



Triagemethode

— ONDER DE LOEP —



16 september 2014

Inhoud



- 6** *FLEXIBILISERING IN DE JGZ door Triage*
Voorwoord door Mascha Kamphuis en Janine Bezem
- 8** *TRIAGE ONDER DE LOEP*
Animatie over de werking van Triage
- 10** *PRESENTATIE CAROLIJN SCHUILING*
Triage in de praktijk
- 16** *TRIAGE IN DE PRAKTIJK*
Interview met Janine Bezem, Carolijn Schuiling en Philine Stol
- 20** *SAMENVATTING ONDERZOEK*
- 22** *ONDERZOEKSRESULTATEN*
PGO en Triage in een vergelijkende studie
- 26** *PRESENTATIE MASCHA KAMPHUIS*
Reactie vanuit de zaal op gepresenteerde cijfers
- 30** *ONDERZOEKSOPZET*
- 34** *AANVULLENDE TOELICHTING RESULTATEN*
Door Elske van den Akker
- 36** *TRIAGE IN ONDERZOEK*
Knelpunten en succesfactoren bij het onderzoek naar Triage
- 42** *INTERVIEW MET JANINE BEZEM*
Astrid Feiter interviewt Janine Bezem
- 46** *BRANDENDE VRAGEN*
- 58** *INTERVIEW MET MARIANNE DONKER*
Waarnemend Directeur Generaal Volksgezondheid
- 64** *BEZOEKERSINTERVIEWS*



Flexibilisering in de JGZ door triage

VOORWOORD DOOR

MASCHA KAMPHUIS
JEUGDARTS KNMG,
ONDERZOEKER TNO LEIDEN

JANINE BEZEM
AFDELINGSHOOFD
JEUGDGEZONDHEIDSZORG
GGD GELDERLAND-MIDDEN

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) is continu in beweging, net als de jeugd zelf. Er is een toename van problemen die te maken hebben met leefstijl, (aandacht voor) opvoeding en de psychosociale ontwikkeling en de gezondheidsverschillen tussen jongeren. Aandacht voor stoornissen zoals groei en zintuigen blijft uiteraard ook belangrijk. Het is van belang dat de werkwijze van de JGZ blijft aansluiten op de ontwikkelingen van onze jeugd.

De 'traditionele' preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO's) vormen een belangrijk middel voor het realiseren van de doelstelling van de JGZ. De PGO's worden van oorsprong uitgevoerd door jeugdartsen, verpleegkundigen, soms samen met doktersassistenten op wettelijk vastgestelde leeftijden. Vanuit de JGZ-organisatie GGD Gelderland-Midden is een triagemethode met taakherschikking ontwikkeld om met behoud van de basiszorg voor alle kinderen, meer passende en tijdige zorg op maat te kunnen bieden aan kinderen die (mogelijk) meer aandacht nodig hebben op het gebied van gezondheid en ontwikkeling. Bij de triagemethode worden alle kinderen eerst gescreend door (meestal) een doktersassistente. Op basis van een taxatie worden kinderen geselecteerd voor een vervolgonderzoek door een jeugdarts- of verpleegkundige. Dit biedt mogelijkheden voor artsen en verpleegkundigen om vaker aanwezig te zijn op scholen en laagdrempelige zorg te bieden op maat en indien nodig. Inmiddels werken diverse JGZ organisaties met een vorm van triage.

Tussen 2009 en 2013 is er onderzoek verricht naar de effectiviteit en de kosten van de triagemethode vergeleken met de traditionele PGO werkwijze. Bij deze willen we de deelnemende JGZ organisaties en al haar medewerkers heel hartelijk danken voor deelname aan dit onderzoek: met vereende krachten hebben we veel bereikt. GGD NOG, GGD Hollands Noorden, GGD Drenthe en GGD Gelderland-Midden, dank voor de inzet en samenwerking! Dit was ook nooit gelukt zonder de financiering van ZonMw.

In dit magazine krijgt u een beeld van de bijeenkomst die gehouden is op 16 september 2014. Het doel van deze bijeenkomst was het verkrijgen van meer inzicht in en draagvlak voor (de resultaten van) het project door het gezamenlijk helder formuleren van de aanbevelingen voor de verdere doorontwikkeling van de triagemethode. We nemen u graag mee met de resultaten van het project en de reflectie daarop tijdens de bijeenkomst. Laat u inspireren met dit digitale magazine.

Doorontwikkeling van de manier waarop de JGZ uitgevoerd wordt, is en blijft echter altijd nodig. We hopen dat u - met dit digitale magazine - goed (in)zicht krijgt in de stand van zaken van de triagemethode zoals ontwikkeld door GGD Gelderland-Midden.

Veel lees- en kijkplezier gewenst!



Bekijk de video

Presentatie Carolijn Schuiling

TRIAGE IN DE PRAKTIJK

Het ontstaan van de triagemethode

'De PGO-methode zorgde ervoor dat je op een dag veel kinderen zag waar het gelukkig goed mee ging. Slechts met een klein percentage was er iets aan de hand waar je als arts of verpleegkundige een bijdrage aan kon leveren,' aldus Carolijn. Met de triagemethode willen we juist die laatste groep kinderen meer aandacht geven en zo is vanaf 2004 de triagemethode verder ontwikkeld en uitgewerkt binnen GGD Gelderland-Midden.

Vershil methodieken

Het grootste verschil tussen beide methodieken zit in de screening van kinderen die bij de triagemethode toegepast wordt. Tijdens de screening gaat de doktersassistente met de kinderen in gesprek. Daarbij zijn de ouders meestal niet aanwezig. De kinderen vinden het prettig om met de doktersassistente in gesprek te gaan en zijn open over onder andere hun thuissituatie. Hierdoor worden vanuit de screening ook kinderen naar de jeugdarts of verpleegkundige doorverwezen die gepest worden of waar het thuis niet zo goed gaat.

Zij-instroom

Ook triage via zij-instroom vanuit school, ouders, consultatiebureaus en andere ketenpartners lijkt effectiever te zijn. Spreekuren op scholen maken de toegang tot de jeugdgezondheidszorg laagdrempelig en zorgen voor een snellere signalering. Carolijn geeft een aantal voorbeelden die zij tegenkomt tijdens de spreekuren. 'Zo kwam laatst een ouder met de vraag of ze nu wel of niet verder onderzoek bij haar zoon moest laten doen naar autisme. In dit gesprek is nagegaan of het voor deze jongen ook mogelijk was om een gesprek te krijgen met de jeugdarts, zonder dat hij het idee heeft 'anders' te zijn.' Een ander voorbeeld. Een school heeft net een jongetje uit groep 8 aangemeld waar ze zorgen over hebben, omdat hij klein van stuk is en er thuis van alles speelt. Ze maken zich zorgen om de thuissituatie en om de overgang naar het voortgezet onderwijs. Met dit gezin heeft de jeugdarts met een oudere broer al een heel traject doorlopen, waarbij ook AMK (Advies & Meldpunt Kindermishandeling) betrokken is geweest, maar waarbij moeder wel graag een gesprek wil met de jeugdarts.



Hoewel er veel positieve effecten te benoemen zijn, blijkt dat in de zaal nog veel onduidelijkheden en vragen leven over de toepassing en uitvoering van de triagemethode. Over onder andere de bekwaamheid van doktersassistente om meerdere aandoeningen te signaleren en de mogelijke impact daarvan, heeft men twijfels. Carolijn geeft aan dat het altijd mensenwerk blijft en dat het doel van de standaard contactmomenten niet is om 'exotische' diagnoses eruit te halen. Deze kunnen ook op tussenliggende momenten juist naar boven komen, via aanmeldingen/zij-instroom.



