

Tijdschr Jeugdgezondheidsz (2018) 50:97–98
<https://doi.org/10.1007/s12452-018-0146-x>



Triage en taakherschikking in de jeugdgezondheidszorg

J. Bezem

Published online: 3 July 2018

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2018



Exploring the potential of triage and task-shifting in Preventive Child Health care

Auteur: J. Bezem

Thesis: Universiteit Leiden, Leiden, Nederland

Promotiedatum: 28 november 2017

Promotoren: Prof. dr. M.E. Numans en Prof. dr. S.E. Buitendijk

Co-promotor: Dr. P.L. Kocken

ISBN: 978-94-6332-250-8

Link: <http://hdl.handle.net/1887/55848>

Wat was het doel en de vraagstelling?

Dit proefschrift beschrijft onderzoek naar het effect en de kosten van triage en taakherschikking op de geleverde zorg door de jeugdgezondheidszorg (JGZ). Bij de triagewerkwijze worden alle kinderen eerst gescreend door een doktersassistente. Op basis van een

risicotaxatie worden kinderen geselecteerd voor een vervolgonderzoek door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Screening en vervolgonderzoek vormen samen het basisonderzoek. In de traditionele werkwijze worden alle basisonderzoeken uitgevoerd door jeugdartsen of jeugdverpleegkundigen.

Hoe vond het onderzoek plaats?

Allereerst exploreerden wij in een pilotonderzoek (2009), met gebruik van retrospectieve gegevens, de mogelijkheden voor grootschaliger effectonderzoek.

Vervolgens werden in een prospectief cohortonderzoek de resultaten vergeleken van twee JGZ-organisaties die de triagewerkwijze toepassen en twee JGZ-organisaties die de traditionele werkwijze hanteren (2012). Hiervoor zijn gegevens gebruikt van de basisonderzoeken van 1897 kinderen van twee leeftijdsgroepen (5 tot 6 jaar en 10 tot 11 jaar). De onderzoekspopulaties waren vergelijkbaar voor geslacht en leeftijd; voor het verschil in socio-economische status werd in de analyses gecorrigeerd.

De verzamelde resultaten betreffen: opkomst, signalering van nieuwe gevallen van overgewicht, visuele stoornissen en psychosociale problemen en geleverde extra zorg. Tevens is op de scholen die deelnamen aan het onderzoek onderzocht hoeveel kinderen zijn gezien door de JGZ op verzoek van derden (onderwijs, ouders en dergelijke). Voor het kostenonderdeel registreerden JGZ-professionals tijd die nodig was om de basisonderzoeken uit te voeren, inclusief tijd voor administratie en verwijzing.

In een cross-sectionele studie met digitale vragenlijsten is aan scholen gevraagd naar ervaringen met de toegankelijkheid en ondersteuning van de JGZ. De respons bij de scholen met de triagewerkwijze was 35,7% (444 professionals) en bij scholen met de traditionele werkwijze 44,6% (320 professionals).

J. Bezem (✉)
 VGGM, Arnhem, Nederland
janine.bezem@vggm.nl



Wat zijn de uitkomsten?

Bij de triagewerkwijze werd 45,6% van de kinderen vanuit de screening verwezen voor een vervolgonderzoek door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Het bereik van de JGZ en het aantal signaleringen van de onderzochte gezondheidsproblemen was bij de twee werkwijzen vergelijkbaar. Indien JGZ-professionals problemen bij kinderen signaleren, kunnen zij altijd extra zorg bieden door middel van een extra JGZ-onderzoek of een verwijzing naar externe zorgverleners, zoals huisartsen of jeugdhulp. Met de triagewerkwijze werden meer 5- tot 6-jarigen en minder 10- tot 11-jarigen uitgenodigd voor een extra JGZ-onderzoek. Verder werden bij de triagewerkwijze significant minder kinderen, met indicaties overgewicht en psychosociale problematiek, verwezen naar externe hulpverleners ($p < 0,01$). Mogelijke verklaringen voor het verschil in percentages verwijzingen naar externe hulpverleners zijn: bij de triagewerkwijze zoeken ouders zelf hulp of komen zij zelf in actie (bijvoorbeeld bij overgewicht) in de periode tussen screening en vervolgonderzoek, of lichte psychosociale problemen kunnen dan al zijn opgelost; bij de triagewerkwijze is meer tijd beschikbaar tijdens het vervolgonderzoek om specifiek op het probleem in te gaan; of er is sprake van meer fout-positieve verwijzingen bij de traditionele werkwijze of meer fout-negatieven bij de triagewerkwijze.

