



Dit rapport is een uitgave van het NIVEL.
De gegevens mogen worden gebruikt met
bronvermelding.

Evaluatie van een geïntegreerd eerstelijns zorgaanbod voor kinderen met psychosociale problemen

Marloes van Dijk
Peter Verhaak
Marieke Zwaanswijk

U vindt dit rapport en andere publicaties van het NIVEL in PDF-format op: www.nivel.nl



Dit onderzoek is financieel mogelijk
gemaakt door het Fonds Psychische
Gezondheid te Amersfoort

ISBN 978-94-6122-213-8

<http://www.nivel.nl>

nivel@nivel.nl

Telefoon 030 2 729 700

Fax 030 2 729 729

©2013 NIVEL, Postbus 1568, 3500 BN UTRECHT

Niets uit deze uitgave mag worden verveelvoudigd en/of openbaar gemaakt worden door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van het NIVEL te Utrecht. Het gebruik van cijfers en/of tekst als toelichting of ondersteuning in artikelen, boeken en scripties is toegestaan, mits de bron duidelijk wordt vermeld.

Inhoud

Samenvatting	5
1 Inleiding	9
2 Methode	15
2.1 Onderzoeksopzet	15
Resultaten	19
3 Signaleren van psychische en sociale problemen	19
3.1 Signalering door de huisarts	19
3.2 Vergelijking met controle huisartspraktijken	24
3.3 Ervaringen van zorgverleners	25
4 Behandeling van psychosociale problemen	27
4.1 Behandeling door de huisarts	27
4.2 Vergelijking met controle huisartspraktijken	29
4.3 Ervaringen van zorgverleners	31
5 Verwijzingen	33
5.1 Verwijzing door de huisarts	33
5.2 Vergelijking met controle huisartspraktijken	37
5.3 Ervaringen van zorgverleners	37
6 Inzet van het Eureka project	39
6.1 Inzet van het Eureka project door de huisarts	39
6.2 Verrichtingen en handelingen in het Eureka project	41
6.3 Ervaringen van zorgverleners	43
7 Vergelijking van kinderen	47
8 Het oordeel van ouders en kinderen over het Eureka project	51
8.1 Oordeel over de effectiviteit van de behandeling	51
8.2 Oordeel over de kwaliteit van zorg	53
8.3 Ervaringen van zorgverleners	55
9 Eindoordeel van zorgverleners over het Eureka project	57

10 Discussie en conclusie	61
10.1 Samenvatting resultaten	61
10.2 Beantwoording onderzoeksvragen	62
10.3 Discussie	64
Literatuur	67
Bijlage	69

Samenvatting

Vraagstelling

In het najaar van 2010 is het Medisch Centrum (MC) Eudokia een experiment gestart met een geïntegreerd aanbod aan eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor kinderen van 0-18 jaar. Het doel van dit experiment, genaamd het Eureka project, is om kinderen met psychosociale problemen vroegtijdig op te sporen, zo mogelijk kortdurend te behandelen binnen de eerstelijns setting, en, indien nodig, tijdig en gericht te verwijzen naar de tweedelijns zorg. In dit rapport wordt het Eureka project geëvalueerd om te onderzoeken of deze doelen gerealiseerd zijn. Hierbij wordt antwoord gegeven op de volgende onderzoeksvragen:

- Zijn er meer psychosociale problemen bij kinderen en adolescenten gesignaleerd sinds de start van het Eureka project?
- Door welke zorgverlener en op welke manier zijn de gesignaleerde problemen aangepakt?
- Zijn er verschillen in de signalering en behandeling van psychosociale problemen van kinderen tussen MC Eudokia en huisartspraktijken die geen extra aandacht aan jeugd-GGZ besteden?
- Hoe beoordelen patiënten en hun ouders de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling die plaatsvond in het kader van het Eureka project?
- Hoe beoordelen zorgverleners die betrokken zijn bij het nieuwe zorgaanbod deze zorg?

Resultaten

Uit het onderzoek blijkt dat na de start van het Eureka project, in dit rapport gesteld op 1 oktober 2010, zowel het aantal kinderen met psychosociale problemen dat op consult kwam in de huisartspraktijken, als het aantal contacten met deze kinderen is toegenomen, vergeleken met de periode ervoor. Psychische en sociale diagnoses werden vaker gesteld bij jongens dan bij meisjes. De vergelijking met controle huisartspraktijken laat zien dat de huisartsen in MC Eudokia in 2009, vóór de start van het Eureka project, al meer psychosociale problemen bij kinderen signaleerden. De controle huisartspraktijken zijn vergelijkbaar met de praktijken in MC Eudokia met betrekking tot stedelijkheid en vestiging in een achterstandswijk.

In het eerste jaar na de start van het Eureka project is een toename te zien van het gemiddeld aantal huisartsconsulten per kind met een psychische of sociale diagnose, vergeleken met het jaar vóór de start van het project. Daarnaast is er sprake van een relatieve afname van het aantal kinderen dat psychofarmaca voorgeschreven kreeg in het jaar na de start van het project. Het percentage kinderen met psychosociale problemen dat verwezen werd is nauwelijks veranderd sinds de start van het Eureka project. Dit ligt ieder jaar rond de 25%. Wel wordt er relatief meer binnen de eerstelijns verwezen.

Hoewel bij jongens de meeste psychosociale problemen werden gesignaleerd, is het Eureka project relatief vaker ingezet bij meisjes. Verder blijkt dat relatief veel kinderen

een half jaar tot een jaar na insluiting in het project alsnog bij de huisarts kwamen vanwege een psychosociaal probleem. Bij relatief veel van deze huisartscontacten ging het om de diagnose “andere zorgen gedrag kind”. Ook hebben kinderen die zijn ingesloten in het Eureka project een half jaar tot een jaar na de insluiting in het project gemiddeld meer huisartsconsulten dan een half jaar tot een jaar vóór de insluiting.

De kinderen die in het Eureka project zijn ingesloten hadden in de ogen van de ouders vooral last van emotionele problemen en hyperactiviteit. De kinderen zelf meldden dergelijke klachten in geringere mate en waren ook van mening dat hun problemen weinig impact hebben op hun dagelijks functioneren.

Ten slotte zijn de geïnterviewde betrokken zorgverleners erg tevreden over het Eureka project. Zij vinden dat het project gecontinueerd moet worden. Als grootste voordeel van het project noemen ze de laagdrempeligheid. De zorgverleners merken dat het voor ouders en hun kinderen heel fijn is dat ze dicht bij huis, snel en door hun eigen huisarts geholpen kunnen worden.

Conclusie

De versnippering in de jeugdzorg en de lange wachttijden bij verschillende GGZ-instellingen waren reden om het Eureka project op te zetten. Het Eureka project past goed in de huidige plannen van de overheid om alle jeugdhulp over te hevelen naar de gemeente. Aan dit voorstel ligt namelijk o.a. de aanbeveling ten grondslag dat er meer gebruik gemaakt moet worden van preventieve acties en vroegtijdige interventies, waardoor de effectiviteit van de jeugdzorg wordt vergroot. Onze evaluatie toont aan dat de huisarts hier de juiste persoon voor is, omdat de huisarts goed zicht heeft op het hele gezin en voor ouders en kinderen is het fijn om dichtbij huis en bij een bekend persoon geholpen te kunnen worden.

Wij als onderzoekers zien na deze evaluatie van het Eureka project een aantal verbeterpunten:

- Ten eerste raden wij aan om scholen te betrekken bij het project. Leraren brengen veel tijd door met kinderen op school, waardoor de school een belangrijke plek is om problemen vroegtijdig te signaleren. Scholen kunnen een belangrijke rol spelen bij het Eureka project door extra informatie te leveren aan huisartsen en de POH-JGGZ over het functioneren van het kind op school.
- Ten tweede raden wij aan om de gemeente te betrekken bij het project, ook bij de financiering ervan.
- Ten derde is het raadzaam om ervoor te zorgen dat specialistische consultants, zoals de kinderpsychiater en de gezinstherapeut, mee kunnen kijken bij huisartscontacten met kinderen met (mogelijke) psychosociale problemen. Dit kan tijd besparen die de zorgverleners anders kwijt waren aan overleg en het kan in sommige gevallen een verwijzing voor diagnostiek besparen. Bovendien kunnen huisartsen leren van deze consultants, wat een waardevolle vorm van kennisoverdracht is.
- Ten slotte bevelen wij aan om het maximum aantal consulten bij de praktijkondersteuner-jeugd GGZ te verhogen naar bijvoorbeeld 8 consulten per patiënt (dit is nu gesteld op 5 consulten per patiënt). Dit zal leiden tot een

uitgebreidere behandeling en verkleint mogelijk de kans dat kinderen later terug komen bij de huisarts vanwege hun psychosociale problemen.

1 Inleiding

In het najaar van 2010 startte Medisch Centrum (MC) Eudokia in Enschede een experiment met een geïntegreerd aanbod aan eerstelijns geestelijke gezondheidszorg (GGZ) voor kinderen van 0-18 jaar. Met deze nieuwe werkwijze, genaamd het Eureka project, beoogt men kinderen met psychosociale problemen vroegtijdig op te sporen, zo mogelijk kortdurend te behandelen binnen de eerstelijns setting, en, indien nodig, tijdig en gericht te verwijzen naar de tweedelijnszorg.

Het onderzoek dat het NIVEL uitvoerde had tot doel om na te gaan of bovenstaande doelstellingen gehaald zijn. Dit wordt onderzocht door na te gaan:

- welke gevolgen het Eureka project heeft voor de signalering en behandeling van kinderen met psychosociale problemen in de eerstelijnszorg;
- hoe ouders en kinderen de effectiviteit en kwaliteit van het Eureka project beoordelen;
- hoe zorgverleners die bij het Eureka project betrokken zijn deze zorg beoordelen.

Achtergrond van het onderzoek

Psychosociale problemen komen veel voor bij kinderen: ongeveer één op de zes kinderen heeft zulke problemen (Tick, 2007; Verhulst et al., 1996). Dit kunnen gevoelens van angst, lusteloosheid of extreme verlegenheid zijn, het kan ook gaan om agressief of druk gedrag. Het zijn problemen die soms vanuit een sociale of opvoedkundige context benaderd moeten worden, terwijl in andere gevallen een psychologische of psychiatrische invalshoek het meest van toepassing is.

De problemen hebben niet alleen een negatieve invloed op het huidige functioneren van kinderen (bijv. op hun sociale relaties en schoolprestaties), maar vormen ook een risico voor de ontwikkeling op de lange termijn. Psychosociale problemen bij kinderen zijn namelijk een belangrijke voorspeller voor chronische psychische problematiek in de volwassenheid (Ferdinand & Verhulst, 1995; Hofstra et al., 2002; Roza et al., 2003). Het risico op verergering van de problemen is groot als er geen behandeling plaatsvindt (Harland et al., 2002). Kinderen bij wie psychosociale problematiek niet wordt geïdentificeerd en die niet worden behandeld, zullen daarom in de komende jaren een aanzienlijk groter beroep doen op de geestelijke en somatische gezondheidszorg dan kinderen zonder problemen, of kinderen die tijdig een behandeling hebben gekregen (Jones et al., 2002). Het is om die reden van groot belang om kinderen met psychosociale problemen zo vroeg mogelijk op te sporen en hen een passend zorgaanbod te bieden, om op die manier verergering van de problemen te voorkomen. Dit komt niet alleen het welzijn van het kind op korte en lange termijn ten goede, maar kan ook maatschappelijke kosten (o.a. gebruik van gezondheidszorg, uitval op werk en school) beperken, niet alleen nu, maar ook op de lange termijn. Er is namelijk een verband aangetoond tussen psychosociale problemen in de kindertijd en latere criminaliteit (Sourander et al., 2006). Omgekeerd is het evenzeer van belang om psychosociale problemen niet te snel in een eng psychiatrisch kader te plaatsen. Veel psychosociale problemen hebben baat bij

signalering en begeleiding, maar wel op het gepaste niveau, dat vaak de generalistische eerstelijns is (Verhaak, 2011).

Patiënten geven de voorkeur aan toegankelijke zorg dichtbij huis. Toch is zulke zorg voor kinderen met psychosociale problemen nauwelijks voorhanden: het bestaande aanbod aan eerstelijns geestelijke gezondheidszorg voor kinderen is versnipperd en soms slecht bereikbaar. Ouders weten hierdoor vaak niet waar zij terecht kunnen als hun kind psychosociale problemen heeft.

Huisartsen spelen een belangrijke rol in de zorg voor kinderen. Zij zijn in veel gevallen het eerste aanspreekpunt als ouders zorgen hebben over de lichamelijke of psychische ontwikkeling van hun kind. Bovendien zijn zij vaak de arts van het hele gezin en hebben zij daarom veel kennis over de achtergrond van het gezin. Driekwart van de kinderen gaat minstens één keer per jaar naar de huisarts (NHG, 2008). Vergelijkbare contactfrequenties zijn gevonden voor kinderen met psychosociale problemen (Foets et al., 1996; Zwaanswijk et al., 2005, 2006). De huisartspraktijk is om deze redenen bij uitstek een plaats om kinderen met psychosociale problemen op te sporen, te behandelen en zo nodig te verwijzen naar de gespecialiseerde zorg. Toch worden deze mogelijkheden nog onvoldoende benut.

Signaleren

Ten eerste blijken huisartsen de psychosociale problemen van kinderen maar in beperkte mate te signaleren (Zwaanswijk et al., 2005, 2006). Dit kan een gevolg zijn van het mogelijke gebrek aan kennis van huisartsen op dit gebied, maar ook zeker een gevolg van het feit dat psychosociale problemen zelden als primaire hulpvraag aan de huisarts gepresenteerd worden (Briggs Gowan et al., 2000; Sayal & Taylor, 2004). Ouders en/of kinderen uiten hun bezorgdheid over psychosociale problemen vaak op verdeckte wijze tegenover de huisarts, bijvoorbeeld door primair hulp te vragen voor somatische klachten (Foets et al., 1996; Glazebrook et al., 2003). Om psychosociale problemen van kinderen op te sporen is daarom vaak meer tijd nodig dan de beperkte duur van één consult (Horwitz et al., 1992; Van den Berg et al., 2004).

Behandelen en verwijzen

Ten tweede hebben kinderen met psychosociale problemen effectieve zorg nodig, die aansluit bij de aard en ernst van hun problematiek. Dit betekent dat zij een lichte behandeling dienen te krijgen als dit volstaat, en dat de behandeling geïntensiveerd moet worden als zo'n lichte behandeling onvoldoende resultaten oplevert (stepped care). Kinderen met ernstige psychosociale problemen die niet gebaat zijn bij behandeling in de eerste lijn moeten meteen worden doorverwezen naar de tweedelijns GGZ. Huisartsen (en zorgverleners in de huisartspraktijk) zouden een belangrijke plaats kunnen innemen in de behandeling van kinderen met (lichte) psychosociale problemen. Hoewel huisartsen bij de signalering, begeleiding en behandeling van psychosociale problemen steeds vaker hulp krijgen van een praktijkondersteuner die gespecialiseerd is in de GGZ (POH-GGZ), worden deze zorgverleners nog maar zelden ingezet in de zorg voor kinderen met psychosociale problemen.

Het Eureka project in Medisch Centrum Eudokia, Enschede

Naar aanleiding van de hierboven geschetste lacunes in de zorg voor kinderen met psychosociale problemen is Medisch Centrum Eudokia in Enschede in september 2010 gestart met een experiment met een geïntegreerd aanbod aan eerstelijns geestelijke gezondheidszorg voor kinderen van 0-18 jaar. Zorgverzekeraar Menzis heeft getekend voor de financiering van het project. Het project wordt voor de proeftijd van 3 jaar gefinancierd vanuit de door de NZa vastgestelde beleidsregel 'Innovatie ten behoeve van nieuwe zorgproducten'. Initiatiefnemer van het project is een huisarts die zelf werkzaam is in MC Eudokia. Vóór de start van dit project frustreerde het deze huisarts al jaren dat kinderen met psychosociale problemen die werden verwezen naar Bureau Jeugdzorg op een lange wachtlijst terecht kwamen. De huisarts kwam in zijn spreekkamer kinderen met psychische of sociale problemen tegen die met enkele gesprekken al geholpen zouden zijn en daarom niet op een wachtlijst zouden hoeven te komen. Daarnaast was deze huisarts van mening dat de problemen vaak niet ernstig genoeg zijn voor de bestaande hulpverlening. Naar aanleiding hiervan is na jaren van voorbereiding in september 2010 het Eureka project van start gegaan. Het doel van het Eureka project is vroegtijdige signalering van psychosociale problematiek, zo mogelijk kortdurende behandeling binnen de eerstelijns setting, en indien nodig een tijdige en gerichte verwijzing naar de tweedelijnszorg. Daarnaast heeft het project tot doel om 80% van de kinderen met psychosociale problemen zelf te behandelen binnen MC Eudokia en 20% te verwijzen. Het Eureka project bestaat uit de volgende onderdelen:

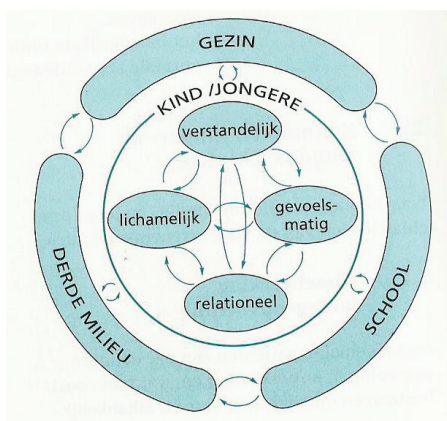
- *Het scharnierconsult*

Als de huisarts een vermoeden heeft van de aanwezigheid van psychosociale problemen bij een kind of jongere, wordt de patiënt uitgenodigd voor een zogenaamd scharnierconsult. Dit is een consult van 30-45 minuten, waarin het probleem verder verkend wordt, eventueel met behulp van informatie van derden, zoals de kinderarts, de school, of het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG).

Als de huisarts een vermoeden heeft van de aanwezigheid van psychosociale problemen bij een kind of een jongere, wordt de patiënt, vaak samen met de ouder(s), voor een zogenaamd scharnierconsult. Dit is een consult van 30-40 minuten waarin het probleem verder verkend wordt en een inschatting gemaakt wordt of er sprake is van (complexe) somatiek, functionele klachten of psychosociale problemen. Ook de ernst van het probleem wordt ingeschat. Is het iets om in de 1^e-lijn te behandelen of is verwijzing op zijn plaats. Zo nodig wordt informatie van derden daarbij betrokken, met name informatie van de school(arts) is van grote waarde. De methode die hiervoor gebruikt wordt is de context-anamnese in combinatie met de SCEGS.

Bij de context-anamnese (zie figuur) vraagt de huisarts aan ouder en kind om informatie over hoe het met het kind gaat op een viertal gebieden (somatisch, emotioneel, relationeel en cognitief) waarbij dit tevens wordt uitgesplitst over de drie leefmilieus van het kind. Dit levert een matrix aan informatie op.

Figuur 1.1 Context-anamnese¹



De SCEGS-methode wordt vaak in de huisartspraktijk toegepast om Somatische, Cognitieve, Gedragmatige, Emotionele en Gedragmatige aspecten van een (lichamelijke) klacht systematisch in kaart te brengen (Blankenstein, 2001). Naar aanleiding van deze inventarisatie wordt besproken welke behandeling – in 1^e of 2^e lijn – het meest geschikt is. Als behandeling binnen de eerstelijnszorg geïndiceerd is, kan de huisarts verwijzen naar de in de praktijk aanwezige praktijkondersteuner jeugd-GGZ (zie onder).

- *De inzet van een praktijkondersteuner jeugd-GGZ (POH-JGGZ)*

In analogie met de functie van de POH-GGZ wordt in MC Eudokia een praktijkondersteuner ingezet die specifiek gericht is op de zorg voor kinderen met psychosociale problemen (de POH-JGGZ). De POH-JGGZ kan ingezet worden voor de volgende taken:

- Probleem- en vraagverheldering
- Laagdrempelige, direct toegankelijke advisering en ondersteuning bij opvoedingsvragen en -problemen
- Kortdurende probleemgerichte begeleiding/behandeling (maximaal 5 contacten), gebaseerd op Triple P (Sanders et al., 2003).
- Ondersteuning van de huisarts met informatie en advies
- Contactpersoon naar derden, zoals justitie, scholen en tweedelijns GGZ

- *De inzet van specialistische consulenten*

Ter ondersteuning van de eerstelijns zorgverleners is er de mogelijkheid tot contacten met specialistische consulenten (kinder- en jeugdpsychiater, kinder- en jeugdpsycholoog en/of orthopedagoog en gezinstherapeut) die met een korte lijn te raadplegen zijn voor advies over diagnostiek of behandeling. Het versterken van deze mogelijkheden tot consultatie sluit aan bij de aanbevelingen van GGZ Nederland (GGZ Nederland, 2007). De consultatie kan intercollegiaal of in een gezamenlijk consult met ouders en kind

¹ Cabus A.M.M.B., Psychiatrie, hoofdstuk 2, thema 4, p. 316, Spruyt, van Mantgem & de Does BV, Leiden, 1998

plaatsvinden. Als de behandeling binnen de eerstelijnszorg onvoldoende resultaten teweegbrengt, kan een kind gericht verwezen worden.