***“Een kind vertelt
meer tijdens
één-op-één-
gesprekken”***

PRESENTATIE CAROLIJN SCHUILING



Triage in de praktijk

NOODZAKELIJKE BASISZORG VOOR IEDEREEN,
EXTRA ZORG ALS HET NODIG IS

Janine Bezem, hoofd Jeugdgezondheidszorg, Carolijn Schuiling, jeugdarts en Philine Stol, doktersassistente geven aan waarom zij geloven in de triage werkwijze!

Janine vertelt hoe het begon: 'Het klassieke systeem, uitvoering door preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO's), bleek onvoldoende ruimte te geven om te differentiëren tussen zorgbehoeftes bij kinderen. Door middel van triage, waarbij de doktersassistente eerst alle kinderen ziet, creëer je ruimte om zorgkinderen extra aandacht te geven. Tevens is deze methode niet alleen aanbodgericht, maar komt het ook ketenpartners tegemoet. Denk aan het onderwijs, consultatiebureaus en CJG's die ook signaleren en vragen hebben. Janine vult aan dat triage bij GGD Gelderland-Midden zeker niet als bezuiniging is ingevoerd. De zorg voor het kwetsbare kind staat centraal. Een andere verdeling van taken van JGZ professionals geeft meer mogelijkheden van artsen en verpleegkundigen om aandacht te geven aan kinderen met meer zorgbehoefte.

Philine vertelt dat haar werk er veel uitdagender op is geworden. 'Iedereen doet het werk waarvoor hij/zij geschoold is. Je bent nu minder met dossiers bezig, maar veel meer met de jeugd zelf.'

'Het was zeker spannend, toen we ermee begonnen. Maar ik ben goed opgeleid en krijg regelmatig bijscholing.' Ook geeft Philine aan dat het

screenen van een grote groep zinvol is. 'Je pikt er altijd kinderen uit die bijvoorbeeld opeens vertellen dat ze gepest worden.' Hoe kinderen het ervaren?' 'Kinderen vinden het enorm leuk,' aldus Philine. Het komt eigenlijk nooit meer voor dat kinderen niet meewerken of niet durven. Het heeft ook een meerwaarde dat de ouders er niet bij zijn; kinderen zijn dan opener en durven veel meer te vertellen. 'Ouders gaan tijdens een eventueel vervolgonderzoek door de arts of verpleegkundige wel mee en zijn dan ook gemotiveerder,' vult Carolijn aan. 'Ze weten dat er dan een aanleiding is en gaan dan graag mee.'

Ook het werk voor de arts is uitdagender, en tevens intensiever geworden. 'Als je een kind op je spreekuur krijgt, dan is er meestal echt iets mee,' aldus Carolijn. Ook zijn de contacten met ketenpartners toegenomen. 'Je bent een bekend gezicht op school! Dat waarderen ze. Op deze manier kun je elkaar versterken.' 'De extra signalering van school is zeer waardevol,' aldus Carolijn. Als arts is de samenwerking met school heel belangrijk, dat is dé vindplaats van kinderen in de leeftijd van 4 – 19 jaar. Leerkrachten en IB'ers kunnen heel goed signaleren, omdat zij het kind elke dag zien en je als arts een momentopname van een kind ziet. Het intensievere contact tussen jeugdarts en school is dus meer dan waardevol!



Samenvatting onderzoek

Op grond van het onderzoek naar effect van de triagemethode op de signalering en zorg stellen we het volgende. Er is onderzoek gedaan naar: opkomst, signalering, de verwijzingen, de onderzoeken op verzoek van professionals van buiten de JGZ en de kosten.

5 en 6 jarigen

Voor de leeftijd 5/6 jaar zien we dat PGO een hogere opkomst heeft ten opzichte van de totale basiszorg bij triage. Dit komt doordat de opkomst bij triage in stap 2 lager is, terwijl deze in stap 1 juist hoger is. Dit kan op verschillende manieren worden verklaard: ouders zoeken zelf al hulp of behandeling, het probleem is inmiddels opgelost, maar ook omdat ouders het zelf niet nodig vinden of niet verschijnen na een oproep. Dit dient nader te worden onderzocht. Bij signalering is geen verschil gevonden. Bij het effect op de zorg valt op dat vanuit PGO meer extern wordt verwezen, ten opzichte van triage waarbij meer intern wordt verwezen. Er blijft dus meer in zorg bij de JGZ zelf. De kosten van de uitvoering van triage op deze leeftijd zijn beduidend lager. De triagemethode heeft op deze leeftijd dus vergelijkbare resultaten tegen lagere kosten.

10 en 11 jarigen

Bij 10/11 jarigen is er geen verschil in opkomst. Er wordt door de PGO-methode vaker overgewicht gesignaleerd dan door de triagemethode. Bij 10/11 jarigen wordt net als bij de 5/6 jarigen bij triage minder extern verwezen naar instanties buiten de JGZ. De kosten zijn vergelijkbaar. De verschillen die er zijn, zijn niet makkelijk te duiden. Voor verklaringen vraagt dit echter meer onderzoek.

Ook blijkt dat over alle leeftijden heen er meer zij-instroom plaatsvindt vanuit triage.

Het vraagt ook verder onderzoek om uitspraken te kunnen doen over de terechtheid van signalering/verwijzing en de lange termijn effecten van beide methodes om definitief uitsluitsel te geven over de effectiviteit van beide methodes.



Zichtbaarheid, bekendheid en toegankelijkheid zijn essentieel voor ouders en scholen. De triagemethode gaat verder dan alleen de wettelijke contactmomenten van de 5/6 jarigen en 10/11 jarigen. De triagemethode genereert ruimte voor artsen en verpleegkundigen om structureel aanwezig te zijn op de scholen in de vorm van spreekuren. In deze spreekuren kunnen kinderen worden gezien met een extra zorgbehoefte, ook kinderen gesignaleerd door anderen als de JGZ zoals leerkrachten, ouders en leerplicht. De spreekuren op de scholen sluiten goed aan bij de ontwikkelingen als de transformatie Jeugdzorg en het Passend Onderwijs waarbij de JGZ als laagdrempelige basisvoorziening normaliseert en de verbinding vormt tussen onderwijs en de zorg.

Aanvullende opmerkingen

Het uitgevoerde onderzoek doet uitspraken over de triagemethode zoals ontwikkeld door GGD Gelderland-Midden en zegt daarmee niets over de effectiviteit van andere vormen van triage die inmiddels op verschillende plekken worden uitgevoerd. Ook binnen deze studie zijn er voor dezelfde methode verschillen geconstateerd, zoals de aanwezigheid van een doktersassistente bij de PGO-methode bij onderzoek 10/11 jarigen bij een GGD en het verschil in duur van de periode van invoering tussen de twee GGD'en die de triagemethode hanteren.



PGO en Triage vergeleken



Steekproef

- Significante verschillen -

5 & 6 jaar

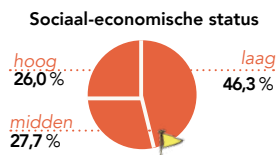
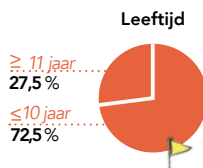
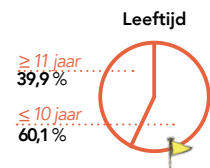
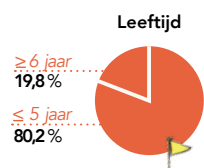
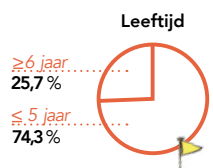
10 & 11 jaar

PGO n=479

Triage n=480

PGO n=444

Triage n=494

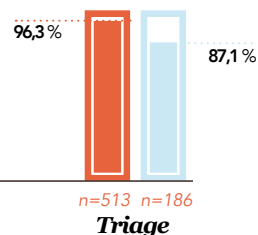
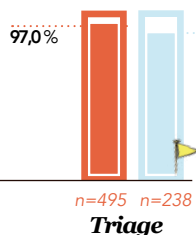
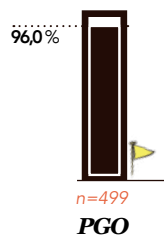


