05$ ). In de Gooi en Vechtstreekpraktijken is een kleine maar niet-significante toename te zien van leerproblemen en van somberheid en depressie. In de controlepraktijken is een significante toename van somberheid en depressie (OR: 1,65,  $p < .001$ ), evenals van leerstoornissen (OR: 1,26,  $p < .001$ ).

In de Gooi en Vechtstreekpraktijken zijn de prescripties van psychofarmaca ongeveer gelijk gebleven, in de controlepraktijken is een significante toename van psychostimulantia.

In 2017 is het zorggebruik in Gooi en Vechtstreek in de vorm van het gemiddelde aantal consulten door jeugdigen met psychische problemen significant toegenomen (Bèta 0,12,  $p < .05$ ), zowel bij huisartsen als bij praktijkondersteuners POH GGZ. Ook in de controlepraktijken is zorggebruik significant toegenomen (Bèta 0,24,  $p < .001$ ).<sup>3</sup>

Wat betreft verwijzingen naar basis en specialistische jeugd ggz, waren de gegevens onvolledig, zodat daar geen analyses op konden worden gedaan.

---

<sup>3</sup> Voor verdere resultaten zie S. Vandenbussche, M. Hoogsteder, M. Zwaanswijk, M. Nielen, Before and after the Youth Act transition: Identification and care of Child and Adolescent mental health problems in Dutch General Practice between 2013 – 2017. (manuscript in preparation)

## 4. DISCUSSIE

Het CenA team heeft zich in 2015, 2016 en 2017 voor meer dan 700 kinderen en adolescenten in de regio Gooi en Vechtstreek ingezet. Het team heeft voor ongeveer de helft van de jeugdigen de huisartsen ondersteund, vooral door vraagverheldering te bieden aan de jeugdigen of hun ouders. Voor de overige helft jeugdigen hebben de teamleden andere verwijzers bediend, zoals de uitvoerders van de gemeenten (jeugdconsulenten), praktijkondersteuners huisartsen GGZ en JGZ-professionals, met name voor consultatievragen.

De aanmeldingen bij het team vanuit huisartsen en uitvoerders / jeugdconsulenten lijken af te nemen over de drie jaar. Voor wat betreft de huisartsen is niet duidelijk hoe dit komt, te meer omdat zij in het eerdere onderzoek zeer tevreden leken over het CenA team (Vandenbussche, 2018). Voor de jeugdconsulenten kan dit mogelijk verklaard worden door het structurele overleg dat het CenA team met de jeugdconsulenten hebben ingevoerd vanaf 2016. Het CenA team verzorgde professionalisering, deskundigheidsbevordering en scholing voor de jeugdconsulenten van de gemeentelijke uitvoeringsdiensten. De casuïstiek die daar wordt besproken, wordt niet apart geregistreerd en is dus niet zichtbaar in de gegevens, maar mogelijk is de inzet van het CenA team door de jeugdconsulenten daardoor wel iets afgenomen. Aanmeldingen van praktijkondersteuners GGZ en vanuit de JGZ zijn iets toegenomen, aanmeldingen van overige verwijzers (zoals eerstelijns psychologen, leerplichtambtenaren, maatschappelijk werkers) wisselden per jaar.

Na aanmelding heeft het CenA team voornamelijk adviezen gegeven aan de verwijzers, in mindere mate de jeugdige of ouders zelf gesproken om hun vraag te verhelderen en nauwelijks zelf behandeling of begeleiding gegeven. De verwijzingen naar de basis GGZ, jeugdhulpverlening en het voorveld zijn toegenomen. Dit zou kunnen betekenen dat veel kinderen en adolescenten, die zonder aanwezigheid van het CenA team door de huisarts mogelijk wel naar de specialistische ggz zouden zijn verwezen, nu via het CenA team naar andere passende zorg zijn verwezen. Dat die zorg passend is, is een veronderstelling, mede afgeleid uit de tevredenheid van verwijzers, ouders en jeugdigen over de werkwijze en activiteiten van het CenA team (Vandenbussche, 2018). De verwijzingen van jeugdigen door het CenA team naar de specialistische ggz zijn over de drie jaar gelijk gebleven.

Het CenA team bedient als onafhankelijk expertteam dus een diversiteit aan verwijzers met verschillende behoeften aan consultatie en advies over en voor jeugdigen, waarbij voor ongeveer één op de zes jeugdigen specialistische ggz nodig lijkt.

Jeugdigen die zijn aangemeld bij het CenA team lijken eerder al een risico op psychische problemen te rapporteren bij reguliere contactmomenten in de JGZ. Dit betekent dat een verhoogde SDQ-score, zeker in combinatie met een toename van een recente SDQ-score ten opzichte van een eerdere score, aanleiding zou kunnen zijn voor een gesprek op indicatie bij de JGZ of bij het CenA team. Uit eerder onderzoek is bekend dat de SDQ afkappunten, die zijn gebaseerd op validiteit in een anonieme setting, iets te hoog liggen voor gebruik in de vertrouwelijke setting van het Periodiek Geneeskundig Onderzoek (PGO) (Hoofs, 2015; Hoofs, 2018). "Zodoende is er sprake van een verhoogde positief voorspellende waarde en een verlaagde negatief voorspellende waarde van de SDQ, als afkappunten van een anonieme setting worden gebruikt binnen het PGO" (Hoofs, 2018, p.46).

