



Nazorg voor vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen: door professionals ervaren effectiviteit, efficiëntie en meerwaarde

M. Seinstra · N. H. van Dokkum · A. F. Bos · S. A. Reijneveld · M. L. A. de Kroon

Published online: 2 mei 2022

© Bohn Stafleu van Loghum is een imprint van Springer Media B.V., onderdeel van Springer Nature 2022

Samenvatting *Inleiding:* In Nederland wordt nazorg van vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen aangeboden door zowel jeugdgezondheidszorg (JGZ)-professionals als kinderartsen. De nazorg wordt vanuit twee organisatievormen geleverd: de traditionele organisatievorm, namelijk vanuit JGZ-organisaties en ziekenhuizen afzonderlijk, en de nazorgpoli, waar beide disciplines samenwerken. We evalueerden hoe de zorgprofessionals de effectiviteit, efficiëntie en meerwaarde van deze twee verschillende organisatievormen beoordelen.

Methode: We verrichtten negen semigestructureerde interviews met JGZ-professionals, kinderartsen en ouders, en een vragenlijstonderzoek met vragen gebaseerd op de interviews, onder bovengenoemde zorgprofessionals in heel Nederland.

Resultaten: Uit de semigestructureerde interviews bleek dat de deelnemers tevreden waren over de zorg van beide organisatievormen. De respondenten van het vragenlijstonderzoek ($N=117$; 64 JGZ-professionals en 53 kinderartsen) waren van mening dat zowel de traditionele organisatievorm als de nazorgpoli effectieve nazorg levert. Professionals die in een

nazorgpoli werken waardeerden de effectiviteit en efficiëntie van hun eigen organisatievorm significant hoger dan hun collega's in een traditionele organisatievorm. Als meerwaarde van de nazorgpoli werden genoemd betere coördinatie van zorg en informatie-uitwisseling tussen professionals, en kennistoename over pre- en dysmaturiteit bij jeugdartsen.

Beschouwing: Een nazorgpoli is volgens JGZ-professionals en kinderartsen de beste organisatievorm voor het organiseren van nazorg voor vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen. Nader onderzoek naar de kosteneffectiviteit is aangewezen.

Trefwoorden JGZ · nazorg · prematuur · dysmatuur

Inleiding

Goede monitoring van kinderen is belangrijk voor de opsporing van groei- en ontwikkelingsproblemen en het tijdig aanbieden van interventies [1]. Deze monitoring of nazorg is in het bijzonder van belang voor kinderen met verhoogde risico's op deze problemen [2–5], zoals vroeg-prematuur geboren kinderen (geboren na een zwangerschapsduur van minder dan 32 weken), en dysmatuur geboren kinderen (geboren met een geboortegewicht onder het 10e percentiel), samen ongeveer 10% van de Nederlandse kinderen [6]. Tijdige opsporing van problemen kan leiden tot vroege interventies, die het functioneren op de lange termijn kunnen verbeteren [1].

Onderzoek uit 2009 heeft uitgewezen dat ouders van prematuur geboren kinderen niet tevreden waren over de traditionele vorm van nazorg in Nederland, waar de tweedelijns intramurale en extramurale nazorg gescheiden trajecten zijn. Hierdoor leveren jeugdgezondheidszorg (JGZ)-professionals (jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen) en kinderartsen de nazorg voor vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen onafhankelijk

M. Seinstra, MSc · N. H. van Dokkum ·
 Prof.dr. S. A. Reijneveld · Prof.dr. M. L. A. de Kroon (✉)
 Afdeling Gezondheidswetenschappen, Universitair Medisch
 Centrum Groningen, Rijksuniversiteit Groningen,
 Groningen, Nederland
 m.l.a.de.kroon@umcg.nl

N. H. van Dokkum · Prof.dr. A. F. Bos
 Afdeling Kindergeneeskunde, Onderafdeling Neonatologie,
 Beatrix Kinderziekenhuis, Universitair Medisch Centrum
 Groningen, Rijksuniversiteit Groningen, Groningen,
 Nederland