Opkomst

- Vergelijking totale basiszorg PGO t.o.v. Triage -

5 & 6 jaar

10 & 11 jaar

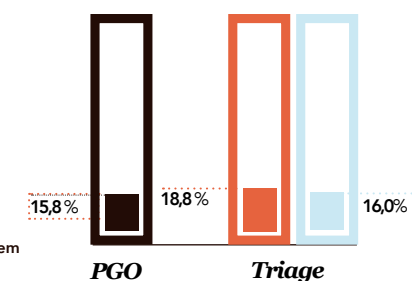
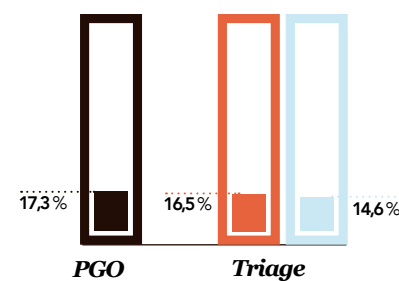
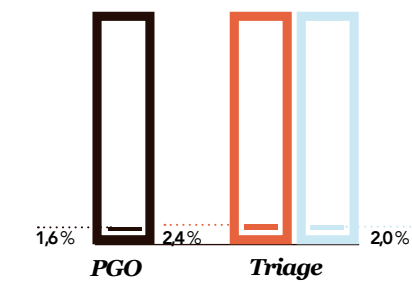
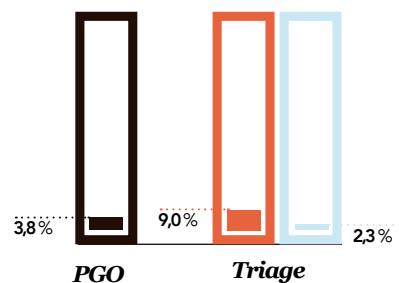
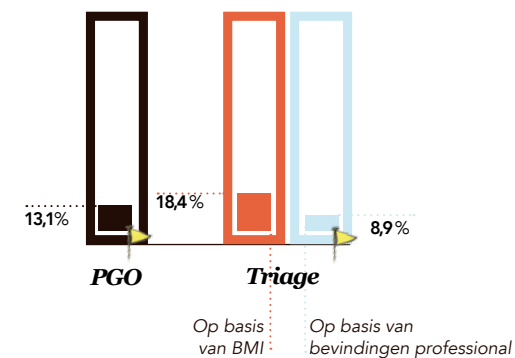
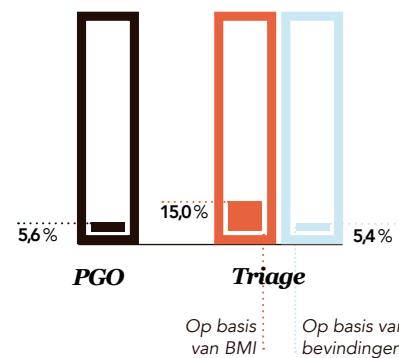


Signalering

- Percentage nieuw gesignaleerde kinderen door JGZ bij PGO t.o.v. Triage (screening en vervolgonderzoek) -

5 & 6 jaar

10 & 11 jaar



- screening door doktersassistente
- vervolgonderzoek door arts of verpleegkundige
- significants verschil

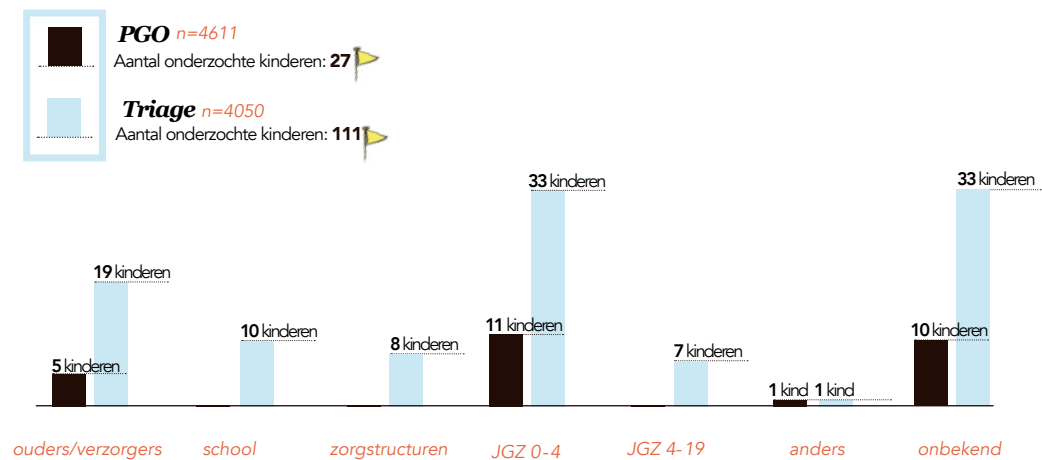
Effect op de zorg *

- Percentage kinderen dat verwezen is naar aanleiding van signalering tijdens PGO t.o.v. Triage (screening en vervolgonderzoek) -

		PGO		Triage	
		PGO	screening	vervolgonderzoek	
5 & 6 jaar	Kinderen verwezen	16,5%	51,0%	20,4%	
	onderzoek op indicatie	10,6%		18,1%	
	externe verwijzing	6,5%		3,1%	
	gewicht	2,5%	13,5%	4,2%	
	visus	2,3%	8,1%	1,5%	
	psychosociaal	4,0%	15,2%	5,2%	
	10 & 11 jaar	Kinderen verwezen	22,2%	40,3%	15,8%
onderzoek op indicatie		14,6%		13,2%	
externe verwijzing		9,5%		4,0%	
gewicht		8,1%	17,2%	4,9%	
visus		2,5%	1,6%	1,8%	
psychosociaal		8,6%	16,0%	4,7%	

Zij-instroom PGO t.o.v. Triage *

- Onderzoek JGZ op indicatie aangevraagd door derden -



Verwijzingen n.a.v. onderzoek zij-instroom *

	PGO	Triage
totaal	2 kinderen	63 kinderen
intern	-	55 kinderen
extern	2 kinderen	23 kinderen



Kosten basiszorg PGO t.o.v. Triage *

- Tijd (uitgedrukt in geld) die ouders kwijt zijn, bestaande uit reistijd, wachttijd en consulttijd -
- Per jaar voor een jaarcohort van 8000 kinderen -

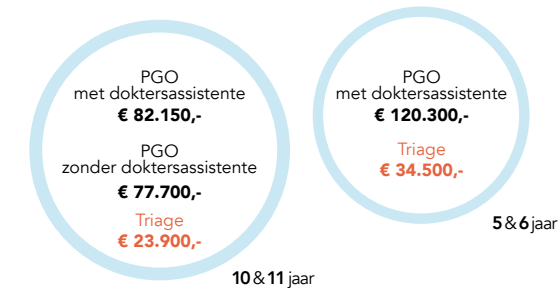
Kosten basiszorg PGO t.o.v. Triage *

- Per jaar voor een jaarcohort van 8000 kinderen -

5 & 6 jaar

10 & 11 jaar

	PGO	Triage screening en vervolgonderzoek	PGO met doktersassistente	PGO zonder doktersassistente	Triage screening en vervolgonderzoek
Totale kosten basiszorg	€ 631.300	€ 421.500	€ 351.900	€ 328.400	€ 323.600



* Het aantal signaleringen of verwijzingen kan hoger zijn dan het totale aantal kinderen, omdat kinderen voor meerdere indicaties gesignaleerd/verwezen kunnen zijn.

* De triagemethode bestaat uit basiszorg en spreekuren op scholen. De besparing door minder inzet van artsen en verpleegkundigen in de basiszorg levert extra capaciteit om in te zetten voor kinderen die extra zorg nodig hebben. Dit biedt zorg op de andere leeftijden dan die van de basiszorg-momenten, zoals op verzoek van derden, zoals school, ouders, jongeren zelf en ketenpartners.

