

Tilburg University, departement Tranzo

# Triage bij zuigelingen op verschillende leeftijdsmomenten.

Een beschrijvend  
procesonderzoek in de  
jeugdgezondheidszorg.

Maartje G.H. Niezen

Jolanda J.P. Mathijssen

Eindrapportage

Maart 2013



**Thebe** Jeugdgezondheidszorg



## Voorwoord

Thebe Jeugdgezondheidszorg, GGD Hart voor Brabant (voorheen thuiszorg Pantein) en Tranzo hebben zich verenigd in een onderzoek naar een innovatie wijze van zorgorganisatie binnen de JGZ dat zich richt op gedifferentieerde begeleiding van zuigelingen op basis van triage en taakverschuivingen. Het betreffende triage zorgmodel speelt in op de uitdaging om iedere zuigeling optimaal te begeleiden binnen de beschikbare middelen.

Het voorliggende rapport is een verslag van onderzoek naar de ervaringen met het triage zorgmodel in relatie tot de introductie van de verpleegkundig specialist in de dagelijkse praktijk van vijf consultatiebureaus in de regio Noord-Brabant. Door een beschrijvende analyse beoogt dit rapport de vraag te beantwoorden op welke manier het triage zorgmodel kan bijdragen aan een flexibelere organisatie van de jeugdgezondheidszorg 0-4. Hiermee probeert het rapport een empirische bijdrage te leveren aan de discussie of triage onderdeel kan zijn van de jeugdgezondheidszorg 0-4, op welk moment, en in het bijzonder hoe taakverschuivingen naar de verpleegkundig specialist hierin een rol spelen.

Onze dank gaat in eerste instantie uit naar alle respondenten zonder wie dit onderzoek onmogelijk was geweest: jeugdgezondheidszorg-professionals, ouders en zuigelingen. Daarnaast dank aan Vera Raaijen die een deel van het empirisch onderzoek naar de ervaringen van ouders heeft uitgevoerd. Tenslotte veel dank aan de leden van de begeleidingscommissie van dit onderzoek: Daphne de Lange, Kelly Konijn, Diddy van Wensveen, Elise Buiting, Henriette Duys en Wim Jenniskens. Hun feedback in verschillende fasen van het onderzoek heeft ten eerste bijgedragen aan de kwaliteit ervan.

Maartje Niezen  
Jolanda Mathijssen  
Tilburg, maart 2013

## Inhoud

Samenvatting.....	3
Doel onderzoek.....	5
Het triage zorgmodel.....	5
Methode .....	6
Bevindingen .....	8
Triage bij zuigelingen: profielverdeling en afwegingen.....	8
Het triage zorgmodel en interdisciplinaire kennisdeling.....	14
Het meest geschikte moment voor triage bij zuigelingen .....	16
Taakherschikking en de introductie van de verpleegkundig specialist.....	20
Ervaringen van ouders en JGZ-professionals met het triage zorgmodel.....	22
Discussie .....	24
Conclusie en adviezen.....	29
Appendix A.....	31
Appendix B.....	32
Appendix C.....	33
Referenties.....	35

## Samenvatting

Het triage zorgmodel zoals geïmplementeerd in dit onderzoek is gericht op het efficiënt inzetten van jeugdgezondheidszorg professionals. Op basis van risicotaxatie en additionele professionele overwegingen worden drie risicoprofielen gedefinieerd, met daaraan gekoppeld een gedifferentieerde begeleiding. Door het vroegtijdig koppelen van de juiste professional aan de juiste cliënt is sprake van een flexibilisering van het zorgaanbod. Het triage zorgmodel biedt daarmee een antwoord op de veranderde taken binnen de jeugdgezondheidszorg, onder andere op het gebied van de zorg en begeleiding aan risicokinderen (Hermanns, Öry et al. 2005; Inspectie voor de gezondheidszorg 2009). Ook de introductie van de verpleegkundig specialist en taakverschuivingen, zoals ingebed in het triage zorgmodel, kunnen mogelijk bijdragen aan het flexibeler en potentieel efficiënt inzetten van JGZ-professionals.

In dit rapport presenteren we de resultaten van de uitvoering van het triage zorgmodel in de dagelijkse praktijk van de JGZ 0-4. De centrale vraag van het onderzoek is hoe het triage zorgmodel functioneert, en op welk moment het beste kan worden getrieerd. Onderliggende vragen zijn: Hoe worden op basis van triage drie risicoprofielen gedefinieerd? En, hoe ondersteunt het triage zorgmodel de introductie van de verpleegkundig specialist binnen de JGZ 0-4? Deze vragen zijn beantwoord door een combinatie van kwantitatieve en kwalitatieve onderzoeksmethoden. In de periode april 2011 t/m september 2012 hebben vijf consultatiebureaus in Noord-Brabant het triage zorgmodel geïmplementeerd en uitgevoerd. In totaal zijn van 596 zuigelingen de triage overwegingen van de JGZ-professionals en de gedefinieerde risicoprofielen geregistreerd in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg en vervolgens geanalyseerd. De ervaringen van ouders met consultatiebureaus zijn gemeten via een vragenlijst (pilot N=78, controle N=98) en zes interviews. Daarnaast hebben interviews met betrokken JGZ-professionals (N=18) en observaties inzicht verschaft in de inhoud van de triage overweging en de ervaringen met het triage zorgmodel.

De belangrijkste bevindingen hebben betrekking op de risicoprofielverdeling, de inhoud van de triage afweging, de bijdrage van het triage overleg aan kennisdeling en de introductie van de verpleegkundig specialist in het consultschema. Verwacht was dat 50% van de zuigelingen in een laag, 30% in een midden en 20% in een hoog risicoprofiel zouden worden ingedeeld. Het geobserveerde risicoprofielverdeling wijkt hier vanaf met gemiddeld 63,6% van de zuigelingen in het laag, 18,6% in het midden, en 17,8% in het hoog risicoprofiel op het moment van de eerste triage. Meest opvallend is de grote variatie in risicoprofiel verdeling tussen de vier triage momenten. Bijvoorbeeld de locatie met triage op 4 weken deelt 41% van de zuigelingen in het laag risicoprofiel in, terwijl de locatie met triage op 26 weken 79% van de zuigelingen indeelt in het laag risicoprofiel.

Ook is sprake van een grote interprofessionele variatie met betrekking tot de inhoud van de triage overweging. Gemiddeld komt bij 50% van de triage overwegingen de indeling op basis van de risicotaxatie overeen met de uiteindelijke risicoprofilering. In de andere 50% van de triage overwegingen wordt de uiteindelijke profielindeling bepaald door de aanvullende professionele overwegingen. Echter, de vier verschillende triage momenten laten significante verschillen zien ten aanzien van dit gemiddelde. Zo blijkt bijvoorbeeld dat bij het triage moment op twee weken slechts bij 22% van de zuigelingen risicotaxatie en profielindeling overeen komt, versus een 70% overeenkomst voor het triage moment met 26 weken.

Het triage zorgmodel heeft bijgedragen aan een toename van kennisdeling en kennisontwikkeling binnen de betrokken consultatiebureaus. Het triage overleg speelt hierin een belangrijke rol in. Het structureel ingeplande triage overleg is interdisciplinair van karakter en dwingt tot explicitering van triage afwegingen van alle JGZ-professionals, alsook de uniformering van risicofactoren definities. Hierdoor leren de JGZ-professionals van elkaar en passen zij ook hun handelingen aan waar nodig.

Naast een structureel overleg biedt het triage zorgmodel ook een gestructureerde introductie van de verpleegkundig specialist in het consultschema. Dit stimuleert de inbedding van de functie verpleegkundig specialist in de JGZ 0-4. Echter, de taakverschuivingen van (jeugd)arts naar verpleegkundig specialist die de introductie van de verpleegkundig specialist in het consultschema vereisen verlopen niet zonder problemen. De kennis en kunde van verpleegkundig specialisten, de professionele grenzen, de institutionele infrastructuur, en externe omgevingsfactoren spelen allen een rol in het bevorderen dan wel belemmeren van de vereiste taakverschuivingen.

Ondanks onderzoek op zowel kwantitatieve als kwalitatieve wijze blijft een duidelijke conclusie op de hoofdvraag van dit onderzoek: “Wat is het meest geschikte moment voor triage?” uit. Dit heeft onder andere te maken met een te geringe inclusie van zuigelingen op de verschillende triage momenten en in de drie risicoprofielen om tot een valide analyse te komen. Daarnaast blijkt in de praktijk het systeem van triage naar drie risicoprofielen met daaraan gekoppeld een gedifferentieerde begeleiding lastig uitvoerbaar. Ook is sprake van grote interprofessionele variatie waardoor een uniforme wijze van triëren ontbreekt.

Wel biedt het onderzoek inzicht in twee andere aspecten van het triage zorgmodel, namelijk het interdisciplinair triage overleg en de positie van de verpleegkundig specialist binnen de JGZ 0-4. Het triage zorgmodel faciliteert een interdisciplinair overleg gericht op het in kaart brengen van het risicoproces van zuigelingen, en heeft een meerwaarde voor de JGZ-professionals zelf en mogelijk ook voor de kwaliteit van zorg. Daarnaast draagt het triage zorgmodel bij aan een gestructureerde introductie van de verpleegkundig specialist in het consultschema, waardoor deze ondersteund wordt in het positioneren van de functie verpleegkundig specialist in de JGZ 0-4.

Indien de huidige zuigelingen binnen het triage zorgmodel zullen worden blijven gemonitord, zal de toekomst uitwijzen wat de daadwerkelijke effecten zijn op langere termijn. In de tussentijd zijn er enkele aanbevelingen die het triage zorgmodel kunnen verbeteren, zoals het opleiden van meer verpleegkundig specialisten, het verbeteren van registraties en het toepassen van triage op meerdere momenten gedurende de tijd opdat daadwerkelijk sprake is van monitoring van het risicoproces van een kind.

## Doel onderzoek

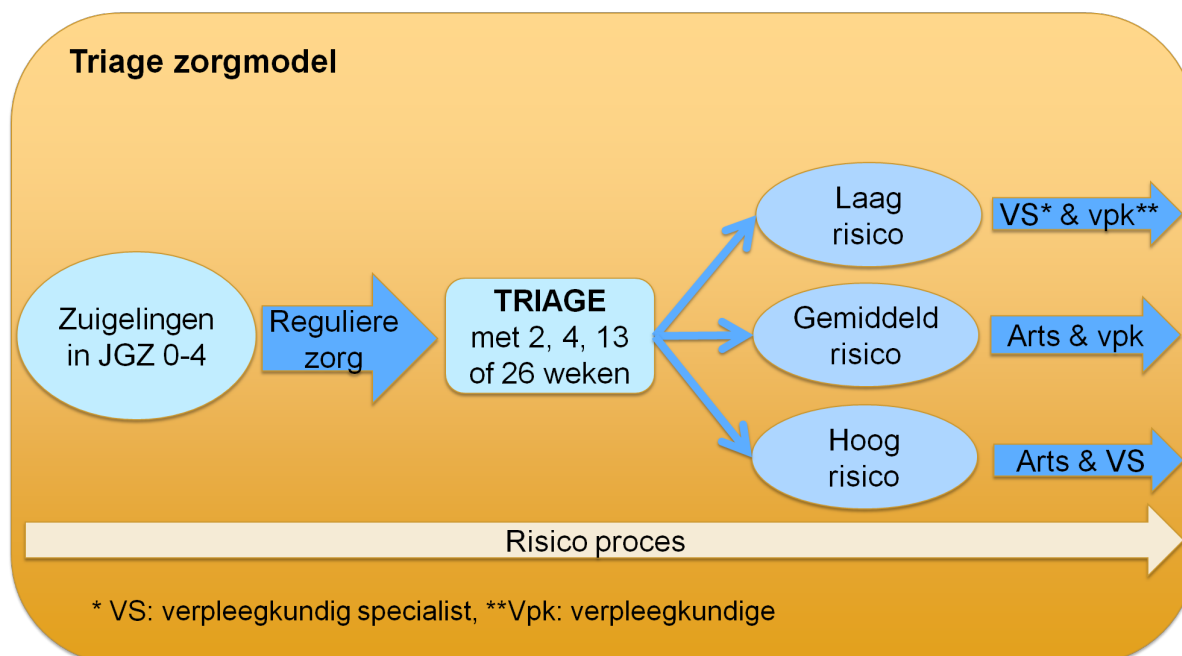
De ontwikkeling van het triage zorgmodel speelt in op de veranderde taken in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en de uitdaging om JGZ-professionals zo efficiënt mogelijk in te zetten. Triage in de eerste levensmaanden van een kind kan er voor zorgen dat zuigelingen en ouders zo snel mogelijk zorg op maat krijgen. Deze vroege triage bestaat uit een risicotaxatie en additionele professionele overwegingen op basis waarvan drie risicoprofielen worden gedefinieerd. Aan elk risicoprofiel is een specifieke begeleiding gekoppeld. Met andere woorden, de vroegtijdige signalering van (eventuele en potentiële) risico's en problemen leidt tot een snelle koppeling van specifieke JGZ-professionals aan zuigelingen en ouders.

Het doel van dit onderzoek is inzicht te krijgen in het gebruik van het triage zorgmodel in relatie tot de introductie van de verpleegkundig specialist in de dagelijkse praktijk van de JGZ 0-4. De centrale vraag van het onderzoek is hoe het triage proces verloopt en op welk moment het beste kan worden getrieerd. Onderliggende vragen zijn: Hoe worden op basis van triage drie risicoprofielen gedefinieerd. Én, hoe ondersteunt het triage zorgmodel de introductie van de verpleegkundig specialist binnen de JGZ 0-4?