Uit de Nivel Zorgregistraties eerste lijn blijkt dat ongeveer twee derde van de jeugdigen die met psychische problemen bij de huisarts komt, tussen de 0 en 12 jaar is. Dit is ook de leeftijdsgroep waarvoor verwijzers het vaakst ondersteuning bij het CenA team vroegen. De huisartsenpraktijken in de Gooi en Vechtstreek registreren iets meer jeugdigen met psychosociale problematiek dan elders in vergelijkbare regio's, vooral relatief meer jeugdigen met overactiviteit en met angst en spanningsklachten. Het zorggebruik van jeugdigen met psychische problemen bij de huisarts in de regio is vergelijkbaar met dat in andere regio's. De medicatievoorschriften, met name psychostimulantia, liggen in de regio iets hoger dan

in vergelijkbare controlepraktijken. Dit past mogelijk bij het hogere aandeel jeugdigen met overactiviteit. Er is sprake van een lichte significante stijging van het aandeel jeugdigen met psychische problemen in 2017 ten opzichte van 2013. Ook het zorggebruik bij de huisarts is gestegen.

De meest voorkomende aanmeldklachten bij het CenA team bleken ook de meest voorkomende geregistreerde psychische problemen in de huisartsenpraktijken volgens de Nivel Zorgregistraties eerste lijn – zowel in de regio Gooi en Vechtstreek als in vergelijkbare regio's: 'andere zorgen / psychische klachten of stoornissen'. Het gaat om een grote restcategorie van problemen die huisartsen en andere verwijzers niet meteen kunnen duiden en die geen druk gedrag, angst, depressie, slaap- of leerproblemen zijn of lijken. Verwijzers, in het bijzonder de gemeentelijke jeugdconsulenten, zetten het CenA team dus in voor 'vagere' of onbegrepen klachten of problemen die geen specialistische zorg behoeven, maar waarbij ze niet goed weten wat ermee te doen of hoe de meest passende hulp te vinden. Ook uit de focusgroepen met huisartsen bleek dat zij graag het CenA team inschakelen bij wat zij 'vagere' problematiek noemen, waarbij het voor hen niet duidelijk is of het psychiatrisch is, psychosociaal, of systemisch (Vandenbussche, 2018). Overigens bleek uit ons onderzoek dat de kans groter is dat de huisartsen het CenA team inzetten voor angst- en spanningsklachten, voor prikkelbaar of boos gedrag, en voor overactiviteit.

De tweede meest voorkomende aanmeldklacht van alle verwijzers voor het CenA team is 'prikkelbaar / boos gedrag', vooral door huisartsen en POH GGZ. Deze klachten komen niet of nauwelijks voor in huisartsenpraktijken in de Nivel Zorgregistraties, noch in de regio Gooi en Vechtstreek, noch in vergelijkbare regio's. Dit is een opvallende bevinding, die niet direct verklaarbaar is. Andersom worden leerproblemen wel regelmatig geregistreerd door huisartsen, maar komt deze klacht niet of nauwelijks voor als aanmeldklacht bij het CenA team. Met andere woorden, jeugdigen met leerproblemen worden wel door huisartsen gesignaleerd, maar zij zetten hier niet het CenA team voor in. Ook andere verwijzers melden geen jeugdigen met leerproblemen aan bij het CenA team. Jeugdigen met slaapproblemen en enuresis, regelmatig voorkomende klachten in huisartsenpraktijken, worden eveneens niet of nauwelijks aangemeld bij het CenA team.

De prevalentie overactiviteit, die kan leiden tot de diagnose ADHD, en voorschriften voor psychostimulantia als middel tegen overactiviteit, ligt in de regio Gooi en Vechtstreek hoger dan in vergelijkbare regio's. Bovendien zagen we een toename van deze klachten en de prescripties psychostimulantia in 2017 ten opzichte van 2013. Toch gaat minder dan 10% van de aanmeldingen bij het CenA team over jeugdigen met dergelijke klachten. Gemeentelijke jeugdconsulenten zetten het CenA team zelden in bij overactiviteit. Dit roept vragen op. Temeer omdat uit ons eerdere onderzoek zowel uit de beleidsdocumenten als uit de focusgroepen bleek dat het CenA team juist voor deze klachten een rol zou kunnen spelen. Een huisarts verwoordde het toen als "... maar je kunt natuurlijk als regio een afspraak maken met alle huisartsen, dat [...] je zegt het CenA team is voor alle aanmeldingen waarbij je ADHD vermoedt" (Vandenbussche, 2018, p.15).

Uit eerder onderzoek bleek dat huisartsen veel kinderen en adolescenten met psychosociale problemen niet zien of mogelijk niet als zodanig herkennen (Zwaanswijk, 2011; Verhaak, 2015). Ondersteuning bij de identificatie en het verwijzen naar de juiste hulpverlening door het CenA team had daarom mogelijk kunnen leiden tot een toename van gesignaleerde en geregistreerde psychische problemen door huisartsen. Onze resultaten wijzen hier echter niet op. Er is geen aanleiding om te vermoeden dat in de regio Gooi en Vechtstreek een sterkere toename is dan in vergelijkbare regio's zonder een CenA team.