Presentatie Mascha Kamphuis

REACTIES VANUIT DE ZAAL OP GEPRESENTEERDE CIJFERS



Zijn er wel voldoende aantallen in de studie om hier een zinnig antwoord op te geven?

Ja, het aantal kinderen die we nodig hadden voor een goede steekproef is ruimschoots gehaald.

Zijn de externe verwijzingen terecht geweest?

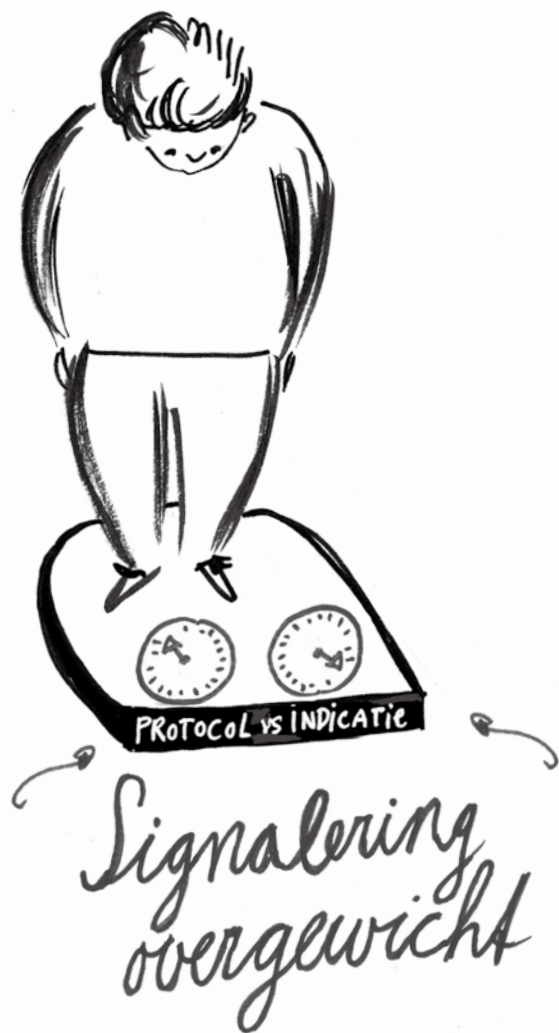
De gegevens die we hiervan hebben gekregen zijn onvoldoende om er uitspraken over te doen. Dit verdient nader onderzoek.

Waar hebben de JGZ-onderzoeken plaatsgevonden?

Zowel op steunpunten (CJG's bijvoorbeeld) als op scholen.

Komt er ook nog een rapport behalve de presentatie zelf?

Er komt geen wetenschappelijk rapport, de resultaten zijn te vinden via het digitale magazine. Deze zullen we van aanvullende informatie voorzien, naar aanleiding van deze dag. Daarnaast volgen er later wetenschappelijke artikelen.



Overgewicht is overgewicht. ...of toch niet?

DISCUSSIEPUNT N.A.V. PRESENTATIE MASCHA KAMPHUIS

Onderzoeks- opzet

PROCEDURE DATAVERZAMELING, INCLUSIE

Er deden vier GGD-en mee aan het onderzoek, waarvan twee die met traditionele PGO-methode werken en twee volgens de triagemethode. De dataverzameling werd gekoppeld aan het standaard JGZ contactmoment voor 5/6 en 10/11 jarigen en aan de contactmomenten voor extra zorg. Daarin is ook opgenomen de zij-instroom voor kinderen van overige groepen binnen het primair onderwijs, aangemeld vanuit scholen en ouders. De selectie van scholen vond plaats op basis van de SES van de scholen, zodanig dat per GGD totaal rond 430 kinderen geïncludeerd konden worden. Scholen werden op basis van hun postcode gecategoriseerd als hoge, midden of lage SES-school. De ouders van de kinderen die voor dit onderzoek zijn uitgenodigd kregen een brief van de JGZ met het verzoek om aan het onderzoek mee te werken.

Tijdens het contactmoment gaf de JGZ-medewerker (doktersassistente, verpleegkundige of arts) een oordeel over de aanwezigheid van de in het onderzoek onderscheiden gezondheidsproblemen bij het kind. De JGZ medewerker registreerde de achtergrondkenmerken van het kind en vulde enkele extra vragen in, over de in het onderzoek onderscheiden gezondheidsproblemen. Dit werd gedaan in het digitaal dossier of via een opgestelde vragenlijst in survey monkey (1 GGD). Per contactmoment werden 7,5 minuten extra beschikbaar gesteld voor de registratie

van deze gegevens. Voordat de data verzameling van start ging, kregen alle deelnemende JGZ professionals een instructie over het doel van het onderzoek, het volgen van de protocollen en andere praktische informatie.

MEETINSTRUMENTEN EN GEBRUIKTE VARIABELEN

Bevindingen visus

Screening: De conclusie van de visusbepaling op screening werd, wanneer de JGZ concludeert twijfelachtig of voldoende, geclassificeerd als 'geen probleem'. Kinderen die eerder zijn behandeld, en waar de eerdere zorg rond visus nog niet is afgesloten zijn geclassificeerd als 'geen probleem'.

Vervolgonderzoek/PGO: De conclusie van de visusbepaling op vervolgonderzoek/PGO werd, wanneer de JGZ concludeert twijfelachtig of voldoende geclassificeerd als 'geen probleem'. Kinderen die eerder zijn behandeld, en waar de eerdere zorg rond visus nog niet is afgesloten zijn geclassificeerd als 'geen probleem'.

Bevindingen gewicht

Screening: De bevindingen van het gewicht tijdens screening is gebaseerd op de BMI. De BMI is berekend op basis van lengte en gewicht. Op basis van leeftijdsspecifieke afkappunten zijn kinderen onderverdeeld in 'geen overgewicht' en 'overgewicht'. Kinderen die eerder zijn behandeld en waar de eerdere zorg rond overgewicht nog niet is afgesloten, zijn geclassificeerd als 'geen probleem'.

Vervolgonderzoek/PGO: Hierbij werd de indruk van de JGZ professionals over gewicht/lengte tijdens vervolgonderzoek/PGO als conclusie meegenomen. Kinderen met ondergewicht en normaal gewicht zijn geclassificeerd als 'geen overgewicht'. Kinderen die eerder zijn behandeld, en waar de eerdere zorg rond overgewicht nog niet is afgesloten zijn geclassificeerd als 'geen probleem'.

Bevindingen psychosociaal

Screening: De bevinding tijdens de screening is gebaseerd op de SDQ totale en impactscore en de vraag 'zijn er extra signalen'. Het kind is geclassificeerd met een psychosociaal probleem wanneer sprake is van een verhoogde SDQ totaal of impact score, of wanneer er extra signalen zijn die wijzen op psychosociaal probleem. Kinderen die eerder zijn behandeld, en waar de eerdere zorg rond psychosociale problemen nog niet is afgesloten zijn geclassificeerd als 'geen probleem'.

Vervolgonderzoek/PGO: De bevinding tijdens vervolgonderzoek/PGO zijn gebaseerd op de SDQ totale en impactscore en de vraag 'zijn er extra signalen'. Het kind is geclassificeerd met een psychosociaal probleem wanneer sprake is van een verhoogde SDQ totaal of SDQ impact score, of wanneer er extra signalen zijn die wijzen op psychosociaal probleem. Kinderen die eerder zijn behandeld, en waar de eerdere zorg rond psychosociale problemen nog niet is afgesloten zijn geclassificeerd als 'geen probleem'.



Aanvullende toelichting onderzoek

ELSKE VAN DEN AKKER,
GEZONDHEIDSECONOOM/BESLISKUNDIGE LUMC,
AFDELING MEDISCHE BESLISKUNDE



“Er was discussie dat binnen de screening triage mogelijk meer gemist zou worden. Maar zélf s in het geval dat er bij een aantal kinderen problemen onontdekt blijven in de basiszorg van de triagemethode, is mijn verwachting dat het extra aantal kinderen dat wordt gesignaleerd door de uitgebreidere zij-instroom, veel groter is.”

