

## Triage bij zuigelingen: een gedifferentieerd en flexibel zorgaanbod door risicoprofilering

De toegenomen aandacht voor zorg op maat in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-4 vraagt om een andere organisatie van zorg. De veronderstelling is dat de begeleiding van zuigelingen kan worden geflexibiliseerd op basis van zorgbehoefte. Om die reden is een triagezorgmodel ontwikkeld, waarbinnen drie risicoprofielen voor zuigelingen zijn gedefinieerd, met daaraan gekoppeld een gedifferentieerde begeleiding. Risicoprofilering komt tot stand op grond van risicofactorencumulatie en additionele professionele overwegingen.

Selectie van zuigelingen met het triagezorgmodel is gedurende 17 maanden door vier consultatiebureaus in Noord-Brabant toegepast op drie verschillende contactmomenten. Vervolgens zijn de risicoprofielverdeling en de factoren die vormgaven aan de triageoverwegingen onderzocht.

Het blijkt dat de leeftijd van het kind op het moment van triage en de interprofessionele variatie uniforme triage bemoeilijken. Desondanks zien de betrokken JGZ-professionals in differentiatie en flexibiliteit in het zorgaanbod een mogelijkheid om de zorg voor zuigelingen te verbeteren.

### Inleiding

De afgelopen jaren heeft de jeugdgezondheidszorg (JGZ) er veel taken bij gekregen, onder andere op het gebied van de zorg voor en begeleiding van risicokinderen.<sup>1</sup> JGZ-organisaties zijn daarom op zoek gegaan naar de meest efficiënte manier om professionals in te zetten, met behoud van optimale begeleiding van ieder kind. Een aantal consultatiebureaus in Noord-Brabant wilde formatie beschikbaar krijgen voor de zorg aan en de begeleiding van risicokinderen door gebruik te gaan maken van triage. Op regionaal niveau werd al eerder een instrument ontwikkeld voor de signalering en registratie van risico's bij kinderen en gezinnen in Noord-Brabant. Uit onderzoek blijkt dat er een relatie bestaat tussen risicofactoren en het optreden van opvoedproblemen in Tilburg.<sup>2</sup> Vooral de cumulatie van risicofactoren voorspelt negatieve ontwikkelingsuitkomsten.<sup>3,4</sup> Triage voegt aan het bestaande instrument een expliciete professionele afweging toe van de risicofactoren en problemen, van waaruit vervolgens drie risicoprofielen worden gedefinieerd, die op hun beurt gedifferentieerde begeleiding van kinderen mogelijk maken (*figuur 1*). Dit model wordt het triagezorgmodel genoemd.

Indeling in risicoprofielen leidt ertoe dat bij zuigelingen en gezinnen met veel risicofactoren en problemen intensieve begeleiding tijdig kan worden ingezet, terwijl zuigelingen zonder problemen de basiszorg blijven krijgen. Zuigelingen met het laagrisicoprofiel worden begeleid door de verpleegkundig specialist preventie (VSP) en de jeugdverpleegkundige, zuigelingen met het middenrisicoprofiel door de jeugdarts en de jeugdverpleegkun-

dige en zuigelingen met het hoogrisicoprofiel door de jeugdarts en de VSP. De VSP, een nieuwe functie in de jeugdgezondheidszorg, wordt geacht medische zorgtaken van de jeugdarts over te kunnen nemen. Hiertoe is de masteropleiding Advanced Nursing Practice met de specialisatie 'Preventie' vereist.