## Beperkingen van het onderzoek

Ondanks grote inspanningen gedurende dit onderzoek om de aanmeldingen bij en de activiteiten van het CenA team kwalitatief goed te registreren en geschikt te maken voor analyses, bleken er een aantal beperkingen aan de data. Ten eerste zijn er relatief veel missings. Dit komt omdat in de beginfase de teamleden anders en minder registreerden, waardoor bepaalde gegevens onbekend bleven. Toen het

onderzoek startte is besloten vollediger en systematischer te registreren. Vanaf half 2016 zijn gegevens over 2015 en de eerste helft van 2016 met terugwerkende kracht in het registratiebestand toegevoegd, voor zover nog bewaard in notities en in e-mailverkeer. Niet alles was meer terug te vinden. Ten tweede geeft het CenA team voor een deel van de aanmeldingen anonieme telefonische consultaties, waarbij slechts heel summier gegevens worden vastgelegd. Huisartsen rapporteren niet terug aan het team wat zij doen met de adviezen bij anonieme consultaties, waardoor een onvolledig beeld ontstaat van vervolg en mogelijke verwijzingen. Ten derde maken lang niet alle huisartsen in de regio gebruik van de diensten van het CenA team. Omdat ook maar een klein aandeel van de praktijken in de regio zijn aangesloten bij de Nivel Zorgregistraties eerste lijn én de twee databestanden (van CenA team en van Nivel) niet op kindniveau gekoppeld konden worden, blijven uitspraken over effecten van het CenA team op diagnoses en verwijzingen van alle jeugdigen in de regio Gooi en Vechtstreek beperkt.

Tot slot gaven maar heel weinig ouders die contact hadden met het CenA team actief toestemming om gegevens uit het JGZ-dossier te gebruiken ten behoeve van dit onderzoek. Daardoor was het onderzoek naar de voorspellende waarde van SDQ-scores zeer beperkt. De resultaten kunnen wel, zeker gezien eerder onderzoek naar de voorspellende waarde van SDQ-scores (Hoofs, 2018), aanleiding zijn om jeugdigen met verhoogde SDQ-scores actief te volgen of preventief te ondersteunen op initiatief van de JGZ.

Wat betreft verwijzingen naar jeugdzorg, basis ggz en specialistische jeugd ggz door huisartsen bleken de Nivel Zorgregistraties eerste lijn onvolledig en derhalve niet geschikt voor betrouwbare analyses. Reden hiervoor is dat huisartsen hun verwijzingen lang niet altijd registreren. Ze zijn alleen verplicht om verwijzingen naar de specialistische jeugd ggz te registreren, maar voor andere verwijzingen zoals naar basis ggz, maatschappelijk werk, jeugdzorg, het voorveld of nog anders, geldt geen verplichting. Deze verwijzingen registreren ze soms wel en soms niet. Uit eerder onderzoek naar psychische problemen van jeugdigen in de huisartsenpraktijk bleek dat verwijzingen naar andere organisaties of professionals dan de specialistische ggz 'mogelijk onderschat zijn' en 'te klein waren voor analyses' (Zwaanswijk, 2011, p.6). Opgevraagde bestanden in de regiogemeenten bleken ook onvolledig over verwijzingen. Anno 2019 moeten we dus constateren dat registraties van de JGZ, huisartsen en gemeenten over verwijzingen van jeugd naar alle vormen van hulp en zorg onvolledig zijn en bovendien niet aan elkaar te koppelen. Daardoor hebben we geen effecten van het CenA team op verwijzingen kunnen vaststellen in vergelijking met soortgelijke regio's zonder CenA team.

Ondanks deze beperkingen maakt de evaluatie inzichtelijk wat het CenA team doet, voor welke klachten zij worden ingeschakeld en door wie. Ook biedt dit onderzoek, gezamenlijk met de eerdere resultaten uit documenten, interviews en focusgroepen, inzicht in de waarde en ontwikkelingen van het team en in enkele knelpunten.

Onlangs verscheen een vergelijking tussen modellen voor preventieve en eerstelijns zorg voor kinderen in 30 Europese landen (Blair e.a., 2018). De onderzoekers concludeerden dat optimale eerstelijns zorg voor kinderen kindgericht is, pro-actief en geïntegreerd met de hele keten van onderwijs, voorveld en specialistische zorg. Of zorg en ondersteuning effectief is, wordt vooral bepaald door toegankelijkheid, beschikbare personele inzet, afstemming en coördinatie (Blair, 2018). Bijna al deze kenmerken zijn van toepassing op de inzet en werkwijze van het CenA team in de regio Gooi en Vechtstreek.

## 5. CONCLUSIE EN AANBEVELINGEN

Het CenA team is bedoeld als een laagdrempelige oplossing voor de inrichting van de transitie Jeugdzorg in de regio Gooi en Vechtstreek, gericht op de doelgroep jeugdigen met psychische of psychosociale problemen. Het team heeft zich ontwikkeld tot een expertteam rondom huisartsen en gemeentelijke uitvoeringsdiensten en bedient veel verschillende verwijzers: de huisartsen en hun praktijkondersteuners POH GGZ, jeugdconsulenten van gemeenten, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in de JGZ en overigen.

Het CenA team heeft van 2015 tot en met 2017 verwijzers en ouders ondersteund voor meer dan 700 jeugdigen van 0 tot 18 jaar, iets meer kinderen tussen 0 en 12 jaar dan adolescenten vanaf 13 jaar en vermoedelijk iets meer jongens dan meisjes. De grootste groep van deze jeugdigen hadden vooral 'andere' psychische klachten dan de meest bekende, blijkbaar onbegrepen door de verwijzers. De groep die met dit type klachten werd aangemeld, nam toe in de drie jaar. Andere klachten van jeugdigen waarvoor het CenA team is ingezet waren prikkelbaar of boos gedrag, angst- en spanningsklachten, overactiviteit, somberheid en depressie.