“Met de triagemethode wordt meer geld vrijgespeeld voor zij-instroom van kinderen waar ouders, leerkrachten en andere betrokkenen zich zorgen over maken.”

Triage in onderzoek

SUCCESSFACTOREN EN KNELPUNTEN BIJ HET ONDERZOEK NAAR TRIAGE

*PAUL KOCKEN,
ONDERZOEKER TNO EN LUMC, AFDELING PUBLIC HEALTH
EN EERSTELIJNSGENEESKUNDE;*

*MEINOU THEUNISSEN,
ONDERZOEKER TNO*

*MASCHA KAMPHUIS,
JEUGDARTS KNMG, PROJECTLEIDER EN ONDERZOEKER TNO*

Paul Kocken, onderzoeker TNO en LUMC, afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskunde, Meinou Theunissen, onderzoeker TNO en Mascha Kamphuis, jeugdarts KNMG, projectleider en onderzoeker TNO, geven succesfactoren en knelpunten aan bij het onderzoek naar triage.

Paul Kocken vertelt hoe het idee van het onderzoek naar triage is ontstaan: 'Er was landelijk veel belangstelling voor de triagemethode die GGD Gelderland-Midden had ontwikkeld. Veel jeugdgezondheidszorg (JGZ) organisaties pasten al vormen van taakdelegatie en flexibilisering toe, soms op incidentele basis. Het veld vroeg om onderzoek naar effecten en kosten van een dergelijke belangrijke verandering in de JGZ. Om ervaring op te doen met best ingewikkelde onderzoeksmethoden hebben GGD Gelderland-Midden en TNO samen met het Centrum Jeugdgezondheidszorg (destijds nog bij het RIVM) een pilotonderzoek gestart. Deze ervaringen hebben we kunnen gebruiken in het onderzoek dat we in het ZonMw programma Vernieuwing Uitvoeringsspraktijk JGZ hebben gedaan. In dit programma ging het juist om het onderzoeken van nieuwe mogelijkheden in de JGZ. Dat sloot naadloos aan bij ons idee om triage diepgaand te onderzoeken. Het eindoordeel van de commissie die het onderzoeksvoorstel destijds beoordeelde, was dan ook dat het onderzoek 'zeer relevant' was.'

Mascha Kamphuis, legt uit over de opzet van het onderzoek; 'Er werd

gekozen voor een vergelijkende studie. Een vergelijking werd gemaakt tussen de triagemethode en reguliere PGO's. Het doel van het project was inzicht geven in effecten van de triagemethode op de basiszorg door de JGZ, de signalering en zorg voor kinderen die meer aandacht behoeven en de kosten van de JGZ, zodat een onderbouwde keuze kan worden gemaakt op welke wijze de signalering en zorg in de JGZ het beste kan worden georganiseerd.'

Nu, 4 jaar na de daadwerkelijke start van het project bliken ze terug. Meinou Theunissen beschrijft de succesvolle samenwerking binnen het projectteam (bestaande uit TNO, LUMC en GGD Gelderland-Midden), met de andere deelnemende GGD-en en met ZonMw. 'De communicatie en inzet van alle partijen was extreem groot.'. Met het grootste struikelblok van het project heeft zij vooral te maken gehad, omdat zij met de data aan de slag ging. Mascha en Meinou lichten dit toe: 'Het gebruik van informatie uit het DD JGZ voor onderzoeksdoeleinden is nu voor het eerst gedaan. Het koppelen van verschillende bestanden was een enorme klus en er waren missing data. In de praktijk schrijft men niet alles op en niet altijd op dezelfde plek. Het gebruiken van het DD JGZ is dan ook een uitdaging geweest, die zeer veel tijd en denkwerk heeft gekost.' Het is overigens des te meer een mijlpaal dat het projectteam op 16 september dan eindelijk de resultaten heeft kunnen presenteren. Het onderzoek heeft veel interessante resultaten

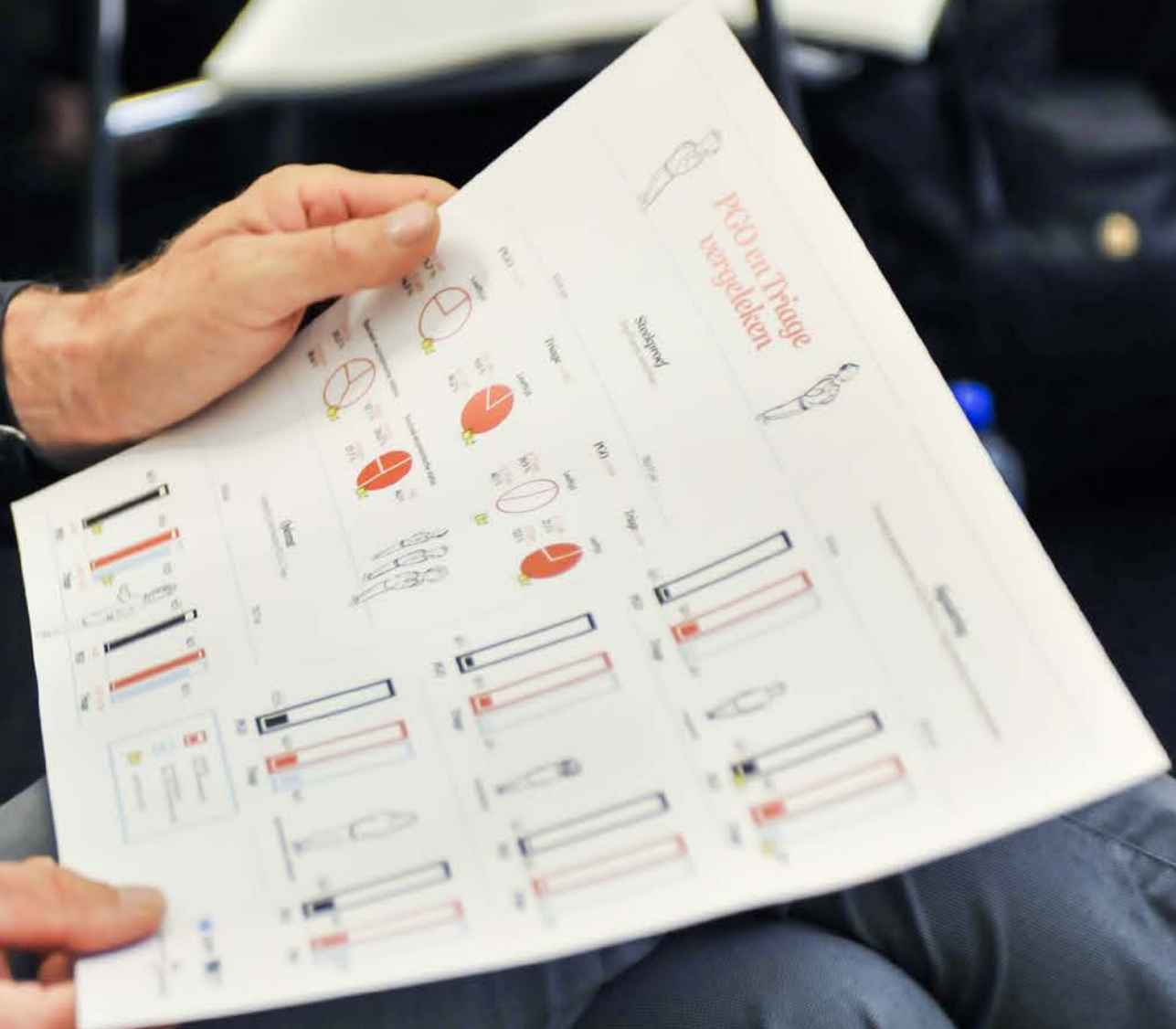
opgeleverd over de gevolgen van de triage voor de signalering van gezondheidsproblemen en de zorg die daarna wordt geleverd.

