



Een uniform triageprotocol voor het signaleren van risicofactoren bij basisschoolkinderen door de jeugdgezondheidszorg

Meinou H. C. Theunissen · Jeroen A. de Wilde · Janine Bezem · Leante van Harten

Geaccepteerd op: 24 maart 2022 / Published online: 22 april 2022
© The Author(s) 2022

Samenvatting

Inleiding Een uniform triageprotocol voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) beoogt bij te dragen aan een kwaliteitsverbetering van de signalering van gezondheidsrisico's bij basisschoolkinderen. Het doel van dit onderzoek is om 1) de testeigenschappen van het uniforme triageprotocol te analyseren en 2) inzicht te krijgen in het oordeel van JGZ-professionals over de bruikbaarheid van het protocol in de JGZ-praktijk.

Methode Er werden 459 basisschoolkinderen geïnccludeerd die in aanmerking kwamen voor een routineonderzoek bij twee JGZ-organisaties. Oudergezondheidsvragenlijsten, gezondheidsdossiergegevens en JGZ-registratieformulieren werden gebruikt. De testeigenschappen van het protocol zijn vastgesteld, met bevindingen geïdentificeerd door JGZ-professionals en JGZ-vervolgacties (vervolgonderzoek JGZ of externe verwijzing) als criteria. De tevredenheid over het uniforme triageprotocol werd onderzocht door acht JGZ-professionals te interviewen.

Resultaten De sensitiviteit (terecht positief) van het uniforme triageprotocol is voldoende tot goed, namelijk 0,73 voor identificatie van een bevinding en 0,91 voor JGZ-vervolgacties. De specificiteit (terecht negatief) is lager, respectievelijk 0,62 en 0,41. Professionals

zijn tevreden over het gebruik van het uniforme triageprotocol.

Conclusie Er worden weinig kinderen met risico's gemist dankzij het uniforme triageprotocol en het instrument wordt door professionals bruikbaar bevonden in de dagelijkse JGZ-praktijk. Nader onderzoek is nodig om deze bevindingen te bevestigen, en om na te gaan in hoeverre deze werkwijze aansluit bij de behoeften van ouders.

Trefwoorden jeugdgezondheidszorg · signaleren · gezondheidsrisico's · kinderen

A uniform triage protocol to identify health risks in primary school children by Preventive Child Healthcare

Abstract

Introduction A uniform triage protocol is developed for Preventive Child Healthcare (PCH) to improve the quality of detection of health problems in primary school children by PCH. The aim of this study is to investigate 1) the psychometric properties and 2) satisfaction of PCH professionals of this uniform triage protocol.

Methods We included 459 primary school children undergoing routine health assessments in two PCH organizations. Parent reported child problems and PCH registry data were used. The validity of the protocol is assessed (sensitivity and specificity), with problems identified by PCH professionals and performing additional actions (additional assessment or referral) as criteria. Next, the satisfaction with the protocol is investigated by interviewing eight professionals.

Results The sensitivity (true positive) of the uniform triage protocol was moderate to good, 0.73 for the identification of any problems, and 0.91 for additional PCH actions. The specificity (true negative) was lower,

M. H. C. Theunissen, PhD (✉) · J. Bezem
TNO Child Health, Leiden, Nederland
meinou.theunissen@tno.nl

J. A. de Wilde
afdeling Public Health en Eerstelijns geneeskundige, Leids
Universitair Medisch Centrum (LUMC), Leiden, Nederland

J. Bezem
Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland Midden
(VGGM), Arnhem, Nederland

L. van Harten
Leivel, Amsterdam, Nederland



respectively 0.62 and 0.41. Professionals were satisfied with the uniform triage protocol.

Conclusion Only a few children with health risks were missed by the uniform triage protocol. Furthermore, professionals were satisfied about the usability of the protocol. Future research is needed to confirm these findings and to assess whether this approach fits with the needs of parents.