Prof.dr. M. L. A. de Kroon
 Departement Maatschappelijke gezondheidszorg en
 Eerstelijnszorg, KU Leuven, Leuven, België

van elkaar [7]. Hiernaast worden de kinderen die na de geboorte op een neonatale intensive care unit (NICU) hebben gelegen, vaak ook nog gevolgd door kinderartsen die werkzaam zijn in de derdelijnszorg. Deze vorm van nazorg vindt minder frequent plaats en dient als aanvulling op de reguliere nazorg door de tweedelijnskinderartsen en JGZ-professionals. Als redenen voor de ontevredenheid noemden de ouders de hoge afspraakfrequentie, onvoldoende kennis over en ervaring met prematuur geboren kinderen bij JGZ-professionals, de slechte onderlinge coördinatie aangaande de gemaakte afspraken en de soms tegenstrijdige adviezen van JGZ-professionals en kinderartsen [7–9]. Naar aanleiding hiervan hebben de betreffende wetenschappelijke verenigingen, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK), in een rapport opgeroepen de samenwerking te verbeteren. De neerslag daarvan is deels te vinden in de richtlijn *Te vroeg en/of small for gestational age* geboren kinderen (2013) van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) [8, 9].

Deze oproep en richtlijn leidden in verschillende regio's tot een nauwere samenwerking tussen JGZ-professionals en kinderartsen door het oprichten van zogenaamde nazorgpoli's. Dit zijn gespecialiseerde poliklinieken voor vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen, waar kinderartsen en JGZ-professionals bij de nazorg nauw samenwerken in een gemeenschappelijk traject [10]. In andere regio's bleef de traditionele organisatievorm bestaan. Verondersteld wordt dat de vroegsignalering van ontwikkelingsproblemen door het samenwerken in nazorgpoli's beter verloopt omdat de betrokken zorgprofessionals beter communiceren en onderling afstemmen, en daardoor ouders minder vaak tegenstrijdige adviezen geven. Eerder uitgevoerd kleinschalig onderzoek leidde inderdaad tot de conclusie dat zowel betrokken artsen en verpleegkundigen, als de ouders meenden dat nazorgpoli's betere zorg bieden [11–14]. Er is echter geen uitgebreid interregionaal onderzoek gedaan naar de mening van JGZ-professionals en kinderartsen over de effectiviteit, efficiëntie en meerwaarde van de organisatievormen. Wij hebben onderzocht wat de door betrokken zorgprofessionals ervaren effectiviteit, efficiëntie en meerwaarde is van deze twee verschillende organisatievormen van de nazorg voor vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen.

Methode

Eerst zijn semigestructureerde interviews afgenomen bij zeven zorgprofessionals en twee ouders (als ervaringsdeskundigen) om hiermee subthema's te identificeren. Daarna is landelijk bij zorgprofessionals van beide organisatievormen een evaluatievragenlijst uitgezet, die gebaseerd was op de resultaten van de interviews.

Het onderzoek is beoordeeld en goedgekeurd door de ethische commissie van het Universitair Medisch Centrum Groningen als een onderzoek dat niet valt onder de Wet medisch-wetenschappelijk onderzoek met mensen.

Semigestructureerde interviews

Dit betrof een kwalitatief onderzoek onder JGZ-professionals, kinderartsen en ouders. Zij werden bevraagd over de organisatie van de nazorg in hun regio, hun ervaringen met de nazorg op het gebied van effectiviteit en efficiëntie, en de meerwaarde van beide organisatievormen. *Effectiviteit* werd gedefinieerd als de mate waarin het doel wordt behaald, zoals het tijdig en adequaat opsporen van groei- en ontwikkelingsproblemen, en, indien nodig, tijdig en adequaat verwijzen. *Efficiëntie* werd gedefinieerd als de mate waarin doelen gerealiseerd worden met een zo gering mogelijke tijdsinvestering door zorgprofessionals en ouders. *Meerwaarde* werd gedefinieerd als de overige punten waarin de zorg van de ene organisatievorm zich in positieve zin onderscheidt van de zorg van de andere organisatievorm.

De interviews zijn met toestemming van de deelnemers opgenomen en uitgeschreven met behulp van Nuance Dragon. De deelnemers konden de uitwerkingen lezen en verduidelijken. Relevante subthema's binnen de drie hoofdthema's zijn met behulp van Atlas.ti-software geïdentificeerd door middel van open en vervolgens axiale coderingen [15].