De onderzoekers willen daarom vooral ook als boodschap meegeven, dat bij het doen van onderzoek, goed nagedacht moet worden over het gebruik van het DD JGZ. 'Als je daarvoor kiest, zorg dan dat de registraties aangepast worden en dat de vergelijkbaarheid van gegevens voor de verschillende JGZ-organisaties verbeterd wordt. Afsluitend is duidelijk: 'De veranderingen in de JGZ geven aanleiding voor het goed monitoren van de geleverde zorg en de uitkomsten die het heeft voor de gezondheid van de jeugd. Het onderzoek naar triage heeft ons gemotiveerd om samen met kinderen, jongeren en hun verzorgers nieuwe onderzoeksvragen op te pakken.'





PCO en Thirage
vergeleken



Interview met Janine Bezem

ASTRID FEITER INTERVIEWT JANINE BEZEM,
AFDELINGSHOOFD JEUGDGEZONDHEIDSZORG GGD
GELDERLAND-MIDDEN

Dagvoorzitter Astrid Feiter is benieuwd naar het hoe en waarom van triage. Janine Bezem, de drijvende kracht achter de triagemethode wil daar maar al te graag antwoord op geven. Lees hieronder het interview.

Vanaf 2006 ben je met triage aan de slag. Wat was de aanleiding van deze nieuwe methode?

'Ik vind het belangrijk om het kind met extra zorgbehoefte binnen de jeugdgezondheidszorg een centrale plek te geven.' Janine is van mening dat de PGO-methode te veel berust op momentopnamen. Daarmee geeft het niet altijd een representatief beeld van de gezondheid en de ontwikkeling van de kinderen. De JGZ moet zichtbaar en toegankelijk zijn. Samen met andere professionals in de omgeving van kinderen zorgen we voor een tijdige en adequate preventieve zorg voor alle kinderen. Vanuit die gedachte is zij begonnen met de ontwikkeling van de triagemethode.

Er kwam nogal wat weerstand vanuit diverse hoeken, begreep jij dat?

Bij het ontwikkelen en implementeren van de triagemethode stuitte ze op weerstand van met name artsen en verpleegkundigen. Dit geeft Janine de juiste prikkel om te onderzoeken wat de effecten van de triagemethode zijn. In haar ogen sluit deze methode veel meer aan bij de doelstelling van de JGZ: het gezond en veilig opgroeien van alle kinderen.

Triagemethode is nu onderzocht. Wat zeggen de resultaten jou? Komt het kwetsbare kinderen en hun ouders een goede?

Janine benadrukt dat zij tevreden is over de onderzoeksresultaten van de triagemethode. De resultaten over de opkomst, signalering en extra zorg zijn op bepaalde punten verschillend en vragen om nadere duiding en eventueel verder onderzoek. De kosten voor triage 5/6 jarigen zijn lager waardoor er meer geïnvesteerd kan worden in zorgkinderen op andere momenten dan op de vaste contactmomenten.

ONDER de LOEP



Hoe zie jij dit in het licht van de nieuwe situatie van de rol en positie van de JGZ?

In haar ogen sluit de grotere mate van zichtbaarheid en aanwezigheid op scholen door de spreekuren goed aan bij de wensen van GGD Gelderland-Midden om beter te kunnen inspelen op de ontwikkelingen binnen het sociale domein, zoals transitie Jeugdzorg en Passend Onderwijs. JGZ vormt een belangrijke verbinding tussen enerzijds de preventieve publieke zorg en anderzijds de jeugdzorg en de gezondheidszorg.

Wat betekent het voor de zorgprofessionals?

Professionals zijn blij dat ze hun brede kennis en competenties beter kunnen inzetten ten dienste van een goede preventieve/integrale zorg voor alle jeugdigen. De toekomst zal uitwijzen of de toepassing van de triagemethode ervoor zorgt dat zorgkinderen eerder worden gesignaleerd en, indien nodig, sneller geholpen.

Wat is de blinde vlek van Janine?

Zij gelooft in de kracht van triage en wil daarom blijven investeren in verder onderzoek en samenwerking met andere onderzoeks- en JGZ-instellingen. Het kwetsbare kind moet centraal staan om alle kinderen gelijke kansen te bieden op een gezonde ontwikkeling!

En daarmee sluit Astrid het interview af... Meer weten? Lees dan ook eens het interview triage in de praktijk met Janine, Carolijn en Philine op pagina 16.



Brandende vragen

Tijdens de bijeenkomst bespraken de deelnemers hun brandende vraag en werd deze gescoord ten opzichte van anderen in de zaal. Daaruit kwamen de meest brandende vragen naar voren. Deze vragen werden beantwoord door het panel bestaande uit: Janine Bezem, hoofd Jeugdgezondheidszorg GGD Gelderland-Midden, Mascha Kamphuis, senior onderzoeker TNO, Menno Reijneveld, Hoogleraar Sociale Geneeskunde UMCG en Ferdinand Strijthagen, directeur NCJ.

Hoe kan het zijn dat een onderzoek, dat vanuit gemeenschapsgeld is gesubsidieerd, niet openbaar is?

ANTWOORD: De bedoeling is om de resultaten voor de verandering op een andere manier te presenteren en verspreiden. In dit geval via een infographic*, een animatie en aanvullende achtergrondinformatie in het digitale magazine.

DISCUSSIE: Vanuit bestuurlijk oogpunt lijkt de presentatie van de huidige resultaten en statistieken ontoereikend. Vanuit de zaal delen veel mensen de mening dat het ontbreken van de toelichting op de onderzoeksresultaten veel vragen oproept, waardoor een eigen interpretatie en vergelijking van de cijfers lastiger is.

ANTWOORD: Mascha Kamphuis geeft aan dat GGD Gelderland-Midden en TNO bekijken of en hoe we aan de behoefte van de deelnemers kunnen voldoen.

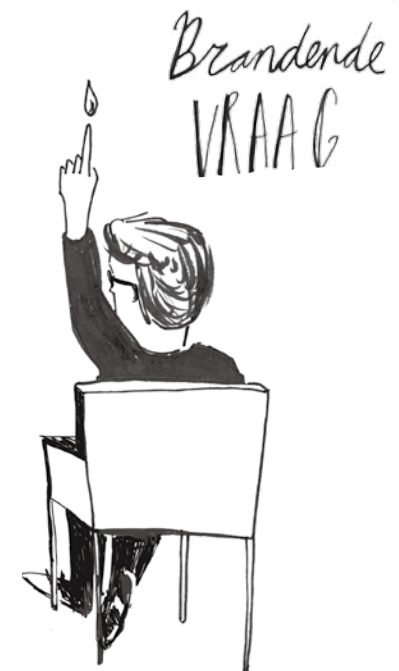
NOOT ACHTERAF: Besloten is om het magazine, met daarbij de infographic en het filmpje uit te breiden. Er

wordt in het magazine extra aandacht gegeven aan de toelichting van de resultaten in de infographic en de opzet van het onderzoek. Ook volgen later nog wetenschappelijke artikelen.

* tabellen en figuren, zie pagina 22

Hoe kan het effect van het JGZ beleid, zowel in aanpak als resultaat, inzichtelijker worden gemaakt?

ANTWOORD: Op basis van jarenlange ervaring worden de effecten van de beschikbare 'tools' continu geëvalueerd en beoordeeld om het beleid blijvend te optimaliseren en deze via beschikbare kanalen te communiceren.





DISCUSSIE: De resultaten worden nu vooral als losstaande gegevens gepresenteerd, zonder de context waarbinnen wordt gewerkt. Hoe kan dit beeld worden genuanceerd? Als reactie wordt gegeven dat naar gemeenten en andere stakeholders in eerste instantie de context en ontwikkelingen moeten worden geschetst, zodat de cijfers vervolgens beter kunnen worden geïnterpreteerd. Ook een betere uitleg en nuancering van de kosten wordt toegevoegd in het magazine. De lagere kosten gelden specifiek voor de basiszorg, maar triage omvat meer dan die basiszorg.