- *Korte lijnen*

Het Eureka project wordt gekenmerkt door korte lijnen tussen professionals die betrokken zijn bij de zorg voor kinderen met psychosociale problemen. Dit geldt voor de lijnen binnen de eerstelijnszorg: alle eerstelijns zorgverleners die met de zorg voor kinderen te maken hebben (huisarts, POH-JGGZ, maatschappelijk werker en CJG-medewerker) werken vanuit MC Eudokia. Zij onderhouden elk vanuit hun eigen functie contacten met professionals in het veld. Op die manier kan informatie vanuit verschillende kanalen samengebracht worden. Omdat de verschillende professionals in hetzelfde gebouw werkzaam zijn, komen zij elkaar voortdurend tegen en kunnen zij daardoor snel en eenvoudig informatie met elkaar uitwisselen om tot een gecoördineerde aanpak te komen. Door de systematische contacten met specialistische consulenten zijn ook de lijnen tussen de eerstelijnszorg en de gespecialiseerde GGZ kort.

De setting: MC Eudokia

Dit nieuwe zorgaanbod wordt geleverd vanuit Medisch Centrum Eudokia. In dit centrum zijn 4 huisartspraktijken gevestigd waarbinnen 6 huisartsen werkzaam zijn. De gegevens worden verzameld en geanalyseerd per praktijk. De praktijken zijn van gemiddelde omvang, variërend van 2.459 tot 2.890 ingeschreven patiënten per praktijk. Binnen het centrum werken de huisartsen samen met fysiotherapeuten, een verloskundige, een diëtiste, het maatschappelijk werk, een psycholoog en een podotherapeut.

Vraagstellingen

Het Eureka project is gericht op vroegtijdige signalering van psychosociale problematiek bij kinderen, zo mogelijk kortdurende behandeling binnen de eerstelijns setting, en indien nodig een tijdige en gerichte verwijzing naar de tweedelijnszorg. Om te onderzoeken of deze doelstellingen gerealiseerd zijn, zijn de volgende onderzoeksvragen van belang:

1. Zijn er meer psychosociale problemen bij kinderen en adolescenten gesignaleerd sinds de start van het Eureka project?
2. Door welke zorgverlener en op welke manier zijn de gesignaleerde problemen aangepakt?
 - a. Bij welke zorgverlener (huisarts of POH-JGGZ) is het psychosociale probleem als eerste terechtgekomen na inclusie in het project?
 - b. Op welke manier heeft deze zorgverlener het gesignaleerde probleem aangepakt?
 - Heeft hij het probleem zelf behandeld?
 - Is er een scharnierconsult ingelast?
 - Heeft hij het kind verwezen naar een andere zorgverlener binnen of buiten MC Eudokia? Zo ja, naar welke zorgverlener?
 - c. Hoeveel contacten zijn er in totaal met MC Eudokia geweest in verband met het gesignaleerde psychosociale probleem?
3. Zijn er verschillen in de signalering en behandeling van psychosociale problemen van kinderen tussen MC Eudokia en huisartspraktijken die geen extra aandacht aan jeugd-

GGZ besteden? (verschillen in aantal contacten, voorgeschreven medicatie, verwijzingen naar tweede lijn?)

4. Hoe beoordelen patiënten en hun ouders de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling door de huisarts en de POH-JGGZ?
5. Hoe beoordelen zorgverleners die betrokken zijn bij het Eureka project deze zorg?

Leeswijzer

Dit rapport is als volgt opgebouwd: In hoofdstuk 2 worden de gebruikte onderzoeksmethoden toegelicht. Vervolgens zijn de resultaten verspreid over een aantal hoofdstukken, waarin telkens één onderwerp wordt behandeld. Hoofdstuk 3 gaat over veranderingen in de signalering van psychosociale problemen onder invloed van het Eureka project. Hoofdstuk 4 betreft veranderingen in de behandeling door de huisarts en in hoofdstuk 5 komen veranderingen in verwijspatronen aan de orde. In hoofdstuk 6 wordt specifiek ingegaan op de verschillende elementen uit het Eureka project en de mate waarin deze door de huisarts en de POH-JGGZ zijn ingezet. In hoofdstuk 7 bezien we klachten en behandeling van kinderen die werden ingesloten in het Eureka project, een half jaar vóór de insluiting in het project en een half jaar na de insluiting. Deze kinderen vergelijken we met kinderen met psychosociale problemen uit hetzelfde gezondheidscentrum, die niet werden ingesloten in het Eureka project. In hoofdstuk 8 worden de oordelen van de behandelde kinderen en hun ouders beschreven en hoofdstuk 9 geeft het eindoordeel van de betrokken zorgverleners weer. Ten slotte wordt in hoofdstuk 10 een samenvattende slotbeschouwing gegeven waarin de gestelde onderzoeksvragen worden beantwoord.

2 Methode

2.1 Onderzoeksopzet

Het onderzoek is uitgevoerd in MC Eudokia in Enschede. Binnen MC Eudokia werken 6 huisartsen in 4 praktijken die sinds september 2010 ondersteund worden door 1fte POH-JGGZ. Deze POH-JGGZ was al werkzaam in MC Eudokia als POH-GGZ voor volwassenen en is specifiek aangenomen als POH-JGGZ voor dit project. De onderzoeksgroep bestaat uit kinderen van 4-18 jaar bij wie psychosociale problemen vermoed worden. Bij MC Eudokia staan ongeveer 1.900 kinderen in de genoemde leeftijdscategorie ingeschreven. De schatting is dat in het eerste jaar van de nieuwe werkwijze 100 kinderen met psychosociale problemen in behandeling worden genomen door de POH-JGGZ.

Procedure

Voor de beantwoording van de onderzoeksvragen 1, 2 en 3 is gebruik gemaakt van gegevens uit het elektronische huisartseninformatiesysteem (HIS) van MC Eudokia. Alle door de huisarts vastgestelde aandoeningen, verrichtingen, geneesmiddelenvoorschriften en verwijzingen worden routinematig in dit systeem geregistreerd. Om de eerste drie onderzoeksvragen volledig te kunnen beantwoorden zijn enkele aanpassingen doorgevoerd in het HIS van MC Eudokia (zie Meetinstrumenten).

De gegevens zijn verzameld voor 4 praktijken over de periode van 1 januari 2009 – 30 september 2010 (7 kwartalen voor de invoering van de nieuwe werkwijze (door ons gesteld op 1 oktober 2010)) en over de periode 1 oktober 2010 – 31 december 2012 (9 kwartalen na de invoering).

Voor de beantwoording van onderzoeksvraag 3 is daarnaast ook gebruik gemaakt van gegevens uit de database van NIVEL Zorgregistraties eerste lijn. Uit deze database zijn gegevens verzameld voor huisartspraktijken die vergelijkbaar zijn met de praktijken in MC Eudokia met betrekking tot stedelijkheid en vestiging in een achterstandswijk (controlegroep). MC Eudokia ligt in een sterk tot zeer sterk stedelijk gebied en in een achterstandswijk. Voor de controlegroep hebben we gebruik gemaakt van gegevens uit 2011 van 33 huisartspraktijken. Hiervoor zijn huisartspraktijken geselecteerd die zeer sterk stedelijk of sterk stedelijk gelegen zijn. Verder hebben we in de controlegroep onderscheid gemaakt tussen praktijken in een achterstandswijk en praktijken die niet in een achterstandswijk liggen : 6 van de 33 geselecteerde praktijken liggen in een achterstandswijk. Dit is bepaald aan de hand van het inschrijftarief voor patiënten uit een achterstandsbuurt.

Voor de beantwoording van onderzoeksvraag 4 hebben de ouders van elke nieuwe patiënt die in behandeling kwam bij de POH-JGGZ een vragenlijst uitgereikt gekregen. Deze vragenlijst inventariseerde het oordeel van ouders over de aanwezigheid van psychosociale problemen bij het kind. Jongeren vanaf 11 jaar is gevraagd om ook zelf een vragenlijst in te vullen. De vragenlijst kon in een bijgevoegde antwoordenvelop

teruggestuurd worden naar het NIVEL. Vier maanden na de eerste meting werden de ouders en kinderen schriftelijk benaderd met het verzoek om nogmaals een vragenlijst in te vullen. Hiermee werd het oordeel van ouders en kinderen over de kwaliteit van zorg van de POH-JGGZ in kaart gebracht. Ook is nagegaan in hoeverre ouders en kinderen vonden dat de behandeling door de POH-JGGZ effectief is geweest in het verminderen van de psychosociale problemen van het kind.

Om na te gaan hoe zorgverleners het nieuwe zorgaanbod beoordelen (onderzoeksvraag 5), zijn 6 interviews gevoerd met eerste- en tweedelijns zorgverleners die betrokken waren bij het Eureka project: 3 huisartsen uit MC Eudokia, de POH-jGGZ, de consultgevende psychiater en de gezinstherapeut.

Meetinstrumenten

Huisartseninformatiesysteem

Alle door de huisarts vastgestelde aandoeningen, verrichtingen, geneesmiddelveorschriften en verwijzingen worden routinematig geregistreerd in een elektronisch Huisartsen Informatie Systeem (HIS). Voor de registratie van aandoeningen wordt hierbij gebruik gemaakt van codes uit de International Classification of Primary Care (ICPC-codes; Lamberts et al., 1993). Om de eerste drie onderzoeksvragen volledig te kunnen beantwoorden zijn enkele aanpassingen doorgevoerd in het HIS van MC Eudokia. Het NIVEL heeft de afgelopen jaren ervaring opgedaan met deze aanpak in de registratie van de werkzaamheden van praktijkondersteuners en consultatief fysiotherapeuten in een gezondheidscentrum in Groningen (Van den Berg et al. 2007, Noordman en Verhaak, 2009):

- De POH-JGGZ kon als identificeerbare medewerker inloggen in het HIS en kon voor ieder contact vastleggen hoe zij de aangeboden problematiek classificeerde, welke handelingen zij verricht heeft en, waar van toepassing, naar wie zij verwezen heeft (binnen MC Eudokia of daarbuiten).
- Er is een aantal extra behandelcodes toegevoegd aan het HIS, die betrekking hadden op de loop van de patiëntenstroom in geval van inclusie in het project. Zo kon geregistreerd worden of er een scharnierconsult heeft plaatsgevonden, of consulenten geraadpleegd zijn en of er verwijzingen hebben plaatsgevonden. De gebruikte behandelcodes zijn weergegeven in tabel 6.3 in hoofdstuk 3.
- Enkele extra verwijscodes, die bij deze doelgroep van toepassing zijn, zijn toegevoegd. Dit betreft verwijzingen binnen de eerstelijnszorg (zoals naar de POH-JGGZ of de CJG-medewerker) en naar de tweedelijnszorg (zoals naar een kinder- of jeugdpsychiater, kinder- of jeugdpsycholoog/orthopedagoog of Bureau Jeugdzorg).

Wat betreft de gehanteerde ICPC-codes uit het HIS, waarmee de symptomen/diagnoses van huisartsen worden geclassificeerd, moet opgemerkt worden dat deze ontwikkeld zijn voor gebruik in de generalistische huisartspraktijk. Dit heeft tot gevolg dat er relatief weinig codes beschikbaar zijn om de specifieke problematiek van kinderen te classificeren. Hierdoor komen “restcodes” als “overige zorgen omtrent gedrag kind” veelvuldig voor.

Van alle kinderen tussen de 4 en de 18 jaar zijn de verwijzingen vanwege psychosociale problemen in kaart gebracht. Dit geschiedde op basis van informatie zoals die in het HIS aanwezig was. Opnieuw is hier de periode van 1 januari 2009 tot en met december 2012 in acht genomen met een cesuur op 1 oktober 2010, zodat er in principe gegevens van zeven kwartalen voor de start van het nieuwe zorgaanbod en negen kwartalen erna beschikbaar zijn.

Van iedere verwijzing is het volgende vastgelegd :

- De datum van de verwijzing (waardoor deze in de periode voor of na de inwerkingtreding van het nieuwe aanbod was te plaatsen);
- De praktijk van waaruit de verwijzing plaats vond;
- De leeftijd en het geslacht van het verwezen kind op de verwijzingsdatum;
- De reden waarom het kind is verwezen. Dit is vrije tekst uit het HIS, en er is gepoogd deze te vertalen in de terminologie van de ICPC. De beperkingen hiervan zijn al eerder in deze sectie ter sprake gekomen;
- Een globale classificatie van het type instelling waarheen is verwezen:
 - Algemene entree in de jeugdzorg (bureau Jeugdzorg)
 - 1^e lijns opvoedkundig (b.v. AGNO, Equitrust, Basictrust, orthopedagoog)
 - 1^e lijns GGZ (b.v. eerstelijnspsycholoog, Instituut vd Stam, psycholoog)
 - 2^e lijns GGZ (b.v. kinder/jeugd psychiatrie, GGZ-instelling (Mediant, Adhaesie, Dimence), Virenze, Karakter)
 - Medisch specialist (b.v. kinderarts, neuroloog)
 - Paramedici (b.v. fysiotherapeut, logopedist)

NIVEL Zorgregistraties eerste lijn

De database NIVEL Zorgregistraties eerste lijn telt 84 huisartspraktijken met meer dan 335.000 patiënten. In deze praktijken worden continue 'productiegegevens' over aandoeningen, aantallen contacten/verrichtingen, geneesmiddelvevoorschriften en verwijzingen verzameld. Ieder contact met de huisarts wordt geregistreerd, waarbij een diagnose wordt geregistreerd en geënclassificeerd met codes uit de International Classification of Primary Care (ICPC). Alle voorgeschreven medicijnen worden geregistreerd en geënclassificeerd met behulp van een ATC-code (Anatomical Therapeutic Chemical Classification system). Verwijzingen worden geregistreerd met vastlegging van de instantie waarheen verwezen is. Wanneer een huisarts een POH-GGZ of SPV in de praktijk inzet, wordt dit in de verrichtingen module geregistreerd.

De ingeschreven patiëntenpopulatie van deze praktijken is bekend. Daarmee zijn gegevens per 1.000 ingeschreven patiënten gegenereerd, die in principe generaliseerbaar zijn naar de Nederlandse bevolking. Met behulp van gegevens van 33 praktijken uit deze database is gekeken naar mogelijke verschillen in de signalering en behandeling van psychosociale problemen van kinderen tussen deze controle-huisartspraktijken en de praktijken in MC Eudokia.

Het oordeel van ouders en kinderen over de inzet van de POH-JGGZ

Hierbij worden twee aspecten in kaart gebracht:

- *Het oordeel van ouders en kinderen over de kwaliteit van de zorg van de POH-JGGZ.*

Bij het opstellen van de vragenlijst om dit aspect te meten, is gebruik gemaakt van relevante items uit de CQ-index Jeugdgezondheidszorg (Reitsma-Van Rooijen et al., 2009). De items zijn aangepast aan de huidige onderzoeksvraag. De CQ-index hanteert een gestandaardiseerde systematiek bij het meten van kwaliteit van zorg vanuit patiëntenperspectief, waarbij patiënten aangeven wat zij belangrijk vinden en wat hun ervaringen zijn met de zorg.

- *Het oordeel van ouders en kinderen over de effectiviteit van de ontvangen behandeling.*

Om na te gaan in hoeverre ouders en kinderen vinden dat de behandeling door de POH-JGGZ effectief is geweest, is voorafgaand aan en na afloop van de behandeling een vragenlijst afgenomen waarmee de aanwezigheid van psychosociale problemen gemeten wordt. Hiervoor is gebruik gemaakt van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ; Van Widenfelt et al., 2003). De SDQ bevat in totaal 25 items, die betrekking hebben op 5 subschalen: hyperactiviteit/aandachtstekort, emotionele problemen, problemen met leeftijdsgenoten, gedragsproblemen en prosociaal gedrag. Voor elke subschaal is een score berekend en door de scores op de eerste 4 subschalen (hyperactiviteit/aandachtstekort, emotionele problemen, problemen met leeftijdsgenoten en gedragsproblemen) bij elkaar op te tellen is de Totale Probleemscore berekend. De score op elke subschaal loopt van 0 tot 10 en de Totale Probleemscore loopt van 0 tot 40. Het tweede deel van de SDQ is erop gericht om de ernst van de problemen te achterhalen. De antwoorden op deze vragen kunnen worden opgeteld tot één impactscore. De Totale Impactscore loopt van 0 tot 10.

De SDQ wordt vanwege zijn validiteit en betrouwbaarheid aanbevolen als screeningsinstrument in de jeugdgezondheidszorg (Hermanns et al., 2005; IGZ, 2009). De SDQ is in verschillende varianten beschikbaar. In dit project is gebruik gemaakt van de versies voor kinderen van 11 t/m 16 jaar en voor ouders van kinderen van 3 t/m 16 jaar. Om na te gaan in hoeverre ouders en kinderen vinden dat de behandeling door de POH-JGGZ effectief is geweest in het verminderen van de psychosociale problemen van het kind, is 4 maanden na het eerste contact met de POH-JGGZ de follow-up versie van de SDQ afgenomen. Deze versie vroeg ouders en kinderen naast het invullen van de standaardvragen, ook een beoordeling te geven van het beloop van de problematiek en de effectiviteit van de ontvangen behandeling.

Omdat de SDQ in toenemende mate gebruikt wordt als screeningsinstrument in de Nederlandse (jeugd-)gezondheidszorg, maakt het gebruik van deze vragenlijst het mogelijk om de resultaten van dit project in het perspectief van andere onderzoeksresultaten te plaatsen.

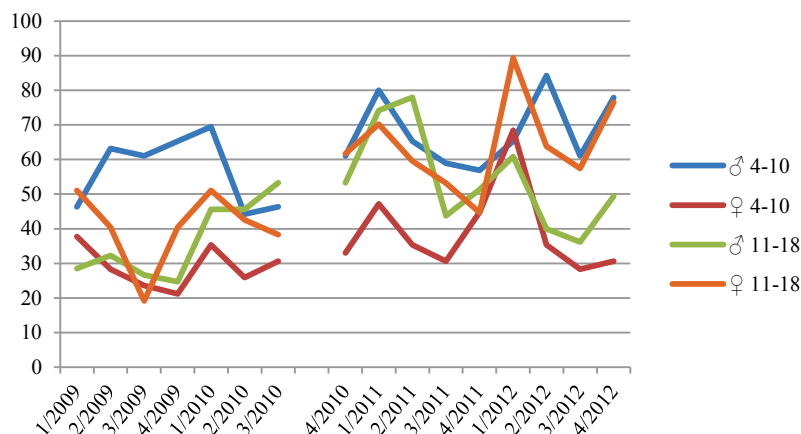
Resultaten

3 Signaleren van psychische en sociale problemen

3.1 Signalering door de huisarts

Met behulp van data uit het Huisarts Informatie Systeem (HIS) van MC Eudokia is vanaf januari 2009 per kwartaal vastgesteld hoeveel kinderen (4 t/m 18 jaar) bij de huisarts kwamen vanwege een psychisch of sociaal probleem. Grafiek 3.1 laat dit zien per 1.000 ingeschreven patiënten in de betreffende leeftijd/geslacht categorie. Er is een breuk tussen het derde (juli-sept 2010) en het vierde (okt-dec 2010) kwartaal van 2010, omdat in september 2010 het Eureka project begon.

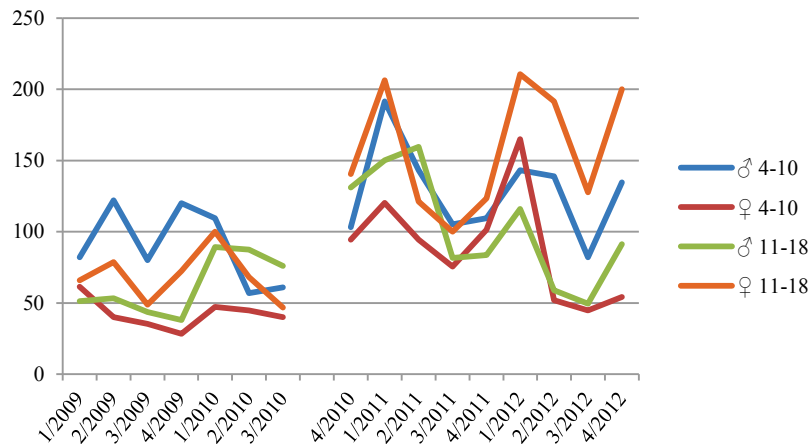
Grafiek 3.1 Aantal kinderen (4 t/m 18 jaar) met een psychische of sociale diagnose (ICPC-code P of Z) in verschillende leeftijd/geslacht categorieën, per kwartaal vanaf 1/1/2009 t/m 31/12/2012 (per 1.000 ingeschreven patiënten).