Triage en taakherschikking resulteerden in minder inzet van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in de basisonderzoeken van beide leeftijdsgroepen. Dit leidde tot een derde minder kosten voor de uitvoering van de basisonderzoeken bij de 5- tot 6-jarigen en nauwelijks kostenvermindering voor de 10- tot 11-jarigen. De kostenvermindering bij de triagewerkwijze bij 5- tot 6-jarigen werd veroorzaakt door minder inzet van de jeugdarts bij een nagenoeg gelijkblijvende inzet van de doktersassistente in vergelijking tot de traditionele werkwijze. Bij de 10- tot 11-jarigen worden in de traditionele werkwijze de kinderen onderzocht door een verpleegkundige, soms ondersteund door een doktersassistente. Bij gebruik van de triagewerkwijze wordt de kostenvermindering door de screening van de doktersassistente grotendeels teniet gedaan door de benodigde inzet van de jeugdarts of jeugdverpleegkundige in het vervolgonderzoek.

Bij de triagewerkwijze werden significant meer JGZ-onderzoeken uitgevoerd op verzoek van derden zoals ouders, leerkrachten en andere zorgpartners ($p < 0,01$). De kinderen zijn vooral door leerkrachten verwezen naar de JGZ. Scholen vormen een belangrijke partner in het signaleren van kinderen met (mogelijke) zorgvragen, omdat zij de kinderen dagelijks zien en

regelmatig contact hebben met ouders. Aangenomen wordt dat het verschil in percentages kinderen geïndiceerd door derden vooral wordt veroorzaakt doordat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen bij de triagewerkwijze regelmatig een spreekuur kunnen houden op de scholen, gedurende het jaar, om kinderen van alle leeftijdsgroepen te kunnen zien.

In vergelijking met de traditionele werkwijze hadden scholen die de triagewerkwijze kregen aangeboden meer contact met de JGZ en waren zij positiever over de ondersteuning van de JGZ bij de zorg voor risicokinderen. Scholen gaven geen verschil aan over de toegankelijkheid van de JGZ.

Wat is de meerwaarde/nieuws waarde voor de JGZ-praktijk?

Gezondheidsverschillen tussen kinderen en daarmee samenhangende uiteenlopende zorgbehoeften vragen om meer differentiatie in het aanbod van de JGZ. Verminderde budgetten en een toenemend tekort aan jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen vragen tevens om een heroriëntatie op de efficiëntie van de uitvoering van de JGZ en van de inzet van kennis en competenties van professionals. De resultaten van dit onderzoek ondersteunen de voordelen van triage en taakherschikking ten aanzien van deze potentiële maatschappelijke en economische uitdagingen. Het blijkt mogelijk om, via de triagewerkwijze, met een efficiënte inzet van middelen alle kinderen het basispakket aan zorg aan te bieden en tevens ruimte te creëren voor meer vraaggerichte zorg. Het behoud van basiszorg voor alle kinderen biedt JGZ de mogelijkheid om, als vangnet, de kinderen met wie het goed gaat te onderscheiden van kinderen met meer zorgbehoefte. Door taakherschikking van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen naar doktersassistenten worden competenties van de verschillende disciplines maximaal ingezet.

Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen kunnen, door minder inzet in de basisonderzoeken, structureel aanwezig zijn op de scholen om spreekuren uit te voeren en kinderen te zien op verzoek van scholen, ouders, huisartsen, wijk- en jeugdteams of jongeren zelf. De structurele aanwezigheid op scholen draagt bij aan een grotere zichtbaarheid van de JGZ. Tevens geeft de triagewerkwijze meer mogelijkheden voor jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen om samen te werken met partners in het onderwijs, het sociale domein en de curatieve zorg.

J. Bezem, jeugdarts