De doktersassistenten worden niet altijd serieus genomen, andere professionals hebben niet het vertrouwen in hun expertise. Hoe kunnen we dit veranderen?

ANTWOORD: Er zijn tot nu toe nog nooit klachten binnengekomen over de kwaliteit van het werk van de doktersassistenten en tevens worden zij goed geschoold om hun werkzaamheden meer dan bekwaam uit te voeren, aldus Janine Bezem.

DISCUSSIE: Enkele aanwezigen in de zaal zijn van mening dat de doktersassistenten minder goed signaleren dan artsen of verpleegkundigen.

ANTWOORD: Janine geeft nogmaals aan dat er veel aandacht is voor kwaliteit van het werk van doktersassistenten onder meer door bijvoorbeeld bespreking in de JGZ-teams. Tevens is het zo dat er elders in de zorg ook triage door doktersassistenten wordt toegepast. 'Kijk maar naar de huisartspraktijken en de eerste hulp posten.' Doktersassistente Philine Stol van GGD Gelderland-Midden: 'Wij nemen niet het werk van de arts over, maar wij hebben onze eigen taak en rol.'

Panellid Ferdinand Strijthagen geeft aan dat de bekwaamheid van de professionals eigenlijk niet ter discussie mag staan. Alle professionals worden goed opgeleid en iedereen binnen de jeugdgezondheidszorg dient hetzelfde doel: de bescherming en bevordering van de ontwikkeling van het kind.

Communicatie met ouders gaat vaak schriftelijk en in de praktijk zorgt dit regelmatig voor onduidelijkheden. Hoe kan dit worden verbeterd?

ANTWOORD: Het wordt beaamd dat de communicatie tussen ouders en hulpverleners inderdaad anders kan. Echter, een vragenlijst is onvermijdelijk en zeker niet ongewoon. Dit betekent niet dat de vragenlijst en de toelichting daarop niet kan worden verbeterd om onduidelijkheden te voorkomen. Het is een probleem dat door iedereen wordt erkend.

DISCUSSIE: Er zijn al verschillende organisaties die op eigen initiatief ouders beter en ook op een andere wijze dan schriftelijk proberen te informeren. Ook proberen zij de vragenlijst duidelijker te maken.

ANTWOORD: Janine geeft aan dat GGD Gelderland-Midden een peiling heeft gedaan onder een klein groepje ouders rondom triage en de JGZ en dit in het magazine zal laten opnemen. Hieronder de conclusie van een focusinterview met 5 ouders:

- Uit het onderzoek blijkt dat ouders beter op de hoogte zijn van de redenen waarom ze naar een huisarts gaan, dan waarvoor ze bij de JGZ terecht kunnen.

- Geen van de ouders is zich bewust geweest van een zogenaamde 'andere' aanpak. De ouders hadden geen probleem met de vragenlijst.

- Als redenen genoemd om de vragenlijst niet eerlijk in te vullen zijn: de situatie is te complex om goed te be-

schrijven, vragen zijn te persoonlijk, moeilijk om negatief over je eigen kind te zijn/te schrijven en stigmatisering als probleem ouder/kind.

- Ouders ervaren het niet als een probleem dat hun kinderen eerst zonder hun aanwezigheid door de doktersassistente worden onderzocht. De meeste ouders vonden de schriftelijke rapportage na het onderzoek voldoende duidelijk.

Belangrijke conclusie is verder dat ouders willen dat er met hen en niet over hen wordt gesproken. Ouders voelen zich in eerste instantie zelf verantwoordelijk voor het opgroeien en opvoeden van hun kinderen. De



helft erkent wel dat het hen soms aan kennis ontbreekt om alle problemen, zeker op lichamelijk gebied, zelf te signaleren en op te pakken. Ook waar de veiligheid van kinderen gevaar loopt zien ouders een rol van de 'overheid'.

Wordt binnen de triagemethode een uniforme werkwijze toegepast?

ANTWOORD: Dat is wel de insteek en bovendien ook wenselijk. Er zijn in den lande inmiddels echter varianten ontstaan. De onderzoeksresultaten zijn niet toepasbaar op deze varianten.

Een eenduidige conclusie ontbreekt in de gepresenteerde resultaten van het wetenschappelijk onderzoek, waarom?

ANTWOORD: Niet alle resultaten zijn simpelweg volledig eenduidig te interpreteren, meer discussie en onderzoek is noodzakelijk. Echter, op basis van onze bevindingen vinden GGD Gelderland-Midden en TNO dat de triagemethode voor de leeftijd 5/6 jarigen zich staande heeft gehouden ten opzichte van de PGO-methode met aanzienlijk lagere kosten. Ook de grotere zij-instroom met extra onderzoeksmogelijkheden voor kinderen is bemoedigend.





***“Bij de
snapbaarheid van
de gezondheids-
informatie is een
hoop te winnen”***

MENNO REIJNEVELD



Interview met Marianne Donker

MARIANNE DONKER IS WAARNEMEND DIRECTEUR
GENERAAL VOLKSGEZONDHEID

Hoe kijkt u naar de ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg?

De jeugdgezondheidszorg bestaat al meer dan honderd jaar. In die tijd heeft zij zich steeds aangepast aan nieuw opkomende gezondheidsproblemen en aan maatschappelijke veranderingen. Ook nu is dat weer nodig. De JGZ wordt meer dan vroeger aangesproken op leefstijlproblematiek, opvoedingsvragen en psychosociale gezondheidsaspecten, dat vraagt om een breder aanbod. Daar zijn nieuwe instrumenten en interventies voor nodig, en professionals met nieuwe competenties. De JGZ wordt ook steeds meer onderdeel van het lokale zorgaanbod voor jeugd, dat vraagt andere manieren van samenwerking met soms nieuwe partners. En ook bestuurlijk zijn er grote veranderingen. Gemeenten worden met ingang van januari verantwoordelijk voor de integrale jeugdhulp. Zij zullen de JGZ (waarvan de uitvoering al onder hun verantwoordelijkheid valt) meer gaan verbinden met het aanbod van jeugdhulp in hun gemeente.

Als het gaat om vernieuwingen in de jeugdgezondheidszorg, waar liggen dan vooral kansen?

Elders in de wereld is men jaloers op de manier waarop wij onze jeugdgezondheidszorg hebben georganiseerd.

De JGZ ziet alle kinderen, kent het gezin waarin ze opgroeien en komt bij gezinnen thuis, volgt de ontwikkeling van de kinderen gedurende lange tijd, heeft een brede kijk op gezondheid en beschikt over veel gegevens over de jeugd in Nederland. De JGZ is laagdrempelig, vertrouwd en dichtbij. Met dit als basis kan de JGZ een grote bijdrage leveren aan de ontwikkeling van die jeugd. Het is belangrijk dat de JGZ zorgt dat die basis goed op orde is. Bijvoorbeeld het bereik: dat is weliswaar hoog, maar kan voor bepaalde groepen nog verbeterd worden. En de vele gegevens die de JGZ heeft over alle kinderen zijn nog onvoldoende toegankelijk voor het beleid, waardoor we collectieve preventie en jeugdhulp onvoldoende kunnen richten op de groepen kinderen die dat het hardst nodig hebben. Met al haar informatie zou de JGZ gemeenten kunnen ondersteunen bij het vormgeven van vernieuwingen in het sociale domein, en zo bijdragen aan de doelstellingen van de stelselherziening jeugd: preventie, versterken eigen kracht en het voorkomen van over- en onderbehandeling. Dat geldt ook voor passend onderwijs. Het is een uitdaging voor de JGZ om nieuwe werkwijzen te ontwikkelen waarbij dit alles goed tot zijn recht komt.