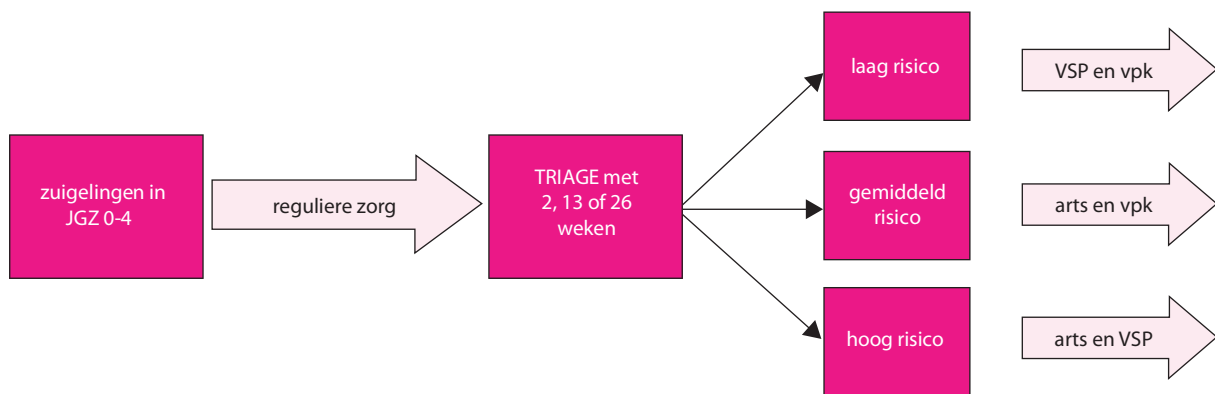
In dit artikel presenteren wij de resultaten van de implementatie van het triagezorgmodel in de dagelijkse praktijk van de JGZ 0-4 in een aantal consultatiebureaus in Noord-Brabant. De onderzoeksvragen zijn: 1) Hoe worden op basis van triage risicoprofielen gedefinieerd? 2) Wat is het meest geschikte triagemoment? 3) Wat zijn de ervaringen van professionals en ouders met het triagezorgmodel?

Dit artikel hoopt een bijdrage te leveren aan de inhoudelijke discussie over de voor- en nadelen van triage bij de preventieve zorg voor zuigelingen.

### Methode

In de periode april 2011 t/m september 2012 hebben vier consultatiebureaus in Noord-Brabant (Tilburg, Oosterhout (twee locaties) en Werkendam) het triagezorgmodel geïmplementeerd. In Tilburg vond triage plaats bij het contactmoment van twee weken, in Oosterhout bij het contactmoment van 13 weken en in Werkendam bij het contactmoment van 26 weken. Bij de triage waren zowel jeugdartsen, VSP'en als jeugdverpleegkundigen betrokken volgens een vaste systematiek. Het onderzoek naar de ervaringen van ouders met het triagezorgmodel werd retrospectief uitgevoerd bij de betrokken consultatiebureaus. Het controleonderzoek naar de ervaringen

M.G.H. Niezen, wetenschappelijk onderzoeker Tilburg University, Departement Tranzo & Departement TILT. K. Konijn, staf- en jeugdarts KNMG, Thebe Jeugdgezondheidszorg. J.J.P. Mathijssen, coördinator Academische Werkplaats Publieke Gezondheid Brabant, Tilburg University, Departement Tranzo. *Correspondentie:* m.g.h.niezen@tilburguniversity.edu.



Figuur 1. Triagezorgmodel.

VSP = verpleegkundig specialist preventie; vpk = de jeugdverpleegkundige; arts = de jeugdarts.

van ouders met reguliere zorg (afwisselend een consult door de jeugdverpleegkundige en jeugdarts op de vastgestelde contactmomenten) werd retrospectief uitgevoerd bij aselekt geselecteerde consultatiebureaus, ook in Noord-Brabant. De zuigeling van de bevraagde ouder was steeds het voorafgaande jaar in zorg geweest.