De meest voorkomende aanmeldklachten bij het CenA team bleken ook de meest voorkomende geregistreerde psychische problemen in huisartsenpraktijken, zowel in de regio Gooi en Vechtstreek als in vergelijkbare regio's: de 'andere psychische klachten'. Prikkelbaar of boos gedrag wordt nauwelijks geregistreerd in huisartsenpraktijken. Leerproblemen komen regelmatig voor in huisartsenpraktijken, is nauwelijks een aanmeldklacht bij het CenA team, door geen enkele type verwijzer.

Het CenA team voorziet in een behoefte bij verwijzers in de regio. Ze bieden aan jeugdconsulenten en JGZ-professionals vooral consultatie en aan huisartsen vooral vraagverheldering voor ouders. Het team biedt zelf maar heel weinig behandeling of begeleiding. Het team is dus geen alternatief voor een POH jeugd GGZ (die vooral jeugdigen behandelt of begeleidt) of andere behandelingspecialist in de huisartsenpraktijk, maar die lijken ook niet nodig gezien de hulpvragen van verwijzers aan het team.

Het CenA team verwijst jeugdigen naar een breed spectrum van zorg en ondersteuning: één op de zes jeugdigen wordt verwezen naar de specialistische ggz, andere verwijzingen zijn naar de basis ggz, de jeugdhulpverlening, maatschappelijk werk, welzijn, pedagogische hulp of nog anders.

De verwijzingen van jeugdigen door het CenA team naar de specialistische ggz zijn over de drie jaar gelijk gebleven.

Jeugdigen die zijn aangemeld bij het CenA team lijken al eerder aanwijzingen voor psychische problemen te rapporteren bij reguliere contactmomenten in de JGZ.

Het CenA team zou een rol kunnen spelen in het overbruggen of terugbrengen van wachttijden voor hulp en zorg in de regio, door hun bereik te vergroten en nog eerder in het traject een triagefunctie te vervullen, in het bijzonder bij overactiviteit. Mogelijk kan dit in nauwere samenwerking met de jeugd GGZ aanbieders. Scholen zijn een belangrijke vindplaats voor jeugdigen met psychische problemen en een nauwere samenwerking tussen CenA team met scholen zou een deel van de rechtstreekse verwijzingen van huisarts naar specialistische GGZ kunnen terugdringen, door vroege diagnostiek en begeleiding.

Concluderend lijkt het CenA team een passende oplossing voor het signaleren en verwijzen van jeugdigen met psychische of psychosociale problemen, en het ondersteunen van een variëteit aan verwijzers in de regio. Om het team succesvol te kunnen voortzetten doen we de volgende aanbevelingen.

- *Profilering.* Bij de officiële start van het CenA team begin 2015, zijn er veel promotieactiviteiten geweest om bekendheid te geven aan het team bij huisartsen. Het CenA team initieerde in 2016 structurele overleg met de gemeentelijke jeugdconsulenten en gaf deskundigheidsbevordering van andere professionals. Hierna zijn echter geen activiteiten meer ondernomen om verwijzers te informeren en in beeld te blijven.

Aangezien veel huisartsen nog niet voldoende bekend zijn met de activiteiten van het CenA team en er een afname te zien is van huisartsen die het team inzetten, raden we aan om vanuit de regiogemeenten of rechtstreeks door het team activiteiten te ondernemen om het CenA team (weer) onder de aandacht te brengen. Het bereik van het team zal vergroot moeten worden, om de beoogde effecten op passende verwijzingen te realiseren.

- *Afspraken rondom ADHD en leerstoornissen.* Aangezien het aandeel kinderen met overactiviteit of druk gedrag en met leerstoornissen in de regio aanzienlijk is, en het CenA team hier niet altijd (bij overactiviteit) of zelfs zelden (bij leerstoornissen) voor ingeschakeld wordt, lijkt het relevant om hierover regionale afspraken te maken met betrokken partijen zoals huisartsen, scholen en de specialistische GGZ. Het CenA team kan immers meer dan nu gebeurt haar expertise inzetten voor jeugdigen met deze problemen en onnodige verwijzing naar specialistische ggz tegengaan.
- *Registratie van CenA team activiteiten.* Ondanks grote inspanningen van de onderzoeker en een jeugdarts van het CenA team om kwalitatief goed te registreren, bleken er nogal wat beperkingen aan het bestand: van veel aangemelde jeugdigen bleken lang niet alle basiskenmerken geregistreerd. We raden aan om, nu het onderzoek is afgerond, de registraties niet te laten versloffen. De enige manier om goed zicht te houden op aanmeldingen, type klachten en verwijzingen, en om lange termijn effecten van het team te kunnen vaststellen, is een degelijke registratie.