## Het triage zorgmodel

**Triage** op risico's in ontwikkelingsproblematiek houdt in dat de betrokken JGZ-professionals<sup>1</sup> een expliciete afweging maken op een vastgesteld moment in het consultschema over het risico dat een kind heeft op het oplopen van achterstanden in zijn/haar fysieke, psychosociale, cognitieve, motorische, spraak- en/of taalontwikkeling. Deze **triage afweging** bestaat uit het

Figuur 1 Triage zorgmodel



benoemen van risicofactoren (**risicotaxatie**) en van **additionele professionele overwegingen**

<sup>1</sup> Onder JGZ-professionals wordt verstaan de jeugdverpleegkundige, de verpleegkundig specialist, de consultatiebureau- / jeugd- arts en de consultatiebureau assistente.

die naar oordeel van de JGZ-professional(s) relevant zijn voor een inschatting van de risico's op het ontwikkelen van problematiek. **Risicofactoren** zijn gebeurtenissen, omstandigheden of eigenschappen, waarvan bekend is dat er een statistisch grotere kans is op een - soms veel later optredend- probleem in de ontwikkeling van een kind (Hermanns, Öry et al. 2005). De meeste zuigelingen en gezinnen hebben een risicofactor of meerdere (zie Appendix B voor een overzicht van risicofactoren). Omdat tussen een risicofactor en daadwerkelijke (gedrags)problematiek op latere leeftijd een risicoproces ligt, is het van belang dit proces te monitoren. Het is als het ware de ontwikkelingslijn van kind en gezin. De **additionele professionele overwegingen** hebben onder meer betrekking op een pluis- niet-pluis gevoel bij de JGZ-professionals of dat overige, bijvoorbeeld fysieke, problematiek aanleiding geeft tot een specifieke keuze in begeleiding.

Op basis van de triage afweging worden zuigelingen ingedeeld in drie risicoprofielen, met daaraan gekoppeld een gedifferentieerde begeleiding (zie Figuur 1). De komst van de verpleegkundig specialist in de JGZ maakt een differentiatie in de begeleiding van de drie risicoprofielen mede mogelijk. Zuigelingen uit het laag risicoprofiel worden begeleid door de verpleegkundig specialist en de jeugdverpleegkundige, het midden risicoprofiel door de arts en de jeugdverpleegkundige, en het hoog risicoprofiel door de (jeugd)arts en de verpleegkundig specialist. De differentiatie in zorgaanbod heeft dus in eerste instantie geen gevolgen voor het aantal consulten, maar wel door wie deze consulten worden uitgevoerd.

## Methodie

In de periode april 2011 t/m september 2012 hebben vijf consultatiebureaus in Noord-Brabant het triage zorgmodel geïmplementeerd en uitgevoerd. De betrokken consultatiebureaus zijn Tilburg Noord (GGD Hart voor Brabant, voorheen-Thebe Jeugdgezondheidszorg), Veghel (GGD Hart voor Brabant, voorheen-Pantein), Oosterhout, locatie De Kameleon en locatie De Ontdekking (Thebe Jeugdgezondheidszorg) en Werkendam (Thebe Jeugdgezondheidszorg). Ieder consultatiebureau trieerde op een verschillend en vastgesteld moment volgens een vaste systematiek, met uitzondering van de twee consultatiebureaus in Oosterhout, die beiden met 13 weken het eerste triage moment hadden. Binnen de betrokken consultatiebureaus participeerden het voltallig JGZ-team bij de kleinere consultatiebureaus (Oosterhout De Kameleon, Oosterhout De Ontdekking en Werkendam), en een gedeelte van het JGZ-team in de grotere locaties (Tilburg Noord en Veghel).

Elk deelnemend team bestond uit tenminste een jeugdverpleegkundige, een verpleegkundig specialist, een arts en een CB-assistente, met uitzondering van de locatie Veghel waar het team bestond uit een verpleegkundig specialist, jeugd arts en CB-assistente. Het JGZ-team registreerde in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg in welk risicoprofiel een zuigeling was ingedeeld op basis van het triage overleg. Ook de locatie Veghel deelde de zuigelingen in drie risicoprofielen in, ondanks dat feitelijk sprake was van een tweedeling in zorgaanbod. Het laag en midden risicoprofiel werden vervolgens begeleid door de verpleegkundig specialist, en het hoog risicoprofiel door de verpleegkundig specialist en (jeugd)arts samen (Tabel 1).

Tabel 1 Overzicht locatie, triage moment en gedifferentieerd zorgaanbod

Locatie	Triage moment	Disciplines per profiel		
		<i>Laag risicoprofiel</i>	<i>Midden risicoprofiel</i>	<i>Hoog risicoprofiel</i>
<b>Tilburg</b>	2 weken	Verpleegkundig specialist & jeugdverpleegkundige	(Jeugd-)arts & jeugdverpleegkundige	(Jeugd-)arts & verpleegkundig specialist
<b>Veghel</b>	4 weken	Verpleegkundig specialist	Verpleegkundig specialist	(Jeugd-)arts & verpleegkundig specialist
<b>Oosterhout</b>	13 weken	Verpleegkundig specialist & jeugdverpleegkundige	(Jeugd-)arts & jeugdverpleegkundige	(Jeugd-)arts & verpleegkundig specialist
<b>Werkendam</b>	26 weken	Verpleegkundig specialist & jeugdverpleegkundige	(Jeugd-)arts & jeugdverpleegkundige	(Jeugd-)arts & verpleegkundig specialist

De dataverzameling bestond uit de triage overwegingen van de JGZ-professionals en de gedefinieerde risicoprofielen geregistreerd in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg van 596 zuigelingen. De ervaringen van ouders met de vijf consultatiebureaus zijn gemeten via een vragenlijst (N=78), en vergeleken met de ervaringen van ouders met consultatiebureaus waarbij geen sprake was van triage (N=98). Zes ouders hebben tevens in een kort interview hun ervaringen met het consultatiebureau besproken. Interviews met betrokken JGZ-professionals (N=18) en 28 observaties van triage overleggen hebben inzicht verschaft in de inhoud van de triage overweging en de ervaringen met het triage zorgmodel (zie Appendix A voor Respondenten overzicht).

Dit onderzoek maakt gebruik van een combinatie van onderzoeksmethoden. Op kwantitatieve wijze is onderzocht wat de geregistreeerde triage overwegingen en risicoprofielindelingen zijn. De kwantitatieve analyse van de registraties in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg geeft inzicht in het triageproces op verschillende leeftijdsmomenten. De oudervragenlijsten geven inzicht in de ervaren kwaliteit van de geleverde zorg. De kwalitatieve analyse van interviews, triage overleggen en observaties geeft inzicht in hoe het triage zorgmodel de werkzaamheden van de JGZ-professionals beïnvloedt en hoe triage afwegingen tot stand komen.

De beschrijvende analyse van gegevens uit het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg betreft in totaal 596 zuigelingen. Van deze zuigelingen zijn de volgende gegevens verzameld:

- JGZ-kindcode, postcode en woonplaats
- Deelnemend consultatiebureau
- (Geschiedenis) risicoprofiel keuzes
- Geregistreeerde problemen, diagnoses, verwijzingen en risicofactoren
- Triage overweging (Dysbalans, Pluis-niet-pluis gevoel, Zorgmijndend of Overig)
- Contactmomenten, inclusief type JGZ-professional



Omdat verschillende organisaties binnen dit onderzoek hebben deelgenomen (Thebe Jeugdgezondheidszorg en GGD Hart voor Brabant), worden de kindgegevens in twee verschillende systemen geregistreerd. De kindgegevens van de locaties aangesloten bij Thebe Jeugdgezondheidszorg zijn geregistreerd in Open Care en naderhand handmatig ingevoerd in Excel. De kindgegevens van de locatie aangesloten bij voorheen thuiszorg Pantein, inmiddels GGD Hart voor Brabant, zijn geregistreerd in ML-Cas en vervolgens aangeleverd in Excel. Vervolgens zijn de kindgegevens geïmporteerd en verwerkt in SPSS v19.

De oudervragenlijst is gebaseerd op een specifiek gedeelte van de Consumer Quality Index Jeugdgezondheidszorg Consultatiebureau vragenlijst. Dit gedeelte focust op de thema's: afstemming zorgverleners, bejegening door JGZ-professionals, continuïteit van zorgproces, deskundigheid en samenwerking met andere hulpverleners en geeft daarmee de ervaren kwaliteit van ouders ten aanzien van de begeleiding door JGZ-professionals weer. De gegevens uit de oudervragenlijsten zijn verwerkt in SPSS v19

De focusgroepen, triage overleggen en interviews zijn opgenomen met toestemming van participanten en vervolgens letterlijk uitgeschreven. De observaties en gesprekken zijn verwerkt in een verslag. Deze documenten zijn gecodeerd en geanalyseerd met behulp van het programma Atlas.ti. De codering van deze documenten vond in een eerste ronde op inductieve wijze plaats. Dit betekent dat de codes zijn gebaseerd op de data zelf en ontwikkeld gedurende het coderingsproces zelf. In deze eerste ronde zijn enkele pagina's transcript besproken met collega's om een juiste codering te checken. In een tweede ronde zijn dubbele codes samengevoegd, en codes die vele citaten bevatten juist opgesplitst in verschillende subcategorieën. Tevens is gekeken welke thema's gedefinieerd konden worden op basis van de inductief gedefinieerde codes. Aanvullend is met betrekking tot het thema taakherschikking gebruik gemaakt van een framework ontwikkeld in voorafgaand literatuuronderzoek (ref Niezen). De geïdentificeerde thema's, subthema's en codes zijn bediscussieerd door de auteur en twee andere onderzoekers binnen het onderzoeksinstituut Tranzo en aangepast waar nodig.

## Bevindingen

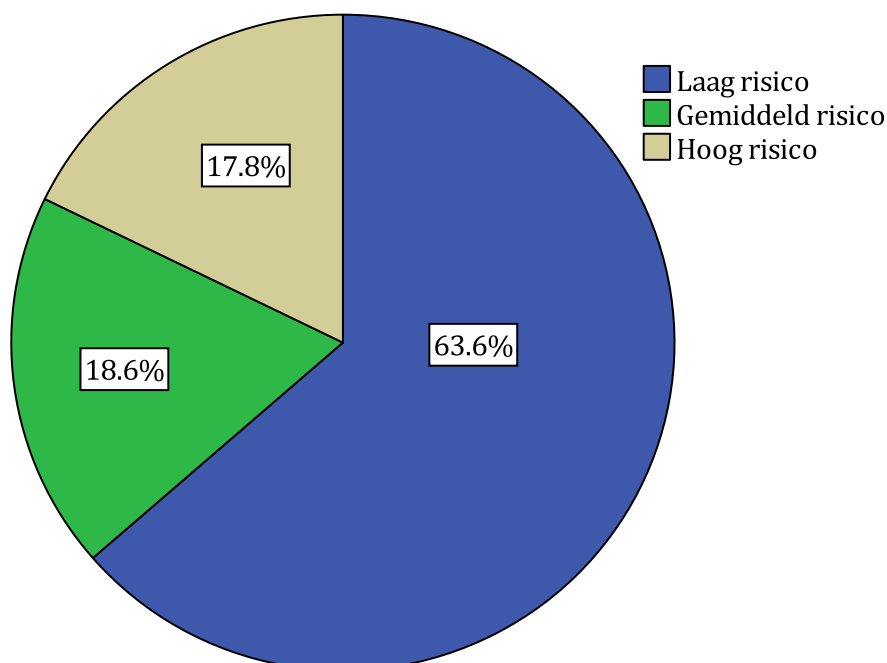
Een procesbeschrijving van triage van zuigelingen in relatie tot de introductie van de verpleegkundig specialist in de dagelijkse JGZ-praktijk is het belangrijkste doel van dit onderzoek. In deze rapportage zal dan ook eerst worden beschreven hoe het triage zorgmodel functioneert op basis van de bevindingen ten aanzien van de risicoprofiel verdeling, de inhoud van de triage overweging, de invloed van de triage overweging op de risicoprofielverdeling, en de invloed van de verschillende triage momenten op de inhoud van de triage overwegingen. Vervolgens gaan we dieper in op hoe het triage zorgmodel, en daarmee het gedifferentieerd zorgaanbod, mogelijk leidt tot een flexibele inzet van JGZ-professionals en in specifiek de verpleegkundig specialist. Als laatste wordt op voorgaande bevindingen gereflecteerd vanuit de ervaringen met het triage zorgmodel van zowel ouders als JGZ-professionals.

### Triage bij zuigelingen: profielverdeling en afwegingen

Door dieper in te gaan op de verschillende aspecten van het triage zorgmodel, zoals de daadwerkelijke risicoprofiel verdeling en de inhoud van de triage overweging, zal meer inzicht gegeven worden in het functioneren van het triage zorgmodel in de dagelijkse praktijk. Hierbij wordt gebruik gemaakt van de presentatie van zowel kwantitatieve als kwalitatieve bevindingen.

## Gerealiseerde risicoprofielindeling

Figuur 2 Geobserveerde gemiddelde risicoprofiel verdeling



In de geobserveerde risicoprofielverdeling werd gemiddeld 63,6% van de zuigelingen in het laag, 18,6% in het midden, en 17,8% in het hoog risicoprofiel geplaatst op het moment van de eerste triage. Op basis van de risicoregistratie van Thebe jeugdgezondheidszorg in 2009 zou de verwachte indeling zijn: 50% in laag, 30% in midden en 20% in hoog. De geobserveerde risicoprofiel verdeling wijkt daarmee systematisch af van de verwachte risicoprofielverdeling ( $\chi^2= 49,2$  en  $p \leq .000$ ), zie Tabel 2.