### Dataverzameling

Voor het beantwoorden van de onderzoeksvragen is gebruikgemaakt van het digitaal dossier jeugdgezondheidszorg (DD JGZ) van 535 zuigelingen, waarin de triageoverwegingen en risicoprofielen waren geregistreerd. Daarnaast is een vragenlijst samengesteld die de kwaliteit van de begeleiding door JGZ-professionals inventariseert zoals deze door ouders wordt ervaren. Deze vragenlijst is gebaseerd op de gevalideerde Consumer Quality Index Jeugdgezondheidszorg Consultatiebureau vragenlijst, in het bijzonder op de thema's 'afstemming zorgverleners', 'bejegening door JGZ-professionals', 'continuïteit van het zorgproces' en 'deskundigheid en samenwerking met andere hulpverleners'.<sup>5</sup>

In totaal zijn de ervaringen van 169 ouders nagegaan: 71 op de interventieconsultatiebureaus en 98 op de controleconsultatiebureaus.

Daarnaast vonden interviews plaats met betrokken JGZ-professionals ( $n = 16$ ), twee focusgroepen en 26 observaties van triageoverleggen. Deze kwalitatieve onderzoeksmethoden verschaften inzicht in de inhoud van de triageoverweging en de ervaringen met het triagezorgmodel.

### Triagezorgmodel zuigelingen

Het triage zorgmodel voor zuigelingen wordt uitgevoerd door de JGZ-professionals tijdens een triageoverleg en bestaat uit een systematische inventarisatie en registratie van risicofactoren van iedere zuigeling en elk gezin, die de ontwikkeling van het kind kunnen bedreigen. Hierbij wordt een reeds bestaand signaleringsinstrument gebruikt waarin risicofactoren zijn uitgesplitst in de categorieën: 'kindfactoren', 'ouderfactoren', 'gezinsfac-

toren', 'opvoedingsklimaat' en 'omgevingsfactoren'. De uiteindelijke risicoprofielindeling bestaat uit een getrappt beslismodel waarin wordt gekeken naar het aantal risicofactoren en daarnaast naar aanvullende overwegingen (figuur 2). Deze aanvullende overwegingen vallen uiteen in vier categorieën die in overleg met de JGZ-professionals voorafgaand aan het onderzoek zijn bepaald: a) disbalans, b) pluis/niet-pluisgevoel, c) zorgmijndend gedrag en d) overig (inclusief registratie van de overweging). Het signaleringsinstrument bevat geen expliciete registratie van beschermende factoren. Echter, in de overweging 'disbalans' wegen de beschermende factoren mee wanneer deze factoren relevant geacht worden door de JGZ-professionals.

### Analyse

De gegevens uit het DD JGZ en de ouder vragenlijsten zijn verwerkt in SPSS v19. De focusgroepen, triageoverleggen en interviews zijn opgenomen met toestemming van deelnemers 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. Gedurende het coderingsproces heeft tweemaal controle door collega-onderzoekers plaatsgevonden. De eerste controle vond plaats in mei 2012 door drie collega-onderzoekers die actief zijn in een kwalitatieve onderzoeksgroep binnen Tranzo. Twee andere collega's uit deze groep hebben in januari 2013 nogmaals feedback gegeven op de codering.

### Resultaten

Van 535 zuigelingen zijn de triage- en risicoprofilering geregistreerd en geanalyseerd. In de geobserveerde risicoprofielverdeling werd na triage gemiddeld 66,2% van de zuigelingen in het laagrisicoprofiel, 19,1% in het middenrisicoprofiel en 14,8% in het hoogrisicoprofiel geplaatst. Op basis van de risicoregistratie van Thebe Jeugdgezondheidszorg in 2009 was de verwachte indeling: 50% in het laagrisicoprofiel (nul en één risicofactor), 30% in het middenrisicoprofiel (twee of drie risicofacto-

Tabel 1. Geobserveerde versus verwachte risicoprofielverdeling.

risico-profiel	aantal geobserveerd	percentage geobserveerd	percentage verwacht
laag	354	66,2%	50%
midden	102	19,1%	30%
hoog	79	14,8%	20%

ren) en 20% in het hoogrisicoprofiel ( $\geq$  vier risicofactoren). De geobserveerde risicoprofielverdeling wijkt daarmee systematisch af van de verwachte risicoprofielverdeling ( $\chi^2 = 56,6$ ;  $df = 2$ ;  $p \leq 0,001$ ) (tabel 1).