Keywords Community pediatric services · Detecting · Health risks · Children

Inleiding

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) speelt in Nederland een belangrijke rol bij de preventie en opsporing van problemen rond de groei en ontwikkeling van kinderen. De JGZ wordt in Nederland actief, systematisch en gratis aangeboden aan alle ongeveer 4 miljoen kinderen van 0 tot 18 jaar. De meeste JGZ-organisaties bieden basisschoolkinderen een contactmoment aan op de leeftijd van 5 tot 6 jaar en 9 tot 11 jaar.

De JGZ heeft te maken met verschillende uitdagingen, zoals een toename van psychosociale en leefstijlgerelateerde problemen bij kinderen [1, 2]. Daarnaast is het belangrijk dat alle (risico)kinderen gelijke toegang tot zorg wordt geboden [3], en dat professionals efficiënt worden ingezet, onder andere vanwege een tekort aan jeugdartsen. Een verhoogde aandacht voor deze kwesties vraagt om een aangepast JGZ-systeem dat het mogelijk maakt om flexibele en gepersonaliseerde zorg te bieden [2, 4]. Deze zorg kan geboden worden door het toepassen van bijvoorbeeld triagering (selectie van de zorgbehoefte ten behoeve van een efficiënte inzet van professionals) en/of taakherschikking (verdeling van taken en verantwoordelijkheden van de juiste professionals) [5, 6].

Het basispakket JGZ dat per 1 januari 2015 van kracht is biedt ook ruimte voor flexibele zorg [7]. Hierin staat beschreven welk pakket aan preventieve gezondheidszorg elk gezin en iedere jeugdige in Nederland van de JGZ aangeboden moet krijgen. Dit basispakket biedt JGZ-organisaties mogelijkheden om de zorg flexibel aan te bieden, zodat deze zorg ook goed aansluit bij individuele behoeften en specifieke (risico)groepen – kortom: mogelijkheden voor maatwerk. Verschillende JGZ-organisaties bieden inmiddels flexibele vormen van organisatie van de zorg in hun regio aan. Een van deze vormen van flexibele zorg is de zogenaamde 'triagewerkwijze'.

De triagewerkwijze in de JGZ is ontwikkeld binnen de JGZ van VGGM (Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland Midden) en heeft veel navolging gekregen in het land. Deze werkwijze past bij de toegenomen behoefte aan passende en tijdige zorg op maat en speelt in op het tekort aan artsen op de arbeidsmarkt. Belangrijke kenmerken van deze werkwijze zijn triagering en taakherschikking.

In de triagewerkwijze van VGGM maakt een doktersassistente een selectie van kinderen. Op basis van een triageprotocol bepaalt ze of nader onderzoek door een jeugdarts of jeugdverpleegkundige nodig is. Deze selectie van kinderen gebeurt op grond van de volgende informatiebronnen: 1) gezondheidsvragenlijsten voor ouders, 2) gegevens uit het gezondheidsdossier, en 3) een screening op school van lengte, gewicht en (zo nodig) ogen en/of oren. Uit onderzoek blijkt dat deze triagewerkwijze veelbelovend is, omdat er geen verschil in percentage bevindingen of vervolgcities werd gevonden ten opzichte van het traditionele aanbod van routinecontactmomenten (alle kinderen gezien door een jeugdarts of jeugdverpleegkundige) [8, 9]. Hieruit werd afgeleid dat bij de twee werkwijzen hetzelfde percentage kinderen met een gezondheidsrisico gesignaleerd wordt. De triagewerkwijze is echter nog niet volledig onderbouwd en geüniformeerd in de JGZ. Iedere JGZ-organisatie bepaalt met eigen ontwikkelde triageprotocollen en gezondheidsvragenlijsten wanneer een kind in aanmerking komt voor een uitnodiging bij de jeugdarts of jeugdverpleegkundige.