Tabel 2 Geobserveerde versus verwachte risicoprofiel verdeling

	Risicoprofiel verdeling		
	Aantal geobserveerd	Aantal verwacht	Vershil
<b>Laag</b>	379	298.0	81.0
<b>Midden</b>	111	178.8	-67.8
<b>Hoog</b>	106	119.2	-13.2

Opvallend is dat er grote variatie is tussen de vier triage momenten wat betreft risicoprofiel verdeling (Tabel 3). De grootte van het laag risicoprofiel varieert tussen de 41% en 79% (gemiddelde is 64%), de grootte van het midden risicoprofiel tussen de 15% en 24% (gemiddelde is 19%), en de grootte van het hoog risicoprofiel tussen de 6% en 44% (gemiddelde is 18%). Vooral in de laag en hoog risicoprofielen is sprake van significante verschillen ten aanzien van het gemiddelde ( $p \leq .000$ ).

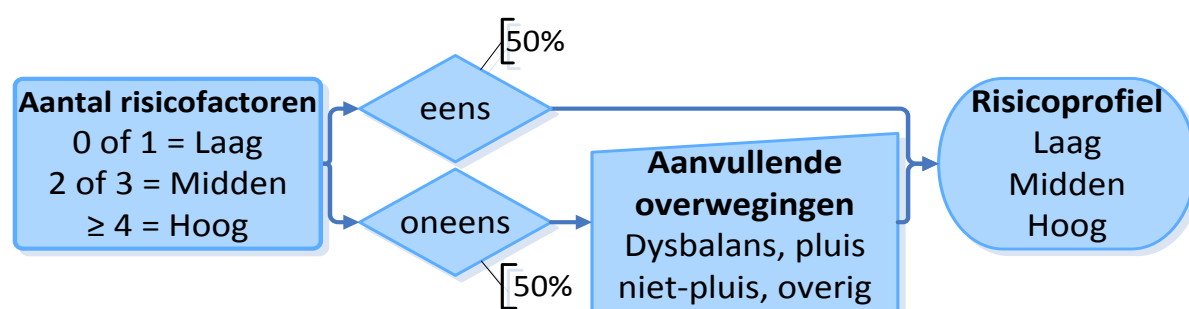
Tabel 3 Risicoprofiel verdeling per triage moment

Triage moment		Profielverdeling			Totaal
		<i>Laag risico</i>	<i>Gemiddeld risico</i>	<i>Hoog risico</i>	
Triage met 2 weken	Aantal	99	34	9	142
	% binnen Triage moment	69,7%	23,9%	6,3%	100,0%
	Adjusted Residual	1,7	1,9	-4,1	
Triage met 4 weken	Aantal	25	9	27	61
	% binnen Triage moment	41,0%	14,8%	44,3%	100,0%
	Adjusted Residual	-3,9	-,8	5,7	
Triage met 13 weken	Aantal	104	40	58	202
	% binnen Triage moment	51,5%	19,8%	28,7%	100,0%
	Adjusted Residual	-4,4	,5	5,0	
Triage met 26 weken	Aantal	151	28	12	191
	% binnen Triage moment	79,1%	14,7%	6,3%	100,0%
	Adjusted Residual	5,4	-1,7	-5,0	
<b>Totaal</b>	Aantal	379	111	106	596
	% van het totaal	63,6%	18,6%	17,8%	100,0%

### *Triage: risicotaxatie en additionele professionele afwegingen*

De inhoud van de triage overweging op basis waarvan zuigelingen worden ingedeeld in de drie risicoprofielen is gebaseerd op enerzijds een risicotaxatie en anderzijds een aanvullende professionele overweging. De **risicotaxatie** is gebaseerd op de cumulatie van geregistreeerde risicofactoren ten tijde van de intake met twee weken en eventuele andere risicofactoren geregistreerd tot aan het initiële triage moment. Beide thuiszorgorganisaties registreren op basis van een gezamenlijk ontwikkelde lijst risicofactoren, welke ondermeer is gebaseerd op het Invent rapport *'Helpen bij opgroeien en opvoeden'* (Hermanns, Öry et al. 2005). Uit onderzoek is gebleken dat de hoeveelheid risicofactoren bij kinderen een betere voorspeller is voor problemen bij opvoeden en opgroeien, dan de aard van deze risicofactoren. Bij het meeste onderzoek blijkt dat bij 4 of meer risicofactoren sprake is van een significant hogere kans op ontwikkelingsproblematiek, terwijl bij 0 of 1 risicofactoren juist geen relatie met ontwikkelingsproblematiek is aangetoond (o.a. (Sameroff, Seifer et al. 1993; Garbarino and Kostelny 1996; Loeber and Hay 1997; Brown, Cohen et al. 1998; Dekovic 1999). Op basis van deze gegevens is gekozen voor een volgende indeling: bij nul of één risicofactor(en) valt een zuigeling in risicoprofiel laag, bij twee of drie risicofactoren in midden, en bij vier of meer risicofactoren in risicoprofiel hoog.

**Figuur 3 Triage overweging**



**Bij 50% van de zuigelingen bepaalt risicotaxatie de risicoprofiel verdeling**

In 50% van de triage overwegingen komt de indeling op basis van de risicotaxatie overeen met de uiteindelijke risicoprofiel. Significant afwijkend van het gemiddelde zijn triage met twee en met 26 weken. Bij het triage moment op twee weken komt slechts bij 22% van de zuigelingen risicotaxatie en profielindeling overeen, versus een 70% overeenkomst voor het triage moment met 26 weken.

**Tabel 4 Triage moment in vergelijking tot indeling op basis van risicotaxatie**

Triage moment		Indeling conform risicotaxatie		Totaal
		Ja	Nee	
Triage met 2 weken	Aantal	31	111	142
	% binnen triage moment	21.8%	78.2%	100.0%
	Adjusted Residual	-7.7	7.7	
Triage met 4 weken	Aantal	30	31	61
	% binnen triage moment	49.2%	50.8%	100.0%
	Adjusted Residual	-.2	.2	
Triage met 13 weken	Aantal	105	97	202
	% binnen triage moment	52.0%	48.0%	100.0%
	Adjusted Residual	.6	-.6	
Triage met 26 weken	Aantal	133	58	191
	% binnen triage moment	69.6%	30.4%	100.0%
	Adjusted Residual	6.5	-6.5	
Totaal	Aantal	299	297	596
	% van het totaal	50.2%	49.8%	100.0%

Het gemiddeld aantal geregistreerde risicofactoren per zuigeling in dit onderzoek is 2,4. Voor zuigelingen die met twee weken werden getrieerd ligt dit gemiddelde aanzienlijk hoger 4,7 en met het triage moment op 26 weken juist lager, namelijk een gemiddelde van 1,1 risicofactor per zuigeling. In totaal zijn van 583 van de 596 zuigelingen niet alleen het aantal maar ook het

type risicofactoren geregistreerd. Tevens blijkt dat van de 66 risicofactoren die geregistreerd kunnen worden, 9 risicofactoren in zijn geheel niet, en 12 risicofactoren slechts een- of tweemaal zijn geregistreerd (zie Appendix C).

**Tabel 5 Gemiddeld aantal risicofactoren per zuigeling per consultatiebureau**

Triage moment	Gemid. aantal risicofactoren	Aantal zuigelingen	Std. Deviatie
Triage met 2 weken	4.74	129	2.805
Triage met 4 weken	1.43	61	1.056
Triage met 13 weken	2.51	202	2.316
Triage met 26 weken	1.08	191	1.116
<b>Totaal</b>	<b>2.42</b>	<b>583</b>	<b>2.447</b>

### Bij 50% van de zuigelingen bepalen additionele overwegingen de risicoprofiel verdeling

In 50% van de triage overwegingen wordt de uiteindelijke profielindeling bepaald door de aanvullende professionele overwegingen. Met andere woorden, er wordt afgeweken van de initiële risicoprofiel indeling op basis van de risicotaxatie vanwege andere overwegingen die betrekking hebben op een lagere of hogere kans op ontwikkelingsproblematiek. Op het triageformulier moeten de JGZ-professionals deze aanvullende overweging registreren. Echter, in de praktijk blijkt dat van de 299 zuigelingen waarvan risicotaxatie en risicoprofiel niet overeenkomen, daadwerkelijk 221 triageformulieren zijn ingevuld (74%).

De aanvullende overweging bestaat uit vier categorieën die in overleg met de JGZ-professionals voorafgaand aan het onderzoek zijn bepaald: a) dysbalans, b) pluis – niet-pluis gevoel, c) zorgmijndend gedrag, en d) overig. Wanneer categorie ‘overig’ wordt aangeklikt moet een vrij veld worden ingevuld voor een korte toelichting. Dysbalans is de meest voorkomende overweging (72%). Dit houdt in dat de geregistreerde risicofactoren dan wel lichter of zwaarder gewogen worden dan dat de risicotaxatie aangeeft. De categorie ‘overig’ vult 27% van de aanvullende overwegingen in. Een veel voorkomende toelichting bij ‘overig’ is dat bestaande medische problematiek aanleiding is om de zuigeling in een hoger risicoprofiel te plaatsen. Opvallend is dat de aanvullende overwegingen ‘pluis – niet-pluis gevoel’ en ‘zorgmijndend gedrag’ in zeer geringe mate (1%) of geen rol spelen in de geregistreerde triage overwegingen.

**Tabel 6 Triage overwegingen**

	Aantal	%	Werkelijk %
Dysbalans	160	53,5	72,4
Pluis - Niet-pluis gevoel	1	,3	,5
Overig	60	20,1	27,1
<b>Totaal</b>	<b>221</b>	<b>73,9</b>	<b>100,0</b>
<i>Triageformulier niet ingevuld</i>	78	26,1	
<b>Totaal</b>	<b>299</b>	<b>100,0</b>	

### Hoe triage overwegingen leiden tot een risicoprofiel verdeling

Uit de beschrijvende analyse blijkt dat zoals verwacht de risicotaxatie samenhangt met de risicoprofiel verdeling ( $p \leq 0.000$ ). Hoe de verschillende type risicofactoren, triage overwegingen en registraties van problemen en verwijzingen samenhangen met de risicoprofiel verdeling hebben we bekeken voor: a) de groep zuigelingen waarbij risicotaxatie en risicoprofiel verdeling overeen kwamen (N=299), b) de groep zuigelingen waarbij risicotaxatie en risicoprofiel verdeling niet overeen kwamen (N=297), en c) de gehele onderzoekspopulatie (N=596).

Tabel 7 Samenhang geregistreerde triage overwegingen met risicoprofiel verdeling

Laag risicoprofiel	Midden risicoprofiel	Hoog risicoprofiel
Risicofactor 'allochtoon' <sup>b</sup>	Risicofactor 'allochtoon' <sup>a, c</sup>	Risicofactor 'allochtoon' <sup>a</sup>
Risicofactor 'GOA-wijk' <sup>b</sup>	Risicofactor 'zwangerschap- en geboortecomplicaties' <sup>c</sup>	Risicofactor 'mannelijk geslacht' <sup>a</sup>
Risicofactor 'lage opleiding' <sup>b, c</sup>	Triage afweging 'overig' <sup>b</sup>	Risicofactor 'prematuur' <sup>c</sup>
Risicofactor 'Lage SES' <sup>b</sup>		Risicofactor 'roken tijdens zwangerschap moeder' <sup>c</sup>
Triage afweging 'dysbalans' <sup>b</sup>		Risicofactor 'zwangerschap- en geboortecomplicaties' <sup>c</sup>
		Gesignaleerd probleem 'lichamelijke status' <sup>b, c</sup>
		Registratie van medische verwijzingen <sup>b, c</sup>
		Triage afweging 'overig' <sup>b</sup>

<sup>a</sup> Analyse onderzoekspopulatie waarbij indeling conform risicotaxatie is (N=299)

<sup>b</sup> Analyse onderzoekspopulatie waarbij indeling niet conform risicotaxatie is (N=297)

<sup>c</sup> Analyse gehele onderzoekspopulatie (N=596).

De interviews en triage overleggen ondersteunen bovenstaande bevindingen en laten zien dat een aantal factoren ook te verklaren zijn vanuit afspraken in de praktijk. Vooral bij bestaande fysieke problematiek of verdenking van medische problematiek worden zuigelingen sneller in een hoger risicoprofiel ingedeeld. Op het triageformulier wordt dit veelal vermeld onder de triage afweging 'overig' (zie tabel 8). Veel voorkomende gemaakte afspraken zijn het intensiever volgen van zuigelingen in de eerste 6 tot 9 maanden wanneer sprake is van zwangerschap- en geboortecomplicaties en/of zuigelingen prematuur of dysmatuur geboren zijn. Ook meerlingen worden, volgens de afspraken gemaakt in triage overleggen, in eerste instantie begeleid in een hoog of midden risicoprofiel. Een andere afspraak heeft weer betrekking op de triage afweging 'dysbalans'. Bij een combinatie van risicofactoren die veel voorkomen in de wijk - zoals GOA-wijk, allochtoon, lage SES en lage opleiding - wordt een lagere profielindeling gekozen dan dat de risicotaxatie indiceert.

Andere factoren die bepalend zijn voor een risicoprofiel indeling maar niet uit de registraties in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg naar voren komen zijn: zuigelingen met ouders met een verstandelijke beperking, niet-werkdagen van ouders in combinatie met werkdagen JGZ-professionals, of een kind al door andere medische professionals (bijvoorbeeld een kinderarts) wordt gezien, en de opgebouwde band tussen JGZ-professionals en een kind/gezin. Ook valt niet uit te sluiten dat karakteristieken van zowel de wijk als de verschillende JGZ-professies leiden tot verschillende risicoprofielindelingen.