### Risicoprofielverdeling voor de drie triagemomenten

Er was een grote variatie in risicoprofielverdeling tussen de drie triagemomenten/onderzoekslocaties (tabel 2). Zo kenden de twee locaties met triage bij 13 weken 52% van de zuigelingen het laagrisicoprofiel toe, terwijl de locatie met triage bij 26 weken 79% van de zuigelingen het laagrisicoprofiel toekende.

### Inhoud van de triageoverweging

Gemiddeld kwam bij 50% van de triageoverwegingen de indeling op basis van de risicofactorencumulatie overeen met de uiteindelijke risicoprofilering. Bij de andere 50% van de triageoverwegingen werd de uiteindelijke profielindeling bepaald door de aanvullende professionele overwegingen (figuur 2). De drie triagemomenten lieten echter significante verschillen zien ten aanzien van dit gemiddelde. Zo bleek bij het triagemoment bij twee weken slechts bij 22% van de zuigelingen risicofactorencumulatie en profielindeling overeen te komen, versus een overeenkomst van 70% voor het triagemoment bij 26 weken (tabel 3).

Tabel 2. Risicoprofiel verdeling per triagemoment.

triagemoment	n (%)	profielverdeling			totaal
		laag risico	gemiddeld risico	hoog risico	
2 weken	n (%)	99 (69,7)	34 (23,9)	9 (6,3)	142
13 weken	n (%)	104 (51,5)	40 (19,8)	58 (28,7)	202
26 weken	n (%)	151 (79,1)	28 (14,7)	12 (6,3)	191
totaal	n (% v/h totaal)	354 (66,2)	102 (19,1)	79 (14,8)	535 (100)

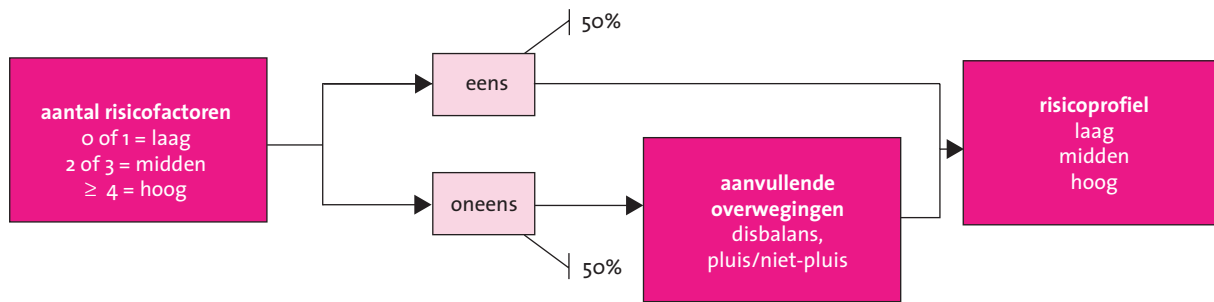
Tabel 3. Indeling conform risicofactorencumulatie per triagemoment.

triagemoment	n (%)	indeling conform risicofactorencumulatie		totaal
		ja	nee	
2 weken	n (%)	31 (21,8)	111 (78,2)	142
13 weken	n (%)	105 (52,0)	97 (48,0)	202
26 weken	n (%)	133 (69,6)	58 (30,4)	191
totaal	n (% v/h totaal)	269 (50,3)	266 (49,7)	535 (100)

Disbalans was de meest voorkomende professionele overweging (65,3%). Dit betekent dat de geregistreerde risicofactoren lichter of zwaarder gewogen worden dan de risicofactorencumulatie aangeeft. Oftewel, de JGZ-professionals namen (het ontbreken van) beschermende factoren mee in de afweging of de risicofactorencumulatie resulteerde in een, in hun ogen, passende profielindeling. Het is ook mogelijk dat de geregistreerde risicofactoren als dusdanig belastend werden beschouwd (bijvoorbeeld prematuur) dat op het moment van triage voor een hoger risicoprofiel werd gekozen. De categorie 'overig' vulde 33,3% van de aanvullende overwegingen in. Een veel voorkomende toelichting bij 'overig' was 'bestaande medische problematiek'. Deze medische problematiek was vaak aanleiding om de zuigeling in een hoger risicoprofiel te plaatsen. De aanvullende overwegingen 'pluis/niet-pluisgevoel' (1,4%) en 'zorgmijndend gedrag' (0%) waren niet of nauwelijks geregistreerd.