Vragenlijstonderzoek

De vragenlijst, die is ontwikkeld op basis van de resultaten van de interviews, bestond uit drie delen met vragen over:

1. de achtergrond van de respondent (leeftijd, beroep, organisatievorm);
2. de regionale organisatie van de nazorg voor vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen;
3. de geïdentificeerde subthema's binnen de drie hoofdthema's. De vragen in dit onderdeel zijn beantwoord op een vijfpuntslikertschaal.

De vragenlijst is landelijk verspreid onder JGZ-professionals en kinderartsen die nazorg leveren aan vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen. Dit gebeurde via 23 JGZ-organisaties en alle 62 Nederlandse ziekenhuizen met een kinderafdeling. Ziekenhuizen met een NICU werden geëxcludeerd, omdat NICU's extra follow-upzorg bieden, naast de nazorg die verzorgd wordt door professionals vanuit een van beide organisatievormen, dus door kinderartsen werkzaam in tweedelijnscentra en JGZ-professionals. Deelnemers konden de vragenlijst anoniem invullen.

De achtergrondkenmerken en de regionale organisatie van de nazorg zijn samengevat met beschrijvende analyses. De chi-kwadraattoets is toegepast om

verschillen tussen de antwoorden op de vragen in het derde deel van de vragenlijst te onderzoeken naar geslacht, leeftijdscategorie, beroep en organisatievorm. Hierbij werd gekeken of er een significant verschil was tussen de deelnemers die een score 1–3 gaven ten opzichte van de deelnemers die een score 4–5 gaven. Een p -waarde $< 0,05$ werd als statistisch significant beschouwd. De analyses zijn uitgevoerd met SPSS, versie 25.0.

Resultaten

Semigestructureerde interviews

De groep geïnterviewden kwam uit de drie noordelijke provincies, en omvatte drie jeugdartsen, een jeugdverpleegkundige, drie kinderartsen en twee ouders van prematuur geboren kinderen. Omdat deze interviews uitsluitend bedoeld waren om subthema's te identi-

ceren, is niet gestreefd naar een evenwichtige representatie van deze participanten naar type nazorg.

De belangrijkste door de geïnterviewden ingebrachte subthema's zijn omgezet naar vragen voor de vragenlijst. De subthema's en vragen staan in tab. 1. Voorbeelden van belangrijke subthema's hadden betrekking op communicatie, coördinatie van de zorg en kennis van de jeugdartsen op het gebied van prematuren.

Vragenlijstonderzoek

Drieëntwintig JGZ-organisaties hadden belangstelling voor deelname en 62 ziekenhuizen met een kinderafdeling zijn uitgenodigd voor deelname. De vragenlijst werd ingevuld door 64 JGZ-professionals en 53 kinderartsen vanuit heel Nederland. Van de respondenten was 53 % werkzaam in een nazorgpoli; dit percentage bedroeg 69 % bij de JGZ-professionals en 38 % bij

Tabel 1 Mening van zorgprofessionals werkzaam in een traditionele organisatievorm en in een nazorgpoli over de nazorg: aantal en percentage professionals dat het *deels of helemaal eens* is met een stelling (scores 4 en 5 op een likertschaal, lopend van 1 (= helemaal mee oneens) tot 5 (= helemaal mee eens))