De additionele professionele afwegingen 'pluis – niet-pluis gevoel' en 'zorgmijndend' zijn opvallend weinig geregistreerd. Afwezigheid van de laatste kan mogelijk worden verklaard doordat de initiële triage in de eerste zes levensmaanden van een zuigeling plaatsheeft. Zorgmijndend gedrag van ouders zal dan ook minder vaak een rol van betekenis spelen. Wat betreft de triage overweging 'pluis – niet-pluis gevoel' blijkt echter dat deze in de praktijk vaker wordt besproken dan dat de daadwerkelijke registratie ervan aantoont. Het discomfort om een niet-pluis afweging te registreren speelt mogelijk een rol in de opvallende afwezigheid hiervan in de geregistreerde triage afwegingen. Daarnaast is sprake van een overlap tussen de triage afwegingen 'wel pluis-gevoel' en 'dysbalans', en de triage afwegingen 'niet-pluis gevoel' en 'overig'. Professionals registreren eerder een positieve dysbalans op het triageformulier, dan een pluis-gevoel onder de categorie 'pluis – niet-pluis gevoel'. In het triage overleg wordt bovendien gezamenlijk al vaak besproken welk type niet-pluis gevoel (medisch, psychosociaal of sociaal) aan de orde is. Bij een medisch niet-pluis gevoel wordt deze dus vermeld onder de triage overweging 'overig' als 'medisch'. Verder blijkt dat wanneer sprake is van een besproken niet-pluis gevoel, de risicoprofielverdeling niet verbonden wordt aan een hogere kans op ontwikkelingsproblematiek. Zo wordt bij een niet-pluis gevoel van psychosociale of sociale aard in eerste instantie gekeken naar de JGZ-professional die het beste ingang heeft tot een gezin en vervolgens naar het type begeleiding die best passend is in de betreffende situatie

Het type overweging in relatie tot risicoprofiel indeling kan ook sterk verschillen door de aanwezige JGZ-professionals. Waar voor één consultatiebureau bijvoorbeeld een verdenking op heupdysplasie of een aanwezig eczeem aanleiding is tot plaatsing in een midden of hoog risicoprofiel, blijkt dat bij andere consultatiebureaus niet aan de orde te zijn. Deze variatie heeft mogelijk te maken met de taakherschikking die het triage zorgmodel met zich meebrengt, en zal later in dit rapport aan de orde komen. Maar deze variatie heeft ook te maken met het specifieke moment van triage. Het moment van triage heeft een directe invloed op het type informatie dat beschikbaar is ten tijde van het triage overleg. Met twee weken triëren betekent simpelweg dat minder informatie beschikbaar is dan wanneer met zes maanden wordt getrieerd. Hierdoor speelt de informatie die beschikbaar is (zoals de AGPAR-score) een grotere rol in het triage overleg met twee weken, dan dat dezelfde informatie met zes maanden een rol speelt. Het type beschikbare informatie op het moment van triage heeft daarmee invloed op de uiteindelijke risicoprofiel indeling.

## **Het triage zorgmodel en interdisciplinaire kennisdeling**

Het triage zorgmodel heeft bijgedragen aan een toename van kennisdeling en kennisontwikkeling binnen de betrokken consultatiebureaus. Dit heeft vooral te maken met de introductie van de tweewekelijkse dan wel maandelijkse triage overleggen in de consultatiebureaus. In het structureel ingeplande triage overleg bespreken de JGZ-professionals gezamenlijk de risicofactoren en andere overwegingen ten aanzien van het risico op problemen

in de ontwikkeling van elk kind op een vastgesteld moment binnen het consultschema (respectievelijk met twee weken, vier weken, drie maanden of zes maanden). Tijdens het overleg wordt zowel de triage afweging geëxpliciteerd, alsook de definiëring van risicofactoren geüniformeerd. Het triage overleg wijkt af van de reguliere overdracht omdat de focus ligt op het in kaart brengen van het risicoproces, en niet de bijzonderheden die binnen één contactmoment aan het licht zijn gekomen.

In het triage overleg worden JGZ-professionals gedwongen met elkaar van gedachten te wisselen over de risicoprofiel toewijzing van zuigelingen en de professionele afweging waarop deze profilering is gebaseerd. Het expliciteren van de professionele afwegingen heeft bijgedragen aan het delen van kennis vanuit de verschillende disciplines binnen de consultatiebureaus en vervolgens het wijzigen van handelingen. Vooral de CB-assistenten en verpleegkundigen gaven aan dat zij leerden van de andere professionals doordat de afweging benoemd moest worden. Doordat duidelijker werd welke afwegingen van belang zijn in de triage afweging, resulteerde dit ook in een andere of eenduidigere wijze van registratie. Bijvoorbeeld het op systematische wijze registreren van een kort overzicht van 'de start van een zuigeling' (eerste of opvolgend kind, duur zwangerschap, geboortegewicht, AGPAR), of het vermelden van bepaalde aandachtspunten, zoals 'echo heupen', op een afgesproken plaats in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg. Een wijziging in handelen is bijvoorbeeld zichtbaar bij de CB-assistenten. CB-assistenten gaven aan dat door verkregen inzicht in de achtergrond of problematiek van ouders, zij deze ouders ook beter konden benaderen. Een moeder met een zware postnatale depressie werd hierdoor geprezen voor haar komst op het consultatiebureau, in plaats van gewezen op het feit dat zij 15 minuten te laat was. Ook werden gedurende het onderzoek de gedeelde afspraken wat betreft de afweging voor plaatsing in bepaalde profielen vaker zichtbaar. Waar voorheen een gedachtewisseling plaatshad, volstond een enkele zin als "dit is een prematuur, verder geen bijzonderheden, dus profiel 2". Een prematuur geboren zuigeling heeft dusdanig veel kans op ontwikkelingsproblematiek, zo was de gedeelde afspraak, dat de zuigeling de eerste levensmaanden het best gezien kan worden door de (jeugd-)arts en verpleegkundig specialist.

Het triage overleg speelt ook een rol in de wijze van registratie van risicofactoren en triage afwegingen. De registratie van risicofactoren en triage afwegingen representeert de gedeelde geschreven regels en procedures. Deze gedeelde regels en procedures definiëren en standaardiseren welke factoren van de ontwikkeling van een zuigeling, en welke factoren uit zijn/haar omgeving zouden moeten worden geregistreerd, en hoe deze factoren moeten worden beoordeeld. In relatie tot de risicofactoren registratie blijkt dat sommige JGZ-professionals beoordelen of een risicofactor het 'waard' is om geregistreerd te worden of niet. Met andere woorden, de actie van het registreren van risicofactoren vertegenwoordigt niet alleen het verzamelen van informatie, maar is ook een uitkomst van een besluitvormingsproces dat een morele evaluatie omvat. Andere JGZ-professionals hanteren meer het principe 'waarnemen is registreren', daarna dient pas een evaluatie van de geregistreerde factoren plaats te hebben. Het triage overleg richt expliciet de aandacht op de consequente registratie en definiëring van de risicofactoren. Daarnaast draagt de expliciete aandacht voor risicofactoren registratie bij aan zowel bewustwording van de aanwezigheid van risicofactoren als hoe hier mee om te gaan in de verdere begeleiding van zuigeling en ouder(s). Ook wat betreft de registratie van triage afwegingen als 'dysbalans' (een weging van de risicotaxatie) en de beschrijving van de categorie 'overig', draagt het triage overleg bij aan een standaardisering van de registratie van deze gegevens binnen één consultatiebureau. Het triage overleg leidt dus tot een interdisciplinaire



kennisdeling en ontwikkeling van de professionele overwegingen onderliggend aan de risicoprofiel indeling.

Echter, het triage overleg staat nog in de kinderschoenen en heeft daardoor ook te maken met gebreken. Het ontbreken van kennis over het kind en gezin in kwestie doordat een professional het kind (nog) niet heeft gezien wordt bijvoorbeeld door de JGZ-professionals als lastig ervaren. Ook blijkt uit observaties en de gesprekken met de JGZ-professionals dat het triage overleg nog structuur ontbeert wat betreft de te bespreken zuigelingen. Welke zuigelingen al besproken zijn, welke nog voor een initiële triage besproken moeten worden en welke zuigelingen in aanmerking komen voor een bespreking van een risicoprofielwijziging is niet altijd duidelijk. Zeker het laatste, de mogelijkheid tot risicoprofielwijziging, draagt bij aan de flexibiliteit van het triage zorgmodel en daarmee zorg op maat. In de praktijk wordt dit onvoldoende uitgevoerd omdat systematiek ontbreekt.

## **Het meest geschikte moment voor triage bij zuigelingen**

De verwachting van dit onderzoek was dat het moment van triage, met 2, 4, 13 of 26 weken, mogelijk een invloed heeft op zowel de risicoprofielverdeling als de zorguitkomsten. Wat betreft de relatie tussen het moment van triage en de uiteindelijke risicoprofielverdeling zijn echter niet genoeg gegevens verzameld om de verschillende triage momenten te vergelijken. Bovendien is er geen eenduidig patroon te ontdekken. Op basis van de triage overleggen, focusgroepen en interviews zijn wel duidelijke karakteristieken te melden per moment van triage.

### ***Karakteristieken van de vier verschillende triage momenten***

Karakteristiek voor het twee weken triage moment is dat de arts nog helemaal niet is betrokken in de begeleiding van kind en ouder. Een eerste punt van kritiek op dit vroege triage moment is dat de verantwoordelijkheid voor de verpleegkundig specialist groot is, misschien wel te groot. Een tweede punt van kritiek door JGZ-professionals geuit is dat met twee weken relatief weinig informatie beschikbaar is. Alleen de informatie verkregen uit het kraamoverdracht, het huisbezoek en eventuele kennis rondom het gezin wanneer sprake is van een tweede of opvolgend kind vormen input voor de triage overweging. Analyse van de triage overleggen met twee weken laat zien dat een grote focus ligt op de gezonde start van de zuigeling. Het JGZ-team buigt zich standaard en minutieus over items als: duur zwangerschap, geboortegewicht, AGPAR-score en medische anamnese van ouders en naaste familie. Bij latere triage momenten speelt dit al veel minder een rol in het triage overleg en komen gediagnosticeerde medische problematiek of verdenking op problemen in lichamelijke status, groei en motorische ontwikkeling prominenter naar voren.

Het triage moment van vier weken wordt gekenmerkt doordat de zuigeling door twee verschillende JGZ-professies van het JGZ-team is gezien (verpleegkundig specialist en jeugdarts). Naast het huisbezoek door de jeugdverpleegkundige of in dit geval de verpleegkundig specialist (zie Tabel 1), is de zuigeling ook gezien tijdens het vier weken consult, waarin de arts een fysieke check en anamnese uitvoert. Het triage overleg focust zich meer op gezamenlijk geconstateerde risicofactoren en mogelijke andere afwegingen dan op gegevens over de start van de zuigeling verkregen uit de kraamoverdracht en huisbezoek. Een gemaakte afspraak binnen het JGZ-team dat triëert met vier weken is dat de vaste arts ten minste eenmaal een zuigeling heeft gezien, voordat begeleiding volgens een laag of midden risicoprofiel wordt

ingezet (in beiden zijn de arts niet betrokken). Wanneer het vier weken consult dus niet is uitgevoerd door de vaste arts, krijgt een kind een hoog risicoprofiel toegewezen totdat het wel is gezien door de vaste arts, waarna het opnieuw wordt ingedeeld. De verpleegkundig specialist heeft geen moeite met de verantwoordelijkheid die zij heeft in de begeleiding van de laag en midden risicoprofiel zuigelingen. Ook de jeugdarts heeft het vertrouwen dat de verpleegkundig specialist de verantwoordelijkheid van begeleiding aankan en tijdig eventuele problemen signaleert en bespreekt.

Ten tijde van het drie maanden triage moment (13 weken) zijn een zuigeling en ouder(s) tweemaal gezien door een (jeugd)arts en tweemaal door de jeugdverpleegkundige en / of verpleegkundig specialist. Alle verpleegkundig specialisten geven aan dat zij de verantwoordelijkheid van de begeleiding van een zuigeling volgens een laag risicoprofiel na dit triage moment volledig aandurven. Uit interviews en focusgroepen blijkt tevens dat het loslaten van de begeleiding van (en daarmee verantwoordelijkheid voor) een zuigeling na het 3 maanden consult door de meeste (jeugd)artsen aanvaard wordt. Wel begint de continuïteit in zorg een rol te spelen. Hoewel na het drie maanden triage moment voldoende consulten overblijven om een band op te bouwen met zuigeling en ouder(s), is de begeleiding voorafgaand het triage moment wel een punt van zorg bij de betrokken JGZ-professionals. Wanneer gaat de verpleegkundig specialist op huisbezoek of voert het acht weken consult uit en niet de jeugdverpleegkundige is niet eenduidig. Om ervaring op te blijven doen met jonge zuigelingen is het voor de verpleegkundig specialist wel wenselijk deze contactmomenten uit te blijven voeren en niet alleen contactmomenten na de triage. Het opbouwen van een band tussen de JGZ-professionals en de zuigeling en ouder(s) wordt hierdoor als lastiger ervaren.

Karakteristiek voor het zes maanden triage moment is dat een kentering zichtbaar wordt in de informatie ten grondslag aan de triage overweging. Doordat fysieke en motorische ontwikkeling al vaak helder zijn en eventuele (para)medische verwijzingen al uitgevoerd, spelen deze geregistreerde problemen en verwijzingen een prominentere rol. Een discussie welke medische problematiek alleen door verpleegkundig specialist en jeugdverpleegkundige gezien kan worden lijkt zowel beter te verwoorden als te standaardiseren. Bijvoorbeeld wat betreft heupafwijkingen, lichte hoofdafplattingen en koemelkallergie is met zes maanden voldoende duidelijkheid, waardoor de begeleiding hiervan door verpleegkundig specialist en jeugdverpleegkundige gangbaar is. Echter, wanneer onduidelijkheid blijft bestaan over een medisch probleem, bijvoorbeeld het blijven spugen van een zuigeling, dan wordt begeleiding volgens het midden risicoprofiel ingezet. Wanneer sprake is van een combinatie van zowel medische als psychosociale problematiek, worden zuigelingen en ouders over het algemeen ingedeeld het hoog risicoprofiel. Hoewel nog geen sprake is van expliciete afspraken, blijkt uit analyse van de triage overleggen en observaties dat deze afspraken impliciet wel gelden.