### Van triageoverweging naar risicoprofielindeling

Uit de analyse van de observaties van de triageoverleggen en de interviews bleek dat de triageafweging en daarop volgende risicoprofilering verschilden per triagemoment. Uiteraard was de beschikbare informatie op het triagemoment bepalend voor de inhoud van het triageoverleg. Bij triage bij twee weken lag meer nadruk op de 'start' van de zuigeling (eventuele zwangerschaps- en geboortecomplicaties), de familieanamnese en de bevindingen tijdens het huisbezoek, terwijl bij 13 en 26 weken meer nadruk lag op gesignaleerde (potentiële) fysieke en/of medische problematiek. Daarnaast speelde de interprofessionele variatie een belangrijke rol bij de daadwerkelijke risicoprofilering. Wat gezien werd als een goede begeleiding van de zuigeling en welke JGZ-professional daarin een rol speelde, verschildte niet



Figuur 2. Triageoverweging.

alleen per onderzoekslocatie, maar ook per professional. Dit leidde tot de situatie dat kinderen met eenzelfde type risicofactoren en problematiek in andere risicoprofielen werden ingedeeld.

Uit de analyse van het DD JGZ kwamen echter ook algemene trends in de triageafweging naar voren. Zo leidde medische problematiek, denk aan een (mogelijke) hartafwijking, eerder tot een hogere risicoprofielindeling. Ook de risicofactor 'zwangerschaps- en geboortecomPLICaties' leidde aantoonbaar vaker tot een indeling in een midden- of hoogrisicoprofiel. De risicofactoren 'prema- tuur' en 'roken tijdens de zwangerschap moeder' kwamen vaker voor in de hoogrisicogroep.

### Het meest geschikte triagemoment

Uit de interviews en observaties van triageoverleggen en de focusgroeptoverleggen blijkt dat JGZ-professionals de voorkeur geven aan triage bij drie maanden boven triage bij twee of 26 weken. Zij gaven aan dat triage bij twee weken de (medische) verantwoordelijkheid meteen bij de VSP legt, zonder dat een jeugdarts de zuigeling heeft kunnen zien. Triage bij 26 weken had niet de voorkeur, omdat dan reeds een band is opgebouwd tussen ouders en JGZ-professionals. Een breuk in de continuïteit van de begeleiding na triage werd als onwenselijk beschouwd. Dit werd mede ingegeven door het feit dat het aantal en de frequentie van de consulten na 26 weken afnemen.

### Ervaringen van ouders met het triagezorgmodel

Ouders bleken overwegend positief over hun ervaringen met het consultatiebureau. Zij lijken geen verschil tussen het gedifferentieerde en het reguliere zorgaanbod te ervaren. Ouders die werden begeleid volgens het triagezorgmodel gaven het consultatiebureau gemiddeld een 8,1 en ouders uit de controlegroep gemiddeld een 7,9. Ook was er geen verschil in ervaring wat betreft afstemming tussen de zorgverleners, bejegening, continuïteit van het zorgproces en ervaren deskundigheid. Een uitzondering was de beoordeling van de samenwerking van de JGZ 0-4 met andere hulpverleners. Ouders die werden begeleid volgens het triagezorgmodel waren hierover significant positiever dan ouders uit de controlegroep: een gemiddelde beoordeling van 3,6 ten opzichte van 3,1 op een schaal van 4 ( $t = -2,547$ ;  $df 84$ ;  $p \leq 0,05$ ).