In de JGZ-praktijk is er behoefte aan een uniform onderbouwd triageprotocol met eenduidige normen waarmee een risicoselectie gemaakt kan worden. Om aan deze behoefte te voldoen is op systematische wijze een uniform triageprotocol ontwikkeld voor basisschoolkinderen (5- tot 6-jarigen en 9- tot 11-jarigen) met behulp van een expertgroep, die onder anderen bestond uit deskundigen uit de JGZ-praktijk. Als basis voor dit uniforme triageprotocol zijn de bestaande protocollen uit de JGZ-praktijk gebruikt, waaronder die van VGGM. De protocollen voor beide leeftijdsgroepen komen grotendeels overeen en daarom wordt gesproken van een 'uniform triageprotocol'. De beslisregels in het uniforme triageprotocol zijn tot stand gekomen op basis van JGZ-richtlijnen, wetenschappelijk literatuur en praktijk-

Tabel 1 Gezondheidsthema's in het uniforme triageprotocol

Gezondheidsthema's	
Lengte	Last van ingrijpende gebeurtenissen
Gewicht	School (vragen)
Visus	Voeding
Gehoer	Slapen
Psychosociale ontwikkeling – inclusief SDQ	Vrijtijdsbesteding
Gezondheidsklachten	Puberteit/seksuele ontwikkeling (alleen 9–11 jaar)
Schoolverzuim	Mondgezondheid
Ongeval	Zwemvaardigheid
Zindelijkheid urine en ontlasting	Behandeling bij huisarts of specialist
Ervaren opvoeding	Armoede
Spraak-/taalontwikkeling	Verstandelijke beperking ouders en/of kind
Motoriek/bewegen	Asielzoekerskind
Vaccinaties	

ervaringen [10]. Het uniforme triageprotocol omvat 25 gezondheidsthema's, zoals zindelijkheid, slapen en psychosociale problemen (zie tab. 1).

Een van de bronnen voor risicoselectie zijn gezondheidsvragenlijsten voor ouders. In 2013 is voor de JGZ op systematische wijze een uniforme gezondheidsvragenlijst ontwikkeld (ook wel standaardsignaleringslijst genoemd) voor ouders van 5- tot 6- en 10- tot 11-jarigen, als reactie op de grote variatie aan vragenlijsten in de JGZ [11]. Deze vragenlijst is als bron gebruikt voor het uniforme triageprotocol. Het protocol houdt rekening met de individuele wensen van kind en ouders door vragen/zorgen van ouders centraal te stellen. In de vragenlijst wordt ouders gevraagd of ze een afspraak willen met de JGZ (en waarvoor). Wanneer ze deze vraag met 'ja' beantwoorden, krijgen ze een uitnodiging om op het spreekuur te komen. Naast de gezondheidsvragenlijst wordt bij ouders in deze triagewerkwijze ook de valide Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) afgenomen voor het meten van psychosociale problemen [12–14].

Het uniforme triageprotocol beoogt bij te dragen aan een kwaliteitsverbetering van de signalering van gezondheids- en ontwikkelingsrisico's bij basisschoolkinderen door de JGZ. Het is nog niet duidelijk wat de kwaliteit van signalering van het uniforme triageprotocol is en hoe bruikbaar het is in de JGZ-praktijk. Dit artikel beschrijft twee onderzoeken. Het eerste onderzoek de testeigenschappen van het uniforme triageprotocol. Hierbij werd de klinische inschatting van de JGZ-professional (jeugdarts of jeugdverpleegkundige) als criterium gebruikt. Het tweede onderzoek moest inzicht verschaffen in het oordeel van JGZ-professionals over de bruikbaarheid van het uniforme triageprotocol voor de JGZ-praktijk.