### ***De verschillende momenten van triage en zorguitkomsten***

De verschillende momenten van triage, zo was de verwachting, leiden tot verschillende zorguitkomsten en ervaringen met het triage zorgmodel. Wat betreft de zorguitkomsten na triage hebben we in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg gekeken naar het aantal indicatieconsulten, aantal verwijzingen naar (para)medische en psychosociale hulpverleners, en het aantal profielverschuivingen na initiële triage. Verder hebben we geanalyseerd in hoeverre sprake is van een continuïteit in begeleiding van zuigelingen. Hierdoor hebben we inzicht gekregen in de samenhang van het moment van triage en de zorguitkomsten.

## Contactmomenten, verwijzingen en probleemregistraties na triage

De analyse betreft het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg waarvan het initiële triage moment wordt gevolgd door drie contactmomenten of meer. Het gemiddeld aantal contactmoment per triage moment meegenomen in de analyse varieert tussen 4,4 en 7,6 met een gemiddelde van 5,9 contactmomenten na initiële triage. Deze variatie heeft te maken met de duur van het onderzoek en het moment van de initiële triage in combinatie met de hogere frequentie van contactmomenten in de eerste levensmaanden van een zuigeling. De variatie in het gemiddeld aantal consulten na initiële triage moet meegenomen worden in de interpretatie van de zorguitkomsten. Tevens heeft het moment van triage (met 2, 4, 13 of 26 weken) mogelijk ook gevolgen voor de type registraties na initiële triage. Problemen en verwijzingen worden vaker geregistreerd in de periode tussen de vier en 26 weken, dan voorafgaand of na deze periode.

Tabel 8 Gemiddeld aantal contactmomenten na triage binnen onderzoekstermijn

Triage moment	Gemiddeld	Aantal	Std. Deviatie
Triage met 2 weken	7.28	126	2.875
Triage met 4 weken	7.59	58	3.902
Triage met 13 weken	5.43	153	1.673
Triage met 26 weken	4.35	123	1.306
<b>Totaal</b>	<b>5.92</b>	<b>460</b>	<b>2.668</b>

Uit de analyses blijkt dat na het vier weken triage moment significant vaker dan gemiddeld een profielwijziging wordt geregistreerd, bij 32% van de zuigelingen versus gemiddeld 10%. 'Dit heeft uiteraard ook te maken met de afspraak bij het betreffende JGZ-team dat alleen nadat de vaste arts een zuigeling heeft gezien, sprake kan zijn van triage. Hierdoor krijgen, bij afwezigheid van de vaste arts, zuigelingen bij de initiële triage met vier weken in eerste instantie een hoog risicoprofiel toegewezen. Vervolgens worden zij later feitelijk voor het eerst gezamenlijk getrieerd en ingedeeld in een risicoprofiel, waardoor veelvuldig sprake is van een profielwijziging met 3 maanden.

Wat betreft de aanwezigheid van een registratie van gesignaleerde problemen, wordt na het vier weken contactmoment significant vaker dan gemiddeld een probleem met betrekking tot lichamelijke status geregistreerd (35% ten opzichte van 12% gemiddeld). Na het twee weken triage moment komt significant vaker dan gemiddeld een medische verwijzing voor (19% ten opzichte van 1% gemiddeld). Dat deze bevindingen in de lijn der verwachting liggen, blijkt uit de analyse van de gegevens voorafgaand aan de initiële triage. Voorafgaand aan het zes maanden triage moment is immers significant vaker dan gemiddeld sprake van registraties met betrekking tot lichamelijke status (44% ten opzichte van 12% gemiddeld) en (para)medische verwijzingen (paramedisch: 51% ten opzichte van 9% gemiddeld, medisch: 50% ten opzichte van 9% gemiddeld). Ook voorafgaand aan het 13 weken triage moment is sprake van significant vaker dan gemiddeld registraties van paramedische verwijzingen (49% ten opzichte van 9% gemiddeld).

Ook is bij de triage momenten van twee en vier weken significant vaker dan gemiddeld sprake van een telefonisch contact met ouders, respectievelijk 22% en 48% ten opzichte van gemiddeld

16%. Dit wijkt wel af van de bevindingen van de analyse van de verschillende type contactmomenten voorafgaand aan de triage. Daaruit blijkt namelijk niet dat locaties met een later triage moment significant vaker dan gemiddeld een telefonisch contact hebben met ouders. Wel blijkt uit deze analyse dat de locatie met triage op 26 weken voorafgaand aan de initiële triage significant vaker dan gemiddeld een indicatieconsult uitvoert (27% ten opzichte van 19% gemiddeld).

### **Differentiatie zorgaanbod en continuïteit in begeleiding na triage**

Wat betreft de differentiatie in zorgaanbod zijn duidelijke verschillen te benoemen tussen de drie risicoprofielen. Gemiddeld vindt bij 54% van de ouders en zuigelingen een 7,5 maand consult plaats (in groepsverband of individueel). Echter, aan ouders van zuigelingen uit het hoog risicoprofiel wordt significant vaker dan gemiddeld een 7,5 consult aangeboden (70% van de zuigelingen binnen het hoog risicoprofiel). Bij de midden risicoprofiel zuigelingen ligt het aantal telefonische consulten significant hoger dan gemiddeld, 23% van de ouders hebben per telefoon een consult ten opzichte van gemiddeld 16%. Bovendien ervaren de JGZ-professionals door de definiëring van de drie risicoprofielen een onderbouwing voor het enerzijds flexibeler omgaan met aanbieden van consulten op het bureau (7,5 maanden consult waar nodig) en het intensiveren van consulten (meer huisbezoeken bij hoog risicoprofiel zuigelingen; 12% ten opzichte van 6% gemiddeld, hoewel net niet significant in verband met lage aantallen). Een kanttekening is dat de profielindeling en een tweede of opeenvolgende triage met elkaar lijken samen te hangen. Zuigelingen ingedeeld in profiel 0 worden significant vaker dan gemiddeld opnieuw getrieerd. Gemiddeld vindt voor 10% van de zuigelingen een tweede of meerdere triage plaats, echter bij zuigelingen uit het laag risicoprofiel is dit 13%.

Hoewel de potentiële meerwaarde van een gedifferentieerd zorgaanbod wordt gezien en ervaren, hebben de JGZ-professionals ook een kritische kanttekening bij de consequenties van het gedifferentieerd zorgaanbod. Continuïteit in begeleiding is volgens de JGZ-professionals een belangrijk aspect van de kwaliteit van zorg. Deze continuïteit draagt bij aan een vertrouwensrelatie tussen ouder, kind en JGZ-professional, maar ook een gedegen kennis van de voorgeschiedenis van een kind. Het triage zorgmodel, zo geven de professionals aan, bemoeilijkt de continuïteit in het begeleiden van een kind doordat er een scheiding wordt aangebracht in de begeleiding voorafgaand en na het triage moment. Uit de analyse van de wijze waarop de risicoprofielen na het triage moment zijn gevolgd blijkt dat ook hier een continuïteit in begeleiding ontbreekt. 67% van de zuigelingen wordt daadwerkelijk begeleid volgens het risicoprofiel waarin het is geplaatst. Vooral bij de locaties waar vroeg wordt getrieerd, met twee en vier weken, wordt significant vaker dan gemiddeld afgeweken van begeleiding volgens het risicoprofiel. De continuïteit in begeleiding is het hoogst bij de locatie waar na zes maanden wordt getrieerd: 86% en de continuïteit in begeleiding bij de locaties waar op drie maanden wordt getrieerd is 66%. Een kanttekening hierbij is dat voor de latere triage momenten gecontroleerd is op een lager aantal consulten dan voor de eerdere triage momenten (zie tabel 9). Echter, uit analyse van de eerste vier consulten na triage blijkt dat de continuïteit in begeleiding een vergelijkbaar beeld geeft (Tabel 9).

Tabel 9 Begeleiding volgens profiel na triage

Triage-moment		Begeleiding volgens profiel na triage			Begeleiding volgens profiel eerste 4 consulten na triage		
		ja	nee	totaal	ja	nee	totaal
Triage met 2 weken	Aantal	85	71	156	104	52	156
	% binnen triage moment	54,5%	45,5%	100,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	Adjusted Residual	-3,9	3,9		-2,4	2,4	
Triage met 4 weken	Aantal	13	26	39	20	19	39
	% binnen triage moment	33,3%	66,7%	100,0%	51,3%	48,7%	100,0%
	Adjusted Residual	-4,6	4,6		-3,3	3,3	
Triage met 13 weken	Aantal	112	58	170	118	52	170
	% binnen triage moment	65,9%	34,1%	100,0%	69,4%	30,6%	100,0%
	Adjusted Residual	-,3	,3		-1,5	1,5	
Triage met 26 weken	Aantal	156	26	182	161	21	182
	% binnen triage moment	85,7%	14,3%	100,0%	88,5%	11,5%	100,0%
	Adjusted Residual	6,6	-6,6		5,5	-5,5	
Totaal	Aantal	366	181	547	403	144	547
	% van het totaal	66,9%	33,1%	100,0%	104	52	156

## Taakherschikking en de introductie van de verpleegkundig specialist

Het triage zorgmodel maakt dat een verschuiving van taken van voornamelijk arts naar verpleegkundig specialist plaatsheeft. Immers, het gedifferentieerd zorgaanbod wordt mede mogelijk gemaakt door de introductie van de verpleegkundig specialist in de JGZ 0-4. Verpleegkundigen die de Master opleiding Advanced Nursing Practice met de specialisatie preventie hebben gevolgd en afgerond worden geacht taken van de consultatiebureau- en jeugdartsen over te kunnen nemen. Echter, het introduceren van een nieuwe functie binnen een consultatiebureau leidt niet automatisch tot een flexibeler en potentieel efficiënter zorgaanbod. De exploratie van het triage zorgmodel in de dagelijkse praktijk heeft zich daarom ook gericht op de specifieke wijze waarop het model de verpleegkundig specialist introduceert binnen de JGZ 0-4.

### *Het triage zorgmodel draagt bij aan een gestructureerde introductie van de verpleegkundig specialist in de JGZ 0-4*

Het triage zorgmodel introduceert de verpleegkundig specialist binnen het consultatiebureau via een gedifferentieerde begeleiding aan de drie risicoprofielen. Door de gedifferentieerde begeleiding aan de laag, midden en hoog risicoprofiel zuigelingen krijgt de verpleegkundig specialist op gestructureerde wijze een plek binnen het consultschema. In het laag risicoprofiel neemt de verpleegkundig specialist de consulten over van de arts, in het hoog risicoprofiel

neemt de verpleegkundig specialist de consulten over van de verpleegkundige. In principe heeft de verpleegkundig specialist geen rol binnen het midden risicoprofiel (verpleegkundige en arts) tenzij om consultatie wordt gevraagd.

Tot aan het eerste triage moment waarin de risicoprofielen worden vastgesteld, is de rol van de verpleegkundig specialist binnen het consultschema minder vast omlijnd (met uitzondering van de locatie met triage op vier weken). De JGZ-professionals werkzaam op de locaties met een eerste triage moment op drie of zes maanden geven aan dat voorafgaand aan het eerste triage moment het zorgmodel weinig houvast geeft wat betreft de functie verpleegkundig specialist. Wanneer gaat bijvoorbeeld de verpleegkundig specialist op huisbezoek met twee weken, en wanneer de verpleegkundige? En wie doet het acht weken of vier maanden consult? Verpleegkundig specialisten geven aan dat zij niet de ervaring met jonge zuigelingen kwijt willen raken, doordat het triage zorgmodel niet expliciet voorziet in een rol voor de verpleegkundig specialist in het consultschema voorafgaand aan het eerste triage moment.

Na het eerste triage moment is sprake van een structurele positie van de verpleegkundig specialist in het consultschema. Aanvankelijk was er een angst bij de jeugdverpleegkundigen dat zij hierdoor minder complexe zorg zuigelingen te zien kregen (laag en midden risicoprofiel) terwijl voor sommigen dit juist bijdroeg aan een prettige afwisseling in werk. Ook enkele artsen gaven aan het niet wenselijk te ervaren enkel belast te worden met complexe problematiek (midden en hoog risicoprofiel). In de praktijk bleek dit vooralsnog mee te vallen. Dit heeft onder meer te maken met de wijze waarop zuigelingen werden ingedeeld, niet alleen op basis van risicofactorencumulatie, maar ook type problematiek (zie ook Triage bij zuigelingen: profielverdeling en afwegingen). Hoewel het triage zorgmodel een gestructureerde introductie van de verpleegkundig specialist in het consultschema biedt, geven de JGZ-professionals ook aan dat zij niet het gevoel hebben dat daarmee de volledige capaciteiten van de functie verpleegkundig specialist zijn benut.

### *Bevorderende en belemmerende factoren in taakherschikking*

De analyse van interviews, triage overleggen en observaties laten zien dat de taakverschuivingen van (jeugd)arts naar verpleegkundig specialist niet zonder slag of stoot verliep en werd gekenmerkt door enkele bevorderende en belemmerende factoren. Deze factoren hebben betrekking op: 1) de kennis en kunde van verpleegkundig specialisten, 2) de professionele grenzen, 3) de institutionele infrastructuur, en 4) externe omgevingsfactoren.