Geïdentificeerde subthema's binnen de drie hoofdthema's	Stellingen in de vragenlijsten, gerelateerd aan de subthema's	Professionals in een traditionele organisatievorm	Professionals in een nazorgpoli	p -waarde ^a
		n (%)	n (%)	
1. Effectiviteit				
	<i>De wijze waarop nazorg is georganiseerd in de organisatie waar hij/zij werkt, leidt tot . . .</i>			
Tijdig en adequaat doorverwijzen	– het adequaat en tijdig doorverwijzen naar logopedie, fysiotherapie en/of diëtetiek	42 (76 %)	61 (97 %)	0,001
Tijdig opsporen van ontwikkelingsproblemen	– het tijdig opsporen van ontwikkelingsproblemen	45 (97 %)	62 (98 %)	0,008
Tijdig opsporen van gezondheidsproblemen	– het tijdig opsporen van gezondheidsproblemen	45 (97 %)	62 (98 %)	0,008
2. Efficiëntie				
	<i>De wijze waarop nazorg is georganiseerd in de organisatie waar hij/zij werkt, leidt tot . . .</i>			
Efficiënte tijdsinvestering door zorgverleners	– een zo efficiënt mogelijke tijdsinvestering door zorgverleners	19 (35 %)	52 (83 %)	<0,001
Efficiënte tijdsinvestering door ouders	– een zo efficiënt mogelijke tijdsinvestering door ouders	14 (26 %)	52 (83 %)	<0,001
Tevredenheid van ouders over de nazorg	Ik heb het idee dat ouders tevreden zijn over hoe de nazorg van hun kind georganiseerd is in de organisatie waar ik werk	32 (58 %)	58 (92 %)	<0,001
3. Meerwaarde				
	<i>De wijze waarop nazorg is georganiseerd in de organisatie waar hij/zij werkt, leidt tot . . .</i>			
Informatie-uitwisseling tussen JGZ-professionals en kinderartsen	– een goede uitwisseling van informatie tussen kinderarts, jeugdarts en jeugdverpleegkundige	12 (22 %)	57 (91 %)	<0,001
Kennis van jeugdartsen op het gebied van prematuur geboren kinderen	– een toename van medische kennis van jeugdartsen op het gebied van prematuur en/of SGA geboren kinderen	7 (13 %)	57 (91 %)	<0,001
Coördinatie van de zorg	– een goede coördinatie van de zorg	15 (27 %)	55 (87 %)	<0,001
Investering van tijd en geld bij het opzetten van een nazorgpoli	Ik denk dat een nazorgtraject waar kinderartsen en jeugdartsen nauw samenwerken bij de follow-up van vroeg-prematuur geboren kinderen meerwaarde heeft die de investering van tijd en geld rechtvaardigen	45 (82 %)	58 (92 %)	0,147
SGA small for gestational age				
^a Chi-kwadraattoets				

de deelnemende kinderartsen. Ongeveer 90% van de respondenten was vrouw. De meeste deelnemers vielen in de leeftijdsgroep 35–50 jaar (47%) en >50 jaar (41%).

Uit de vragenlijsten kwam bij de beschrijving van de eigen regionale setting naar voren dat zowel tussen als binnen beide organisatievormen verschillen bestaan. Vanuit de traditionele organisatievorm worden de kinderen, afhankelijk van de zwangerschapsduur, op vaste momenten gemonitord door de kinderarts aan de hand van de richtlijnen van de NVK, en tussendoor op de reguliere contactmomenten door de JGZ. Bij nazorgpoli's verschilt het onderling sterk welke contactmomenten er zijn en welke zorgprofessional op welk moment gezien wordt. Bij beide organisatievormen zijn bij de nazorg vrijwel altijd een JGZ-professional, kinderarts en fysiotherapeut betrokken. In de helft van de gevallen is een logopedist betrokken en in een kwart van de gevallen ook een maatschappelijk werker. Binnen en tussen beide organisatievormen bestonden er grote verschillen in de doelgroep van de zorg wat betreft zwangerschapsduur en in de duur van de follow-up, die varieerde van 12 tot 48 maanden. In de communicatie werden verschillen ervaren. In de traditionele organisatievorm gaven de kinderartsen aan vooral digitaal te rapporteren aan JGZ-professionals, terwijl JGZ-professionals aangaven niet of slechts incidenteel informatie te delen met kinderartsen. Daarentegen werd in nazorgpoli's meer onderling gecoördineerd en gerapporteerd.