Grafiek 3.1 laat zien dat het aantal kinderen met een psychische of sociale diagnose vanaf het vierde kwartaal van 2010 is toegenomen. Dit is het geval voor alle leeftijd/geslacht categorieën. Vóór het vierde kwartaal van 2010 werden psychische of sociale problemen het meest gediagnosticeerd bij jongens van 4-10 jaar, met als uitzondering het laatste kwartaal van 2010 wanneer jongens van 11-18 jaar het overnamen. Na oktober 2010 verschildt het bijna per kwartaal bij welke leeftijd/geslacht categorie de meeste diagnoses zijn gesteld: dit wordt afgewisseld tussen jongens van 4-10 jaar, jongens van 11-18 jaar en meisjes van 11-18 jaar.

Grafiek 3.2 laat het aantal huisartscontacten met deze kinderen zien, eveneens voor en na het begin van het Eureka project.

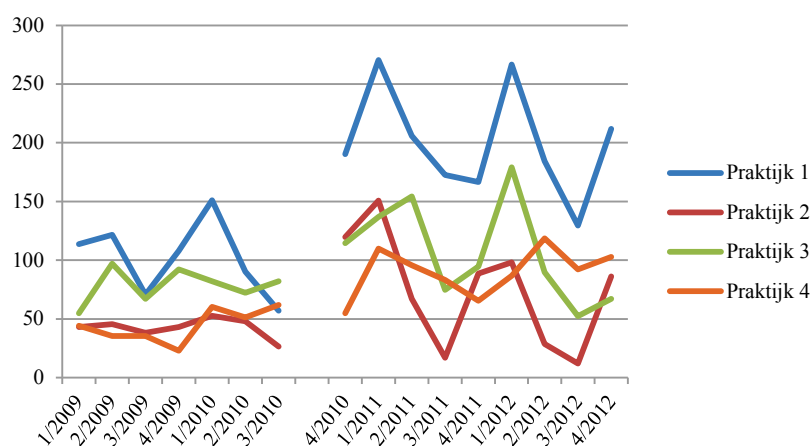
Grafiek 3.2 Aantal huisartscontacten met kinderen (4 t/m 18 jaar) vanwege een psychische of sociale diagnose (ICPC-code P of Z) voor verschillende leeftijd/geslacht categorieën, per kwartaal van 1/1/2009 t/m 31/12/2012 (per 1.000 ingeschreven patiënten).



Grafiek 3.2 vertoont grotendeels hetzelfde patroon als grafiek 3.1. Vóór oktober 2010 is het aantal contacten het hoogst voor jongens van 4-10 jaar (behalve in het tweede en derde kwartaal van 2010, dan nemen de jongens van 11-18 jaar het over). Na de start van het Eureka project in oktober 2010 is voor alle leeftijd/geslacht categorieën het aantal contacten vanwege een psychosociaal probleem gestegen. Over het grootste deel van deze periode was het aantal contacten het hoogst voor de meisjes van 11-18 jaar.

Grafiek 3.3 geeft het aantal contacten van kinderen van 4 t/m 18 jaar vanwege een psychosociale diagnose weer, uitgesplitst per deelnemende huisartspraktijk. Ook in deze grafiek is weer een breuk te zien tussen het derde en vierde kwartaal van 2010.

Grafiek 3.3 Aantal contacten van kinderen (4 t/m 18 jaar) vanwege een psychische of sociale diagnose (ICPC-code P of Z) in de vier deelnemende huisartspraktijken, per kwartaal van 1/1/2009 t/m 31/12/2012 (per 1.000 ingeschreven patiënten in de betreffende huisartspraktijk).



Grafiek 3.3 laat zien dat in praktijk 1 zowel voor als na de start van het Eureka project de meeste psychosociale diagnoses bij kinderen werden gesteld, en vooral na oktober 2010 is het verschil hierin met de andere praktijken groot. Daarnaast is voor elke praktijk het aantal contacten vanwege een psychosociale diagnose toegenomen na de start van het Eureka project. In tabel A1 t/m A3 in de bijlage zijn de cijfers van grafiek 3.1 t/m 3.3 weergegeven, eveneens per kwartaal voor de verschillende leeftijd/geslacht categorieën.

Tabel 3.1 geeft aan hoe het percentage contacten vanwege een psychosociale diagnose verschilt tussen de twee meetmomenten (voor en na 1 oktober 2010), leeftijd/geslacht categorieën en de vier huisartspraktijken. Deze verschillen zijn in tabel 3.1 getoetst als enkelvoudig verband. Er is een significant verschil tussen de metingen van vóór 1 oktober 2010 en daarna, wat betreft het aandeel van de contacten met een psychische of sociale diagnose ten opzichte van het totale aantal contacten (voor 1 oktober 2010 is 7,0% van alle deelcontacten voor psychische of sociale problemen, na 1 oktober 2010 is dit 12,3%). Daarnaast werden psychische en sociale diagnoses vaker gesteld bij jongens dan bij meisjes. Er is geen verschil tussen de twee leeftijdscategorieën 4-10 jaar en 11-18 jaar, maar wel wat betreft leeftijd/geslacht categorieën. Psychische en sociale diagnoses werden namelijk vaker gesteld bij jongens van zowel 4-10 jaar als 11-18 jaar, dan bij meisjes van deze leeftijden, maar ook vaker bij meisjes van 11-18 jaar dan bij meisjes van 4-10 jaar. Ten slotte is er een significant verschil tussen de vier praktijken, met betrekking tot het percentage van de diagnoses dat in de categorie psychisch of sociaal wordt ingedeeld. In praktijk 1 werden meer psychosociale diagnoses gesteld dan in de andere drie praktijken. Ook in praktijk 3 werden deze diagnoses vaker gesteld dan in praktijk 2 en 4.

Tabel 3.1 % contacten van kinderen van 4 t/m 18 jaar met een psychische of sociale diagnose (ICPC-code P of Z) uitgesplitst naar meetmoment, leeftijd/geslacht en praktijk.

	% psychisch/sociaal (sd)	Test
Januari 2009 – September 2010	7,00% (25,5)	t=-15,10, p < .0000
Oktober 2010 – December 2012	12,33% (32,9)	
Jongens	11,68% (32,1)	t=8,68, p < .0000
Meisjes	8,62% (28,1)	
4-10 jarigen	10,03% (30,0)	t=0,04, ns
11-18 jarigen	10,02% (30,0)	
Jongens: 4-10	12,11% (32,6)	F=29,59, p < .0000 J4-10 & J11-18 > M4-10 & M11-18 (p < .0000) M11-18 > M4-10 (p < .05) ¹
Meisjes: 4-10	7,65% (26,6)	
Jongens: 11-18	11,21% (31,5)	
Meisjes: 11-18	9,23% (30,0)	
Praktijk 1	14,95% (35,7)	F=146,72, p < .0000 P1 > P2, P3 & P4 (p < .0000) P3 > P2 & P4 (p < .0000) ²
Praktijk 2	6,37% (24,4)	
Praktijk 3	11,68% (32,1)	
Praktijk 4	6,97% (25,5)	

¹ J4-10: Jongens 4-10 jaar; J11-18: Jongens 11-18 jaar; M4-10: Meisjes 4-10 jaar; M11-18: Meisjes 11-18 jaar.

² P1: Praktijk 1; P2: Praktijk 2; P3: Praktijk 3; P4: Praktijk 4.

In tabel 3.2 bekijken we de invloed van het Eureka project, leeftijd/geslacht categorieën en praktijken op het percentage psychosociale diagnoses. Hierbij houden we rekening met enkelvoudige verbanden en toetsen we deze invloed in een multivariaat model.

Tabel 3.2 Logistische regressie op aantal contacten vanwege psychische/sociale problematiek voor kinderen van 4 t/m 18 jaar.

Determinanten	Odds Ratio	Std error	95% betrouwbaarheidsinterval
Januari 2009 – September 2010	Ref		
Oktober 2010 – December 2012	1,88	0,08	1,73 – 2,05
Jongens: 4 – 10	1,39	0,07	1,26 – 1,54
Meisjes: 4- 10	0,83	0,05	0,74 – 0,94
Jongens: 11-18	1,30	0,07	1,17 – 1,44
Meisjes: 11-18	Ref		
Praktijk 1	Ref		
Praktijk 2	0,38	0,02	0,34 – 0,43
Praktijk 3	0,76	0,04	0,68 – 0,84
Praktijk 4	0,42	0,02	0,38 – 0,47

Uit tabel 3.2 blijkt dat de kans op een psychosociale diagnose na de start van het Eureka project bijna 1,9 keer zo groot is als in de periode daarvoor (januari 2009 t/m september 2010). Jongere jongens (4-10 jaar) en oudere jongens (11-18 jaar) hebben respectievelijk 1,4 en 1,3 keer zoveel kans op een psychosociale diagnose dan oudere meisjes (11-18 jaar). Meisjes van 4-10 jaar hebben juist minder kans op een psychosociale diagnose. Met betrekking tot de vier deelnemende praktijken kwamen in praktijk 1 significant meer psychosociale diagnoses voor dan in de andere drie praktijken.

In tabel 3.3 staan de meest voorkomende psychische en sociale diagnoses weergegeven per leeftijd/geslacht categorie en verdeeld naar voor- en nameting. De voormeting betreft de periode 1 januari 2009 – 30 september 2010 en de nameting betreft de periode 1 oktober 2010 – 31 december 2012. In het zwart staat het aantal kinderen, tussen haakjes in blauw het aantal contacten vanwege de betreffende diagnose. Eén kind kan meerdere contacten hebben gehad.

Tabel 3.3 Aantal kinderen met een psychische of sociale diagnose (tussen haakjes in blauw: aantal huisartscontacten voor die diagnose) in de onderscheiden leeftijd/geslacht categorieën voor en na de start van het Eureka project² (N: aantal kinderen met een huisartscontact in de betreffende periode).

Diagnose	♂4-10		♂11-18		♀4-10		♀11-18	
	Voor okt 2010	Na okt 2010	Voor okt 2010	Na okt 2010	Voor okt 2010	Na okt 2010	Voor okt 2010	Na okt 2010
N (aantal kinderen met een huisarts contact)	479	494	507	519	442	431	529	554
Angstig/ nerveus	2 (2)	5 (12)	5 (14)	3 (5)	0	2 (10)	2 (3)	6 (46)
Depressief gevoel	0	0	1 (1)	4 (7)	0	1 (9)	0	4 (28)
Eetproblemen kind	1 (1)	1 (2)	0	1 (1)	3 (6)	4 (29)	0	1 (1)
Enuresis	13 (38)	17 (52)	7 (14)	3 (5)	5 (8)	11 (51)	2 (5)	1 (1)
Overactief kind	16 (77)	13 (42)	15 (69)	19 (95)	2 (9)	4 (37)	5 (18)	8 (51)
Andere zorgen gedrag kind	34 (117)	48 (205)	15 (30)	44 (210)	14 (35)	26 (126)	18 (36)	29 (190)
Leerproblemen	2 (2)	10 (15)	3 (5)	2 (2)	4 (11)	2 (12)	2 (2)	7 (12)
Angststoornis	1 (1)	5 (28)	1 (1)	3 (15)	1 (2)	2 (9)	4 (30)	10 (54)
Relatie ouder-kind	4 (24)	7 (33)	3 (3)	0	6 (15)	1 (4)	2 (10)	6 (14)

De toename in psychosociale problemen na de start van het Eureka project is vooral het gevolg van de toename van het aantal kinderen bij wie de diagnose “andere zorgen om het gedrag van het kind” gesteld werd. Vooral onder jongens van 11-18 jaar nam het aantal kinderen met deze diagnose toe (193%) en het aantal contacten nog meer (600%). In de tweede plaats vragen kinderen met de diagnose “overactief kind” veel aandacht van de huisarts, maar deze diagnose kwam voor de start van het Eureka project ongeveer even vaak voor. Voor deze diagnose is alleen het aantal contacten voor meisjes van 4-10 jaar en meisjes van 11-18 jaar toegenomen ($p < .05$). Andere veel voorkomende diagnoses zijn “angststoornis” en het sociale probleem “relatie ouder-kind”. Het aantal contacten vanwege deze laatst genoemde diagnose is niet toegenomen, maar het aantal contacten vanwege een angststoornis is wel toegenomen, met name onder jongens van 4-10 jaar (28 keer zoveel).

Wat betreft specifieke diagnoses is het aantal contacten voor kinderen van 4 t/m 18 jaar met de diagnoses “angstig/nerveus”, “depressief gevoel”, “eetproblemen”, “andere zorgen gedrag kind” en “angststoornis” toegenomen na de start van het Eureka project ($p < .01$).

² Niet vermelde categorieën vanwege slechts zeer incidenteel voorkomen per leeftijd/geslacht categorie: encopresis, alcoholmisbruik, tabaksmisbruik, geheugen/concentratie/oriëntatiestoornissen.

3.2 Vergelijking met controle huisartspraktijken

Om na te gaan of er verschillen bestaan in de signalering van psychosociale problemen, wordt in tabel 3.4 het aantal kinderen met een psychische of sociale diagnose in de huisartspraktijken van MC Eudokia vergeleken met vergelijkbare kinderen in controle huisartspraktijken (per 1.000 ingeschreven kinderen). Voor de controle praktijken wordt onderscheid gemaakt tussen praktijken die in een achterstandswijk liggen en praktijken die niet in een achterstandswijk liggen (MC Eudokia ligt in een achterstandswijk). De aantallen kinderen binnen Eudokia praktijken zijn weergegeven voor de jaren 2009 en 2011. In 2009 was het Eureka project nog niet gestart en in 2011 was dit project al een aantal maanden aan de gang. De aantallen kinderen in controle praktijken zijn weergegeven voor het jaar 2011.

Tabel 3.4 Aantal kinderen (4 t/m 18 jaar) met psychische of sociale problemen in Eudokia praktijken en NIVEL Zorgregistraties controle praktijken in 2009 en/of 2011 (per 1.000 ingeschreven patiënten in de betreffende leeftijd/geslacht categorie).

Leeftijd/geslacht combinaties	Eudokia praktijken		NIVEL Zorgregistraties controle praktijken (2011)	
	2009	2011	Praktijken in achterstandswijk (N = 6)	Praktijken in niet-achterstandswijk (N = 27)
Jongens 4-10 jaar	144	146	61	94
Meisjes 4-10 jaar	79	94	39	56
Jongens 11-18 jaar	81	150	36	85
Meisjes 11-18 jaar	106	142	30	87

Tabel 3.4 laat zien dat er in 2011, na de start van het Eureka project, in MC Eudokia meer kinderen met psychosociale problemen onder behandeling waren, vergeleken met controle huisartspraktijken. Het verschil met praktijken in een achterstandswijk is groter dan met praktijken die niet in een achterstandswijk liggen. Het verschil tussen Eudokia praktijken en praktijken in een achterstandswijk is het grootst voor meisjes van 11-18 jaar. Er waren in MC Eudokia namelijk bijna 5 keer zoveel oudere meisjes met een psychische of sociale diagnose dan in de controle praktijken. Daarnaast waren er, voor alle leeftijd/geslacht categorieën, in MC Eudokia ruim 1,5 keer zoveel kinderen met een psychische of sociale diagnose dan in controle huisartspraktijken die niet in een achterstandswijk liggen.

Tabel 3.4 laat ook zien dat er in 2009, vóór de start van het Eureka project, al meer kinderen met psychosociale problemen onder behandeling waren in MC Eudokia, dan in de controle praktijken. Het aantal jongens van 4-10 jaar met een psychische of sociale diagnose is in 2009 zelfs bijna gelijk aan het aantal in 2011. Met name in het aantal jongens en meisjes van 11-18 jaar is wel een verschil te zien tussen 2011 en 2009.

Tabel 3.5 laat voor Eudokia praktijken en controle huisartspraktijken het aantal huisartscontacten zien met deze kinderen.

Tabel 3.5 Aantal huisartscontacten met kinderen (4 t/m 18 jaar) vanwege een psychische of sociale diagnose (ICPC-code P of Z) in Eudokia praktijken en NIVEL Zorgregistraties controle praktijken in 2011 (per 1.000 ingeschreven patiënten in de betreffende leeftijd/geslacht categorie).

Leeftijd/geslacht combinaties	Eudokia praktijken		NIVEL Zorgregistraties controle praktijken	
	2009	2011	Praktijken in achterstandswijk (N = 6)	Praktijken in niet-achterstandswijk (N = 27)
Jongens 4-10 jaar	419,2	527,3	71,8	161,4
Meisjes 4-10 jaar	172,0	387,9	53,5	88,2
Jongens 11-18 jaar	189,9	473,5	61,8	152,7
Meisjes 11-18 jaar	270,0	534,0	45,1	151,5

Tabel 3.5 laat een nog groter verschil zien tussen het aantal contacten met kinderen met een psychische of sociale diagnose in 2011 in Eudokia huisartspraktijken en de controle huisartspraktijken, en dan met name de praktijken in een achterstandswijk. In MC Eudokia vonden in 2011 voor de meeste leeftijd/geslacht categorieën ruim 7 keer zoveel contacten plaats vergeleken met deze praktijken, en voor meisjes van 11-18 jaar zelfs bijna 12 keer zoveel. Vergeleken met huisartspraktijken die niet in een achterstandswijk liggen vonden er in MC Eudokia ruim 3 keer zoveel contacten plaats, en voor meisjes van 4-10 jaar ruim 4 keer zoveel.

De verschillen in aantallen contacten (tabel 3.5) tussen Eudokia praktijken en controle praktijken zijn groter dan de verschillen in aantallen kinderen (tabel 3.4.). Dit betekent dat er in MC Eudokia meer contacten per kind plaatsvonden dan in de controle huisartspraktijken. Tabel 3.5 laat echter, net als tabel 3.4, ook zien dat er in MC Eudokia in 2009 al meer contacten plaatsvonden met kinderen vanwege een psychische of sociale diagnose, dan in de controle huisartspraktijken. Dit geldt voor alle leeftijd/geslacht categorieën. Tabellen 3.4 en 3.5 laten zien dat de huisartsen binnen MC Eudokia vóór de start van het Eureka project al actiever waren in het herkennen van psychosociale problemen dan huisartsen in controle praktijken.

3.3 Ervaringen van zorgverleners

De drie geïnterviewde huisartsen en de POH-JGGZ denken allen dat de invoering van het Eureka project heeft geleid tot veranderingen in de signalering van psychosociale problemen bij kinderen. De drie huisartsen zeggen dat dit komt doordat er nu binnen MC Eudokia mogelijkheden zijn om een vervolg te bieden voor deze kinderen, omdat er iemand is die haar werk goed doet en omdat er geen wachttijden zijn. Ze geven aan dat zij hierdoor een probleem sneller aankaarten en het onderwerp ter sprake brengen tijdens een consult.

“Voorheen hadden we geen oplossing voor deze kinderen en nu wel, en als je als huisarts een oplossing hebt voor een probleem ga je het ook aankaarten.” Huisarts praktijk 1

“Ik ben meer uitnodigend om ouders te laten vertellen over problemen van hun kinderen en ik durf het gesprek aan te gaan.” Huisarts praktijk 3

“Voorheen kwam een kind langs met buikpijn en als ik dan niks kon vinden liet ik het erbij zitten en zei dat er niks aan de hand was. Nu kijk je breder naar deze klachten en vraag je door om erachter te komen of er meer achter zit.” Huisarts praktijk 4

Alle drie de geïnterviewde huisartsen geven aan dat dit project feitelijk meer tijd van hen vergt, maar ze ervaren het uiteindelijk niet zo.

“Bij een kind dat anders in de loop van de jaren een aantal keer terug kwam met bijvoorbeeld buikpijn kun je nu consulten uitsparen door te verwijzen naar de POH-JGGZ. De ervaren druk is uiteindelijk minder. De consulten waarbij je niet precies weet wat je moet doen kosten namelijk veel meer tijd dan de consulten waarbij je gericht ergens heen kan werken of verwijzen.” Huisarts praktijk 1

“Uiteindelijk ervaar ik het niet zo dat het meer tijd kost. Als je iets ter sprake brengt en je weet vervolgens niet wat je ermee moet voelt het als meer tijd-belastend dan nu. Dan blijft het in je hoofd zitten wat je er nou mee moet.” Huisarts praktijk 3

“Ik denk dat het uiteindelijk een soort investering is die zich later terug betaalt in een aantal dingen, namelijk dat je beter contact hebt met mensen, beter zicht hebt op hun gezinssituatie en dat je misschien weer wat tijd wint doordat je makkelijker dingen herkent.” Huisarts praktijk 4

4 Behandeling van psychosociale problemen

4.1 Behandeling door de huisarts

In deze paragraaf staan we stil bij wat er in de huisartspraktijk gebeurt met kinderen bij wie een psychische of sociale diagnose is gesteld. Dit doen we eerst door in zijn algemeenheid te kijken naar het aantal consulten, visites e.d. dat gewijd werd aan kinderen met deze diagnoses. We gaan na of het gemiddeld aantal consulten, visites etc. is toegenomen nadat de nieuwe aanpak is ingevoerd, en of huisartsen meer psychofarmaca hebben voorgeschreven na oktober 2010.