De 'kennis en kunde van de verpleegkundig specialist' speelt een belangrijke rol in de taakherschikking. JGZ-professionals refereren veelvuldig naar het aantal jaren ervaring als verpleegkundig specialist alsook de individuele eigenschappen van de verpleegkundig specialist als bevorderende of (nog) belemmerende factor ten aanzien van taakherschikking. De JGZ-professionals maken verschil tussen de verpleegkundig specialist die net zijn/haar opleiding heeft afgerond en de verpleegkundig specialist die al twee jaar in zijn/haar nieuwe functie werkt. Het geloof in de eigen capaciteiten als verpleegkundig specialist en de wil om deze ook ten uitvoer te brengen dragen in positieve mate bij aan de introductie van de verpleegkundig specialist in het consultatiebureau.

Wat betreft de professionele grenzen ten aanzien van taakherschikking speelt vooral de relatieve onbekendheid met de opleiding en verkregen deskundigheid van de verpleegkundig specialist een belangrijke rol. De overdracht van (medische) verantwoordelijkheid van de arts naar de verpleegkundig specialist zorgt er voor dat met name artsen huiverig zijn in het loslaten

van taken. Het organiseren van de mogelijkheid tot toezicht, bijvoorbeeld door verpleegkundig specialist en arts simultaan bureau te laten draaien, en het opbouwen van vertrouwen, bijvoorbeeld door tijdig hulp te vragen aan de arts door de verpleegkundig specialist, stimuleren het 'loslaten' of overdragen van taken van de arts naar de verpleegkundig specialist. Een laatste aspect, nauw gerelateerd aan voorafgaande aspecten, is de samenwerking tussen arts en verpleegkundig specialist. Wanneer artsen leermeester zijn geweest ten tijde van de opleiding tot verpleegkundig specialist, of nauw betrokken zijn bij de introductie van de verpleegkundig specialist, is vaker sprake van een nauwe samenwerking die bevorderend werkt ten aanzien van de taakherschikking.

Als laatste blijkt ook (het ontbreken aan) institutionele ondersteuning een belangrijke factor te zijn in het laten slagen van het triage zorgmodel en de introductie van de verpleegkundig specialist. Hoewel het triage zorgmodel duidelijk positie verschaft aan de verpleegkundig specialist binnen het consultschema, zijn de specifieke capaciteiten en taken van de verpleegkundig specialist buiten het consultschema minder vastgelegd. Daarnaast speelt de mate van ervaring met het werken met een verpleegkundig specialist ook een belangrijke rol. De locaties waar de verpleegkundig specialist nieuw werd geïntroduceerd bij de start van de implementatie van het triage zorgmodel hebben een langere aanloop nodig gehad om tot een stabilisatie in risicoprofiel verdelingen en daarmee taakherschikking te komen. Bij de consultatiebureaus waar al meer ervaring was in het werken met een verpleegkundig specialist werd de horde voor taakherschikking aanzienlijk kleiner. Een laatste aspect binnen de categorie 'institutionele ondersteuning' is de interprofessionele collegialiteit en ondersteuning binnen het gehele instituut. Jeugdverpleegkundigen, vaak onbekend met de opleiding en functie verpleegkundig specialist, duiden hun collega verpleegkundig specialisten soms als 'senior verpleegkundigen met een aanvullende opleiding om ook fysiek onderzoek uit te kunnen voeren'. Hierdoor voelen verpleegkundig specialisten zich minder ondersteund in het uitvoeren van andere taken behorend bij hun functie, zoals het stimuleren van samenwerkingsverbanden met hulpverleners buiten het consultatiebureau of het ondersteunen van collega-verpleegkundigen ten aanzien van meer complexe zorg cases.

## **Ervaringen van ouders en JGZ-professionals met het triage zorgmodel**

De ervaringen van ouders en JGZ-professionals met het triage zorgmodel geven inzicht in hoe triage bij zou kunnen dragen aan een andere wijze van zorgaanbod met continuering dan wel verbetering van de kwaliteit van zorg. Via een vragenlijst hebben we ouders onder meer gevraagd hoe zij zich bejegend voelden, wat de door hun ervaren continuïteit in het zorgproces is, alsook de ervaren samenwerking tussen het consultatiebureau en andere hulpverleners. De ervaringen van ouders wier zuigelingen participeerden in dit onderzoek hebben we vergeleken met de ervaringen van ouders in een controle groep. Ook gaven een zestal interviews met ouders enig inzicht in het functioneren van het triage zorgmodel in de praktijk. Individuele interviews met de betrokken JGZ-professionals, alsook de triage overleggen, focusgroepen en observaties bieden inzicht in hoe de zorg wordt aangeboden zoals; continuïteit in het zorgproces, onderlinge afstemming en afstemming met andere hulpverleners en wat de gevolgen zijn van het triage zorgmodel voor de werkzaamheden van de JGZ-professionals.

### ***Ouders: geen verschil ten opzicht van regulier zorgaanbod***

Uit het vragenlijst onderzoek blijkt dat ouders overwegend positief zijn over hun ervaringen met het consultatiebureau. Tussen de ouders begeleid volgens het triage zorgmodel en ouders uit de controle groep blijken echter geen statistisch significante verschillen te zijn. Ouders begeleid volgens het triage zorgmodel geven het consultatiebureau gemiddeld een 8,1, en ouders uit de controle groep geven het consultatiebureau gemiddeld een 7,9. Ook is er geen verschil in ervaring met betrekking tot de afstemming tussen de zorgverleners, de bejegening door JGZ-professionals, de continuïteit van het zorgproces, en de ervaren deskundigheid. Een uitzondering is de beoordeling van de samenwerking van de JGZ 0-4 met andere hulpverleners. Ouders begeleid volgens het triage zorgmodel zijn significant positiever over de samenwerking van de JGZ 0-4 met andere hulpverleners dan ouders uit de controle groep, een gemiddelde beoordeling van 3,6 ten opzichte van 3,1 op een schaal van 4 ( $p \leq .05$ ).

Het veranderde zorgaanbod wordt door weinig ouders daadwerkelijk opgemerkt. Uit de interviews en observaties blijkt dat ouders vaak niet weten of zij spreken met een arts, een verpleegkundig specialist, of een verpleegkundige. Het aantal interviews en observaties met betrekking tot de ervaringen van ouders met het consultatiebureau zijn vrij gering, en daardoor minder betrouwbaar. Echter, de bevinding dat de ervaringen van ouders met het consultatiebureau veeleer persoon- dan functie-gebonden zijn, wordt bevestigd door de interviews met JGZ-professionals. Mindere ervaringen met het consultatiebureau hebben vooral betrekking op de problematisering van de ontwikkeling van het kind door een JGZ-professional. De ervaringskennis van de ouder krijgt onvoldoende plaats binnen het gesprek. Een kanttekening is uiteraard dat afhankelijk van de functie van een JGZ-professional in meerdere of mindere mate de ontwikkeling van een zuigeling wordt besproken en geproblematiseerd. Een (jeugd)arts heeft immers de taak om de fysieke en motorische ontwikkeling van een zuigeling kritisch te volgen, terwijl een jeugdverpleegkundige zich meer richt op de opvoedingsondersteuning. Toch blijkt uit de zes interviews dat het consultatiebureau vooral wordt opgezocht vanwege vaccinaties, het wegen en meten van de zuigeling, en de bespreking van de dagelijkse praktijk (voeding, slapen, etc.). Andere functies van het consultatiebureau worden door de respondenten niet aangedragen.

### ***JGZ professionals: het gedifferentieerd zorgaanbod werkt, maar kan beter***

De JGZ-professionals ondervinden meer effecten op hun dagelijkse praktijk van het triage zorgmodel. Deze effecten hebben betrekking op de uitvoering van het triage zorgmodel. Over het algemeen waren de meeste JGZ-professionals positief over het gedifferentieerd zorgaanbod en de meer kritische beoordeling van risicofactoren en andere professionele afwegingen in het proces van triage bij zuigelingen. Door het definiëren van risicoprofielen en daaraan gekoppelde gedifferentieerd zorgaanbod wordt tijd vrij gemaakt voor complexe zorg zonder dat dit ten koste gaat van de zorg voor niet-probleem zuigelingen. Zo hebben (jeugd)artsen deelgenomen aan netwerkoverleggen, het tekort aan artsen opgevangen bij nabij gelegen consultatiebureaus of zijn begonnen met een opleiding tot jeugdarts. Verpleegkundig specialisten zijn aan de slag gegaan met het opbouwen van overlegstructuren met onder meer paramedische hulpverleners en hebben deelgenomen aan Zorg Advies Teams.

Echter, naast de overwegend positieve ervaringen sprongen een tweetal minder constructieve factoren ten aanzien van het triage zorgmodel in het oog: enerzijds de problemen met de



planning en verdeling van de bureaus en anderzijds enkele randvoorwaarden die niet op orde waren voor een efficiënte implementatie van het triage zorgmodel.

### **Planning van begeleiding volgens risicoprofiel is nog niet uitgekristalliseerd**

Wanneer JGZ-professionals gevraagd worden naar hun ervaringen met het triage zorgmodel en in specifiek de uitvoering hiervan in de praktijk komt één punt prominent naar voren; de planning. Zuigelingen worden regelmatig bij de verkeerde professional gepland. Bijvoorbeeld doordat de vaste consultatiebureau assistente niet aanwezig is (ziekte, vakantie) of er geen plaats is bij de betreffende professional binnen aanvaardbare termijn. Als gevolg hiervan neemt de continuïteit in vaste begeleiding af. JGZ-professionals ervaren dit als problematisch aangezien een vaste begeleiding juist zou leiden tot een goede relatie met kind en ouder, een relatie waarin sprake is van vertrouwen. Dit vertrouwen is nodig voor een goede informatieverschaffing over het welzijn van het kind. Ook ervaren enkele verpleegkundig specialisten en verpleegkundigen een toegenomen werkdruk, vooral wat betreft het draaien van bureaus. Echter, ervaren werkdruk laat een niet consistent beeld zien. Per consultatiebureau lijkt de toegenomen druk om bureau draaien te wisselen per type professional. De veranderingen in formatie-uren naar aanleiding van (verwachte) effecten van de introductie van de verpleegkundig specialist op het consultatiebureau zijn hier mede oorzaak van. De planning van de begeleiding van zuigelingen en de verdeling in formatie-uren volgens het triage zorgmodel is dus nog niet uitgekristalliseerd en wordt daardoor als belastend ervaren.

### **Randvoorwaarden voor implementatie van triage zorgmodel niet op orde**

De registratie van kindgegevens in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg en de beschikbare ruimte voor gelijktijdig bureau draaien zijn twee aspecten die door de JGZ-professionals als belemmerend zijn ervaren in de facilitaire ondersteuning van het triage zorgmodel. Vooral het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg wordt bij de OpenCare gebruikers als hinderlijk ervaren. Het systeem is regelmatig dusdanig traag dat het daadwerkelijk invloed heeft op de duur en wijze waarop consulten kunnen worden uitgevoerd. De gebruikers van mICAS ervaren niet zozeer systeemproblemen, maar zijn bewuster bezig met het type informatie, en vooral privacy gevoelige informatie, die zij in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg registreren. Dit betekent niet dat de omgang met vertrouwelijke gegevens geen rol speelt bij de OpenCare gebruikers, maar het onderwerp verdwijnt meer naar de achtergrond doordat de registratieproblematiek op zich al een bepalende factor is. De beschikbaarheid van voldoende werkruimte speelt bij sommige experiment locaties ook een rol in de uitvoering van het triage zorgmodel. Om vertrouwen te kunnen krijgen in het begeleiden van zuigelingen door alleen verpleegkundig specialist en verpleegkundige ervaren enkele professionals het als wenselijk dat gelijktijdig bureau gedraaid moet kunnen worden. Indien nodig kan de aanwezige arts geraadpleegd worden, zonder dat een indicatieconsult op een andere dag ingepland hoeft te worden.

## **Discussie**

Het functioneren van het triage zorgmodel in de dagelijkse praktijk is onderzocht door analyse van de gegevens van 596 zuigelingen die zijn begeleid volgens het triage zorgmodel. Aanvullend hebben een vragenlijst aan ouders, interviews met ouders en betrokken JGZ-professionals, focusgroepen met JGZ-professionals, observaties van triage overleggen en consulten de ervaringen van ouders en JGZ-professionals met het triage zorgmodel in kaart gebracht. De

beschrijvende analyse van de registraties in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg hebben daarbij een goed inzicht gegeven in de inhoud van de professionele afweging en de begeleiding van ouders en zuigelingen volgens een gedifferentieerd zorgaanbod. Het bespreken van de ervaringen van de JGZ-professionals met het triage zorgmodel heeft ook op meer geaggregeerd niveau thema's op de agenda gezet, zoals de introductie van de verpleegkundig specialist in de JGZ 0-4. Hieronder volgt een samenvatting van de belangrijkste bevindingen in combinatie met verklaringen die vanuit de context van het onderzoek in de dagelijkse praktijk aan de bevindingen kunnen worden verbonden. Daarna volgt een reflectie op het onderzoek naar het triage zorgmodel, met onder meer aandacht voor de mogelijkheid van triage op de lange termijn en binnen de huidige context van de toegenomen aandacht voor flexibilisering binnen de JGZ 0-4.

## ***De (on)mogelijkheden van triage bij zuigelingen***

### **Een eerste triage met drie maanden is mogelijk**

Onder meer door de grote variatie in uitvoering in de praktijk is ook het beantwoorden van de onderzoeksvraag naar de invloed van het triage moment op de professionele afweging, en het meest geschikte moment om te triëren bemoeilijkt. Uiteraard speelt ook de hoeveelheid beschikbare gegevens van zuigelingen een rol. Desalniettemin kan voorzichtig worden geconcludeerd dat triage met drie maanden meest geschikt lijkt als eerste triage moment. Triëren met drie maanden waarborgt meer dan triage met zes maanden de continuïteit van begeleiding en geeft bijvoorbeeld verpleegkundig specialisten de kans om tijdig een relatie op te bouwen met ouders en kind. De JGZ-professionals spreken over het algemeen een lichte voorkeur naar triage met drie maanden uit omdat artsen, ook in het geval van indeling van een kind in een laag risicoprofiel, ten minste twee keer de zuigeling hebben gezien. Hierdoor voelen verpleegkundig specialisten zich zekerder in het overnemen van de (medische) verantwoordelijkheid.