De respondenten gaven in het laatste gedeelte van de vragenlijst hun mening bij verschillende gerichte vragen die betrekking hadden op de effectiviteit en efficiëntie van de nazorg en de eventuele meerwaarde van beide organisatievormen (tab. 1). Hierbij bestonden geen significante verschillen tussen JGZ-professionals en kinderartsen. De respondenten vanuit de twee organisatievormen gaven aan de *effectiviteit* (dat wil zeggen het opsporen van gezondheids- en ontwikkelingsproblemen, en het tijdig en adequaat doorverwijzen) in hun organisatievorm goed tot zeer goed te vinden. De professionals die in een nazorgpoli werkten waren echter significant tevredener over de effectiviteit van hun nazorg dan hun collega's die in een traditionele organisatievorm werkten. Zorgprofessionals die werkzaam zijn binnen een traditionele organisatievorm gaven lagere scores voor de *efficiëntie* van hun nazorg; dit betrof vooral de geschatte tijdsinvestering door ouders. De mogelijke *meerwaarde* van beide organisatievormen is beoordeeld op basis van informatie-uitwisseling, coördinatie van zorg, het verlenen van optimale nazorg en kennis over vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen. Professionals binnen een traditionele organisatievorm gaven hun organisatievorm aanzienlijk lagere scores op deze aspecten dan collega's die werkzaam zijn in een nazorgpoli ($p < 0,001$). Professionals uit beide organisatievormen gaven bovendien aan dat de nazorgpoli een meerwaarde had ten opzichte van de traditionele

organisatievorm, die de investering van tijd en geld voor het opzetten van een nazorgpoli rechtvaardigt.

Beschouwing

Dit onderzoek had als doel te evalueren hoe professionals die werkzaam zijn in twee verschillende organisatievormen, namelijk de traditionele organisatievorm en de nazorgpoli's, de effectiviteit, efficiëntie en meerwaarde van het nazorgtraject van vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen beoordelen. De interviews hebben geleid tot identificatie van relevante subthema's die professionals en ouders identificeerden binnen de hoofdthema's effectiviteit, efficiëntie en meerwaarde van de beide organisatievormen. Relevante subthema's betroffen onder communicatie, coördinatie van de zorg en kennis van de jeugdartsen op het gebied van prematuren. Uit het vragenlijstonderzoek bleek dat professionals die werkzaam zijn in nazorgpoli's tevredener zijn over de effectiviteit en efficiëntie van hun eigen organisatievorm, dan hun collega's die werkzaam zijn in een traditionele organisatievorm. Professionals binnen de traditionele organisatievorm vonden hervormingen vaker nodig dan de zorgprofessionals in een nazorgpoli. Zorgprofessionals van beide organisatievormen onderschreven de meerwaarde van de nazorgpoli voor de follow-up van vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen.

Uit de interviews bleek onder andere dat communicatie, coördinatie van de zorg en kennis van de jeugdartsen op het gebied van prematuren meer aandacht behoeven. Deze thema's waren in eerder onderzoek onder ouders ook genoemd [7]. Uit het vragenlijstonderzoek bleek dat professionals van beide organisatievormen tevreden waren over de manier waarop de nazorg is georganiseerd. Wel waren professionals van de nazorgpoli tevredener over de efficiëntie, en zagen professionals van beide organisatievormen de meerwaarde van een nazorgpoli ten opzichte van de traditionele organisatievorm. Onze resultaten betreffende de positieve ervaringen met een nazorgpoli bevestigen daarmee de resultaten van eerdere Nederlandse onderzoeken [11–14]. Geïnterviewde professionals die werkzaam zijn in een traditionele organisatievorm waren ook tevreden met de nazorg; dit contrasteerde juist met eerdere bevindingen aangaande coördinatie- en communicatieproblemen tussen professionals [7]. Een verklaring hiervoor kan zijn dat zorgprofessionals in beide organisatievormen de afgelopen periode gestreefd hebben naar een verbeterde onderlinge communicatie conform de in 2013 uitgegeven NCJ-richtlijn voor deze groep kinderen [9]. Dit kan de ontevredenheid over de communicatie mogelijk deels hebben weggenomen.