Tabel 4.1 vergelijkt voor kinderen met een psychische of sociale diagnose het aantal verrichtingen tijdens drie verschillende meetperiodes: oktober 2009 t/m september 2010 (vóór de start van het Eureka project); oktober 2010 t/m september 2011 (het eerste jaar na de start van het Eureka project) en oktober 2011 t/m september 2012 (het tweede jaar na de start van het Eureka project).

Tabel 4.1 Verrichtingen bij kinderen van 4 t/m 18 jaar met een psychische of sociale diagnose tijdens drie verschillende meetperiodes.

Verrichting	Tijdperiode 1: okt. 2009 – sept. 2010	Tijdperiode 2: okt. 2010 – sept. 2011	Tijdperiode 3: okt. 2011 – sept. 2012	Test
N kinderen met psychische of sociale diagnose	215	250	266	
	Gemiddeld per kind	Gemiddeld per kind	Gemiddeld per kind	F, sign.
Consult huisarts	2,25	3,04	2,83	F=5,30, p<.01 T2 > T1 (p<.01) ¹
Lang consult huisarts	0,49	0,61	0,55	F=0,90, ns
Visite huisarts	0,01	0,01	0,02	F=0,04, ns
Consult POH GGZ	0,20	0,05	0,03	F=8,52, p<.001 T1 > T2 & T3 (p<.005)
% kinderen met psychische klachten waarbij Eureka project werd ingezet	0	32%	27%	F=293,79 (p < .001) T2 & T3 > T1 (p<.00)

¹ T1: Tijdperiode 1; T2: Tijdperiode 2; T3: Tijdperiode 3. Ns = niet significant

In periode 2, direct na de start van het Eureka project, zien we een toename van het aantal kinderen met een psychische of sociale diagnose. In de periode 3 ligt dit aantal nog iets hoger, maar deze toename is minder groot dan van periode 1 naar periode 2. Per kind bij wie een psychisch of sociaal probleem werd geconstateerd was in periode 2 sprake van een statistisch significante toename van het aantal consulten bij de huisarts, vergeleken met de periode voor de start van het project. In periode 3 zien we vervolgens weer een lichte afname van het gemiddeld aantal consulten per kind, maar deze afname is niet significant. Er is geen sprake van een toe- of afname van het aantal lange consulten of visites van de huisarts tussen de verschillende periodes. Uiteraard is er ook sprake van

een statistisch significante toename van het aantal keren dat een kind werd ingesloten in het Eureka project Ten slottewas er in zowel periode 2 als periode 3 een afname van het gemiddeld aantal keren dat een consult bij de POH-GGZ plaatsvond, vergeleken met periode 1.

Naast het aantal verrichtingen bij kinderen met een psychische of sociale diagnose hebben we gekeken naar het door de huisarts aantal voorgeschreven geneesmiddelen die gericht zijn op het zenuwstelsel. Tabel 4.2 vergelijkt het aantal geneesmiddelvoorschriften voor kinderen en het aantal kinderen met deze voorschriften tussen drie verschillende periodes. Daarnaast wordt het aantal kinderen met geneesmiddelvoorschriften weergegeven als percentage van het aantal kinderen met een psychische of sociale diagnose in die betreffende periode.

Tabel 4.2 Aantallen medicatievoorschriften (gericht op het zenuwstelsel) aan kinderen (4 t/m 18 jaar) tijdens verschillende meetperiodes (tussen haakjes: % kinderen met medicatievoorschrift in verhouding tot aantal kinderen met psychische of sociale diagnose).

	Tijdsperiode 1: okt. 2009 – sept. 2010		Tijdsperiode 2: okt. 2010 – sept. 2011		Tijdsperiode 3: okt. 2011 – sept. 2012	
N kinderen met psychische of sociale diagnose	215		250		266	
	N voor- schriften	N kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)	N voor- schriften	N kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)	N voor- schriften	N kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)
- Analgetica	45	37 (17%)	32	30 (12%)	58	33 (12%)
- Antipsychotica	42	9 (4%)	63	9 (4%)	39	11 (4%)
- Benzodiazepinen	20	6 (3%)	9	6 (2%)	12	9 (3%)
- SSRI	7	1 (0,5%)	5	3 (1%)	6	2 (0,8%)
- Psychostimulantia	258	41 (19%)	245	38 (15%)	144	30 (11%)
- Overig zenuw- stelsel	67	29 (13%)	75	34 (14%)	63	27 (10%)

Hoewel er in periode 2, direct na de start van het Eureka project, sprake is van een toename van het aantal kinderen met een psychische of sociale diagnose, is alleen het aantal voorschriften voor antipsychotica en overige medicatie gericht op het zenuwstelsel toegenomen. In periode 3 was dit alleen het geval voor analgetica, vergeleken met periode 1, ondanks de verdere toename van het aantal kinderen met een psychische of sociale diagnose. Daarnaast was er in periode 2, na de start van het Eureka project, voor slechts 2 van de 6 soorten psychofarmaca (SSRI en overig zenuwstelsel) sprake van een absolute toename van het aantal kinderen met deze voorschriften. Ook relatief, ten opzichte van het aantal kinderen met een psychische of sociale diagnose, is er voor deze twee soorten psychofarmaca sprake van een toename, al is het niet meer dan 1%. In

periode 3 was er, vergeleken met periode 1, sprake van een absolute toename van het aantal kinderen met voorschriften voor antipsychotica, benzodiazepinen en SSRI's, maar omdat het aantal kinderen met een psychische of sociale diagnose ook is toegenomen ten opzichte van periode 1 is er alleen voor SSRI's sprake van een relatieve toename, van slechts 0,3%. De meest voorgeschreven psychofarmaca zijn psychostimulantia.

Uit de logistische regressie analyse (tabel 4.3) blijkt dat er in periode 3 minder vaak psychofarmaca zijn voorgeschreven (afgezet tegen medicatie die niet op het zenuwstelsel gericht is), dan in periode 1. Jongens van 4-10 jaar blijken een grotere kans te hebben om psychofarmaca voorgeschreven te krijgen dan meisjes van 4-10 jaar en meisjes van 11-18 jaar. Jongens van 11-18 jaar hebben een nog grotere kans hierop dan de jongere jongens. Ten slotte schreef praktijk 2 relatief minder vaak psychofarmaca voor dan praktijk 1 en praktijk 3 juist meer.

Tabel 4.3 Logistische regressie op aantal medicatie voorschriften (cursief = $p < .05$). *Kans op psychofarmaca, afgezet tegen medicatie die niet op het zenuwstelsel gericht is.*

Determinanten	Odds Ratio	Std error	95% betrouwbaarheidsinterval
Periode 1: okt. 2009 – sept. 2010	Ref		
Periode 2: okt. 2010 – sept. 2011	0,93	0,07	0,81 – 1,07
Periode 3: okt. 2011 – sept. 2012	0,82	0,06	0,71 – 0,96
Jongens 4-10	Ref		
Meisjes 4-10	0,54	0,05	0,44 – 0,65
Jongens 11-18	1,28	0,10	1,11 – 1,48
Meisjes 11-18	0,74	0,05	0,64 – 0,85
Praktijk 1	Ref		
Praktijk 2	0,73	0,06	0,62 – 0,86
Praktijk 3	1,25	0,10	1,08 – 1,45
Praktijk 4	1,02	0,08	0,88 – 1,18

4.2 Vergelijking met controle huisartspraktijken

Om na te gaan of er verschillen bestaan wat betreft de behandeling van psychosociale problemen, wordt in tabel 4.4 het aantal verrichtingen in huisartspraktijken in MC Eudokia vergeleken met controle huisartspraktijken. Hierbij wordt weer onderscheid gemaakt tussen praktijken in een achterstandswijk en praktijken die niet in een achterstandswijk liggen. Tabel 4.4 laat deze gegevens zien over het jaar 2011, waarin het Eureka project bezig was.

Tabel 4.4 Verrichtingen bij kinderen (4 t/m 18 jaar) met een psychische of sociale diagnose in Eudokia praktijken en controle huisartspraktijken in 2011

Verrichting	Eudokia praktijken	NIVEL Zorgregistraties controle praktijken		Test
		Praktijken in achterstandswijk (N = 6)	Praktijken in niet-achterstandswijk (N = 27)	
N kinderen met psychische of sociale diagnose	253	133	1.361	
	Gemiddeld per kind	Gemiddeld per kind	Gemiddeld per kind	F, sign.
Consult huisarts	3,20	2,21	2,55	F=9,72, p < .0005 EP > PA & PNA (p < .0001) ¹
Lang consult huisarts	0,64	0,15	0,48	F=14,16, p < .0001 EP > PA & PNA (p < .0001)
Visite huisarts	0,02	0,01	0,01	F=0,22, ns
Consult POH-GGZ	0,03	0	0	F=5,72, p < .005 EP > PNA (p < .005)

¹ EP: Eudokia praktijken; PA: Controle praktijken in achterstandswijk; PNA: Controle praktijken niet in achterstandswijk. Ns = niet significant

Tabel 4.4 laat zien dat in de praktijken van MC Eudokia meer huisartsconsulten per kind met een psychosociale diagnose plaatsvonden dan in de controle huisartspraktijken. Vergeleken met een controle praktijk in een achterstandswijk had een kind met een psychosociale diagnose in een Eudokia praktijk gemiddeld 0,99 huisartsconsult meer. Dit verschil is iets kleiner bij vergelijking met controle praktijken die niet in een achterstandswijk liggen, namelijk 0,65 huisartsconsult per kind. Beide verschillen zijn significant. Daarnaast vonden er in Eudokia praktijken per kind gemiddeld meer lange huisartsconsulten plaats, meer huisartsvisites en werd de POH-GGZ vaker ingezet, al zijn de laatste aantallen erg klein. Ook het verschil in het aantal lange huisartsconsulten per kind tussen Eudokia praktijken en controle praktijken is significant. Ten slotte vonden er in Eudokia praktijken significant meer POH-GGZ consulten plaats vergeleken met controle praktijken die niet in een achterstandswijk liggen.

Tabel 4.5 laat het aantal medicatievoorschriften en het aantal kinderen met deze medicatie voorschriften in 2011 zien voor Eudokia huisartspraktijken en controle huisartspraktijken.

Tabel 4.5 Aantal medicatievoorschriften (gericht op het zenuwstelsel) aan kinderen (4 t/m 18 jaar) in 2011 (tussen haakjes: % kinderen met medicatievoorschrift met betrekking tot aantal kinderen met psychische of sociale diagnose) in Eudokia praktijken en controle huisartspraktijken

	Eudokia praktijken		NIVEL Zorgregistraties controle praktijken			
			Praktijken in achterstandswijk (N = 6)		Praktijken in niet-achterstandswijk (N = 27)	
N kinderen met psychische of sociale diagnose	253		133		1.361	
	N voor-schriften	N kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)	N voor-schriften	N kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)	N voor-schriften	N kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)
- Analgetica	37	31 (12%)	64	49 (37%)	278	185 (14%)
- Antipsychotica	56	10 (4%)	46	12 (9%)	312	86 (6%)
- Benzodiazepinen	10	6 (2%)	20	14 (11%)	134	76 (6%)
- SSRI	6	3 (1%)	2	1 (0,8%)	146	38 (3%)
- Psychostimulantia	206	37 (15%)	146	36 (27%)	2.495	542 (40%)
- Overig zenuw-stelsel	66	34 (13%)	91	41 (31%)	899	349 (26%)

Ondanks dat er in de huisartspraktijken van MC Eudokia meer psychosociale problemen werden gesignaleerd bij kinderen, zoals we zagen in paragraaf 3.1, werden er in deze praktijken relatief weinig psychofarmaca voorgeschreven vergeleken met de controle huisartspraktijken. Tabel 4.5 laat zien dat er in Eudokia praktijken relatief, ten opzichte van het aantal kinderen met een psychische of sociale diagnose, geen enkel psychofarmaca méér werd voorgeschreven dan in de controle praktijken (met SSRI als uitzondering, maar dit gaat om hele kleine aantallen). Met name in de controle huisartspraktijken in een achterstandswijk werden relatief meer psychofarmaca voorgeschreven dan in de praktijken van MC Eudokia, en dan vooral analgetica. In controle huisartspraktijken die niet in een achterstandswijk liggen werden juist relatief meer psychostimulantia voorgeschreven.

4.3 Ervaringen van zorgverleners

Alle drie de geïnterviewde huisartsen geven aan terughoudend te zijn in het voorschrijven van psychofarmaca. Ze hebben allen niet het idee dat ze anders zijn gaan voorschrijven sinds de invoering van het Eureka project. De huisarts uit praktijk 1 geeft aan het voorschrijven van psychofarmaca wel eens te overleggen met de kinderpsychiater, en merkte dat de psychiater daar nog voorzichtiger mee was. Ten slotte heeft de huisarts uit

praktijk 4 het idee dat hij misschien iets minder medicatie voorschrijft sinds de invoering van het project.

“Als je kinderen in de praktijk hebt met lichamelijke klachten zou je vroeger misschien iets voorschrijven, maar nu besluit je om dat nog even niet te doen en het kind eerst te laten praten met de POH-JGGZ.” Huisarts praktijk 4

5 Verwijzingen

5.1 Verwijzing door de huisarts

In vraagstelling 2 komt aan de orde door welke zorgverlener en op welke manier de gesignaleerde problemen zijn aangepakt. De uitbreiding van het zorgaanbod voor kinderen met psychosociale problemen binnen MC Eudokia zou ook gevolgen kunnen hebben voor het gebruik van voorzieningen buiten het gezondheidscentrum. Enerzijds zouden de toegenomen mogelijkheden binnen het gezondheidscentrum kunnen leiden tot een geringer aantal verwijzingen naar eerste- en tweedelijns instellingen, zowel op het gebied van de GGZ als op het gebied van de medisch specialistische zorg en pedagogische hulpverlening. Anderzijds zou de toegenomen signalering van psychosociale problemen bij kinderen ook tot een uitbreiding van het aantal verwijzingen, met name naar de GGZ en de pedagogische hulpverlening kunnen leiden. In tabel 5.1 is het aantal verwezen kinderen per praktijk en per periode gerelateerd aan het aantal kinderen bij wie in die periode psychische of sociale problemen zijn gesignaleerd.

Tabel 5.1 Per huisartspraktijk: aantal kinderen (4 t/m 18 jaar) die vanwege psychische of sociale problemen verwezen zijn tijdens drie verschillende meetperiodes.

	Periode 1: okt. 2009 – sept. 2010		Periode 2: okt. 2010 – sept. 2011		Periode 3: okt. 2011 – sept. 2012	
	N kinderen met psychische of sociale diagnose	N verwezen kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)	N kinderen met psychische of sociale diagnose	N verwezen kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)	N kinderen met psychische of sociale diagnose	N verwezen kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)
Praktijk 1	72	13 (18%)	92	18 (20%)	103	20 (19%)
Praktijk 2	34	15 (44%)	36	12 (33%)	36	6 (17%)
Praktijk 3	55	11 (20%)	63	17 (27%)	46	17 (37%)
Praktijk 4	55	16 (29%)	59	18 (31%)	82	25 (30%)
Totaal	216	55 (25%)	250	65 (26%)	267	68 (25%)

Tabel 5.1 laat zien dat het aantal verwezen kinderen bijna niet veranderd is sinds de start van het Eureka project. In het jaar vóór de start van het project werd 25% van de kinderen met een psychische of sociale diagnose doorverwezen, het eerste jaar na de start van het project was dit 26% en het tweede jaar era 25%. Het doel van het project was om 20% van deze kinderen door te verwijzen en tabel 5.1 laat zien dat dit doel net niet gehaald wordt. In periode 2 en 3, na de start van het Eureka project, werd dit alleen gehaald door praktijk 1, al verschillen deze aantallen niet veel van het jaar vóór de start van het project.

Tabel 5.1 laat ook zien dat praktijk 2 relatief minder kinderen met een psychische of sociale diagnose is gaan verwijzen: van 44% voor de start van het project naar 17% in het tweede jaar na de start van het project. Praktijk 3 is daarentegen juist meer kinderen gaan verwijzen: van 20% voor de start van het project naar 37% in het tweede jaar na de start van het project. Bij praktijk 1 en 4 zijn weinig verschillen waar te nemen.

Sommige kinderen worden meerdere malen verwezen; de 55 verwezen kinderen in de eerste periode zijn in totaal 63 keer verwezen, de 65 kinderen in de tweede periode zijn 75 keer verwezen en de 68 kinderen in de derde periode 77 keer.

Relatief verwees praktijk 1 veel naar de eerste en tweedelijns GGZ en iets minder dan de andere praktijken naar eerstelijns opvoedkundige bureaus. Praktijk 2 verwees relatief veel naar medisch specialisten vanwege psychosociale problemen. Praktijk 4 verwees relatief vaak naar eerstelijns opvoedkundige bureaus (niet in de tabel).

De ontwikkeling in het aantal verwijzingen naar verschillende verwijsbestemmingen is weergegeven in tabel 5.2.

Tabel 5.2 Aantal verwijzingen van kinderen (4 t/m 18 jaar) vanwege psychische of sociale problemen naar onderscheiden typen instellingen tijdens drie verschillende meetperiodes.

	Periode 1: okt. 2009 – sept. 2010		Periode 2: okt. 2010 – sept. 2011		Periode 3: okt. 2011 – sept. 2012	
	N verwijzingen n	% van totaal aantal verwijzingen n	N verwijzingen n	% van totaal aantal verwijzingen n	N verwijzingen n	% van totaal aantal verwijzingen n
Entree Jeugdzorg	2	3%	1	1%	1	1%
Eerstelijns opvoedkundig	10	16%	16	21%	12	16%
Eerstelijns GGZ	11	17%	15	20%	25	32%
Tweedelijns GGZ	27	43%	25	33%	26	34%
Medisch specialist	8	13%	10	13%	4	5%
Paramedisch	2	3%	4	5%	4	5%
Verstandelijk gehandicaptenzorg	1	2%	0	0%	0	0%
Algemeen maatschappelijk werk (AMW)	0	0%	1	1%	0	0%
Onbekend	2	3%	3	4%	5	6%
Totaal	63	100%	75	100%	77	100%

De meeste verwijzingen gingen in iedere periode naar de tweedelijns GGZ, hoewel dit relatief afneemt na de invoering van het Eureka project. Op de tweede plaats komt de eerstelijns GGZ, die relatief in belang is toegenomen na de introductie van het Eureka project. Op de derde plaats zien we het eerstelijns opvoedkundig aanbod, waarnaar het

aantal verwijzingen meteen na de introductie van het Eureka project relatief toenam, en later weer iets afnam. Verwijzingen van kinderen met psychosociale problemen naar medisch specialisten zijn in het laatste jaar relatief afgenomen.

Tabel 5.3 laat het aantal verwijzingen zien voor de verschillende leeftijd/geslacht categorieën.

Tabel 5.3 Leeftijd/geslacht verdeling van kinderen die vanwege psychische problemen verwezen zijn tijdens drie verschillende meetperiodes.

	Periode 1: okt. 2009 – sept. 2010		Periode 2: okt. 2010 – sept. 2011		Periode 3: okt. 2011 – sept. 2012	
	N kinderen met psychische of sociale diagnose	N verwezen kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)	N kinderen met psychische of sociale diagnose	N verwezen kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)	N kinderen met psychische of sociale diagnose	N verwezen kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)
♂4-10	68	18 (26%)	74	21 (28%)	84	23 (27%)
♀4-10	34	13 (38%)	36	5 (14%)	48	12 (25%)
♂11-18	57	14 (25%)	74	22 (30%)	69	19 (28%)
♀11-18	57	10 (18%)	66	17 (26%)	66	14 (21%)
Totaal	216	55 (25%)	250	65 (26%)	267	68 (25%)

Voor de start van het Eureka project werden meisjes van 4-10 jaar relatief het meest doorverwezen. In de twee jaren na de start van het project werd deze groep relatief minder vaak doorverwezen, met name in het eerste jaar na de start van het project. In periode 2 en 3 werden jongens van 11-18 jaar relatief het meest doorverwezen. Jongens van 5-12 jaar werden relatief vaak naar eerstelijnsopvoedkundige instanties verwezen en relatief weinig naar de eerstelijns GGZ (16% vs. 24%). Oudere jongens en meisjes werden relatief vaak naar de eerstelijns GGZ verwezen (30 % resp. 32% vs. 24% van het totaal; niet in tabel).