### **Uniforme triage is nog ver weg**

De verschillen tussen de triage afwegingen bij de verschillende consultatiebureaus is vrij groot, er is sprake van een grote mate van interprofessionele variatie en weinig uniformiteit. Vanuit de praktijk werd voor de start van het onderzoek aangegeven dat het triëren van zuigelingen alleen op basis van risicotaxatie niet een goed beeld zou geven van het risico op (potentiële) ontwikkelingsproblematiek. Triage afwegingen moesten daarom niet alleen gebaseerd zijn op de risicofactorencumulatie, maar ook op aanvullende professionele overwegingen. De interprofessionele variatie in de additionele professionele afwegingen heeft echter geleid tot een sterk wisselende profielverdeling tussen de consultatiebureaus. Deze interprofessionele variatie komt ook tot uiting in een verschillende omgang met de registratie en weging van risicofactoren. Zo lijken sommige consultatiebureaus zich strikter te houden aan de risicotaxatie, terwijl anderen meer kijken naar het type (potentiële) problematiek bij zuigelingen en welke professional het meest geschikt zou zijn in de begeleiding van deze zuigelingen. Niet alleen de variatie in registratie, maar ook variatie in professionele afwegingen ten aanzien van (potentiële) problematiek komt voor. Dit laatste komt onder meer voort uit de geuite zorg dat in het laag en midden risicoprofiel mogelijk geen 'multiprobleem' zuigelingen meer zouden worden gezien en verpleegkundigen daardoor de zogenaamde 'krenten uit de pap' zouden missen. De individuele interesses en specialismen lijken soms een rol te spelen in de triage afwegingen om een kind

met een bepaalde (potentiële) ontwikkelingsproblematiek in te delen in het risicoprofiel waar de professional met de specifieke interesse of specialisme voor die problematiek werkzaam is. De zorg dat bepaalde zuigelingen dan niet meer worden gezien, eerst multiprobleem nu andere specifieke problematiek (bijvoorbeeld obese of astmatische zuigelingen) blijft daardoor overeind. Het gevolg van deze grote interprofessionele variatie is dat het triage zorgmodel niet zondermeer te implementeren is binnen andere JGZ-organisaties of zelfs binnen de eigen organisatie. Een individuele medewerker kan immers het beoogde eenduidige systeem behoorlijk beïnvloeden.

Hoewel een uniforme triage dus nog ver weg lijkt, heeft de introductie van het triage zorgmodel ook een positieve bijdrage gehad in de explicitering van professionele afwegingen. Het triage overleg leidt tot een interdisciplinaire kennisdeling van de professionele overweging onderliggend aan de risicoprofiel indeling. De JGZ-professionals ervaren dit als een meerwaarde ten opzichte van andere overlegstructuren doordat de bespreking van de triage leidt tot beter beargumenteerde keuzes in de begeleiding van ouders en kind. De JGZ-professionals verwachten dan ook dat de kwaliteit van zorg hierdoor toe zal nemen.

### **Triage en de mogelijkheid om aan te sluiten bij de wensen en behoeften van ouders**

Het onderzoek heeft de ervaren kwaliteit van zorg door het gedifferentieerde zorgaanbod in kaart proberen te brengen via een vragenlijst onderzoek. Tevens is tijdens de interviews met ouders gevraagd hoe zij de rol van ouders zien binnen het triage zorgmodel, en zijn ouders in interviews gevraagd naar hun ervaringen met het consultatiebureau. Uit het vragenlijst onderzoek blijkt dat ouders de zorg aangeboden volgens het triage zorgmodel niet anders ervaren dan ouders die zorg aangeboden krijgen volgens het reguliere consultaschema. Wel zijn de ouders uit de onderzoeksgroep positiever over de samenwerking van de JGZ-professionals met andere hulpverleners. Uit de individuele interviews komt sterk naar voren dat de ervaren kwaliteit van zorg vooral gebonden is aan de individuele professionals. Dit wordt ondersteund door de opmerkingen die enkele ouders hebben geschreven bij de vragenlijsten over hun beoordeling van het consultatiebureau team. Wanneer JGZ-professionals wordt gevraagd naar de betrokkenheid van ouders in het triage zorgmodel, geven zij aan dat het meenemen van de wensen en behoeften van ouders wat betreft het model niet echt gebeurt. Zo wordt in principe niet in overleg met de ouder vastgesteld wanneer het volgende contactmoment zal plaatsvinden of welk type begeleiding het meest geschikt zou zijn. De JGZ-professionals praten liever in termen als het aanbieden van (complexe) zorg en begeleiding, terwijl ouders juist een gelimiteerde zorgvraag uiten, te weten vaccinaties, wegen, meten en gesprekken over het dagelijks leven met een zuigeling. Er lijkt dus sprake te zijn van een discrepantie tussen de zorgvraag en het zorgaanbod. Het blijft daarmee de vraag of het triage zorgmodel daadwerkelijk aansluit bij de wensen en behoeften van ouders.

### **De mogelijkheid om de verpleegkundig specialist een plek te bieden in de JGZ 0-4**

Hoewel de implementatie van taakherschikking niet onproblematisch verloopt, blijkt in de praktijk dat verpleegkundig specialisten veel steun ervaren aan de gestructureerde wijze waarop zij worden geïntroduceerd. Door de definiëring van risicoprofielen en daaraan gekoppelde gedifferentieerde begeleiding krijgen verpleegkundig specialisten de gelegenheid hun deskundigheid te tonen. Dat collega-professionals de introductie van de verpleegkundig specialist via het triage zorgmodel ondersteunen blijkt uit de grote van het laag risicoprofiel

(gemiddeld 64%) waarin verpleegkundig specialisten de verantwoordelijkheid dragen voor de medische consulten.

Mogelijk is er ook een verband tussen de hogere score van ouders op samenwerking met andere hulpverleners en de introductie van de verpleegkundig specialist in de JGZ. In de opleiding tot verpleegkundig specialist-preventie wordt veel aandacht besteed aan het ontwikkelen van een helikopter view ten aanzien van de begeleiding van zuigelingen in het consultatiebureau. Het aanhalen en ontwikkelen van samenwerkingsverbanden met andere hulpverleners kan gezien worden als één van de speerpunten binnen de functie verpleegkundig specialist-preventie. Hoewel op basis van de verzamelde gegevens tijdens dit onderzoek geenszins een verband kan worden vastgesteld tussen de positieve ervaringen van ouders en de functie verpleegkundig specialist, onder meer omdat ouders van zuigelingen uit het laag en midden risicoprofiel oververtegenwoordigd zijn, is het wel opmerkelijk dat juist op deze factor hoger wordt gescoord ten aanzien van de controle groep.

### **Uitvoering van het triage zorgmodel in de praktijk vergt inzet**

De uitvoering van het triage zorgmodel in de dagelijkse praktijk was geen sinecure. Deelnemende consultatiebureaus hebben moet investeren in tijd en aandacht voor onder meer planning van bureaus en triage overleggen. Gedurende het onderzoek is bij twee van de vijf consultatiebureaus sprake geweest van grote wisselingen in beschikbaarheid van personeel. Ervaren verpleegkundig specialisten vielen weg en werden vervangen door relatief onervaren verpleegkundig specialisten. Eén arts is gedurende het onderzoek met zwangerschapsverlof geweest, en is tijdens haar verlof vervangen door inval artsen, vaak zonder kennis van het onderzoek. Hierdoor was de motivatie en mogelijkheid om te werken volgens het triage zorgmodel bij deze consultatiebureaus soms wat minder, bijvoorbeeld om bureaus in te plannen volgens het risicoprofiel van een kind. Daarbij hebben JGZ-professionals te maken gekregen met verschuivingen in formatie-uren. Enerzijds door de verwachtingen ten aanzien van het triage zorgmodel en de inzet van de verpleegkundig specialist. Anderzijds doordat gedurende het onderzoek de effecten van het triage zorgmodel ook merkbaar werden. Verpleegkundigen en verpleegkundig specialisten kregen meer bureaus voor hun rekening en artsen kregen ruimte voor andere zaken. Hoewel deze ruimte voorafgaand aan het onderzoek is bestempeld als tijd voor complexe zorg, blijkt in de praktijk dat andere invullingen werden gegeven: overnemen van artsenbureaus op andere locaties met artsentekort, wegwerken van achterstanden in peuterbegeleiding en opstarten van bijvoorbeeld opleiding tot jeugdarts. Waar de ene JGZ-professional vond dat de werkdruk toenam, sprak de ander juist van een verlichting. Echter, deze ervaring van werkdruk fluctueerde gedurende de tijd (bijvoorbeeld afhankelijk van het aantal geboorten in een bepaalde periode). Al met al geven juist deze verschuivingen in formatie-uren en aanwezigheid van personeel een goed beeld van de dagelijkse praktijk waarin het triage zorgmodel zou moeten kunnen opereren. En juist daarin lijkt de uitvoering nog te kort te schieten. Mogelijk doordat randvoorwaarden als een goed werkend digitaal dossier jeugdgezondheidszorg en een goede planning van bureaus nog niet op orde waren. Dit laatste kan ook gerelateerd zijn aan het relatief korte tijdbestek waarin het triage zorgmodel is geïmplementeerd en gevolgd. Voor innovaties zoals het triage zorgmodel geldt over het algemeen dat implementatie en adoptie een langdurig, complex en iteratief proces is (Robertson et al. 2010).

## *Methodologische reflectie*

Dit onderzoek exploreert de werking van het triage zorgmodel in de dagelijkse praktijk op het moment van implementatie en uitvoering. Hoewel het onderzoek niet exact als actie-onderzoek is te typeren, omvat het wel enkele kenmerken. Zo is de onderzoeker intensief betrokken geweest bij het implementatie proces en heeft waar nodig geprobeerd bij te sturen of het model aan te passen. Een concreet voorbeeld is het vrijmaken van de invulling van de consulten tot aan het triage moment, waardoor verpleegkundig specialisten de mogelijkheid hadden ook voorafgaand de eerste triage betrokken te worden in de begeleiding van en kind. Deze directe wisselwerking tussen praktijk en wetenschap heeft als voordeel dat de ontwikkelingen en de effecten van het triage zorgmodel snel zichtbaar zijn en tot nieuwe kennis leiden over triage in de JGZ en taakherschikking. Een nadeel van deze directe wisselwerking is dat het waarborgen van de wetenschappelijke voorwaarden om een vergelijking van de verschillende triage momenten mogelijk te maken geen gemakkelijk proces is geweest.

Eén van de methodologische keuzen is geweest om het triage zorg model zoals deze al operationeel was op het consultatiebureau met een eerste triage na vier weken in stand te houden. Dit betekent dat het betreffende JGZ-team uit drie in plaats van vier personen bestond; de arts, de verpleegkundig specialist en de CB-assistente. De triage in drie risicoprofielen en daaraan verbonden gedifferentieerde begeleiding zag er dus feitelijk anders uit. Er was sprake van een verdeling in twee profielen; een profiel waarin de verpleegkundig specialist zelfstandig alle consulten na het vier weken triage moment uitvoerde en een profiel waarin de arts en de verpleegkundig specialist samenwerkten conform de begeleiding uit het hoog risicoprofiel. Hoewel de betrokken JGZ-professionals naar eer en geweten zuigelingen in drie risicoprofielen hebben ingedeeld, heeft dit toch consequenties voor de uitvoering van het triage zorgmodel en daarmee de validiteit van de gegevens met betrekking tot triage met vier weken. Het fictief indelen in drie risicoprofiel terwijl er slechts twee worden uitgevoerd leidt tot het maken van kunstmatige keuzes, zonder dat in de praktijk ervaren en geregistreerd kan worden hoe dit gedifferentieerd zorgaanbod in de praktijk verloopt.

## *Het triage zorgmodel op de lange termijn*

Om daadwerkelijk iets te kunnen zeggen over de gevolgen van de verdeling van zuigelingen in drie risicoprofielen op de kwaliteit van zorg is niet alleen de variatie in uitvoering van het triage zorgmodel een belemmerende factor, maar spelen ook de relatief korte duur van het onderzoek en het totale aantal geïnccludeerde zuigelingen een rol. De implementatie en vooral adoptie van het triage zorgmodel is nog in volle gang. Het daadwerkelijk kunnen meten van effecten vereist dus een lange adem. Echter, binnen de context van het onderzoek, is er vanuit de praktijk gestreefd om het maximaal haalbare te behalen wat betreft duur en aantal zuigelingen. Op de lange termijn is het wenselijk om die zuigelingen die nu worden gevolgd volgens het triage zorgmodel te blijven monitoren, opdat de effecten van het triage zorgmodel op de kwaliteit van zorg alsook het in kaart brengen van het risicoproces van een kind te kunnen bestuderen. Een nameting is dus zeer wenselijk.

Wanneer het triage zorgmodel wordt uitgebreid naar andere consultatiebureaus, zal in ieder geval rekening gehouden moeten worden met het faciliteren van de her-triage van al ingedeelde zuigelingen. Op dit moment ontbreekt een structuur binnen het triage overleg en/of in de ondersteuning vanuit het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg om op eenduidige wijze die zuigelingen die in aanmerking komen voor een profielwijziging ook naar voren te laten komen.

Uiteraard moet ook aandacht besteed worden aan de interprofessionele variatie en gevolgen hiervan op de triage en risicoprofiel verdeling (zie 'uniforme triage is nog ver weg').