## 6. REFERENTIES

- AJN (2015). De jeugd gezond houden. Position Paper Jeugdartsen. Utrecht: AJN.
- Bergsma, C. (2017). Jaarverslag Consultatie en Adviesteam Jeugd GGZ (CenA team) 2016. Regio Gooi en Vechtstreek.
- Blair, M., Rigby, M. & Alexander, D. (2018). Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe: The final summarised results of the Models of Child Health Appraised (MOCHA) Project. <http://www.childhealthservicemodels.eu/wp-content/uploads/MOCHA-Issues-and-Opportunities-in-Primary-Health-Care-for-Children-in-Europe.pdf>, geraadpleegd mei 2019.
- Broek, G. van den (2017). Het Consultatie en Adviesteam in de regio Gooi en Vechtstreek. De huidige en toekomstige inrichting van het team. Regio Gooi en Vechtstreek.
- Dörenberg, V. (2019). Tussen huisarts, jeugdarts en gemeente in de regio Gooi en Vechtstreek: een juridische beschouwing over het Consultatie- en Adviesteam jeugd-GGZ. VUmc, intern rapport.
- Hoofs, H., Jansen, N., Mohren, D., Jansen, N. & Kant, Y. (2018). Toepassing van anonieme onderzoeksgegevens over de SDQ binnen de JGZ. Bruikbaarheid en valkuilen. *Tijdschrift JGZ*, 50 (2), 40-48.
- Hoofs, H., Jansen, N.W.H., Mohren, D.C.L., Jansen, M.W.J. & Kant, Y. (2015). The Context Dependency of the Self-Report Version of the Strength and Difficulties Questionnaire (SDQ): A Cross-Sectional Study between Two Administration Settings. *PLoS ONE*, 10(4): e0120930. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0120930>
- Hofstra, M. B., van der Ende, J. & Verhulst, F.C. (2002). Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: a 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41 (2), 182-9.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2015). Landelijk professional kader uitvoering Basispakket JGZ. Utrecht: NCJ.
- Postma, S. (2008). JGZ Richtlijn. *Vroegsignalering van psychosociale problemen*. Utrecht: NCJ.
- Stevens, G., Dorsselaer, S. van, Boer, M. e.a. (2018). *HBSC 2017 Gezondheid en Welzijn van kinderen in Nederland*. Utrecht: Universiteit Utrecht.
- Theunissen, M.H.C., Dijkshoorn, J.J. & Klein Velderman, M. (2018). Specialistische ondersteuning in de basiszorg voor jeugd: verbindingen maken in het sociale domein. *TSG Tijdschrift voor gezondheidswetenschappen*, 96, 354-360.
- Vandenbussche, S. (2017). Consultatie en Adviesteam Jeugd GGZ 2016. VUmc, interne notitie.
- Vandenbussche, S. & Hoogsteder, M., m.m.v. Dorenberg, V. en Zwaanswijk, M. (2018). Expertise aan de voorkant: Evaluatie van een Consultatie- en Adviesteam Jeugd-ggz in Gooi en Vechtstreek. Eindrapportage I: documenten, interviews en focusgroepen. VUmc, intern rapport.
- Verhaak, P. F., van Dijk, M., Walstock, D., & Zwaanswijk, M. (2015). A new approach to child mental healthcare within general practice. *BMC Family Practice*, 16, 132.
- Zeijl, E., Crone, M., Wiefferink, K., Keuzenkamp, S. & Reijneveld, M. (2005). *Kinderen in Nederland*. TNO.
- Zwaanswijk, M., van Dijk, C. E. & Verheij, R. A. (2011). Child and adolescent mental health care in Dutch general practice: time trend analyses. *BMC Family Practice*, 12, 133.

## Bijlage I: Tabellen registratiedata CenA team

Tabel 3 Verwijzers, klachten, hulpvraag, vervolg en verwijzingen van het CenA team in de periode 2015 – 2017, gestratificeerd naar geslacht en leeftijd	19
Tabel 4 De meest geregistreerde aanmeldklachten (ICPC codes) en hulpvraag per type verwijzer	20

## Bijlage II: Tabellen Nivel Zorgregistraties eerste lijn

Tabel 5 Kenmerken van geregistreerde jeugdige patiënten (0-18 jaar), hun zorggebruik, meest voorkomende psychische problemen en prescripties in huisartsenpraktijken in Gooi en Vechtstreek en vergelijkbare praktijken in Nederland in de periode 2013-2017	21
Tabel 6 Geregistreerde jeugdige patiënten (0-18 jaar), zorggebruik, psychische problemen en prescripties voor huisartsenpraktijken in Gooi en Vechtstreek (GV) en controlepraktijken in 2017	22
Tabel 7 Verschillen in geslacht en leeftijd bij geregistreerde psychische problemen (P-code), consultaties, prescripties en meest geregistreerde psychische problemen (P-codes) in de GV praktijken van 2013 t/m 2017	23
Tabel 8 Aandeel geregistreerde jeugdigen met psychische problemen (P-code), psychotrope medicatie (prescripties) en zorggebruik voor (2013) en na de transitie (2017) in de GV praktijken en controlepraktijken	24

**Tabel 3 Verwijzers, klachten, hulpvraag, vervolg en verwijzingen van het CenA team in de periode 2015-2017, gestratificeerd naar geslacht en leeftijd**