In tabel 5.4 staan de meest voorkomende verwijfsredenen die de artsen in hun elektronisch dossier noteerden.

Tabel 5.4 Top-10 van verwijfsdiagnoses, uitgesplitst voor het jaar vóór het Eureka project en de twee jaren na de start van het project.

Verwijfsdiagnose	Periode 1: okt. 2009 – sept. 2010	Periode 2: okt. 2010 – sept. 2011	Periode 3: okt. 2011 – sept. 2012	Totaal
Zorgen gedrag kind	11	8	17	36
Verzoek nadere diagnostiek	5	9	16	30
Overactief kind	12	5	7	24
Persoonlijkheidsstoornis	4	9	9	22
Angststoornis	5	7	4	16
Leerprobleem	5	3	1	9
Andere zorgen gedrag adolescent	3	3	3	9
Prikkelbaar/boos	3	3	2	8
Angstig /nervuus	3	1	3	7
Encopresis	2	3	2	7

De belangrijkste verwijfsredenen zijn van vrij algemene aard: zorgen over het gedrag van het kind en verzoek om nadere diagnostiek. Ook veel genoteerd zijn ADHD-achtige problemen (“overactief kind”), persoonlijkheidsstoornissen (autisme, PDD-NOS (Pervasieve ontwikkelingsstoornis, niet anders omschreven), Asperger) en angststoornissen. Het aantal verzoeken om nadere diagnostiek lijkt na de invoering van het Eureka project toegenomen te zijn. Ook zien we diverse persoonlijkheidsstoornissen als reden van verwijzing vaker na de invoering van het Eureka project. ADHD en leerproblemen als reden voor verwijzing komen na invoering van het nieuwe aanbod minder voor.

De belangrijkste redenen waarom kinderen verwezen worden zijn in de vier onderzochte praktijken heel verschillend. Bij praktijk 1 werd de reden vaak verwoord in vragende termen, gecodeerd als “verzoek om diagnostiek” of “Verdenking ADD, Autisme?, Depressief?”. Op de tweede plaats staat in deze praktijk: “zorgen omtrent gedrag kind”. Hieronder vallen allerlei symptomen en diagnoses die psychisch zijn, maar geen plaats hebben in de generalistische ICPC: “gedrags- en motorische stoornissen”, “ontwikkelingsachterstand”, “gedragsproblemen bij PDDNOS”. Op de derde plaats komen in praktijk 1 symptomen van boosheid en agressiviteit.

In praktijk 2 zijn de meest voorkomende verwijfsredenen symptomen die als somatisch gecodeerd kunnen worden: “buikpijn”, “vermoeidheid”, “duizeligheidsklachten” en “overgewicht”. Op de tweede plaats in deze praktijk komen symptomen en diagnoses van angst (waaronder ook bijvoorbeeld assertiviteitsproblematiek en post-traumatische stress stoornis). ADHD komt in deze praktijk op de derde plaats.

Angst is ex aequo ook de meest voorkomende verwijfsdiagnose in praktijk 3. Even vaak in deze praktijk worden overactief kind en persoonlijkheidsstoornis als verwijfsredenen genoemd. Onder deze laatste categorie rangschikten we “autisme”, “PDD-NOS”, “Asperger” en “ASS

(Autisme Spectrum Stoornis)”.

Praktijk 4 verwees het meest voor de diagnose “zorgen omtrent gedrag kind”, gevolgd door verzoeken om diagnostiek en, evenals in praktijk 3, persoonlijkheidsstoornissen.

5.2 Vergelijking met controle huisartspraktijken

Het aantal kinderen met psychosociale problemen dat verwezen wordt, wordt in tabel 5.5 vergeleken voor huisartspraktijken in MC Eudokia en controle huisartspraktijken. Tabel 5.5 laat deze gegevens zien over het jaar 2011, waarin het Eureka project in MC Eudokia bezig was.

Tabel 5.5 Aantal kinderen (4 t/m 18 jaar) met een psychische of sociale diagnose die in 2011 verwezen werden in Eudokia praktijken en controle huisartspraktijken

	NIVEL Zorgregistraties controle praktijken		
	Eudokia praktijken	Praktijken in achterstandswijk (N=6)	Praktijken in niet-achterstandswijk (N=27)
N kinderen met psychische of sociale diagnose	253	133	1.361
N verwezen kinderen (% van N kinderen met psychische of sociale diagnose)	61 (24%)	66 (50%)	242 (18%)

Tabel 5.5 laat zien dat Eudokia praktijken relatief weinig kinderen met een psychische of sociale diagnose verwezen in vergelijking met controle praktijken die ook, net als MC Eudokia, in een achterstandswijk liggen. Controle huisartspraktijken die niet in een achterstandswijk liggen verwezen relatief minder kinderen door dan de Eudokia praktijken.

5.3 Ervaringen van zorgverleners

Het doel van het Eureka project was om 80% van alle kinderen met psychosociale problemen in MC Eudokia te behandelen en de overige 20% door te verwijzen. De huisarts uit praktijk 1 geeft aan dat die 80% net niet gehaald wordt. Volgens hem komt dit omdat de problematiek bij kinderen ernstiger is dan werd verwacht.

“Ik had zelf eerst gedacht dat het nog wel meer kon zijn dan 80%, maar dat we het niet halen komt omdat de problematiek veel ernstiger is dan we gedacht hadden. We hebben een zelfde soort zorg voor volwassenen en daarvan handelen we zelfs 90% zelf af, maar in vergelijking daarmee is de problematiek bij kinderen veel ernstiger. De drempel voor ouders om hulp te zoeken voor hun kind is heel hoog en dat maakt dat men dus langer wacht, en als wij dan iets tegen komen in de praktijk is het vaak al een behoorlijk

gevorderd probleem. Daarom denk ik ook dat die 80% niet haalbaar is.” Huisarts praktijk 1

De andere twee geïnterviewde huisartsen hebben minder zicht op de verwijscijfers, en hebben beiden het idee dat die 80% binnen het project wel gehaald wordt. Daar zeggen ze echter bij dat er altijd een kleine groep kinderen is waarbij zij eigenlijk meteen al weten dat die niet geschikt zijn voor dit project maar doorverwezen moeten worden. Deze kinderen sluiten zij dan ook niet in in het project. Ze geven aan dat de cijfers op deze manier enigszins gemanipuleerd kunnen worden.

De drie huisartsen en de POH-JGGZ geven allen aan dat ze door het Eureka project gerichter kunnen doorverwijzen. De huisartsen geven aan dat dit komt doordat zij na een scharnierconsult al goed zicht hebben op wat er allemaal speelt bij een kind, en de POH-JGGZ kan vervolgens het hele probleem in kaart brengen. Hierdoor kunnen ze een duidelijke keuze maken over waar een kind heen moet.

“Je ziet aan de cijfers dat we in het eerste jaar van het project naar 15 verschillende instellingen hebben doorverwezen. We maken dus een duidelijke keuze over de verwijzing.” Huisarts praktijk 1

6 Inzet van het Eureka project

6.1 Inzet van het Eureka project door de huisarts

In deze paragraaf gaan we na hoeveel kinderen werden ingesloten in het Eureka project na september 2010. We kijken naar mogelijke verschillen hierin tussen leeftijd/geslacht categorieën, diagnoses en huisartspraktijken. Daarna kijken we meer specifiek naar verrichtingen en handelingen van huisartsen en de POH-JGGZ in het kader van dit project.

Tabel 6.1 laat zien in welke mate het Eureka project werd ingezet bij verschillende leeftijd/geslacht categorieën, bij verschillende diagnoses en binnen de vier verschillende praktijken.

Tabel 6.1 Inzet van het Eureka project bij verschillende diagnoses, leeftijd/geslacht categorieën en door verschillende praktijken (na 30 september 2010).

		N kinderen met psychische of sociale diagnose	% van deze kinderen waarbij het Eureka project werd ingezet
Leeftijd/geslacht	Jongens 4-10	134	25%
	Meisjes 4-10	71	42%
	Jongens 11-18	118	29%
	Meisjes 11-18	119	45%
Diagnose	Andere zorgen kind	147	46%
	Overactief kind	44	25%
	Enuresis	32	22%
	Leerproblemen	21	29%
	Angststoornis	20	50%
	Angstig/nerveus	16	44%
	Relatie ouder-kind	14	21%
Praktijk	Praktijk 1	161	49%
	Praktijk 2	66	27%
	Praktijk 3	88	25%
	Praktijk 4	127	24%

Het Eureka project is relatief vaker ingezet bij meisjes dan bij jongens, hoewel bij jongens van 4-10 jaar de meeste psychosociale problemen werden gesignaleerd. Daarnaast werd het project relatief vaak ingezet bij de diagnose “andere zorgen gedrag kind”, wat ook de meest gestelde psychische diagnose bij kinderen is, en bij de diagnoses “angststoornis” en “angstig/nerveus”. Ten slotte werd het project relatief vaak ingezet binnen praktijk 1, waar ook de meeste psychosociale problemen worden gesignaleerd.

Uit onderstaande logistische regressie (tabel 6.2), waarin de kans op de inzet van het Eureka project wordt berekend onder controle voor de leeftijd/geslacht opbouw en de vier

praktijken, blijkt dat het Eureka project significant vaker is ingezet bij meisjes van 11-18 jaar dan bij jongens van 4-10 jaar. Ook is het project significant vaker toegepast binnen praktijk 1 dan binnen de andere drie praktijken. Vergeleken met praktijk 1 maakte praktijk 2 zelfs ruim 4 keer zo weinig gebruik van het project ($1/0,23=4,35$).

Tabel 6.2 Logistische regressie op inzet van het Eureka project vanaf oktober 201

Determinanten	Odds Ratio	Std error	95% betrouwbaarheidinterval
Jongens 4-10	Ref		
Meisjes 4-10	1,23	0,30	0,76 – 1,98
Jongens 11-18	1,05	0,25	0,66 – 1,69
Meisjes 11-18	1,75	0,38	1,14 – 2,67
Praktijk 1	Ref		
Praktijk 2	0,23	0,06	0,14 – 0,38
Praktijk 3	0,37	0,08	0,24 – 0,58
Praktijk 4	0,33	0,07	0,22 – 0,49

(cursief = $p < .05$)

6.2 Verrichtingen en handelingen in het Eureka project

In tabel 6.3 staan de verrichtingen en handelingen die in het kader van het Eureka project zijn uitgevoerd door de POH-JGGZ en de huisartsen , uitgesplitst per praktijk.

Tabel 6.3 Verrichtingen en procesmatig handelen van huisartsen en POH-JGGZ in het kader van het Eureka project.

	Praktijk 1		Praktijk 2		Praktijk 3		Praktijk 4	
	N kinderen	N contacten	N kinderen	N contacten	N kinderen	N contacten	N kinderen	N contacten
Huisartsen: diagnostiek/ behandeling								
Scharnierconsult	37	40	11	11	7	7	10	10
Huisartsen: proces								
Overleg huisarts-psychiater	22	25	6	6	5	5	1	1
Overleg huisarts- gezinstherapeut	1	1	4	4	1	1	0	0
POH-JGGZ: diagnostiek/ behandeling								
Contact POH-JGGZ	53	131	18	43	22	86	32	86
Overbrugging	1	1	0	0	0	0	0	0
Probleem inventarisatie	13	16	6	8	5	5	8	12
Cognitieve gedragstherapie kind	4	5	3	6	5	6	2	4
Cognitieve gedragstherapie ouder	2	3	0	0	0	0	1	1
Niet-directieve counseling	5	7	2	2	7	11	4	6

- tabel 6.3 wordt vervolgd-

-vervolg tabel 6.3-

	Praktijk 1		Praktijk 2		Praktijk 3		Praktijk 4	
	N kinderen	N contacten	N kinderen	N contacten	N kinderen	N contacten	N kinderen	N contacten
Psycho-educatie	3	3	1	1	0	0	1	1
Systeembegeleiding	3	6	1	1	4	4	5	5
Triple P	2	2	1	2	0	0	0	0
Opvoedingsadvies	3	3	1	1	1	1	2	2
Telefonische contacten POH-JGGZ	57	163	12	29	22	54	24	72
POH-JGGZ: proces								
Informatie opvragen bij school	4	6	1	1	1	1	1	1
AMK melding	5	6	0	0	0	0	0	0
Multidisciplinair overleg	3	3	1	1	1	1	0	0
Overleg POH-JGGZ – gezinstherapeut	13	16	6	6	7	9	13	16
Overleg POH-JGGZ – psychiater	5	7	1	1	1	1	12	12
Overleg POH-JGGZ - psycholoog	0	0	1	1	0	0	1	1
Overleg POH-JGGZ - huisarts	27	37	3	4	7	11	8	9
Vorbereiding verwijzing	2	2	0	0	1	1	0	0
Verwijzing naar 1 ^e lijn	3	3	0	0	0	0	1	1
Verwijzing naar 2 ^e lijn	8	9	1	1	2	2	2	2

In vrijwel alle opzichten is praktijk 1 het meest actief in het Eureka project. De huisartsen in deze praktijk namen meer dan de helft van de scharnierconsulten voor hun rekening en de POH-JGGZ meldde voor de patiënten uit deze praktijk ook de meeste activiteiten, met name diagnostiek en behandeling. Wat betreft procesmatige activiteiten die het gevolg zijn van de contacten, is naast praktijk 1, praktijk 4 bijna net zo actief. Voor patiënten uit deze praktijk heeft de POH-JGGZ met name veel contact gehad met de gezinstherapeut en de psychiater.

6.3 Ervaringen van zorgverleners

De huisartsen uit praktijk 1 en 4 geven beiden aan dat zij in de meeste gevallen eerst een scharnierconsult uitvoerden bij kinderen voordat ze de kinderen doorverwezen naar de POH-JGGZ. De huisarts uit praktijk 1 doet dit bij ongeveer 90% van de kinderen en de huisarts uit praktijk 4 schat dat hij dit bij ongeveer 75% doet. De huisarts uit praktijk 4 geeft aan kinderen meteen te hebben doorverwezen naar de POH-JGGZ wanneer hij het idee had dat als hij het consult zelf zou doen, het hem enorm veel tijd zou kosten. Daarentegen geeft de huisarts uit praktijk 3 aan dat hij in alle gevallen eerst een scharnierconsult deed, omdat hij zichzelf als doel had gesteld om alvast zoveel mogelijk te weten te komen over het kind en zijn/haar probleem, om daarmee voor zichzelf de verwijzing naar de POH-JGGZ binnen het project te rechtvaardigen. De POH-JGGZ zegt het fijn te vinden dat er eerst een scharnierconsult plaats vindt bij de huisarts voordat zij de kinderen ziet.

“In vrijwel alle gevallen vond eerst een scharnierconsult plaats bij de huisarts, om zo in te kunnen schatten of ik als POH-JGGZ iets te bieden heb voor dat kind. Sommige huisartsen doen wel een scharnierconsult maar leggen hun twijfel vervolgens bij mij neer, zodat ik het verder kan uitzoeken. Ik vind dit heel prettig zo, want er komt op deze manier een hele gerichte verwijzing bij mij binnen.” POH-JGGZ

De geïnterviewde huisartsen geven aan dat een scharnierconsult al gauw een half uur kost, en maximaal 3 kwartier. Daarnaast zeggen ze dat het doel van het scharnierconsult is om te kijken of een kind in het project past, of dat het probleem zo ernstig is dat het kind meteen doorverwezen moet worden. Ze vinden dat zij daar na het consult voldoende informatie over hebben, maar dat dit niet wil zeggen dat zij het hele probleem in kaart hebben gebracht. Hieronder geven twee huisartsen aan hoe zij het scharnierconsult hebben ingevuld.

“Soms deed ik het scharnierconsult in 2 keer, dat de ouders kwamen met een probleem over hun kind en dat ik eerst uitgebreid met hen erover praatte, en daarna nog een keer met het kind alleen of met de ouders erbij. Waar je dan naar kijkt is: wat is het probleem, waar speelt het probleem, hoe gaat het met het kind, is het kind angstig of down, en hoe gaat het op school? Zo scan je alle gebieden af om je een beeld te vormen van de ernst en de omvang van het probleem.” Huisarts praktijk 1

“Gedurende het consult loop je een aantal gebieden langs, niet via papier maar in je hoofd. Gebieden waar problemen zouden kunnen zijn. Wat ik meestal deed was een gedeelte van het consult alleen met het kind en daarna een stuk met de ouders erbij. Soms was dat stuk alleen met het kind niet nodig of niet zo handig, omdat sommige kinderen niet zo makkelijk hier met een vreemd iemand gaan zitten praten. Dat hangt een beetje van de leeftijd af.” Huisarts praktijk 4

Alle geïnterviewde huisartsen geven aan dat de samenwerking met de POH-JGGZ heel prettig verloopt. Ze vinden het vooral fijn dat ze allemaal in hetzelfde gebouw werken, waardoor ze elkaar regelmatig tegen komen en bij een vraag even bij elkaar naar binnen kunnen lopen. Daarnaast registreren ze allemaal in hetzelfde systeem, waardoor de huisartsen alles wat de POH-JGGZ registreert, ook kunnen zien.

Zoals tabel 6.3 laat zien kunnen zowel huisartsen als de POH-JGGZ gebruik maken van specialistische consultants, zoals de kinderpsychiater en de gezinstherapeut.

Laatstgenoemden geven beide aan dat hun rol binnen dit project tot nu toe alleen consultatief is. Zowel de kinderpsychiater als de gezinstherapeut is één keer in de 2 weken (de ene week de kinderpsychiater, de andere week de gezinstherapeut) 2 uur aanwezig in MC Eudokia. Huisartsen kunnen dan een afspraak met hen maken om te overleggen over bepaalde kinderen. Als het spoed heeft zijn de consultants ook telefonisch bereikbaar, maar dat is zelden gebeurd gedurende het project. Alle drie de geïnterviewde huisartsen geven aan dat ze gebruik hebben gemaakt van deze specialistische consultants. Ze vinden dat de kinderpsychiater een grote meerwaarde heeft binnen het project, maar geven aan dat ze bijna tot nooit gebruik maken van de gezinstherapeut. Hieronder staan een aantal opvattingen van huisartsen over het gebruik van specialistische consultants.

“Volgens mij ben ik degene die er het meest gebruik van maakt. Soms vraag je je na een scharnierconsult af hoe ernstig het probleem is en of we er hier iets mee kunnen, en dan is het heel prettig om daar met de kinderpsychiater over te kunnen praten. Bij zo 'n overleg moet je eerst even het kind schetsen en ook het gezin, en vervolgens stel je de vraag die je hebt. Per kind ben je al gauw 20 minuten kwijt, soms zelfs een half uur. Ik denk dat ik bij ongeveer 20% van de kinderen hier gebruik van heb gemaakt.” Huisarts praktijk 1

“Ik heb niet heel veel gebruik gemaakt van rechtstreekse consultatie, ik denk bij ongeveer 10% van de kinderen. Als ik contact met ze had was het meestal om te vragen welke richting we op kunnen met een kind. Veronderstel je een psychiatrische diagnose of is er bijvoorbeeld sprake van een scheiding van de ouders, dus is het een kind-afhankelijke factor of een omgevingsafhankelijke factor. Daar heeft de kinderpsychiater een duidelijkere visie op.” Huisarts praktijk 3

“Ik heb er zelf niet veel gebruik van gemaakt. Wat mijn manier van werken meestal was: dat ook al kon ik een geval niet helemaal inschatten, ik eerst de POH-JGGZ er naar liet kijken. Daarna zijn we nog wel eens met z'n drieën

of vieren in een casus gedoken. De consulenten kijken nu alleen nog maar op papier mee naar een casus, maar ik denk dat het ook wel handig zou zijn als ze eens mee kunnen kijken bij een patiënt.” Huisarts praktijk 4

Zoals tabel 6.3 laat zien zijn er verschillen tussen praktijken in het aantal keer dat een huisarts overleg had met de kinderpsychiater of de gezinstherapeut. De huisartsen uit praktijk 3 en 4 geven beiden aan dat dit verschil waarschijnlijk komt doordat de huisarts uit praktijk 1 er meer bovenop zit op wat er gebeurt met de kinderen die worden ingesloten in het project. Ze hebben het idee dat deze huisarts zich meer ingraaft in de problematiek van kinderen dan zij zelf doen.