Methode

De gegevens zijn verzameld in het kader van routine JGZ-contactmomenten. De dataverzameling heeft plaatsgevonden in twee deelonderzoeken. In onderzoek 1 werden de testeigenschappen van het uniforme triageprotocol in kaart gebracht met kwantitatieve data afkomstig van twee JGZ-organisaties die een traditionele werkwijze hanteren. In de traditionele werkwijze worden alle kinderen tijdens de routinecontactmomenten op de leeftijd van 5 tot 6 en 9 tot 11 jaar gezien door een jeugdarts of jeugdverpleegkundige. In onderzoek 2 werd de bruikbaarheid van het uniforme triageprotocol onderzocht met behulp van een pilot waarbij het triageprotocol werd geïmplementeerd in twee andere JGZ-organisaties. Deze organisaties hanteren een triagewerkwijze. In totaal hebben vier JGZ-organisaties deelgenomen aan de dataverzameling.

Dit onderzoek is goedgekeurd door de Medisch Ethische Commissie (METC) van het Leids Universitair Medisch Centrum (LUMC).

Onderzoek 1: testeigenschappen van het uniforme triageprotocol

Populatie

Twee JGZ-organisaties includeerden in de periode juni 2017 tot en met september 2018 alle voor een routinecontactmoment uitgenodigde kinderen in de leeftijd van 5 tot 6 en 9 tot 11 jaar in vijf geselecteerde wijken. In totaal werden naar schatting 504 ouders geïncludeerd, van wie 9% niet op het contactmoment verscheen. Uiteindelijk werden de gegevens van 459 ouders geanalyseerd.

Procedure

De twee deelnemende jeugdgezondheidszorgorganisaties hanteerden een traditionele werkwijze, waarbij elk kind in de doelleeftijd (5- tot 6- en 9- tot 11-jarigen) met de ouder(s) werd uitgenodigd voor een contactmoment door de jeugdarts (5- tot 6-jarigen) of jeugdverpleegkundige (9- tot 11-jarigen). Ouders kregen de uniforme gezondheidsvragenlijst (inclusief SDQ) toegezonden, samen met de uitnodiging voor het contactmoment [15]. Conform de traditionele werkwijze werden alle ingevulde gezondheidsvragenlijsten door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige met de ouder en/of het kind besproken. De professionals gebruikten hierbij ook de SDQ-afkapwaarden, zoals beschreven in de SDQ-handleiding [15]. Na afloop van dit onderzoek registreerde de jeugdarts of jeugdverpleegkundige de volgende gegevens op een registratieformulier: bevindingen (bijvoorbeeld psychosociaal probleem, overgewicht, afwijkende lengte, opvoedingsproblemen, slaapproblemen) en vervolgacties (dat wil zeggen (telefonisch) vervolgonderzoek en/of een externe verwijzing). Er hebben geen wijzigingen plaatsgevonden in de wijze waarop de zorg werd aangeboden. De jeugdarts of jeugdverpleegkundige maakte geen gebruik van het uniforme triageprotocol, en had ook geen inzicht in de uitslag van het protocol.

De JGZ-organisaties stuurden de gezondheidsvragenlijsten (inclusief de SDQ) en de registratieformulieren van de professionals naar TNO. De achtergrondkenmerken van het kind en de uitkomsten van het screeningsonderzoek door de assistente (dat wil zeggen gewicht, lengte en uitslag visus- en gehoor) zijn in kaart gebracht door informatie uit het digitaal dossier JGZ (DD-JGZ) te verzamelen. De onderzoekers van TNO bepaalden de uitslag van het uniforme triageprotocol door achteraf de beslisregels van het protocol op de verzamelde gegevens toe te passen.

Meetinstrumenten

Het *uniforme triageprotocol* bestaat uit beslisregels over 25 gezondheidsthema's (zie tab. 1). De selectie van kinderen met risicofactoren vindt plaats op basis van 1) gezondheidsvragenlijsten voor ouders (inclusief SDQ), 2) gegevens uit het gezondheidsdossier en 3) een screening van lengte, gewicht en (zo nodig) visus en/of gehoor. De beslisregels in het uniforme

triageprotocol zijn tot stand gekomen op basis van JGZ-richtlijnen, wetenschappelijk literatuur en praktijkervaringen [10]. Het protocol geeft bij ieder kind aan of er wel of geen (telefonisch) contact met de JGZ nodig is.