	Jongen	Meisje	X <sup>2</sup>	OR <sup>2</sup> (95% BI)	0-12 jr	13-18 jr	χ <sup>2</sup>	OR <sup>3</sup> (95% BI)
<b>Geslacht jongen</b>					202	103	<b>9.43*</b>	
<b>Leeftijd 0-12 jaar</b>	202	129	<b>9.43**</b>					
<b>Verwijzers</b>								
Huisartsen	183	145	0.01		198	120	0.58	
Uitvoerders	61	42	0.66		36	45	<b>10.79**</b>	
POH GGZ	14	19	2.45		15	19	<b>4.29*</b>	
JGZ	35	31	0.20		53	7	<b>21.26***</b>	
Anders	44	33	0.09		36	25	0.10	
<b>Klachten bij aanmelding<sup>1</sup></b>								
Andere zorgen/psychische klachten	142	115	0.02	1.13 (0.78-1.64)	135	110	<b>7.81**</b>	0.57 (0.39-0.83)
Prikkelbaar/boos gedrag	52	39	0.12	0.98 (0.61-1.57)	64	26	<b>4.69*</b>	<b>1.71</b> (1.03-2.83)
Angst/spanning/angststoornis	24	40	<b>9.70**</b>	<b>0.40</b> (0.23-0.69)	40	24	0.06	1.27 (0.72-2.22)
Overactiviteit	38	15	<b>6.29*</b>	<b>1.99</b> (1.03-3.84)	35	13	3.14	1.69 (0.87-3.31)
Somberheid/depressie	18	26	<b>4.19*</b>	0.60 (0.31-1.14)	14	30	<b>17.54***</b>	<b>0.28</b> (0.16-0.40)
<b>Hulpvraag</b>								
Consultatie	176	134	0.32	1.15 (0.91-1.62)	160	122	<b>4.25*</b>	<b>0.65</b> (0.46-0.93)
Vraagverheldering	140	115	0.12	0.90 (0.64-1.28)	167	87	<b>4.75*</b>	<b>1.56</b> (1.09-2.22)
Behandeling/begeleiding	1	3	1.54		2	2	0.20	
<b>Vervolg</b>								
Advies	209	160	2.47		198	143	1.65	
Verwezen	66	60	0.26		80	45	1.08	
Behandeling/begeleiding	11	20	<b>4.71*</b>	<b>0.41</b> (0.20-0.14)	21	11	0.44	
Advies monitoring	8	7	0.01		9	6	0.00	
<b>Verwijzingen</b>								
BGGZ	22	32	<b>4.77*</b>	<b>0.43</b> (0.23-0.80)	30	21	0.19	
SGGZ	63	50	0.07		58	49	3.28	
Jeugdhulpverlening	18	11	0.68		17	12	0.12	
Voorveld	59	43	0.52		90	12	<b>39.19***</b>	<b>6.3</b> (3.32-12.04)
Anders	58	46	0.06		45	49	<b>9.50**</b>	<b>0.46</b> (0.29-0.74)
Geen	43	36	0.00		43	33	0.99	

Noot 1 De vijf meest voorkomende klachten / IPCP codes, overige type klachten kwamen bij <2% voor. Noot 2 Odds ratio's gecorrigeerd voor leeftijdscategorie.

Noot 3 Odds ratio's, gecorrigeerd voor geslacht. Vetgedrukte X<sup>2</sup> scores zijn significant \*p-waarde < .05; \*\*p-waarde < .01; \*\*\* p-waarde < .001

**Tabel 4 De meest geregistreerde aanmeldklachten (ICPC codes) en hulpvraag per type verwijzer**

	Huisartsen OR (95%BI) <sup>1</sup>	Uitvoerders OR (95%BI)	POH GGZ OR (95%BI)	CJG / JGZ OR (95%BI)
<b>Klachten bij aanmelding</b>				
Andere zorgen/ psychische klachten	0.64 (0.44-0.93)*	2.28 (1.28-4.07)**	0.58 (0.26-1.30)	1.25 (0.69-2.28)
Prikkelbaar/ boos gedrag	2.20 (1.31-3.70)**	0.34 (0.13-0.89)*	2.28 (0.94-5.53)	0.36 (0.14-0.93)*
Angst/spanning/angststoornis	2.34 (1.26-4.35)**	0.56 (0.21-1.44)	1.15 (0.37-3.54)	0.61 (0.23-1.63)
Overactiviteit	1.99 (1.02-3.91)*	0.25 (0.06-1.06)	2.70 (0.94-7.79)	0.43 (0.13-1.45)
Somberheid/depressie	1.07 (0.56-2.06)	1.14 (0.49-2.66)	0.88 (0.24-3.17)	0.86 (0.24-3.01)
<b>Hulpvraag</b>				
Consultatie	<b>0.74</b> (0.05-0.11)***	<b>7.27</b> (3.73-14.14)***	1.39 (0.67-2.88)	<b>7.68</b> (3.64-16.18)***
Vraagverheldering	<b>12.77</b> (8.30-19.66)***	<b>0.15</b> (0.07-0.28)***	0.76 (0.37-1.57)	<b>0.14</b> (0.06-0.29)***

Noot 1 Odds Ratio's gecorrigeerd voor leeftijdscategorie en geslacht; \* p waarde < .05; \*\*p waarde <.01; \*\*\* p-waarde <.001

**Tabel 5 Kenmerken van geregistreerde jeugdige patiënten (0-18 jaar), hun zorggebruik, meest voorkomende psychische problemen en prescripties in huisartsenpraktijken in GV en vergelijkbare praktijken in Nederland in de periode 2013-2017**