“Ik liet zelf eigenlijk het meeste via de POH-JGGZ lopen. Als er iemand in het project werd ingesloten ging die bij mij eigenlijk per definitie ook naar de POH-JGGZ. Ik heb dus eigenlijk niks gedaan zonder de POH-JGGZ, dus overleg met consulenten ging ook meestal via de POH-JGGZ.” Huisarts praktijk 4

“Ik vind het belangrijk om problemen te signaleren en om er vervolgens ook iets mee te gaan doen, maar dan bedoel ik het verwijzen naar de POH-JGGZ. Dan houdt het voor mij ook wel even op. De huisarts uit praktijk 1 ziet dit echt als een specialisatie, en ik ben toch vooral huisarts.” Huisarts praktijk 3

De kinderpsychiater en gezinstherapeut zeggen beiden inderdaad het meest contact te hebben met de huisarts uit praktijk 1. Ze geven beiden aan dat alle huisartsen op hun eigen manier omgaan met het project. Soms worden ze rechtstreeks benaderd door huisartsen voor advies, maar dit doen niet alle huisartsen. De samenwerking met de huisartsen verloopt volgens hen heel goed.

“De ene huisarts wil graag overleg met mij zelf, de ander verwijst eerst door naar de POH-JGGZ en rapporteert over het kind en dan neemt de POH-JGGZ weer contact met mij op. Soms raadt de huisarts de POH-JGGZ al aan om contact met mij op te nemen.” Kinderpsychiater

“Als huisartsen mij benaderen vragen ze zich met name af of het, na het scharnierconsult, een traject moet worden bij de POH-JGGZ, of de patiënt direct moet worden doorgestuurd naar de tweede lijn of dat ze er nog een keer een goed gesprek aan moeten wijden en dat patiënten dan weer verder kunnen. De samenwerking die er is met de huisartsen is heel goed, maar ik zou nog wel willen dat ze nog vaker een beroep op mij zouden doen.” Gezinstherapeut

De kinderpsychiater geeft aan dat ze met de huisartsen van MC Eudokia op een heel andere manier contact heeft dan met andere huisartsen uit deze regio. Daarnaast zegt ze dat ze ook meer contact met hen heeft dan met andere huisartsen. Ze geeft aan dat er wel

enkele huisartsen buiten dit project zijn die haar soms bellen, en dat stimuleert ze ook, maar dat gebeurt niet vaak.

“Als ik contact heb met andere huisartsen is vaak het besluit voor verwijzing naar de tweedelijns GGZ al genomen. Binnen dit project heb je meer contact met huisartsen in het voorstadium. Samen denk je na of het kind in de eerste lijn thuis hoort, of dat het toch te complex is en naar de tweede lijn gestuurd moet worden.” Kinderpsychiater

In tegenstelling tot de meeste huisartsen, maakt de POH-JGGZ wel veel gebruik van de specialistische consulenten binnen het project. Zij geeft aan dat ze alle nieuwe patiënten bespreekt met de consulenten. Door de week heen ziet ze gemiddeld 3 nieuwe patiënten en op vrijdag is het consulenten overleg. Dat is in de ene week met de kinderpsychiater en in de andere week met de gezinstherapeut. De POH-JGGZ zegt dat dit in het begin van het project niet op deze manier ging, maar dat dit zo gegroeid is omdat ze merkte dat ze behoefte had aan overleg. Het gaat nu ruim een jaar op deze manier. Er is binnen dit project een maximum gesteld van vijf consulten per patiënt en de POH-JGGZ geeft aan het fijn te vinden om met de specialistische consulenten te bespreken hoe ze deze vijf consulten gaat invullen.

“Ik bespreek met de betreffende consulent het kind, de informatie van de huisarts van het scharnierconsult en de informatie van mijn eigen consult. Ik geef dan ook al aan waar ik aan zit te denken qua begeleiding, en vervolgens denkt de consulent erin mee. Ik vind het fijn om het probleem vanuit hun visie, vanuit de tweede lijn, te bekijken. We bekijken samen de casus en overleggen over een behandeling en hypothese.” POH-JGGZ

“Ik help de POH-JGGZ om in vijf gesprekken diagnostisch te kunnen verdiepen, te motiveren en daarnaast ook nog te behandelen, of in ieder geval een begin ermee te maken.” Kinderpsychiater

7 Vergelijking van kinderen

In deze paragraaf worden kinderen met een psychische of sociale diagnose die zijn ingesloten in het Eureka project vergeleken met kinderen met een psychische of sociale diagnose die niet zijn ingesloten in het Eureka project. Er wordt gekeken naar mogelijke verschillen tussen deze kinderen wat betreft diagnoses, prescripties en verrichtingen van de huisarts. Om dit na te gaan worden drie groepen kinderen met elkaar vergeleken:

- Geen Eureka-interventie (controlegroep): Voor kinderen met een psychische of sociale diagnose die niet zijn ingesloten in het Eureka project worden huisartscontacten, verrichtingen en medicatie in het eerste half jaar van 2011 bekeken
- Vóór Eureka-interventie: Voor kinderen met een psychische of sociale diagnose die wel zijn ingesloten in het Eureka project worden huisartscontacten, verrichtingen en medicatie een jaar tot een half jaar vóór de peildatum¹ bekeken.
- Na Eureka-interventie: Voor kinderen met een psychische of sociale diagnose die wel zijn ingesloten in het Eureka project worden huisartscontacten, verrichtingen en medicatie een half jaar tot een jaar na de peildatum¹ bekeken

In totaal kwamen er in MC Eudokia 571 kinderen (4 t/m 18 jaar) bij wie een psychische of sociale diagnose is gesteld over de periode 2009-2012. Van deze kinderen zijn er 152 ingesloten in het Eureka project, 419 kinderen zijn niet ingesloten in het project. Tabel 7.1 laat het aantal kinderen zien dat een huisartscontact heeft gehad, uitgesplitst per groep zoals hierboven is beschreven.

¹ De peildatum is de datum waarop het kind werd ingesloten in het Eureka project. Dit wordt per individueel kind bepaald.

Tabel 7.1 Aantal kinderen (4 t/m 18 jaar) met een psychische of sociale diagnose bij wie een huisartscontact heeft plaatsgevonden, uitgesplitst per groep.

	Aantal kinderen			Test
	Geen Eureka-interventie	Vóór Eureka-interventie	Na Eureka-interventie	
Aantal kinderen met een huisartscontact vanwege psychosociale problemen	107	30	55	
Huisartscontact vanwege diagnose	Aantal kinderen (% van aantal kinderen met een huisartscontact vanwege psychosociale problemen in de betreffende groep)			F, sign.
Angstig/nervus	3 (2,8%)	0	4 (7,3%)	F=1,71, ns
Depressief gevoel	3 (2,8%)	0	1 (1,8%)	F=0,46, ns
Eetproblemen kind	1 (0,9%)	0	1 (1,8%)	F=0,32, ns
Enuresis	11 (10,3%)	2 (6,7%)	2 (3,6%)	F= 1,14, ns
Overactief kind	15 (14,0%)	4 (13,3%)	4 (7,3%)	F=0,81, ns
Andere zorgen gedrag kind	25 (23,4%)	9 (30,0%)	24 (43,6%)	F=3,62, p < .05 NE > GE (p < .05) ¹
Leerproblemen	2 (1,9%)	1 (3,3%)	1 (1,8%)	F=0,13, ns
Angststoornis	3 (2,8%)	0	3 (5,5%)	F=0,99, ns
Relatie ouder-kind	6 (5,6%)	2 (6,7%)	2 (3,6%)	F=0,22, ns

¹ GE: Geen Eureka-interventie; VE: Voor Eureka-interventie; NE: Na Eureka-interventie. Ns = niet significant

Tabel 7.1 laat zien dat bij 55 van de 152 kinderen (36,2%) die zijn ingesloten in het Eureka project, in het tweede half jaar na de insluiting een huisartscontact heeft plaatsgevonden vanwege een psychisch of sociaal probleem. Dit is relatief veel ten opzichte van de andere twee groepen. Bij slechts 19,7% van de kinderen die zijn ingesloten in het Eureka project heeft een jaar tot een half jaar vóór de insluiting een huisartscontact vanwege psychosociale problemen plaatsgevonden, en voor de controlegroep bij 107 van de 419 kinderen (25,5%). Dit betekent dat, ondanks dat kinderen worden ingesloten in het Eureka project, relatief veel van deze kinderen een half jaar tot een jaar na insluiting in het project alsnog bij de huisarts kwamen vanwege een psychisch of sociaal probleem. Daarnaast is het opvallend dat het bij relatief veel (43,6%) van de huisartscontacten binnen de groep Na Eureka-interventie ging om de diagnose “andere zorgen gedrag kind”. Dit is hoger dan de twee andere groepen en dit verschil is significant ten opzichte van de groep kinderen met een psychische of sociale diagnose die niet zijn ingesloten in het Eureka project ($p < .05$). Daarentegen lijkt het alsof kinderen met de diagnose “overactief kind” minder vaak in het project werden ingesloten, vergeleken met andere diagnoses.

Tabel 7.2 laat het gemiddeld aantal verrichtingen per kind zien, ook uitgesplitst per groep zoals hierboven beschreven is.

Tabel 7.2 Gemiddeld aantal verrichtingen per kind (4 t/m 18 jaar) met een psychische of sociale diagnose, uitgesplitst per groep.

Verrichtingen	Gemiddeld per kind			Test
	Geen Eureka-interventie	Vóór Eureka-interventie	Na Eureka-interventie	F, sign.
Consult huisarts	2,05	1,95	2,10	F=0,26, ns
Lang consult huisarts	1,23	1,10	1,34	F=1,22, ns
Visite huisarts	1,0	1,0	0	
Consult POH-GGZ	1,0	1,0	1,0	

Ns = niet significant

Tabel 7.2 laat zien dat kinderen die zijn ingesloten in het Eureka project een half jaar tot een jaar na de insluiting gemiddeld meer consulten en lange consulten bij de huisarts hadden dan een jaar tot een half jaar vóór de insluiting. Dit is ook het geval in vergelijking met de kinderen die niet zijn ingesloten in het Eureka project, maar tussen deze groepen is het verschil kleiner. De verschillen tussen de groepen zijn echter niet significant. Wat betreft de visites van de huisarts en consulten bij de POH-GGZ is geen verschil waar te nemen tussen de groepen, maar dit gaat om hele kleine aantallen (respectievelijk maar 3 kinderen en 1 kind met deze verrichtingen).

Tabel 7.3 laat het aantal kinderen zien bij wie de huisarts medicatie heeft voorgeschreven, uitgesplitst per groep zoals hierboven is beschreven.

Tabel 7.3 Aantal kinderen (4 t/m 18 jaar) met een psychische of sociale diagnose bij wie de huisarts medicatie heeft voorgeschreven, uitgesplitst per groep.

	Aantal kinderen met een prescriptie			Test
	Geen Eureka-interventie	Vóór Eureka-interventie	Na Eureka-interventie	F, sign.
Aantal kinderen met een prescriptie	171	61	43	
Zenuwstelsel	48 (28,1%)	6 (9,8%)	6 (14,0%)	F=5,46, p < .01 GE > VE (p < .01) ¹
- Analgetica	5 (2,9%)	1 (1,6%)	1 (2,3%)	F=0,15, ns
- Antipsychotica	7 (4,1%)	0	0	F=2,20, ns
- Benzodiazepinen	3 (1,8%)	0	0	F=0,92, ns
- SSRI	3 (1,8%)	0	0	F=0,92, ns
- Psychostimulantia	28 (16,4%)	4 (6,6%)	4 (9,3%)	F=2,24, ns
- Overig zenuwstelsel	11 (6,4%)	1 (1,6%)	2 (4,7%)	F=1,08, ns

¹ GE: Geen Eureka-interventie; VE: Voor Eureka-interventie; NE: Na Eureka-interventie. Ns = niet significant

Tabel 7.3 laat zien dat huisartsen bij kinderen die zijn ingesloten in het Eureka project een half jaar tot een jaar na de insluiting terughoudender waren met medicatie voorschrijven dan een jaar tot een half jaar vóór de insluiting, en dan in de controlegroep. Van de 152

kinderen die zijn ingesloten in het Eureka project kregen er 43 (28,3%) medicatie voorgeschreven een half jaar tot een jaar na de insluiting en 61 (40,1%) een jaar tot een half jaar vóór de insluiting in het project. Van de 419 kinderen die niet werden ingesloten in het Eureka project kregen er 171 (40,8%) medicatie voorgeschreven in het eerste half jaar van 2011. Het percentage medicatie dat gericht is op het zenuwstelsel is, ten opzichte van het totaal aantal voorschriften, ook lager bij kinderen die in het Eureka project zijn ingesloten dan in de controlegroep. Kinderen die niet in het Eureka project zijn ingesloten (de controlegroep) kregen vaker medicatie voorgeschreven die gericht is op het zenuwstelsel dan de groep vóór de Eureka-interventie ($p < .01$).

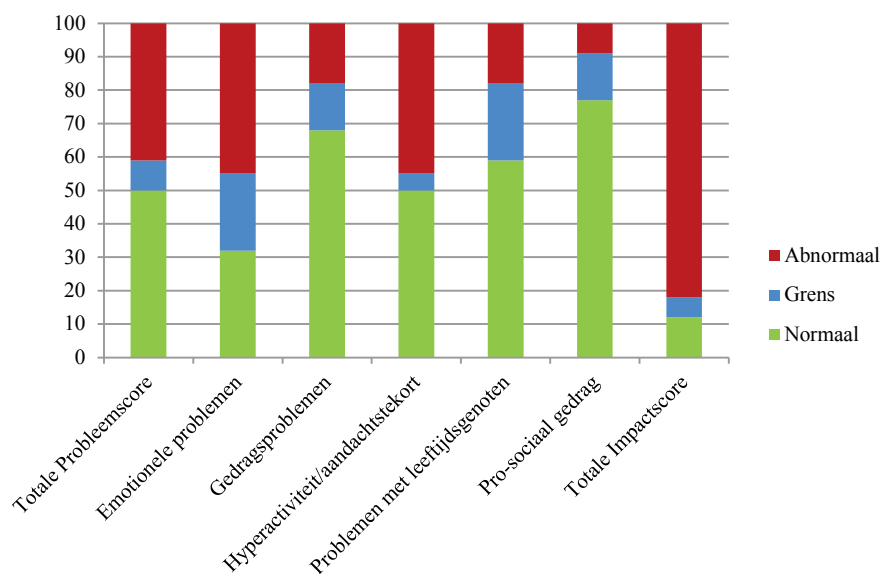
8 Het oordeel van ouders en kinderen over het Eureka project

8.1 Oordeel over de effectiviteit van de behandeling

Om het oordeel van ouders en kinderen over de effectiviteit van de ontvangen behandeling te meten is voorafgaand aan en na afloop van de behandeling een vragenlijst afgenomen waarmee de aanwezigheid van psychosociale problemen gemeten is. Dit is gedaan met behulp van de Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). Van de in totaal 58 verstuurdde vragenlijsten voor ouders voorafgaand aan de behandeling (T1) zijn er 22 terug gekomen (respons 38%). Naast de ouders kregen kinderen van 11 – 18 jaar ook zelf een vragenlijst toegezonden. Van de in totaal 30 verstuurdde T1-vragenlijsten voor kinderen zijn er 13 terug gekomen (respons 43%). In 5 van de 22 vragenlijsten hebben ouders aangegeven dat hun kind geen moeilijkheden ervaart op het gebied van emoties, concentratie, gedrag of het vermogen om met andere mensen op te schieten. Hierdoor hoefden zij de rest van de extra vragen niet in te vullen, waardoor er geen Impactscore berekend kon worden. Bij kinderen zelf was dit het geval bij 3 van de 13 vragenlijsten.

Voor de SDQ vragenlijst zijn normen vastgesteld die de Totale Probleemscore, de scores op de subschalen en de Totale Impactscore (zie hoofdstuk 2) indelen als normaal, als liggend in het grensgebied of als abnormaal. Grafiek 8.1 toont deze scores als percentages van de in totaal 22 door ouders ingevulde vragenlijsten.

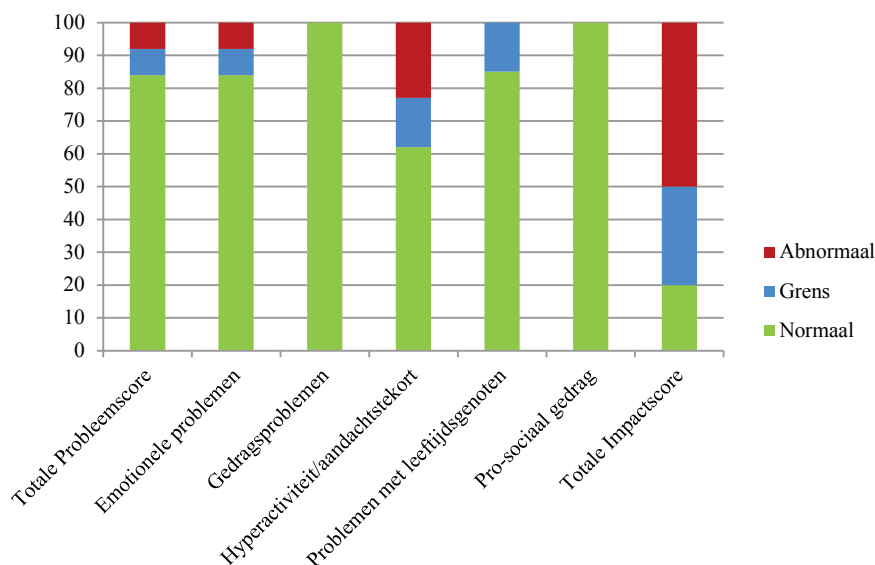
Grafiek 8.1 Scores voor de Totale Probleemscore, de vijf subschalen en de Totale Impactscore ingedeeld als ‘normaal’, ‘grens’ of ‘abnormaal’ als percentages van het totaal aantal ingevulde T1-vragenlijsten door ouders over hun kind (N = 22).



Grafiek 8.1 laat zien dat ouders vooral vinden dat hun kind emotionele problemen ervaart en last heeft van hyperactiviteit/aandachtstekort. Voor beide schalen scoort 45% van de ouders hun kind als ‘abnormaal’. Weinig ouders hebben het idee dat hun kind gedragsproblemen heeft (20% scoort hun kind als ‘abnormaal’) en ook op pro-sociaal gedrag scoren de meeste ouders (77%) hun kind als ‘normaal’. Met behulp van de scores van vier sub-schalen is de Totale Probleemscore berekend. Hieruit blijkt dat 50% van de ouders hun kind scoort als ‘normaal’ en 41% als ‘abnormaal’. De Totale Impactscore geeft aan hoeveel impact de problemen van het kind hebben op het dagelijks leven en de omgeving van het kind. Zoals grafiek 8.1 laat zien scoort 82% van de ouders hun kind als ‘abnormaal’ en slechts 12% als normaal. Dit betekent dat veel ouders het idee hebben dat de problemen een grote impact hebben op het leven en dagelijks functioneren van het kind.

Voor de door kinderen ingevulde vragenlijsten liggen de normen anders dan voor ouders. Grafiek 8.2 toont deze scores (eveneens ingedeeld als normaal, grens of abnormaal) als percentages van de in totaal 13 door kinderen ingevulde vragenlijsten.

Grafiek 8.2 Scores voor de Totale Probleemscore, de vijf subschalen en de Totale Impactscore ingedeeld als ‘normaal’, ‘grens’ of ‘abnormaal’ als percentages van het totaal aantal ingevulde T1-vragenlijsten door kinderen (N = 13).



Grafiek 8.2 ziet er anders uit dan grafiek 8.1, die de scores weergaf die ouders hun kind gaven. Geen van de kinderen vinden dat ze last hebben van gedragsproblemen of van problemen met betrekking tot pro-sociaal gedrag. Ook voor de subschalen emotionele problemen en problemen met leeftijdsgenoten scoort ongeveer 85% van de kinderen zichzelf als ‘normaal’. Alleen voor de subschaal hyperactiviteit/aandachtstekort ligt dit aantal iets lager. Dit heeft tot gevolg dat ook op de Totale Probleemscore 84% van de kinderen zichzelf als ‘normaal’ scoort en slechts 8% als ‘abnormaal’. Kinderen hebben het idee dat ze weinig problemen hebben, maar de problemen die er zijn hebben wel een grote impact op hun dagelijks functioneren en hun omgeving: 50% van de kinderen scoort zichzelf als ‘abnormaal’ op de Totale Impactscore. Vergeleken met grafiek 8.2 vinden ouders dat hun kinderen meer problemen hebben, dan de kinderen zelf. Daarnaast

hebben ouders het idee dat deze problemen een grotere impact hebben op het leven van kinderen, vergeleken met de kinderen zelf.

Om na te gaan in hoeverre ouders en kinderen vonden dat de behandeling door de POH-JGGZ effectief is geweest in het verminderen van de psychosociale problemen van het kind, is 4 maanden na het versturen van de eerste vragenlijst de follow-up versie van de SDQ afgenomen. Deze vragenlijst bevatte ook een aantal vragen over de effectiviteit van de ontvangen behandeling. Helaas was de respons op deze vragenlijst te laag (slechts 9 ouders en 4 kinderen hebben de vragenlijst terug gestuurd) om een vergelijking te kunnen maken met de eerste vragenlijst. Om deze reden kunnen we in dit rapport geen uitspraken doen over het oordeel van ouders en kinderen over de effectiviteit van de behandeling in het verminderen van psychosociale problemen van het kind.