### ***Het triage zorgmodel en flexibilisering***

Het triage zorgmodel in combinatie met de komst van de verpleegkundig specialist op het consultatiebureau biedt kansen voor een flexibeler zorgaanbod, waarbij de belangrijkste aspecten zijn: de differentiatie in begeleiding en de flexibiliteit in inzet van consulten. Juist hier sluit de potentie van het triage zorgmodel bijna naadloos aan op de actualiteit van de wensen ten aanzien van de flexibilisering in contactmomenten. Binnen het triage zorgmodel wordt het zorgaanbod vooralsnog flexibeler gemaakt door de differentiatie in begeleiding tussen de drie risicoprofielen. Door zo efficiënt mogelijk gebruik te maken van de kennis en kunde van de JGZ-professionals, ontstaat ruimte voor taken die gerelateerd zijn aan complexere jeugdgezondheidszorg. Het flexibiliseren van het aantal consulten was geen onderdeel van het triagezorgmodel. Aan het 7,5 maanden consult mochten de JGZ-professionals wel een eigen invulling geven (geen consult, groepsconsult of regulier consult). Het blijkt dat deze mogelijkheid tot flexibilisering door de JGZ-professionals meteen is opgepakt; zuigelingen in een hoog risicoprofiel krijgen vaker een 7,5 maanden consult aangeboden dan andere zuigelingen. Dit onderzoek kan een goede aanvulling zijn op de tot op heden beschreven ervaringen met een differentiatie van zorgaanbod en flexibilisering van contactmomenten.

### **Conclusie en adviezen**

Dit onderzoek biedt niet alleen zicht op het functioneren van het triage zorgmodel in de dagelijkse praktijk, maar het geeft ook op meer geaggregeerd niveau informatie over de mogelijkheid tot taakherschikking van arts naar verpleegkundig specialist en de mogelijkheid tot een gedifferentieerd zorgaanbod. De resultaten van dit onderzoek zijn daarom van belang voor JGZ-professionals, managers, beleidsmakers en bestuurders in de jeugdgezondheidszorg, de Inspectie Gezondheidszorg en de gemeentelijke, provinciale en landelijke overheid.

De dagelijkse praktijk van het triage zorgmodel is op zowel kwantitatieve als kwalitatieve wijze onderzocht. Desondanks blijft een duidelijke conclusie wat betreft het meest geschikte moment voor initiële triage uit. De ervaringen van de JGZ-professionals lijken te pleiten voor triage met drie maanden. Daarbij moet geconcludeerd worden dat het systeem van triage naar drie risicoprofielen met daaraan gekoppeld een gedifferentieerde begeleiding lastig uitvoerbaar is. Door problemen in de planning blijft een consequente uitvoering regelmatig achterwege. Daarnaast ontbreekt een eenduidige wijze van het registreren van risicofactoren en vervolgens ook registratie van de triage afweging en is sprake van interprofessionele variatie in triage afwegingen. Hierdoor is de variatie tussen de vijf betrokken consultatiebureaus groot en ontbreekt simpelweg een uniforme wijze van triëren.

Het triage zorgmodel heeft ook twee positieve punten met zich mee heeft gebracht. Zo wordt de verpleegkundig specialist op gestructureerde wijze geïntroduceerd binnen de JGZ 0-4. Daarnaast laat de analyse van de triage overleggen zien, dat een structureel interdisciplinair overleg gericht op het in kaart brengen van het risicoproces van zuigelingen een grote meerwaarde heeft voor de JGZ-professionals zelf en mogelijk ook voor de kwaliteit van zorg.

Belangrijke suggesties ter verbetering van het triage zorgmodel en voortzetting van een flexibel en efficiënt zorgaanbod zijn veelal praktisch van aard. Wat betreft de taakherschikking van arts naar verpleegkundig specialist blijkt dat het belangrijk is om de positie van de verpleegkundig specialist niet alleen in te bedden in het consultschema, maar ook via een institutionele

ondersteuning middels de ontwikkeling van protocollen. Daarnaast is een proactieve houding van verpleegkundig specialisten nodig om JGZ-collega's te informeren over de capaciteiten en deskundigheid van de verpleegkundig specialist. Verdere randvoorwaarden voor een goede uitvoering van het triage zorgmodel zijn onder meer: het opleiden van meer verpleegkundig specialisten zodat zij makkelijker onderling kunnen vervangen en een ICT-systeem dat de planning en registraties in het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg beter zou ondersteunen. Een laatste advies heeft betrekking op het moment van triage. Het toepassen van triage op meerdere momenten gedurende de tijd zou wel eens van groter nut kunnen zijn voor de JGZ 0-4, dan een enkele triage aan de start van het risicoproces.

## Appendix A

### Respondenten overzicht

Funcctie	Aantal respondenten
Jeugdverpleegkundige	5
Verpleegkundig specialist	6
(Jeugd-)arts	5
CB-assistente	4
<b>Totaal</b>	<b>20</b>



## Appendix B

Risicofactoren	
<p><b>Kindfactoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prematuur (&lt; 36 weken)</li> <li>- Dysmatuur (&lt;1500 gram)</li> <li>- Zwangerschaps- en geboortecomplicaties</li> <li>- Aangeboren of jong ontstane afwijkingen,</li> <li>- Chronische ziekte</li> <li>- Adoptie-/ pleegkind</li> <li>- Mannelijk geslacht</li> <li>- Moeilijk temperament</li> <li>- Prikkelbare kinderen (lage "autonome arousal")</li> <li>- Meerling</li> <li>- Lage intelligentie</li> <li>- Moeder afkomstig uit land besnijdenis</li> <li>- Blootstelling aan toxische stoffen (o.a. roken)</li> </ul>	<p><b>Ouderfactoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verlies van geliefde personen</li> <li>- Lage SES</li> <li>- Armoede</li> <li>- Lage opleiding (maximaal bo, lbo, vbo, vmbo basis)</li> <li>- Langdurig werkeloos/ arbeidsongeschikt</li> <li>- Alleenstaand</li> <li>- Tienermoeder</li> <li>- Laag zelfbeeld</li> <li>- Psychopathologie (depressie, psychose)</li> <li>- Als kind mishandeld</li> <li>- Antisociaal gedrag (criminaliteit)</li> <li>- Middelengebruik (drugs, alcohol)</li> <li>- Slechte voeding tijdens zwangerschap moeder</li> <li>- Roken tijdens zwangerschap moeder</li> <li>- Alcohol tijdens zwangerschap moeder</li> <li>- Allochtoon (één of beide ouders)</li> <li>- Asielzoeker</li> <li>- Vluchteling</li> <li>- Chronisch ziek</li> <li>- Analfabeet</li> <li>- Doof / SH</li> <li>- Taalhandicap</li> <li>- Spreekt geen Nederlands</li> <li>- Schipper</li> </ul>
<p><b>Omgevingsfactoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- AZC / OC</li> <li>- GOA / wijk</li> <li>- Ingrijpende stressvolle gebeurtenis</li> <li>- Conflicten in familie / vriendenkring</li> <li>- Sociale isolatie, ontbreken sociale ondersteuning</li> <li>- Beperkingen in woonsituatie <ul style="list-style-type: none"> <li>- Weinig speelmogelijkheden</li> <li>- Kleine huisvesting</li> <li>- Onveiligheid op straat</li> <li>- Slechte sociale buurtvoorzieningen</li> </ul> </li> <li>- Geen contact met de peuterspeelzaal</li> <li>- Culturele belastende omstandigheden <ul style="list-style-type: none"> <li>- Culturele minderheidsgroep</li> <li>- Afwijkende subculturele normen en waarden</li> <li>- Discriminatie</li> </ul> </li> </ul>	<p><b>Gezinsfactoren</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Gescheiden ouders</li> <li>- Nieuw samengesteld gezin</li> <li>- Instabiliteit gezin</li> <li>- Geweld in gezin</li> <li>- Snelle wisseling in verzorgers kind</li> <li>- Deviante gezinsleden</li> <li>- Groot gezin</li> <li>- Niet-harmonisch gezinsfunctioneren</li> <li>- Conflictueuze gezinsrelatie</li> <li>- Eén of beide ouders obees</li> </ul> <p><b>Opvoedingsklimaat</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Opvoedingsproblematiek</li> <li>- Emotioneel onderkoelde opvoedingsstijl</li> <li>- Verwaarlozing, misbruik, mishandeling, agressie</li> <li>- Ontbreken van toezicht</li> <li>- Slechte woonsituatie (habitat)</li> <li>- Etnische minderheid</li> </ul>

## Appendix C

Labels	Aantal registraties bij eerste triage moment	Aantal registraties na eerste triage moment	Totaal
<b>Kindfactoren</b>			
Prematuur (<36 weken)	32	11	43
Dysmatuur (<1500 gram)	16	6	22
Zwangerschaps- en geboortecomplicaties	100	4	104
Aangeboren of jong ontstane afwijkingen o.a. afwijking zintuigen; verstandelijke handicap	19	1	20
Chronische ziekte	6	1	7
Adoptie/pleegkind	0	1	1
Mannelijk geslacht	295	24	319
Moeilijk temperament	0	0	0
Prikkelbare kinderen	9	3	12
Meerling	11	6	17
Moeder afkomstig uit land besnijdenis	5	0	5
Lage intelligentie	6	0	6
Blootstelling aan toxische stoffen (o.a. roken)	27	0	27
<b>Ouderfactoren</b>			
Verlies van geliefde personen	1	0	1
Lage SES	55	0	55
Armoede	22	0	22
Lage opleiding (maximaal bo, lbo, vbo, vmbo basis)	98	6	104
Langdurig werkeloos / arbeidsongeschikt	32	1	33
Alleenstaand	24	0	24
Tienermoeder	9	0	9
Laag zelfbeeld	4	0	4
Psychopathologie (depressie, psychose)	26	6	32
Als kind mishandeld	20	5	25
Antisociaal gedrag (criminaliteit)	2	0	2
Middelengebruik (drugs, alcohol)	0	0	0
Slechte voeding tijdens zwangerschap	0	0	0
Roken tijdens zwangerschap moeder	34	4	38
Alcohol tijdens zwangerschap moeder	0	0	0
Allochtoon	160	1	161
Asielzoeker	7	0	7
Vluchteling	2	0	2
Chronisch ziek	12	1	13
Analfabeet	2	0	2
Doof / SH	1	0	1
Taalhandicap	9	2	11
Spreekt geen Nederlands	28	2	30
Schipper	7	0	7
<b>Gezinsfactoren</b>			
Gescheiden ouders	8	0	8
Nieuw samengesteld gezin	39	1	40
Instabiliteit gezin	7	1	8
Geweld in gezin	4	0	4
Snelle wisseling in verzorgers kind	1	0	1

Deviante gezinsleden	1	0	1
Groot gezin	27	0	27
Niet-harmonisch gezinsfunctioneren	9	0	9
Conflictueuze gezinsrelatie	2	0	2
Een of beide ouders obees	8	0	8
<b>Opvoedingsklimaat</b>			
Opvoedingsproblematiek	4	0	4
Emotioneel onderkoelde opvoedingsstijl (autoritair, geen betrokkenheid, genegenheid, warmte of intimiteit)	0	0	0
Verwaarlozing, misbruik, mishandeling, agressie	1	1	2
Ontbreken van toezicht	0	0	0
Slechte woonsituatie (habitat)	20	0	20
Etnische minderheid	4	0	4
<b>Omgevingsfactoren</b>			
AZC/OC	0	0	0
GOA-wijk	78	1	79
Ingrijpende stressvolle gebeurtenis	24	0	24
Conflicten in familie of vriendenkring	8	0	8
Sociale isolatie, ontbreken sociale ondersteuning	9	0	9
Beperkingen in woonsituatie; weinig speel mogelijkheden	24	1	25
Beperkingen in woonsituatie; kleine huisvesting	28	0	28
Beperkingen in woonsituatie; onveiligheid op straat	7	0	7
Beperkingen in woonsituatie; slechte sociale buurtvoorzieningen	2	0	2
Geen contact met Peuterspeelzaal	0	0	0
Culturele belastende omstandigheden; culturele minderheidsgroep	2	0	2
Culturele belastende omstandigheden; afwijkende subculturele normen en waarden	0	0	0
Culturele belastende omstandigheden; discriminatie	0	0	0
<b>Totaal aan zuigelingen</b>	<b>598</b>	<b>460</b>	

## Referenties

- Brown, J., P. Cohen, et al. (1998). "A longitudinal analysis of risk factors for child maltreatment: Findings of a 17-year prospective study of officially recorded and self-reported child abuse and neglect." Child Abuse & Neglect **22**(11): 1065-1078.
- Dekovic, M. (1999). "Risk and protective factors in the development of problem behavior during adolescence." Journal of Youth and Adolescence **28**(6): 667-685.
- Garbarino, J. and K. Kostelny (1996). "The effects of political violence on Palestinian children's behavior problems: A risk accumulation model." Child Development **67**(1): 33-45.
- Hermanns, J., F. Öry, et al. (2005). *Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdig signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen.* Utrecht.
- Inspectie voor de gezondheidszorg (2009). *De jeugdgezondheidszorg in beweging.* Den Haag, Inspectie voor de gezondheidszorg.
- Loeber, R. and D. Hay (1997). "Key issues in the development of aggression and violence from childhood to early adulthood." Annual Review of Psychology **48**: 371-410.
- Robertson, A., K. Cresswell, et al. (2010). "Implementation and adoption of nationwide electronic health records in secondary care in England: qualitative analysis of interim results from a prospective national evaluation". British Medical Journal **341**: 1-12 (online first)
- Sameroff, A. J., R. Seifer, et al. (1993). "Stability of Intelligence from Preschool to Adolescence - the Influence of Social and Family Risk-Factors." Child Development **64**(1): 80-97.