Vanuit het ministerie VWS wordt 'flexibilisering' in de JGZ meegenomen in de nieuwe wetgeving rond het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg. Hoe kijkt u aan tegen deze flexibilisering? En wanneer is het voor u geslaagd?

Flexibilisering gaat over de manier waarop het Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg wordt aangeboden aan jeugdigen. In de Wet en het Besluit publieke gezondheid ligt de inhoud vast. De vorm waarin de zorg wordt aangeboden is mede gebaseerd op professionele richtlijnen. Deze vorm moet het mogelijk maken om het basisaanbod goed aan te sluiten op de behoefte van de individuele jeugdige en hun ouders, en op de lokale mogelijkheden en problematiek. Voor mij is flexibilisering geslaagd als alle jeugdigen het basistakenpakket krijgen in een vorm die aansluit op hun behoefte en problematiek. Daarbij vind ik het ook belangrijk dat professionals voldoende ruimte krijgen om hun expertise tot hun recht te laten komen.

Vanuit de JGZ organisatie GGD Gelderland-Midden is een triagemethode met taakherschikking ontwikkeld. Op 16 september 2014 worden de resultaten naar deze onderzoeksmethode gepresenteerd. Wat zijn de verwachtingen van het ministerie VWS over deze methode en het bijbehorende onderzoek?



Triage is een methodiek om basiszorg te leveren aan alle kinderen en meer zorg te kunnen geven aan kinderen die extra aandacht nodig hebben. Daarbij is er - via gesprekken op school - ruimte voor zorg buiten de vaste contactmomenten en kan meer aandacht worden besteed aan coördinatie binnen de zorgketen. De triagemethodiek kan JGZ-organisaties helpen om flexibeler te gaan werken. Ik vind het wel belangrijk dat deze methodiek goed wordt onderzocht. Het is immers van belang om te weten hoe effectief het instrument is, of het tijdig alle jeugdigen signaleert die extra zorg nodig hebben. Ook de doelmatigheid is een punt van aandacht. Levert het gebruik van triage en het gericht inzetten van de professionals inderdaad tijdwinst op, die kan worden ingezet voor extra zorg?

In hoeverre ziet het ministerie VWS een rol in het verder stimuleren van flexibilisering van de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg?

Flexibilisering is een proces van lange adem. De jeugdgezondheidszorg is in beweging gekomen. Er zijn volop initiatieven om meer flexibel werken vorm te geven. Het ZonMw programma Vernieuwing uitvoeringspraktijk JGZ heeft resultaten opgeleverd op het gebied van triage, maar ook ziekteverzuimbegeleiding, prenatale huisbezoeken, webbased instrumenten, taakherschikking, ketencoördinatie,

het gebruik van vragenlijsten, interventies voor het MBO, zorgpaden en alternatieve uitvoering van contactmomenten. Die zijn nog niet allemaal uitontwikkeld, voldoende onderzocht of goed verspreid. Ik heb daarom ZonMw opdracht gegeven om hier in het nieuwe programma Versterking uitvoeringspraktijk JGZ dat in 2015 van start gaat, aandacht aan te besteden. ZonMw werkt daarbij samen met het NCJ om er voor te zorgen dat nieuwe methodieken en werkwijzen hun weg naar het veld vinden.

Hoe passen initiatieven voor verdere flexibilisering zoals triagemethode binnen het landelijk beleid en de huidige ontwikkelingen m.b.t. de nieuwe jeugdwet en passend onderwijs?

De nieuwe jeugdwet en passend onderwijs krijgen vooral vorm in het lokale domein. Het vraagt flexibiliteit van JGZ-organisaties om samen te werken met andere jeugdhulporganisaties en onderwijsorganisaties in de gemeente.

Hiervoor is al aangegeven welke bijdragen de JGZ kan leveren aan de doelstellingen van het nieuwe jeugdstelsel. Ook als het gaat om passend onderwijs kan de JGZ een bijdrage leveren. Het Nationaal Programma Preventie 'Alles is Gezondheid' heeft als inzet (in het domein Opvoeding en Onderwijs) de jeugdgezondheidszorg meer te verbinden aan scholen om zo de samenwerking te versterken. In dat kader is ook het extra contactmoment jeugdgezondheidszorg voor adolescenten van belang.





Bezoekers- interviews

„Ik vraag me af of dit niet eerder een methodiek was voor 8 jaar geleden. De methodiek is erg interessant, maar ik heb er wel veel vragen bij. Ik denk dat dit kan leiden tot minder verantwoordelijkheid van de ouders, daarbij ben ik van mening dat een doktersassistente niet geschikt genoeg is om vast te stellen of er inderdaad iets mis is met het kind.“



Betty Bakker
Beleidsmedewerker/stafverpleegkundige/ projectleider/
kwartiermaker transitie Vitras en Adviseur Raedelijk

“Ik ondersteun de oproep van Janine om de methodiek verder te ontwikkelen. Ik wil daar graag bij betrokken blijven!”

“De kennis en de ervaring die zijn toegepast bij triagemethode vragen om een zorgvuldige vertaling van praktijk naar beleid binnen de context van het sociaal domein. Het doel is de gemeente duidelijk te maken dat je met de triagemethode juist de goede basiszorg levert waar die het hardst nodig is.”



Ineke Moerman
Algemeen directeur
CJG Rijnmond

“Ik heb Triage zowel in IJsselland als in Drenthe geïntroduceerd. Het is fijn om vandaag iets van het onderzoek terug te krijgen. Mijn enthousiasme over Triage wordt daarmee bevestigd. Triage biedt veel voordelen voor het werk van de JGZ. Zoals de maatschappelijke context: als het namelijk goed werkt, zouden er minder doorverwijzingen moeten zijn. Dat resulteert in minder zorg. Dat zou ik graag willen onderzoeken. De GGD voert met Triage zijn dubbelrol beter uit: individuele zorg en het collectieve gezicht op school.”



Thea van Schaik
Manager JGZ GGD
IJsselland

“Ook in Groningen hebben we een Triagemethode geëvalueerd, maar dan bij de JGZ contacten voor twee- en driejarigen. Voor deze leeftijdsgroep was er nog geen triage-protocol, daarom heeft GGD Groningen als onderdeel van het project een protocol gemaakt. Vervolgens kregen alle kinderen en ouders de standaard contacten maar werd de JGZ medewerker achteraf gevraagd of een contact nodig was geweest. De antwoorden op die vraag werden vergeleken met de resultaten van toepassing van het protocol. Dat leverde op dat de uitkomst van het protocol nauwelijks samenhang met het oordeel van de medewerker, en ook niet met de handelingen die verricht werden. Dit betekent dat het protocol nog veel beter moet; de vraag is of dat ook kan. Arnhem is althans al lang bezig geweest met het ontwikkelen van een goed protocol bij schoolgaande kinderen, misschien kunnen we daar van leren voor de jongere kinderen.”



Menno Reijneveld
Hoogleraar Sociale
Geneeskunde UMCG



Ferdinand Strijthagen
Nederlands Centrum
Jeugdgezondheidszorg



Colofon

ORGANISATOREN GGD Gelderland-Midden
TNO

Mede mogelijk gemaakt door subsidie van ZonMw

DAGVOORZITTER Astrid Feiter

SPREKERS Janine Bezem, hoofd jeugdgezondheidszorg (GGD Gelderland-Midden)
Carolijn Schuiling, arts M&G (jeugdgezondheidszorg)GGD Gelderland-Midden
Mascha Kamphuis, senior onderzoeker TNO
Paul Kocken, senior onderzoeker TNO

PANNELLEDEN Ferdinand Strijthagen, directeur NCJ
Menno Reijneveld, hoogleraar sociale geneeskunde UMCG

ONTWERP & VORMGEVING Visuele Notulen
www.visuelenotulen.nl
info@visuelenotulen.nl
tel. +31 (0)6 30 07 76 75



visuele notulen



 ZonMw  TNO innovation
for life

 Veiligheids- en Gezondheidsregio  Gelderland-Midden
GGD