8.2 Oordeel over de kwaliteit van zorg

Vier maanden na het versturen van de eerste vragenlijst zijn ouders en kinderen schriftelijk benaderd met het verzoek om nogmaals een vragenlijst in te vullen. Het doel van deze vragenlijst (T2-vragenlijst) was onder andere om het oordeel van ouders en kinderen over de kwaliteit van de zorg van de POH-JGGZ in kaart te brengen. Zoals hierboven al is aangegeven, was de respons op deze vragenlijst laag: 9 ouders en 4 kinderen hebben de vragenlijst ingevuld en terug gestuurd. Omdat de respons op deze vragenlijsten laag was, heeft een assistente van MC Eudokia bij ouders telefonisch een verkorte versie van de T2-vragenlijst afgenomen. Uiteindelijk hebben we van 20 ouders een oordeel over de ontvangen behandeling gekregen. Van deze 20 ouders geven 14 ouders aan dat zij of hun kind in de afgelopen maanden gesprek(ken) hebben gehad met de huisarts over emotionele problemen of gedragsproblemen van hun kind. Dertien ouders geven aan dat zij of hun kind in de afgelopen maanden gesprekken hebben gehad met de POH-JGGZ. Van de ouders die gesprekken hebben gehad met de POH-JGGZ hebben 5 ouders meer dan 5 gesprekken met de POH-JGGZ gehad. Op de vraag wat de ouders vinden van het aantal gesprekken met de POH-JGGZ ($N = 12$) geven 8 ouders aan dat dit precies genoeg gesprekken waren, 4 ouders vonden dat het te weinig gesprekken waren. Tabel 8.1 laat het oordeel zien van ouders over de huisarts en de POH-JGGZ. Enkele ouders die wel een gesprek met de huisarts en/of POH-JGGZ hebben gehad, hebben niet alle oordeelvragen beantwoord waardoor de N per vraag verschilt.

Tabel 8.1 Het oordeel van ouders over gesprek(ken) met de huisarts en/of de POH-JGGZ over problemen van hun kind.

Gesprek gehad met huisarts (N = 14)	Aantal eens (%)
“De huisarts nam mij serieus”	14 (100%)
“De huisarts legde dingen op een begrijpelijke manier uit”	14 (100%)
“De huisarts besteedde genoeg tijd aan het gesprek” (N = 13)	13 (100%)
“De huisarts was deskundig”	14 (100%)
“De adviezen van de huisarts waren bruikbaar in mijn thuissituatie” (N = 10)	9 (90%)
“De huisarts gaf een goed antwoord op mijn vragen” (N = 13)	13 (100%)
	Gemiddeld
Cijfer huisarts voor het gesprek/de gesprekken over mijn kind	7,9
Gesprek gehad met POH-JGGZ (N = 13)	Aantal eens (%)
“De POH-JGGZ nam mij serieus”	13 (100%)
“De POH-JGGZ legde dingen op een begrijpelijke manier uit” (N = 12)	12 (100%)
“De POH-JGGZ besteedde genoeg tijd aan de gesprekken” (N = 12)	11 (92%)
“De POH-JGGZ was deskundig” (N = 12)	12 (100%)
“De adviezen van de POH-JGGZ waren bruikbaar in mijn thuissituatie” (N = 11)	10 (91%)
“De POH-JGGZ gaf een goed antwoord op mijn vragen” (N = 12)	11 (92%)
	Gemiddeld
Cijfer POH-JGGZ	8,0

Tabel 8.1 laat zien dat veel ouders tevreden zijn over de behandeling door de huisarts. Ouders waren het eens met bijna alle uitspraken, slecht één ouder vond de adviezen van de huisarts niet bruikbaar in de thuissituatie. Ouders geven de huisarts gemiddeld een 7,9 voor de gesprekken (range 6 – 10). Daarnaast zijn ouders ook positief over de behandeling door de POH-JGGZ. De POH-JGGZ krijgt gemiddeld een 8,0 van de ouders (range 5 – 10).

Alle 20 ouders geven aan het prettig te vinden dat zij de problemen van hun kind in de huisartspraktijk (met de huisarts en/of de POH-JGGZ) konden bespreken. Van de 19 ouders die de vraag hebben ingevuld, geven 12 ouders aan dat de problemen van hun kind veel minder of een beetje minder zijn geworden sinds het begin van de behandeling door de huisarts/POH-JGGZ, en 7 ouders geven aan dat de problemen ongeveer hetzelfde zijn gebleven. Geen enkele ouder heeft als antwoord gegeven dat de problemen erger zijn geworden. Ook al geeft het merendeel van de ouders aan dat de problemen van hun kind minder zijn geworden, hun antwoorden op de vraag of ze na de behandeling beter kunnen omgaan met de problemen van hun kind zijn erg verdeeld: 6 ouders geven aan veel beter om te kunnen gaan met deze problemen, 6 ouders kunnen er tamelijk beter mee omgaan, 3 ouders een beetje maar en 5 ouders geven aan helemaal niet beter om te kunnen gaan met de problemen van hun kind.

8.3 Ervaringen van zorgverleners

Zoals hierboven beschreven is, zijn ouders over het algemeen erg tevreden over de kwaliteit van de zorg die door de huisarts en de POH-JGGZ geleverd is. Ook de geïnterviewde huisartsen hebben het idee dat hun patiënten tevreden zijn over de geboden hulp. De huisartsen geven aan dat patiënten het vooral fijn vinden dat ze met hun problemen terecht kunnen in de huisartspraktijk en dat ze op deze manier snel geholpen worden. De huisarts uit praktijk 1 zegt dat er nooit wachttijden zijn, omdat het eerste contact binnen twee weken moet plaatsvinden. Dat is binnen het project ook altijd gehaald. Daarnaast zegt de huisarts uit praktijk 3 dat patiënten geen of nauwelijks meer een drempel ervaren om hulp te zoeken. Volgens hem is dat het belangrijkste pluspunt van het Eureka project.

“Mijn patiënten zeggen het erg prettig te vinden dat ze hier terecht kunnen en ze zijn vooral blij dat ze zo snel terecht kunnen hier. Er komen ook patiënten die totaal niet open staan voor een verwijzing naar de tweede lijn. Ik maak dan een begin met de behandeling en hierna staan ze vaak alsnog open voor een verdere verwijzing. Of patiënten waarbij ik meteen al het idee heb dat ze in de tweede lijn horen zijn blij dat ze hier een begin kunnen maken met de behandeling.” POH-JGGZ

9 Eindoordeel van zorgverleners over het Eureka project

Over het algemeen zijn alle geïnterviewde zorgverleners positief over het Eureka project. De POH-JGGZ, de gezinstherapeut en de kinderpsychiater noemen als grootste voordeel van het project de laagdrempeligheid.

“Het nadeel is dat het toch wel heel veel problematiek is en ook veel zwaarder dan we verwacht hadden. Daarnaast word ik beperkt door het maximum van 5 consulten. Hierdoor kan ik in deze consulten soms niet werken aan verandering, maar doe ik alleen de voorbehandeling voordat de verwijzing plaats vindt.” POH-JGGZ

“Naast de laagdrempeligheid als grote voordeel, denk ik dat de POH-JGGZ een positieve voorbeeldrol heeft. Sommige mensen willen niet in aanraking komen met de GGZ en door het contact met de POH-JGGZ kunnen ze zien dat het niet zo zwaar is. Een verwondering, maar niet echt een nadeel, is dat er zoveel ernstige problematiek is binnen de huisartspraktijk. Dat had ik niet verwacht.” Kinderpsychiater

De huisartsen uit praktijk 1 en 3 ervaren het als een groot voordeel dat ze ouders en kinderen hulp, maar ook een betere, veel gerichtere verwijzing kunnen bieden. Ze kunnen mensen nu uitleggen waarom er verwezen moet worden of waarom er uitgebreid onderzoek moet plaatsvinden.

“Voor mij zijn de belangrijkste voordelen dat je beter zicht hebt op problematiek binnen gezinnen en dat je jezelf een plaats hebt weten te positioneren binnen de wijk, waarbij kinderen met hun problemen op het gebied van jeugd en gezin hier naar binnen kunnen lopen. Het nadeel is dat het een investering is van je werk, dus als je al een volle agenda hebt wordt het best lastig. En je overlegt meer, wat ook weer tijd kost. Maar voor mij wegen de voordelen wel op tegen de nadelen.” Huisarts praktijk 4

“Een nadeel is dat je wordt meegenomen in de problematiek en je wordt erin betrokken, waarbij ik voorheen zei dat iets hier niet hoorde en je er niks meer van hoorde. Ik vind het wel eens lastig dat het zoveel tijd kost en dat ik ook in dat hele spel betrokken raak en daar tijd aan moet besteden.” Huisarts praktijk 1

Wat betreft eventuele verbeteringen binnen het project, geven alle geïnterviewde huisartsen aan dat ze het handig zouden vinden als de kinderpsychiater ook mee kan kijken bij een patiënt. Nu kijken specialistische consultants alleen nog op papier mee. De huisartsen zien het als een grote ondersteuning van hun werk als de kinderpsychiater de kinderen en ouders ook zou kunnen zien. Daarnaast geven de huisartsen uit praktijken 1 en 3 en de POH-JGGZ aan dat het maximum van 5

gesprekken wat hen betreft wel wat lossier mag. De POH-JGGZ zegt dat er nu soms sprake is van tijdsgebrek doordat dit maximum gesteld is. In onderstaande citaten komen enkele verbeterpunten aan bod.

“Wat ik graag zou willen is dat als wij een indicatie stellen voor een behandeling, dat die dan ook zonder meer wordt overgenomen. We hebben namelijk wel eens meegemaakt dat Jeugdzorg dan nog eens opnieuw de indicatie ging stellen.” Huisarts praktijk 1

“Waar we in het project wel eens tegen aan zijn gelopen is dat wij binnen het project niet echt een diagnose kunnen stellen. Het komt toch met enige regelmaat voor dat, ook na consultatie van de kinderpsychiater, een kind nader onderzocht moet worden. Het zou eigenlijk mooi zijn dat als een kind hier in het traject zit, dat je dan wat makkelijker aansluiting kan vinden. Al het voorwerk is dan gedaan, er is overleg geweest met de school, een uitgebreide familie anamnese is opgenomen, dan zou je eigenlijk eerder ergens binnen moeten komen. Als we dat stukje diagnostiek ook hier binnen zouden kunnen hebben, dus als de kinderpsychiater kan meekijken bij het kind, dan scheelt dat heel veel denk ik.” Huisarts praktijk 3

“Ik denk dat het leuk zou zijn als er wat meer gezamenlijke terugkoppeling is tussen huisartsen, en dat ze dus van elkaar kijken hoe ze ermee omgaan, want je ziet een groot verschil tussen huisartsen qua signalering van problemen. Dat mis ik nog wel een beetje.” Kinderpsychiater

Alle geïnterviewde zorgverleners (de drie huisartsen, de POH-JGGZ, de kinderpsychiater en de gezinstherapeut) zijn van mening dat het Eureka project voortgezet moet worden. De huisarts uit praktijk 1 zegt erop te rekenen dat er op de één of andere manier financiering wordt gevonden omdat het project succesvol is. Ook de POH-JGGZ vindt dat het project door moet gaan, omdat ze het idee heeft dat ze iets belangrijks te bieden hebben voor kinderen met psychosociale problemen. Ze geeft aan dat het wel aan de huisartsen ligt hoe succesvol zo'n project wordt. Volgens haar zijn de huisartsen binnen MC Eudokia heel gemotiveerd, maar ze weet dat dit niet overal zo is.

“Het zou heel jammer zijn als de expertise die we hebben opgezet en het model verloren zouden gaan. Er zijn nu zoveel instanties die zich met kinderen en hun problemen bezig houden. Wat wij binnen het project hebben gedaan is veel meer de regie voeren, in plaats van dat het allemaal zo versnipperd is. Als het project ophoudt zal die versnippering wel weer plaats gaan vinden en dan voelt het toch een beetje alsof je voor niks bezig bent geweest.” Huisarts praktijk 3

“Ik zie deze manier van werken wel als een oplossing voor hoe je jeugdzorg in de toekomst zou kunnen regelen. Iedereen zit een beetje te zoeken naar een manier om de jeugdzorg vorm te geven en daar is dit

natuurlijk een methode voor die, zoals ik het zie, echt wel bepaalde successen heeft. Maar dan moet je wel gemotiveerde huisartsen hebben. Je moet switchen van goed willen verwijzen, want dat willen we eigenlijk allemaal, naar zelf ook dingen gaan doen.” Huisarts praktijk 4

“Ik denk dat het vanuit het oogpunt van efficiëntie en bezuiniging heel zinvol is als dit project doorgaat. De kans op shoppen en dat een kind in een verkeerd circuit terecht komt is door dit project veel kleiner. De huisarts is een cruciaal persoon want hij kent de gezinnen al goed. Daarnaast gaat er door dit project weinig tijd verloren.” Kinderpsychiater

“Ik heb ook gemerkt dat er belangstelling voor het project is vanuit de tweede lijn. Als ik ook denk aan de instelling waar ik werk, als er bekend zou zijn dat het kind een traject heeft gehad van 5 consulten bij de POH-JGGZ, dan gaan wij graag verder met de informatie die daaruit is gekomen. Dan zijn we blij dat die informatie er al is. Soms zie ik de taak van de POH-JGGZ ook wel een beetje als de rode loper uit leggen voor de verdere hulpverlening.” Gezinstherapeut

10 Discussie en conclusie

10.1 Samenvatting resultaten

De huisartsen in het gezondheidscentrum zijn sinds de start van het Eureka project meer psychosociale problemen bij kinderen gaan signaleren. Zowel het aantal kinderen bij wie deze problemen werden gesignaleerd nam toe alsmede het aantal contacten vanwege psychosociale problemen bij kinderen. Na de start van het Eureka project was vooral een stijging te zien van het aantal meisjes van 11-18 jaar bij wie psychosociale problemen werden geconstateerd. Daarnaast is het aantal contacten met de diagnoses “angstig/nerveus”, “depressief gevoel”, “eetproblemen”, “andere zorgen gedrag kind” en “angststoornis” toegenomen sinds de start van het Eureka project. Ook vóór de start van het Eureka project signaleerden de artsen uit MC Eudokia al meer psychosociale problemen dan artsen in andere grotestadspraktijken en artsen in andere achterstandswijken. Bij deze resultaten moet worden opgemerkt dat de huisartsen in MC Eudokia in de jaren voor de start van het project al bezig waren met het opstarten ervan. Dit kan tot gevolg gehad hebben dat er in de jaren vóór 1 september 2010 al meer aandacht was voor psychosociale problemen.

Hoewel de huisartsen in MC Eudokia meer psychosociale problemen signaleren is er geen toename in het aantal lange consulten per kind of in het voorschrijven van psychofarmaca. Wel is het aantal reguliere contacten vanwege psychosociale problemen hoger dan in praktijken in vergelijkbare grotestadswijken of achterstandswijken. Het voorschrijven van psychofarmaca aan kinderen met psychosociale problemen binnen MC Eudokia is lager dan in vergelijkbare huisartspraktijken.

Ondanks de toegenomen signalering van psychosociale problemen is er geen toename in het percentage kinderen met psychosociale problemen dat verwezen wordt. Dit verwijscijfer neemt toe naar proportie van de toegenomen signalering. Het verwijscijfer in MC Eudokia ligt lager dan in vergelijkbare grotestadspraktijken in achterstandswijken. Het Eureka project is meer ingezet bij meisjes dan bij jongens, hoewel bij jongere jongens de meeste problemen worden gesignaleerd. Daarnaast is het Eureka project bijna twee keer zo vaak ingezet in de praktijk van de initiatief nemende huisarts dan door de andere deelnemende huisartsen. Het Eureka project, met zijn verschillende onderdelen als het scharnierconsult door de huisarts, de inzet van de POH-Jeugd GGZ en de mogelijkheid tot consultatie van psychiater en gezinstherapeut is in al haar facetten ingezet zoals gepland. Het is echter wel duidelijk dat met name de initiatief nemende praktijk het meest gebruik maakte van scharnierconsulten en de consultatiemogelijkheden. Daarnaast is de consultatie door de psychiater, gezinstherapeut en jeugdpsycholoog in ruime mate benut (veelal als routine) door de POH- JGGZ.

Bezien we het effect van de Eureka interventie op de kinderen bij wie het werd toegepast, dan kunnen we constateren dat kinderen, na een Eureka interventie, nog wel regelmatig bij de huisarts blijven komen vanwege psychosociale problemen, met name vanwege gedragsproblemen. Ze worden hier een half jaar na de interventie vaker mee gezien dan kinderen met psychosociale problemen die geen Eureka interventie hebben gekregen. Kinderen met een Eureka interventie slikken een half jaar na de interventie (nog) minder

medicijnen dan kinderen met psychosociale problemen bij wie zo'n interventie niet plaats vond.

De kinderen die in het Eureka project zijn ingesloten, hadden in de ogen van hun ouders vooral veel last van emotionele problemen en overactiviteit. De kinderen zelf meldden dergelijke klachten in geringere mate. Na afloop waren degenen die voor een nameting bereikt werden zeer tevreden over de interventie.

De betrokken zorgverleners zijn erg tevreden over het Eureka project en zijn ook allen van mening dat het project gecontinueerd moet worden. Wel geeft een aantal zorgverleners aan dat het aan de motivatie van de huisartsen ligt hoe succesvol het project kan worden.

10.2 Beantwoording onderzoeksvragen

Met deze samenvatting van de resultaten bekijken we opnieuw de vragen die we in hoofdstuk 1 opwierpen:

1. *Zijn er meer psychosociale problemen bij kinderen en adolescenten gesignaleerd sinds de invoering van het nieuwe zorgaanbod?*

Ja, door alle artsen in de praktijken van MC Eudokia, maar het meest door de artsen in praktijk 1, van wie het initiatief voor dit project uitging. Overigens signaleerden de artsen in MC Eudokia al voor aanvang van het project meer psychosociale problemen dan artsen in andere grotestadspraktijken of praktijken in achterstandswijken.

2. *Door welke zorgverlener en op welke manier zijn de gesignaleerde problemen aangepakt?*

- a. *Bij welke zorgverlener (huisarts of POH-JGGZ) is het psychosociale probleem als eerste terechtgekomen na inclusie in het project?*

In praktijk 1 zien we dat gesignaleerde psychosociale problemen bijna altijd eerst in een scharnier consult resulteren, waarna de patiënt overgedragen wordt aan de POH-JGGZ, of verdere consultatie bij psychiater of gezinstherapeut wordt ingewonnen (waarna de huisarts zelf de behandeling weer voortzet), of meteen een verwijzing naar de tweede lijn plaats vindt.

In de drie andere praktijken wordt sneller verwezen naar de POH-JGGZ.

- b. *Op welke manier heeft deze zorgverlener het gesignaleerde probleem aangepakt? Heeft hij het probleem zelf behandeld?*

De meeste gesignaleerde psychosociale problemen zijn ook na de start van het Eureka project door de huisarts zelf behandeld, zonder daarbij van de Eureka interventie gebruik te maken. Met name de diagnose "andere zorgen gedrag kind" komt relatief veel voor bij kinderen die niet in het project werden betrokken.

- *Is er een scharnierconsult ingelast?*
Bij 65 kinderen is een scharnierconsult geregistreerd, terwijl 152 kinderen in het Eureka project zijn geïncludeerd. Dit betekent dat er bij 43% van de geïncludeerde kinderen een scharnierconsult plaatsvond.
- *Heeft hij het kind verwezen naar een andere zorgverlener binnen of buiten MC Eudokia? Zo ja, naar welke zorgverlener?*
Ongeveer in 25% van de kinderen die vanwege psychosociale problemen bij de huisarts kwamen zijn verwezen. De meeste verwijzingen zijn naar de tweedelijns GGZ, op de tweede plaats komt de eerstelijns GGZ. Na de start van het Eureka project is het aandeel van verwijzingen naar 2^e lijns GGZ afgenomen, dat van verwijzingen naar eerstelijns GGZ is toegenomen. Het verwijscijfer is vergelijkbaar met andere grotestadspraktijken maar lager dan in praktijken die in achterstandswijken liggen. Het Eureka project heeft dus geen “aanzuigende” werking op de eerste- of tweedelijns GGZ gehad.

c. *Hoeveel contacten zijn er in totaal met MC Eudokia geweest in verband met het gesignaleerde psychosociale probleem?*

Na 30 september 2010 kwamen er 442 kinderen met een psychosociaal probleem bij de huisartsen van MC Eudokia. Er zijn in totaal 2.040 huisartscontacten geweest met deze kinderen vanwege een psychisch of sociaal probleem. Dit is gemiddeld 4,6 huisartsconsult per kind. Van de 442 kinderen met een psychosociaal probleem zijn er 152 kinderen ingesloten in het Eureka project (34%).