De *uniforme gezondheidsvragenlijst* voor ouders bestaat uit 28 vragen gericht op de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van het kind. Deze uniforme gezondheidsvragenlijst is in een eerder project op systematische wijze ontwikkeld, als reactie op de grote variatie aan vragenlijsten in de JGZ, waarbij de bruikbaarheid is aangetoond [11]. De vragen bleken niet in alle gevallen toereikend, daarom zijn ze iets aangepast voor triagedoeleinden.

De *SDQ-ouderversie* is een valide instrument voor het meten van psychosociale problemen van een kind [12–14, 16]. Ze bestaat uit 25 items, waarbij elk item op een driepuntsschaal gescoord kan worden (0 = 'niet waar', 1 = 'beetje waar' en 2 = 'zeker waar'). Items kunnen gegroepeerd worden in vijf subschalen: emotionele problemen, gedragsproblemen, hyperactiviteit, problemen met leeftijdgenoten en prosociaal gedrag. Een totale SDQ-score kan berekend worden door de scores van de eerste vier subschalen bij elkaar te nemen. Bij de SDQ is een leeftijdsspecifiek afkappunt toegepast [16].

Analyse

Eerst zijn de achtergrondkenmerken van de populatie vastgesteld (geslacht en leeftijd van het kind, opleiding en etniciteit van de ouders). Ook is de uitslag van het uniforme triageprotocol in kaart gebracht (dat wil zeggen wel/geen (telefonisch) contact met de JGZ naar aanleiding van het uniforme protocol).

Ten tweede zijn de testeigenschappen (sensitiviteit en specificiteit) van het uniforme triageprotocol vastgesteld. Daarbij worden de volgende twee criteria gehanteerd: wel/geen bevinding vastgesteld door jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige en wel/geen indicatie gegeven voor een vervolgactie door de jeugdarts/jeugdverpleegkundige. Een vervolgactie kan bestaan uit 1) een indicatie voor een (telefonisch) JGZ-vervolgcontact en/of 2) een verwijzing naar een externe organisatie. Het oordeel van de jeugdarts/jeugdverpleegkundige wordt geregistreerd na afloop van een JGZ-contactmoment. Deze criteria zijn verzameld in een traditionele JGZ-werkwijze, waarbij alle kinderen gezien worden door een jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige.

Bij alle analyses is een uitsplitsing gemaakt naar leeftijdsgroep (5 tot 6 jaar en 9 tot 11 jaar).

Onderzoek 2: pilot naar bruikbaarheid in de JGZ-praktijk

Het uniforme triageprotocol is geïmplementeerd in twee JGZ-organisaties met een triagewerkwijze. Hun eigen triageprotocol en gezondheidsvragenlijst werd gedurende de onderzoeksperiode vervangen door het

uniforme triageprotocol en bijbehorende gezondheidsvragenlijst. In een pilot is het oordeel van de JGZ-professionals over de bruikbaarheid van het uniforme triageprotocol onderzocht.

Populatie

Met acht JGZ-professionals van twee JGZ-organisaties (twee jeugdartsen, drie jeugdverpleegkundigen en drie doktersassistentes) die tijdens de pilot gebruik hebben gemaakt van het uniforme triageprotocol zijn (focusgroep)interviews gehouden gericht op de tevredenheid met het uniforme triageprotocol. Een van de twee JGZ-organisaties hanteerde alleen bij de leeftijdsgroep 9- tot 11-jarigen een triagewerkwijze (en dus niet bij 5- tot 6-jarigen).

Procedure en meetinstrumenten

De professionals hebben in de periode september 2018 tot en met mei 2019 met het uniforme triageprotocol gewerkt. Voorafgaand kregen zij op de eigen locatie een instructie over het werken met het protocol. Ouders kregen de uniforme gezondheidsvragenlijst (inclusief SDQ) toegezonden, samen met de uitnodiging voor het contactmoment. Conform de triagewerkwijze werd op basis van het uniforme triageprotocol bepaald welke kinderen in aanmerking kwamen voor contact met de JGZ (dat wil zeggen een uitnodiging voor een face-to-face/telefonisch JGZ-contact).