<b>Totale populatie</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>	<b>2015</b>	<b>2016</b>	<b>2017</b>
<b>N Huisartsenpraktijken</b>	<b>35</b>	<b>35</b>	<b>34</b>	<b>32</b>	<b>33</b>
<i>G&amp;V</i>	6	6	5	3	4
<i>Controle</i>	29	29	29	29	29
<b>Populatie kinderen/adolescenten<sup>1</sup></b>	<b>43752</b>	<b>39133</b>	<b>38663</b>	<b>37342</b>	<b>37475</b>
<i>Geslacht: vrouw</i>	21324 (49%)	19120 (49%)	18858(49%)	18214 (49)	18233 (49%)
<i>Geslacht: man</i>	22428 (51%)	20013 (51%)	19805 (51%)	19128 (51)	19242 (51%)
<i>Leeftijdsgroep: 0-12</i>	31437 (72%)	26892 (69%)	26401 (68%)	25084 (66%)	24867 (66%)
<i>Leeftijdsgroep: 13-18</i>	12315 (28%)	12241 (31%)	12262 (32%)	12258 (33%)	12608 (34%)
<b>Zorggebruik<sup>2</sup></b>	<b>2.24 (SD 2.70)</b>	<b>2.43 (SD 2.90)</b>	<b>2.40 (SD 2.98)</b>	<b>2.38 (SD 3.00)</b>	<b>2.46 (SD 3.01)</b>
<i>Zorggebruik HA</i>	2.23 (2.68)	2.40 (2.85)	2.35 (2.87)	2.33 (2.90)	2.40 (2.89)
<i>Zorggebruik POHGGZ</i>	0.02 (0.25)	0.03 (0.35)	0.05 (0.55)	0.05 (0.57)	0.06 (0.63)
<i>Zorggebruik met P-code</i>	4.31 (3.43)	4.63 (3.78)	4.87 (4.04)	4.96 (4.82)	5.00 (4.21)
<b>Psychische problemen (P01-P99)</b>	<b>3556 (8.1%)</b>	<b>3702 (9.4%)</b>	<b>3528 (9.1%)</b>	<b>3003 (8.0%)</b>	<b>3571 (9.5%)</b>
<i>Andere zorgen (P22, P23, P29, P99)</i>	1189 (2.7%)	1228 (3.1%)	1098 (2.8%)	853 (2.3%)	1057 (2.8%)
<i>Leerproblemen (P24)</i>	714 (1.6%)	739 (1.9%)	652 (1.7%)	563 (1.5%)	714 (1.91%)
<i>Overactiviteit (P21)</i>	522 (1.2%)	578 (1.5%)	591 (1.5%)	546 (1.5%)	584 (1.6%)
<i>Angst (P01, P74)</i>	234 (0.5%)	251 (0.6%)	277 (0.7%)	246 (0.7%)	283 (0.8%)
<i>Slaap problemen (P06)</i>	254 (0.6%)	245 (0.6%)	221 (0.6%)	187 (0.5%)	219 (0.6%)
<i>Depressie (P76, P03)</i>	148 (0.3%)	180 (0.5%)	178 (0.5%)	161 (0.4%)	236 (0.6%)
<i>Enuresis (P12)</i>	222 (0.5%)	199 (0.5%)	190 (0.5%)	143 (0.4%)	161 (0.4%)
<b>Prescripties</b>	<b>1306 (3.1%)</b>	<b>1344 (3.4%)</b>	<b>1467 (3.8%)</b>	<b>1324 (3.5%)</b>	<b>1303 (3.5%)</b>
<i>Psychostimulantia (N06BA)</i>	977 (2.2%)	1048 (2.2%)	1090 (2.8%)	987 (2.6%)	1000 (2.7%)
<i>Anxiolytica(N05B)</i>	166 (0.4%)	126 (0.3%)	153 (0.4%)	121 (0.3%)	113 (0.3)
<i>Antipsychotica (N05A)</i>	106 (0.2%)	108 (0.2%)	141 (0.4%)	146 (0.4%)	124 (0.3%)
<i>Antidepressiva (N06A)</i>	57 (0.1%)	62 (0.2%)	83 (0.2%)	70 (0.2%)	66 (0.2%)

<sup>1</sup> Aantal kinderen en adolescenten (0-18) geregistreerd in de huisartsenpraktijk

<sup>2</sup> Gemiddeld aantal consultaties per kind per jaar

Tabel 6 Geregistreerde jeugdige patiënten (0-18 jaar), zorggebruik, psychische problemen en prescripties voor huisartsenpraktijken in Gooi en Vechtstreek (GV) en controlepraktijken in 2017

	GV	controle	$\chi^2$
Aantal huisartsenpraktijken	4	29	
Populatie kinderen/adolescenten <sup>1</sup>	6461	31014	
Meisje	3100 (48%)	15133 (49%)	1.42
Adolescenten (13-18 jr)	2361 (36%)	10247 (33%)	29.38***
Zorggebruik <sup>2</sup>	2.46 (SD 2.89)	2.46 (SD 3.03)	0.07
Zorggebruik HA	2.43 (2.80)	2.40 (2.91)	-0.71
Zorggebruik POHGGZ	0.03 (0.42)	0.64 (0.67)	3.59***
Zorggebruik met Pcode	4.86 (4.21)	5.04 (4.12)	0.96
Psychische problemen (P01-P99)	666 (10%)	2905 (9%)	5.50*
Andere zorgen/ klachten (P22, P23, P29, P99)	176 (2.7%)	881 (2.8%)	0.27
Leerproblemen (P24)	111 (1.7%)	603 (1.9%)	1.46
Overactiviteit (P21)	134 (2.1%)	450 (1.5%)	13.53***
Angst (P01, P74)	75 (1.2%)	208 (0.7%)	17.14***
Slaap problemen (P06)	37 (0.6%)	182 (0.6%)	0.02
Depressie (P76, P03)	45 (0.7%)	191 (0.6%)	0.56
Enuresis (P12)	27 (0.4%)	134 (0.4%)	0.03
Prescripties	275 (4%)	1028 (3%)	14.13***
Psychostimulantia (N06BA)	233 (3.6%)	767 (2.5%)	26.44***
Anxiolytica (N05B)	17 (0.3%)	96 (0.3%)	0.38
Antipsychotica (N05A)	14 (0.2%)	110 (0.4%)	3.09
Antidepressiva (N06A)	11 (0.1%)	55 (0.2%)	0.02

Noot <sup>1</sup> totaal aantal kinderen en adolescenten (0-18) geregistreerd in de geïncludeerde GV praktijken en controlepraktijken.