3. *Zijn er verschillen in de signalering en behandeling van psychosociale problemen van kinderen tussen MC Eudokia en huisartspraktijken die geen extra aandacht aan jeugd-GGZ besteden? (verschillen in aantal contacten, voorgeschreven medicatie, verwijzingen naar de tweede lijn?)*

Ja: In MC Eudokia worden meer problemen gesignaleerd. Dit verschil bestond al voor de start van het project, maar daarna is het verschil nog groter. Ook vinden er per kind meer huisartsconsulten plaats dan in controle huisartspraktijken. Er worden minder psychofarmaca voorgeschreven door de huisartsen in MC Eudokia dan door huisartsen in controlepraktijken. Het percentage kinderen met psychosociale problemen dat vanuit MC Eudokia verwezen wordt is vergelijkbaar met andere grotestadspraktijken, maar lager dan in huisartspraktijken in achterstandswijken in grote steden.

4. *Hoe beoordelen patiënten en hun ouders de kwaliteit en effectiviteit van de behandeling door de POH-JGGZ?*

Voor zover ze een oordeel hebben gegeven zijn de ouders zeer positief over de inschakeling van de POH-JGGZ en haar werkwijze.

5. *Hoe beoordelen zorgverleners die betrokken zijn bij het nieuwe zorgaanbod deze zorg?*

Positief, met kanttekeningen over de extra inzet die het project van hen vraagt, maar die zichzelf in hun ogen echter terugverdient. De betrokken zorgverleners zijn van mening dat dit project gecontinueerd moet worden, met eventueel enkele aanpassingen, waaronder een verhoging van het maximum aantal consulten per kind bij de POH-JGGZ en de mogelijkheid dat de specialistische consultants zo nodig mee kijken bij een consult van de huisarts.

10.3 Discussie

Het Eureka project vindt plaats in een tijd waarin de jeugdzorg in Nederland versnipperd is. Nederland kent namelijk veel organisaties die zich actief inzetten voor kinderen en jongeren en in het huidige jeugdzorgstelsel wordt onvoldoende samengewerkt tussen deze organisaties. Er is sprake van een gescheiden toegang tot en financiering van de verschillende zorgvormen. Het gevolg is dat kinderen, en hun ouders, van de ene organisatie naar de andere worden gestuurd voor hun problemen, terwijl deze problemen het beste in samenhang aangepakt kunnen worden. Daarnaast bevordert het bestaande stelsel doorverwijzing naar specialistische zorg. Doordat er te weinig vroeghulp en lichte interventies geboden worden, komen kinderen met lichte problemen vaker dan nodig terecht in specialistische zorg. Tegelijkertijd hebben kinderen en gezinnen met zware, meervoudige problemen moeite om de integrale zorg te verkrijgen die nodig is. Naast de organisatie van de jeugdzorg speelt de financiering een rol bij deze versnippering. De ene organisatie wordt bekostigd uit een provinciaal budget, de andere door de gemeente en een derde uit de Zorgverzekeringswet. Op deze manier verleent elke hulpverlener een afgebakend stukje zorg, waarbij een afgebakend potje geld hoort. De versnippering van de jeugdzorg en de lange wachttijden bij verschillende GGZ-instellingen waren reden om het Eureka project op te zetten.

Om de versnippering in de jeugdzorg tegen te gaan is momenteel (juli 2013) de nieuwe jeugdwet door o.a. staatssecretaris Van Rijn (VWS) naar de Tweede Kamer gestuurd. Dit wetsvoorstel regelt, per januari 2015, de overheveling van alle jeugdhulp² naar gemeenten waardoor zij zowel bestuurlijk als financieel verantwoordelijk worden voor de uitvoering. De gemeente wordt hiermee verantwoordelijk voor een kwalitatief en kwantitatief toereikend aanbod van de verschillende vormen van jeugdhulp en van gecertificeerde instellingen en moet ervoor zorgen dat ieder kind dat een vorm van jeugdhulp nodig heeft, deze daadwerkelijk krijgt. Met de overheveling van alle jeugdhulp naar gemeenten kan hulp en ondersteuning laagdrempelig, vroegtijdig en integraal worden aangeboden (Ministerie van VWS en ministerie van Veiligheid & Justitie).

² Onder jeugdhulp wordt verstaan: ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen en hun ouders bij het voorkomen, verminderen, stabiliseren, behandelen en opheffen van of omgaan met de gevolgen van psychische problemen, psychosociale problemen of gedragsproblemen van de jeugdige, of opvoedingsproblemen.

Het Eureka project past goed in de plannen van de overheid om alle jeugdhulp over te hevelen naar de gemeente. Aan dit wetsvoorstel ligt namelijk o.a. het idee ten grondslag dat er meer gebruik gemaakt moet worden van preventieve acties en vroegtijdige interventies, waardoor de effectiviteit van de jeugdzorg wordt vergroot. Naar ons inzien is de huisarts hiervoor de juiste persoon. Huisartsen hebben vaak kennis over het hele gezin waardoor zij kinderen met een risico op psychosociale problemen sneller kunnen herkennen. Op deze manier kan preventie worden aangeboden vanuit de huisartspraktijk. De ervaringen van de betrokken huisartsen bij dit project sluiten hier op aan, want ook zij hebben het idee dat ze beter zicht hebben op het gezin als een systeem. Daarnaast is het een voordeel voor ouders en kinderen als deze hulp vanuit de huisartspraktijk geboden kan worden. Ouders en kinderen die de vragenlijst hebben ingevuld geven allen aan het erg prettig te vinden dat ze zo dichtbij huis, in de huisartspraktijk, terecht konden met de psychosociale problemen van het kind en waren vooral blij dat ze er zo snel geholpen konden worden. Dit sluit aan bij de aanbevelingen van de parlementaire werkgroep Toekomstverkenning jeugdzorg. Een belangrijke aanbeveling van deze werkgroep is namelijk dat ook lichtere vormen van jeugdhulpverlening, inclusief jeugd-ggz, in de buurt en geïntegreerd aangeboden moeten kunnen worden (Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg, 2010).

Daarnaast ligt aan het wetsvoorstel de visie ten grondslag dat ieder kind een veilige omgeving om zich heen heeft, waarin de school, de naschoolse opvang, de sportclub en de buurt een belangrijke rol spelen. Daarom moet er volgens overheid een prominente plaats zijn voor scholen als vindplaats voor jongeren met problemen. De school is namelijk een belangrijke plek om problemen vroeg te signaleren, zodat snel en adequaat lichte zorg verleend kan worden. Dit blijkt ook uit onze interviews met de betrokken zorgverleners. Vooral de POH-JGGZ gaf aan het belangrijk te vinden dat scholen betrokken worden bij het project. Ze vindt het belangrijk om ook zicht te hebben op het functioneren van kinderen op school.

Een belangrijke voorwaarde voor het succes van dit project is de motivatie van de betrokken huisartsen. De huisartsen moeten problemen willen signaleren en ook (deels) zelf willen behandelen. Dit is ook terug te zien in onze resultaten: de initiatief nemende huisarts (van praktijk 1) signaleert meer psychosociale problemen bij kinderen dan huisartsen uit de andere praktijken en heeft ook vaker overleg met de andere betrokken zorgverleners. Dit verschil kan het gevolg zijn van een andere leeftijdsopbouw van de patiëntpopulatie van de Eudokia praktijken (praktijk 1 zou meer kinderen in zijn patiëntpopulatie kunnen hebben dan de andere Eudokia praktijken). Het verschil kan ook voortkomen uit het feit dat de huisarts uit praktijk 1, die het initiatief tot het Eureka project heeft genomen, meer geïnteresseerd is in psychosociale problematiek bij kinderen en daarom meer gemotiveerd was om dergelijke problemen te signaleren. We kunnen wel concluderen dat de huisarts uit praktijk 1 de andere huisartsen heeft “meegenomen” in het project, aangezien ook de huisartsen van de andere praktijken scharnierconsulten hebben uitgevoerd, overleg hebben gehad met specialistische consultants en naar de POH-JGGZ verwezen hebben. Ook vraagt dit project extra tijd van de huisartsen, wat ten koste zou kunnen gaan van andere taken. Betrokken huisartsen geven echter aan het niet zo te ervaren of zijn van mening dat de tijd zich later terug betaalt.

Tijdens de evaluatie van het Eureka project is een aantal knelpunten aan het licht gekomen die een succesvolle implementatie van het project in de weg kunnen staan. Op basis hiervan doen wij een aantal aanbevelingen:

- Ten eerste raden wij aan om scholen te betrekken bij het project, zoals hierboven als is aangegeven. Scholen kunnen een belangrijke rol spelen bij het Eureka project door extra informatie te leveren aan huisartsen en de POH-JGGZ over het functioneren van het kind op school.
- Ten tweede raden wij aan om de gemeente te betrekken bij het project, ook bij de financiering ervan. Zoals hierboven beschreven is, past het project goed in de plannen van de overheid voor hervorming van de jeugdzorg.
- Op basis van onze evaluatie en de gesprekken met de betrokken zorgverleners raden wij aan om de specialistische consulenten, zoals de kinderpsychiater en de gezinstherapeut, mee te laten kijken bij huisartscontacten met patiënten. Dit kan zowel voor de huisarts als voor de POH-JGGZ tijd besparen die ze nu kwijt zijn aan overleg. Daarnaast kan dit een verwijzing voor diagnostiek besparen, aangezien huisartsen nu aangeven dat ze soms doorverwijzen voor diagnostiek omdat ze zichzelf onvoldoende geëquipeerd voelen om een diagnose te stellen.
- Ten slotte is het maximum van 5 consulten bij de POH-JGGZ een knelpunt binnen dit project. In onze resultaten was namelijk te zien dat bij kinderen die werden ingesloten in het Eureka project een half jaar tot een jaar na de insluiting in het project meer huisartsconsulten plaatsvonden dan bij kinderen die niet werden ingesloten in het project. Dit was ook het geval vergeleken met het aantal huisartsconsulten dat plaatsvond een jaar tot een half jaar vóór de insluiting in het project. Onze verwachting was juist dat deze kinderen een jaar na de insluiting in het project minder vaak een beroep zouden doen op de huisarts vanwege psychosociale problemen. Dat dit niet gebeurt kan een aanwijzing zijn dat 5 consulten bij de POH-JGGZ niet genoeg is en dat kinderen daarna terug komen bij de huisarts omdat de problemen weer de kop opsteken. Een huisarts gaf ook aan dat hij, nu het project langer loopt, patiënten terug ziet komen omdat ze het idee hebben dat hun problemen toch nog niet zijn opgelost. Onze aanbeveling is zijn om het maximum aantal consulten bij de POH-JGGZ te versoepelen en te verhogen naar bijvoorbeeld 8 consulten per patiënt. We raden aan om wel een maximum aan te houden, omdat anders het risico bestaat dat ernstige problematiek, die niet in de eerste lijn thuis hoort, daar toch behandeld wordt.

We kunnen concluderen dat Eureka project een goede manier is om laagdrempelige zorg te bieden voor ouders en kinderen met psychosociale problemen, waarbij ook preventie kan worden aangeboden. Daarnaast past het project goed in de plannen van de overheid om versnippering van de jeugdzorg tegen te gaan.

Literatuur

- Blankenstein AH. Somatising patients in general practice: Reattribution, a promising approach. Vrije Universiteit Amsterdam: Academisch proefschrift, 2001.
- Briggs-Gowan MJ, Horwitz SM, Schwab-Stone M, Leventhal JM, Leaf PJ. Mental health in pediatric settings: Distribution of disorders and factors related to service use. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2000; 39: 841-849.
- Ferdinand RF, Verhulst FC. Psychopathology from adolescence into young adulthood: An 8-year follow-up study. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1586-1594.
- Foets M, Cuperus J, Spreeuwenberg P, Verhaak P, Van Engeland H. Weinig herkenning van psychische problemen bij kinderen door ouders en huisartsen. *Ned Tijdschr Geneesk* 1996; 140: 1907-1912.
- GGZ Nederland. Jeugd GGZ breed beschikbaar: ambities voor de jaren 2006-2008. Amersfoort, 2007.
- Glazebrook C, Hollis C, Heussler H, Goodman R, Coates L. Detecting emotional and behavioural problems in paediatric clinics. *Child Care Hlth Dev* 2003; 29: 141-149.
- Harland P, Reijneveld SA, Brugman E, Verloove-Vanhorick SP, Verhulst FC. Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2002; 11: 176-184.
- Hermanns J, Öry F, Schrijvers G. Helpen bij opgroeien en opvoeden: Eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen. Utrecht: Julius Centrum, 2005.
- Hofstra MB, Van der Ende J, Verhulst FC. Child and adolescent problems predict DSM-IV disorders in adulthood: A 14-year follow-up of a Dutch epidemiological sample. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 182-189.
- Horwitz SM, Leaf PJ, Leventhal JM, Forsyth B, Speechley KN. Identification and management of psychosocial and developmental problems in community-based, primary care pediatric practices. *Pediatrics* 1992; 89: 804-812.
- IGZ, Inspectie voor de Gezondheidszorg. De Jeugdgezondheidszorg in beweging. Den Haag, 2009.
- Jones D, Dodge KA, Foster EM, Nix R, Conduct Problems Prevention Research Group. Early identification of children at risk for costly mental health service use. *Prev Science* 2002; 3: 247-256.
- Lamberts H, Woods M, Hofmans-Okkes I. The International Classification of Primary Care in the European Community. Oxford: Oxford University Press, 1993.
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en Ministerie van Veiligheid en Justitie. Memorie van toelichting bij de Jeugdwet. Den Haag, 2013.
- NHG, Nederlands Huisartsengenootschap. NHG-standpunt toekomstvisie huisartsenzorg en jeugd. Utrecht: NHG, 2008.
- Noordman J, Verhaak PFM. Psychische gezondheid in de eerste lijn: de inzet van consultants geestelijke gezondheid in Gezondheidscentrum West, bij patiënten met psychische of sociale klachten. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Reitsma-Van Rooijen M, Damman OC, Sixma HJ, Spreeuwenberg P, Rademakers J. CQ-index Jeugdgezondheidszorg: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar vanuit het perspectief van ouders en kinderen. Utrecht: NIVEL, 2009.
- Roza SJ, Hofstra MB, Van der Ende J, Verhulst FC. Stable prediction of mood and anxiety disorders based on behavioral and emotional problems in childhood: A 14-year follow-up during childhood, adolescence, and young adulthood. *Am J Psychiatry* 2003; 160: 2116-2121.
- Sanders MR, Markie-Dadds C, Turner KMT. Theoretical, scientific and clinical foundations of the Triple P-Positive Parenting Program: A population approach to the promotion of parenting competence. Parenting Research and Practice Monograph No. 1, 2003.
- Sayal K, Taylor E. Detection of child mental health disorders by general practitioners. *Br J Gen Pract* 2004; 54: 348-352.

- Sourander A, Elonheimo H, Niemela S, Nuutila AM, Helenius H, Sillanmaki L, Piha J, Tamminen T, Kumpulainen K, Moilanen I, Almqvist F. Childhood predictors of male criminality: A prospective population-based follow-up study from age 8 to late adolescence. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* 2006; 45: 578-586.
- Tick NT. Time trends in Dutch Children's mental health. Academisch proefschrift. Erasmus Universiteit Rotterdam, 2007.
- Van den Berg MJ, Kolthof ED, De Bakker DH, Van der Zee J. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: De werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.
- Van den Berg MJ, Koopmanschap MA, De Bakker D, Verheij R. Samenwerking en substitutie in Gezondheidscentrum West. Evaluatie van de eerste ervaringen met geïntegreerde eerstelijnszorg volgens het Menzis model. NIVEL, IMTA, Utrecht 2007
- Van Widenfelt BM, Goedhart AW, Treffers PDA, Goodman R. Dutch version of the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ). *Eur J Child Adoles Psychiatry* 2003; 12: 281-289.
- Verhaak PFM. Geestelijke gezondheidszorg in de huisartspraktijk: psychiatiseren of normaliseren? NIVEL/UMCG, Utrecht/Groningen 2011
- Verhulst FC, Van der Ende J, Koot HM. Handleiding voor de CBCL/4-18. Rotterdam: Afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie, Sophia Kinderziekenhuis/Academisch Ziekenhuis Rotterdam/Erasmus Universiteit Rotterdam, 1996.
- Werkgroep Toekomstverkenning Jeugdzorg. Jeugdzorg dichterbij. Mei 2010.
- Zwaanswijk M, Verhaak PFM, Van der Ende J, Bensing JM, Verhulst FC. Consultation for and identification of child and adolescent psychological problems in Dutch general practice. *Fam Pract* 2005; 22: 498-506.
- Zwaanswijk M, Verhaak PFM, Van der Ende J, Bensing JM, Verhulst FC. Obstakels op de weg naar zorg: het hulpzoekproces voor kinderen en adolescenten met emotionele en gedragsmatige problematiek. *Kind en Adolescent* 2006; 27: 144-156.

Bijlage

Tabel A1 Aantal contacten van kinderen (4 t/m 18 jaar) vanwege een psychische of sociale diagnose (ICPC-code P of Z) voor verschillende leeftijd/geslacht categorieën, per kwartaal van 1/1/2009 t/m 31/12/2012 (per 1.000 ingeschreven patiënten).

Kwartaal	♂ 4-10	♀ 4-10	♂ 11-18	♀ 11-18
1/2009	82,1	61,3	51,3	66,0
2/2009	122,1	40,1	53,2	78,7
3/2009	80,0	35,4	43,7	48,9
4/2009	120,0	28,3	38,0	72,3
1/2010	109,5	47,2	89,4	100,0
2/2010	56,8	44,8	87,5	68,1
3/2010	61,1	40,1	76,0	46,8
4/2010	103,2	94,3	131,2	140,4
1/2011	191,6	120,3	150,2	206,4
2/2011	143,2	94,3	159,7	121,3
3/2011	105,3	75,5	81,7	100,0
4/2011	109,5	101,4	83,7	123,4
1/2012	143,2	165,1	116,0	210,6
2/2012	138,9	51,9	58,9	191,5
3/2012	82,1	44,8	49,4	127,7
4/2012	134,7	54,2	91,3	200,0

Tabel A2 Aantal kinderen (4 t/m 18 jaar) met een psychische of sociale diagnose (ICPC-code P of Z) in verschillende leeftijd/geslacht categorieën, per kwartaal van 1/1/2009 t/m 31/12/2012 (per 1.000 ingeschreven patiënten).

Kwartaal	♂ 4-10	♀ 4-10	♂ 11-18	♀ 11-18
1/2009	46,3	37,7	28,5	51,1
2/2009	63,2	28,3	32,3	40,4
3/2009	61,1	23,6	26,6	19,1
4/2009	65,3	21,2	24,7	40,4
1/2010	69,5	35,4	45,6	51,1
2/2010	44,2	26,0	45,6	42,6
3/2010	46,3	30,7	53,2	38,3
4/2010	61,1	33,0	53,2	61,7
1/2011	80,0	47,2	74,1	70,2
2/2011	65,3	35,4	77,9	59,6
3/2011	58,9	30,7	43,7	53,2
4/2011	56,8	44,8	51,3	44,7
1/2012	65,3	68,4	60,8	89,4
2/2012	84,2	35,4	39,9	63,8
3/2012	61,1	28,3	36,1	57,4
4/2012	77,9	30,7	49,4	76,6

Tabel A3 Aantal contacten van kinderen (4 t/m 18 jaar) vanwege een psychische of sociale diagnose (ICPC-code P of Z) voor de vier deelnemende huisartspraktijken, per kwartaal van 1/1/2009 t/m 31/12/2012 (per 1.000 ingeschreven patiënten).

Kwartaal	Praktijk 1	Praktijk 2	Praktijk 3	Praktijk 4
1/2009	113,7	43,1	54,7	44,2
2/2009	121,6	45,5	97,0	35,4
3/2009	70,6	38,3	67,2	35,4
4/2009	107,8	43,1	92,0	23,0
1/2010	151,0	52,6	82,1	60,2
2/2010	90,2	47,8	72,1	51,3
3/2010	56,9	26,3	82,1	61,9
4/2010	190,2	119,6	114,4	54,9
1/2011	270,6	150,7	136,8	109,7
2/2011	205,9	67,0	154,2	95,6
3/2011	172,5	16,7	74,6	83,2
4/2011	166,7	88,5	94,5	65,5
1/2012	266,7	98,1	179,1	86,7
2/2012	184,3	28,7	89,6	118,6
3/2012	129,4	12,0	52,2	92,0
4/2012	211,8	86,1	67,2	102,7