Uit het vragenlijstonderzoek bleek dat respondenten vanuit beide organisatievormen de *effectiviteit* van de door hen verleende zorg als goed waardeerden. De mening van zorgprofessionals is echter geen objectieve maat voor effectiviteit. Effectieve nazorg werd in

andere onderzoeken mede beoordeeld op basis van continuïteit in de zorg na ontslag uit het ziekenhuis en verwijzing naar een ontwikkelingsnazorgtraject (een polikliniek waaraan kinderartsen, fysiotherapeuten, logopedisten en audiologen deelnemen) [16]. In ons onderzoek werden de continuïteit van zorg en de keten van verwijzing echter niet geëvalueerd. Zorgprofessionals binnen de traditionele organisatievorm waren van mening dat binnen hun organisatievorm wel effectief maar niet *efficiënt* wordt gewerkt. Zij vonden vooral dat ouders sterk belast worden met te veel consulten. Dit resultaat stemt overeen met eerder onderzoek waarbij ouders aangaven dat onder andere het aantal afspraken in de traditionele organisatievorm van kinderartsen en JGZ-professionals tezamen te hoog was [7, 11]. In ons onderzoek meenden professionals echter ook dat ouders over het algemeen tevreden zijn over de nazorg van beide organisatievormen.

Tot slot bleek dat professionals van beide organisatievormen van mening waren dat nazorgpoli's *meerwaarde* hebben ten opzichte van de traditionele organisatievorm, onder andere door de betere uitwisseling van informatie, betere coördinatie van zorg en de toegenomen kennis van jeugdartsen. Dit rechtvaardigt volgens hen investering van tijd en geld om een nazorgpoli op te zetten. Deze bevindingen zijn in lijn met de kleine onderzoeken die eerder in nazorgpoli's zijn uitgevoerd [11–14], en ondersteunen de hypothese dat een nazorgpoli meerwaarde heeft.

Het onderzoek kent sterke en minder sterke punten. Een sterk punt is dat de vragenlijst ontwikkeld is op basis van de resultaten van interviews. Hiermee zijn waarschijnlijk de belangrijkste onderwerpen in de vragenlijst verwerkt. Een ander sterk punt is dat een relatief groot aantal professionals meedeed aan het vragenlijstonderzoek ($N=117$). Doordat zowel JGZ-professionals als kinderartsen participeerden was het mogelijk een gebalanceerd overzicht van meningen van professionals over de nazorg te verkrijgen. Een beperking is dat ouders van kinderen die nazorg vanuit de traditionele organisatievorm kregen niet participeerden bij de interviews. Aangezien deze interviews uitsluitend bedoeld waren om subthema's te identificeren voor het ontwikkelen van de vragenlijst, verwachten we dat deze beperking de uitkomsten van het onderzoek nauwelijks hebben beïnvloed. Tot slot is bij het kwantitatieve deel van het onderzoek mogelijk sprake geweest van selectiebias, bijvoorbeeld als gevolg van onvoldoende landelijke spreiding van de deelnemers. Omdat de vragenlijsten volledig anoniem zijn ingevuld, is echter niet duidelijk in hoeverre dat het geval was.

Implicaties en aanbevelingen voor verder onderzoek

Ons onderzoek lijkt erop te wijzen dat een nazorgpoli meer zicht biedt op een adequate inrichting van de nazorg voor vroeg-prematuur en dysmatuur geboren