Noot <sup>3</sup> Gemiddeld aantal consultaties per kind per jaar, \* p-waarde < .05; \*\*p-waarde < .01; \*\*\* p-waarde < .001

Tabel 7 Verschillen in geslacht en leeftijd bij geregistreerde psychische problemen (P-code), consultaties, prescripties en bij de en de meest geregistreerde psychische problemen (P-codes) in de GV praktijken van 2013 t/m 2017<sup>1</sup>

	P-code	Consultaties	Prescripties	Overactiviteit (P21)	Angst, spanning (P01,P74)	Depressie (P03, P76)
N=36220	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)	OR (95% CI)
<b>Meisje<sup>2</sup></b>	0.76 (0.71-0.81)***	1.15 (1.10-1.21)***	0.48 (0.43-0.54)***	0.42 (0.35-0.50)***	1.81 (1.46-2.25)***	1.74 (1.29-2.33)***
<b>Adolescenten (13-18 jaar)<sup>3</sup></b>	1.42 (1.33-1.52)***	0.87 (0.83-0.91)***	2.47 (2.23-2.75)***	1.92 (1.65-2.24)***	2.68 (2.17-3.33)***	10.71 (7.21-15.92)***

<sup>1</sup> Univariate binaire logistische regressie over jaren 2013 tot en met 2017, <sup>2</sup> gecorrigeerd voor leeftijdscategorie; <sup>3</sup> gecorrigeerd voor geslacht; \*\*\* p-waarde <.001

Tabel 8 Aandeel geregistreerde jeugdigen met psychische problemen (P-code), psychotrope medicatie (prescripties) en zorggebruik voor (2013) en na de transitie (2017) in de GV praktijken en controlepraktijken<sup>1</sup>

	Gooi en Vechtstreekpraktijken			controlepraktijken		
	2013 % (N)	2017 % (N)	OR (95% BI)	2013 % (N)	2017 % (N)	OR (95% BI)
<b>Psychische problemen (P01-P99)<sup>2</sup></b>	8,8% (726)	10,3% (666)	<b>1.18</b> (1.05-1.32)**	7,8% (2830)	9,4% (2905)	<b>1.17</b> (0.68-0.76)***
Andere zorgen gedrag (P22, P23, P29, P99)	2,6% (213)	2,7% (176)	1.05 (0.86-1.29)	2,8% (976)	2,8% (881)	1.02 (0.93-1.12)
Leerproblemen (P24)	1,6% (129)	1,7% (111)	1.13 (0.88-1.46)	1,7% (585)	1,9% (603)	<b>1.26</b> (1.13-1.42)***
Overactiviteit (P21)	1,4% (118)	2,1% (134)	<b>1.43</b> (1.11-1.83)**	1,1% (404)	1,5% (450)	<b>1.20</b> (1.04-1.38)***
Angst en spanning (P01, P74)	0,7% (58)	1,2% (75)	<b>1.60</b> (1.14-2.26)**	0,5% (176)	0,7% (208)	<b>1.25</b> (1.02-1.53)*
Slaapproblemen (P06)	0,7% (55)	0,5% (37)	0.85 (0.56-1.29)	0,6% (199)	0,6% (182)	1.01 (0.83-1.24)
Somberheid en depressie (P76, P03)	0,4% (34)	0,7% (45)	1.55 (0.99-2.43)	0,3% (114)	0,6% (191)	<b>1.65</b> (1.31-2.09)***
Enuresis (P12)	0,5% (42)	0,4% (27)	0.86 (0.53-1.39)	0,5% (180)	0,4% (134)	0.90 (0.72-1.12)
Andere P-codes	2,5% (206)	2,4% (156)		2,2% (775)	2,5% (771)	
<b>Prescripties</b>						
Psychostimulantia (N06B)	3,2% (261)	3,6% (233)	1.11 (0.93-1.33)	2,0% (716)	2,5% (767)	<b>1.15</b> (1.04-1.28)**
Anxiolytica(N05B)	0,41% (34)	0,26% (17)	0.61 (0.34-1.10)	0,4% (132)	0,3% (96)	0.79 (0.61-1.03)
Antipsychotica (N05A)	0,22% (18)	0,22% (14)	0.94 (0.47-1.90)	0,27% (88)	0,4% (110)	1.29 (0.97-1.71)
Antidepressiva (N06A)	0,10% (8)	0,17% (11)	1.67 (0.67-4.15)	0,13% (49)	0,2% (55)	1.08 (0.73-1.59)
	<b>M (SD)</b>	<b>M (SD)</b>	<b>Bèta (95% BI)</b>	<b>M (SD)</b>	<b>M (SD)</b>	<b>Bèta (95% BI)</b>
<b>Zorggebruik<sup>3</sup></b>	2,34 (2,72)	2,46 (2,89)	<b>0.12</b> (0.25-0.21)*	2,22 (2,70)	2,46 (3,03)	<b>0.24</b> (0.20-0.29)***
Zorggebruik HA	2,34 (2,74)	2,43 (2,80)	<b>0.09</b> (0.00-0.18)*	2,20 (2,67)	2,40 (2,91)	<b>0.20</b> (0.16-0.24)***
Zorggebruik POH GGZ	0,01 (0,18)	0,03 (0,42)	<b>0.02</b> (0.01-0.03)***	0,02 (0,26)	0,64 (0,67)	<b>0.04</b> (0.03-0.05)***

<sup>1</sup> Univariate binaire logistische regressie gecorrigeerd voor geslacht en leeftijd; <sup>2</sup> Aantal jeugdigen (0-18) geregistreerd in de geïncludeerde praktijken

<sup>3</sup> Gemiddeld aantal consultaties per kind; \* p-waarde < .05; \*\*p-waarde <.01; \*\*\* p-waarde <.001