### Ervaringen van JGZ-professionals met het triagezorgmodel

De meeste JGZ-professionals waren overwegend positief over het triagezorgmodel. Ten eerste bleek dit zorgmodel tijd vrij te maken voor complexe zorg. Kinderen in het hoogrisicoprofiel kregen significant vaker een consult aangeboden bij 7,5 maanden dan kinderen uit het laagrisicoprofiel. Tevens namen jeugdartsen deel aan netwerkoverleggen en activiteiten van de Centra voor Jeugd en Gezin, waren zij in staat het tekort aan artsen op te vangen bij andere consultatiebureaus of waren zij begonnen met een opleiding tot jeugdarts KNMG en startten VSP'en met het opbouwen van overlegstructuren. Ten tweede biedt het zorgmodel een gestructureerde introductie van de VSP in het consultschema.<sup>6</sup> Ten derde droeg het triagezorgmodel bij aan een toename van kennisdeling en -ontwikkeling. De explicitering van professionele afwegingen in het interdisciplinaire triageoverleg heeft hierin een belangrijke rol gespeeld. Knelpunten bleken enerzijds de problemen met de planning en verdeling van de bureaus en anderzijds het ontbreken van enkele randvoorwaarden voor implementatie, zoals een goed werkend ICT-systeem en voldoende formatie-uren van JGZ-professionals.

### Discussie

In dit onderzoek naar een triagezorgmodel bij zuigelingen is gekeken naar: 1) de inhoud van de triageafweging, 2) het triagemoment en 3) de ervaringen van ouders en professionals. Naast de risicofactorencumulatie bepalen factoren als medische problematiek, leeftijd van het kind op het triagemoment en interprofessionele variatie de inhoud van de triageafwegingen. De risicofactorencumulatie verklaart voor 50% van de zuigelingen de risicoprofielindeling. Echter, in de aanvullende triageoverwegingen wordt juist een disbalans in de risicofactoren (65%) aangegeven als reden voor een andere risicoprofielindeling, aangevuld door 'overige' overwegingen. Door de gekozen onderzoekopzet is het lastig om de onderzoeksvraag naar het meest geschikte triagemoment te beantwoorden. Interviews met JGZ-professionals wijzen voorzichtig richting drie maanden als meest geschikt triagemoment. Door een tweede triage op latere leeftijd van de zuigeling zou kunnen worden gecontro-

leerd of kinderen juist zijn ingedeeld. Echter, binnen dit onderzoek is zo'n structurele hertriage van alle ingedeelde kinderen niet uitgevoerd. Op individueel niveau konden zuigelingen wel van profiel wisselen, maar dit gebeurde nauwelijks. Het longitudinaal monitoren van de kinderen zou inzicht kunnen bieden in de gevolgen van vroege triage en daaraan gekoppelde gedifferentieerde begeleiding.

Zowel de ervaringen van professionals als van ouders geven aanleiding tot een verdere exploratie van het aanbieden van zorg op maat op basis van risicoprofilering. JGZ-professionals ervaren het structureel interdisciplinair triageoverleg als een grote meerwaarde. Het overleg is een mogelijkheid tot verbetering van de onderlinge samenwerking en daarmee ook van de kwaliteit van zorg. Er is geen verschil gevonden tussen de ervaringen van ouders die het gedifferentieerde zorgaanbod ontvangen en ouders die reguliere zorg aangeboden krijgen. Desalniettemin blijft de vraag of het triagezorgmodel daadwerkelijk aansluit bij de wensen en behoeften van ouders. De betrokkenheid van ouders in het vormgeven van het zorgaanbod binnen het triagezorgmodel is, net als in de reguliere zorg, nog minimaal.