kinderen, dan zorg vanuit de traditionele organisatievorm. Ook bleek uit ons onderzoek dat er naast de verschillen tussen de traditionele organisatievorm en de nazorgpoli, binnen deze twee organisatievormen ook grote variaties bestaan. Het concept van de Nederlandse nazorgpoli waarin jeugdartsen en kinderartsen samenwerken is internationaal gezien uniek. Er bestaat internationaal eveneens aandacht voor de noodzaak van speciale nazorg voor vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen, maar deze wordt anders georganiseerd. In Antwerpen is er bijvoorbeeld een follow-upcentrum voor deze groep kinderen, waarbij zorg wordt geleverd door een arts, psycholoog of orthopedagoog, kinesitherapeut, logopedist en een maatschappelijk werker [17]. In Duitsland worden deze kinderen in sociaal-pediatrische centra gevolgd door kinderartsen, logopedisten en fysiotherapeuten [18]. In beide landen is de follow-upfrequentie echter beperkt en komt de nazorg meer overeen met de Nederlandse NICU-follow-up. Noch in Duitsland, noch in Antwerpen zijn hierbij jeugdartsen betrokken. In Duitsland vindt soms na ontslag uit het ziekenhuis wel een huisbezoek plaats door verpleegkundigen in het kader van de 'sozialmedizinische Nachsorge', hetgeen vergelijkbaar is met huisbezoeken van jeugdverpleegkundigen. Terwijl de follow-up van deze kinderen in Nederland en omliggende landen wordt uitgevoerd door diverse specialisten, te weten kinderarts-neonatologen, algemeen kinderartsen, kinder- en jeugdpsychiaters, sociaal pediaters en jeugdartsen, is dit gehele takenpakket in de Verenigde Staten (VS) gecentraliseerd door uitvoering door kinderartsen die gespecialiseerd zijn in ontwikkelingsproblemen (*developmental and behavioral pediatricians*). De Screening For Health In Very Preterm Infants in Europe Study (SHIPS) evalueert momenteel in negentien landen de screenings- en opvolgprogramma's bij prematuur geboren kinderen. De uitkomsten van dit onderzoek [19], bieden potentieel veel inzicht in de gewenste verbeteringen van de nazorg voor pre- en dysmatuur geboren kinderen, die ook voor Nederland van belang kunnen zijn. Vervolgonderzoek naar verschillende organisatievormen, zoals in Nederland, de rest van Europa en ook de VS, zou kunnen uitwijzen welk type zorgorganisatie het meest effectief en efficiënt is, en tevens welke vorm door ouders het meest gewaardeerd wordt.

Nader onderzoek is gewenst naar financieringsmogelijkheden en de kosteneffectiviteit van de verschillende organisatievormen van nazorg voor deze kwetsbare kinderen. Hierbij moeten ook de ervaringen van ouders, bijvoorbeeld op basis van Patient Reported Outcome Measures (PROMS) en Patient Reported Experience Measures (PREMS) [20, 21], en de continuïteit van zorg en de keten van verwijzing onderdeel van het onderzoek uitmaken. Wanneer toekomstig onderzoek bevestigt dat de kosteneffectiviteit van nazorgpoli's hoger is dan die van de traditionele organisatievorm, pleit dit ervoor de zorg voor vroeg-prematuur

en dysmatuur geboren kinderen in de perifere setting vanuit nazorgpoli's aan te bieden. Vergelijking met andere organisatievormen in Europa is eveneens gewenst om te besluiten over de meest gewenste organisatievorm. Verder is het wenselijk dat ook de zorg voor laat- en matig-prematuuren (geboren na een zwangerschapsduur tussen 32 en 36 weken) wordt onderzocht, omdat ook deze kinderen een verhoogd risico hebben op ontwikkelingsproblemen [22, 23].

Conclusie

We concluderen dat zorgprofessionals de effectiviteit, efficiëntie en meerwaarde van een nazorgpoli positiever beoordeelden dan die van een traditionele organisatievorm. Vooral betere uitwisseling van informatie, betere coördinatie van zorg en verbeterde kennis omtrent vroeg-prematuur en dysmatuur geboren kinderen worden als meerwaarde van een nazorgpoli genoemd. Nader onderzoek moet uitwijzen of voordelen te behalen zijn van een herziening van het Nederlandse nazorgsysteem voor deze kwetsbare kinderen, waarbij ook internationale inzichten en zienswijzen gebruikt kunnen worden om voor hen een optimale zorg te realiseren.