De bevindingen laten zien dat een uniforme triage nog ver weg lijkt. Uit de discussies in de focusgroepen blijkt dat de verschillen in triageafwegingen en daarmee in risicoprofilering tussen de onderzoekslocaties en tussen de professionals groot zijn. Voor deze variatie is een aantal mogelijke verklaringen. Allereerst zijn er verschillen in de wijkprofielen van de onderzoekslocaties (ondanks dat gekozen is voor risicowijken). Ten tweede worden professionele afwegingen soms gekleurd door het specifieke specialisme of door angst om bepaalde taken, bijvoorbeeld zorg aan kinderen met eczeem, te verliezen.<sup>5</sup> Ten derde veronderstelt het triagezorgmodel een eenduidige registratie, terwijl zowel praktisch als eerder onderzoek laat zien dat consistentie in registratie moeilijk is.<sup>7,8</sup> Ten slotte dragen factoren als planningsproblemen, verschuivingen in formatie-uren en wisseling in personele bezetting niet bij aan een consistente uitvoering van het triagezorgmodel. Daarentegen bieden de triageoverleggen een structuur voor kennisontwikkeling. Door de explicitering van professionele overwegingen en interpretaties ter onderbouwing van de triage vindt afstemming binnen het team plaats.

## Conclusie

Het triagezorgmodel biedt de mogelijkheid om op gestructureerde wijze zuigelingen passende begeleiding aan te bieden en daarmee zorg op maat. JGZ-professionals ervaren deze flexibiliteit in aanbod als wenselijk.

Het triëren zelf vinden zij echter moeilijk. Een uniforme triage blijft achterwege doordat de leeftijd van het kind op het triagemoment en interprofessionele variatie veelal de inhoud van de triageoverweging en daarmee risicoprofilering bepalen. De vraag is echter of een uniforme triage mogelijk en ook wenselijk is, gezien de variaties in teamsamenstelling van de consultatiebureaus. De explicitering van de triageafwegingen daarentegen leidt tot interdisciplinaire kennisdeling, waardoor een gedeeld begrip binnen de consultatiebureaus in ontwikkeling is. De implementatie van het triagezorgmodel lijkt hiermee een kans te bieden tot het verbeteren van de zorg voor zuigelingen. In de verdere ontwikkeling van dit model blijven interprofessionele variatie en de betrokkenheid van ouders in de vormgeving van het zorgaanbod een punt van aandacht. Het triagezorgmodel staat, wat dat betreft, nog in de kinderschoenen.

## Dankbetuiging

Dit onderzoek is gesubsidieerd door ZonMW, programma Vernieuwing Uitvoeringspraktijk Jeugdgezondheidszorg, projectnummer 156511007. In totaal hebben vijf consultatiebureaus uit Oosterhout, Tilburg, Veghel en Werkendam meegewerkt aan dit onderzoek. Wij danken alle betrokken JGZ-medewerkers.

## Literatuur

1. Hermanns J, Öry F, Schrijvers G. Helpen bij opgroei en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdig signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht; 2005.
2. Bijnen V. Risicoregistratie in Tilburg. Master Pedagogiek. Utrecht: Utrecht University; 2008.
3. Sameroff AJ, Seifer R, Baldwin A, Baldwin C. Stability of intelligence from preschool to adolescence - the influence of social and family risk-factors. *Child Developm.* 1993;64:80-97.
4. Loeber R, Farrington DP. Young children who commit crime: epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Developm Psychopathol.* 2000;12:737-62.
5. <http://www.nivel.nl/cq-index-jeugdgezondheidszorg-consultatiebureau>.
6. Niezen MGH, Wensveen D van, Mathijssen JJP. Introductie van de verpleegkundig specialist in de JGZ 0-4 door triage. *Dé Verpleegkundig Specialist.* 2013;8(2):42-5.
7. Smeele I, Meulepas M, Meulemans C, Reus I, Klomp M. Eerste ervaringen met COPD-keten. *Huisarts Wet.* 2012;55:194-8.
8. Twijnstra ARH, Geomini PMAJ, Roovers JPWR, Milani AL. Registreren: wat doen we ermee en wat leren we ervan? *NTOG.* 2013;126(1):39-41.