Literatuur

- Palmer FB. Strategies for the early diagnosis of cerebral palsy. *J Pediatr*. 2004;145(2):S8–S11.
- Moster D, Lie RT, Markestad T. Long-term medical and social consequences of preterm birth. *N Engl J Med*. 2008;359(3):262–73.
- Patel R. Short- and long-term outcomes for extremely preterm infants. *Am J Perinatol*. 2016;33(03):318–28.
- Murray E, Fernandes M, Fazel M, Kennedy S, Villar J, Stein A. Differential effect of intrauterine growth restriction on childhood neurodevelopment: a systematic review. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2015;122(8):1062–72.
- McIntire DD, Bloom SL, Casey BM, Leveno KJ. Birth weight in relation to morbidity and mortality among newborn infants. *N Engl J Med*. 1999;340(16):1234–8.
- Perined. Perinatale zorg in Nederland 2017. 2019. <http://www.perinatreg-data.nl/JB2017/Jaarboek2017.html>. Geraadpleegd op: 29 nov 2019.
- Pal S van der, Buitendijk S. In gesprek met ouders over de (na)zorg van hun te vroeg geboren kind. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2009.
- Nederlandse vereniging voor Kindergeneeskunde, AJN. Rapport 'Samenwerken en afstemmen'. 2009. <https://www.nvk.nl/Nieuws/articleType/ArticleView/articleId/83/Rapport-Samenwerken-en-afstemmen>. Geraadpleegd op: 3 jan 2022.
- Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. Te vroeg en/of small for gestational age (SGA) geboren kinderen. Samenvatting. 2013. <https://assets.ncj.nl/docs/cc008620-0862-4961-b46f-12f978f11c7f.pdf>. Geraadpleegd op: 3 jan 2022.
- Stichting Prematurendag. Nazorgpoli Neonatologie. <https://beta.prematurendag.nl/ouders/eindelijknaarhuis/nazorgpoli/>. Geraadpleegd op: 18 dec 2021.
- Integrale vroeghulp. Praktijkvoorbeeld Friesland. Nazorgpoli prematuren werkt preventief en ontlast jonge ouders. <https://integralevroeghulp.nl/file/download/22651632/Nazorgpoli>. Geraadpleegd op: 3 dec 2019.
- Houtstra FS, Vries NKS de. Samen zorgen voor de allerkleinsten en hun ouders. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2014;158(33):A5449.
- Louwers I. De nazorg van prematuur geboren kinderen en prematuur ouderschap. (ongepubliceerde masterthesis). Eindhoven: Fontys Hogescholen; 2018.
- Bernhoven. Uitbreiding prematuren follow up. 2018. <https://www.bernhoven.nl/media/5172/uitbreiding-prematuuren-follow-up.pdf>. Geraadpleegd op: 4 dec 2019.
- Williams M, Moser T. The art of coding and thematic exploration in qualitative research. *Int Manag Rev*. 2019;15:45–55.
- Lipner HS, Huron RF. Developmental and interprofessional care of the preterm infant: neonatal intensive care unit through high-risk infant follow-up. *Pediatr Clin North Am*. 2018;65(1):135–41.
- UZA. Follow-up centrum Antwerpen prematuren. 2021. <https://www.uza.be/onderzoek/follow-centrum-antwerpen-prematuuren>. Geraadpleegd op: 28 jan 2022.
- AWMF online. Sozialpädiatrische Nachsorge extrem unreifer Frühgeborener mit einem Geburtsgewicht unter 1000 Gramm. 2018. <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/ll/071-013.html>. Geraadpleegd op: 18 dec 2021.
- SHIPS. Screening for health in very preterm infants in Europe (SHIPS). <https://www.epiceproject.eu/en/follow-up-at-5/aims.html>. Geraadpleegd op: 28 januari 2022.
- Porter ME. What is value in health care? *N Engl J Med*. 2010;363(26):2477–81.
- Desomer A, Heede K van den, Triemstra M, Paget J, Boer D de, Kohn L, et al. Het gebruik van patientuitkomsten en -ervaringen (PROMs/PREMs) voor klinische en beleidsdoelinden – Synthese. Health Services Research (HSR). Brussel: Belgian Health Care Knowledge Centre (KCE); 2018.
- Kerstjens JM, Winter AF de, Bocca-Tjeertes IE, Vergert EM ten, Reijneveld SA, Bos AF. Developmental delay in moderately preterm-born children at school entry. *J Pediatr*. 2011;159(1):92–8.
- Hornman J, Winter AF de, Kerstjens JM, Bos AF, Reijneveld SA. Emotional and behavioral problems of preterm and full-term children at school entry. *Pediatrics*. 2016;137(5):2015–255.

M. Seinstra, arts

N.H. van Dokkum, PhD-student

Prof.dr. A.F. Bos, neonatoloog

Prof.dr. S.A. Reijneveld, sociaal-geneeskundige

Prof.dr. M.L.A. de Kroon, sociaal-geneeskundige