Na afloop van de pilot hebben we (focusgroep)interviews gehouden met JGZ-professionals over hun tevredenheid met het uniforme triageprotocol. Het focusgroepinterview met de JGZ-professionals van één JGZ-organisatie vond plaats op locatie en de individuele interviews met de professionals van de andere JGZ-organisatie zijn telefonisch afgenomen. Alle interviews zijn afgenomen door een onderzoeker van TNO en volgden een vooraf opgesteld script. De JGZ-professionals werd gevraagd in hoeverre de beslisseregels van het uniforme triageprotocol uitvoerbaar zijn, in welke mate de uitslag van het protocol overeenkomt met de eigen klinische blik, wat de reacties van ouders zijn op de aangepaste werkwijze, welke aanpassingen aan het uniforme triageprotocol nodig zijn en aan welke randvoorwaarden moet worden voldaan voor een optimale implementatie van het uniforme triageprotocol.

Data-analyse

Elke interview is uitgewerkt in een verslag. Twee onderzoekers hebben daarbij de hierboven genoemde vragen systematisch beoordeeld. Wanneer beoordelingen verschilden is gezocht naar consensus.

Tabel 2 Kenmerken van een onderzoekspopulatie 5- tot 6- en 9- tot 11-jarigen, en de uitslag van het uniforme triageprotocol

	5- tot 6-jarigen n= 249 n (%)	9- tot 11-jarigen n= 210 n (%)	Totaal n= 459 n (%)
Geslacht			
Jongen	138 (55,4)	99 (47,1)	237 (51,6)
Meisje	111 (44,6)	111 (52,9)	222 (48,4)
Opleiding ouders^a			
Laag	33 (15,9)	26 (18,8)	59 (17,1)
Middelbaar	53 (25,5)	54 (39,1)	107 (30,9)
Hoog	122 (58,7)	58 (42,0)	180 (52,0)
Etniciteit			
Nederlands	136 (58,1)	128 (62,7)	264 (60,3)
Immigrant niet-westers	78 (33,3)	54 (26,5)	132 (30,1)
Immigrant westers	20 (8,6)	22 (10,8)	42 (9,6)
Uitslag uniforme triageprotocol			
Contact met JGZ naar aanleiding van protocol ^b	170 (68,3)	132 (62,9)	302 (65,8)
– Uitnodiging face-to-face contact	148 (59,4)	129 (61,4)	277 (60,3)

^aOpleiding ouders: laag = geen/basisonderwijs/lbo/vmbo/mavo; middelbaar = havo/vwo/mbo; hoog = hbo/universiteit
^bContact JGZ naar aanleiding van de uitslag van het protocol: onder andere face-to-face of telefonisch JGZ-contactmoment
 Ontbrekende variabelen: leeftijd n= 0; geslacht n= 0; opleiding ouders n= 113; etniciteit n= 21

Resultaten

Onderzoek 1: testeigenschappen van het uniforme triageprotocol

Tabel 2 geeft een overzicht van de kenmerken van de onderzoekspopulatie. In totaal zijn 459 ouders (249 ouders van 5- tot 6-jarigen; 210 ouders van 9- tot 11-jarigen) geïncorporeerd in het onderzoek. De helft (52%) van de ouders is hoogopgeleid, 31% is middelbaar en 17% is laagopgeleid. Zestig procent van de ouders is van Nederlandse herkomst. De uitslag van het uniforme triageprotocol geeft aan dat 66% van alle basisschoolleerlingen in aanmerking komt voor contact met de JGZ, zoals een uitnodiging voor een face-to-face JGZ-contactmoment (60%).

Tabel 3 geeft een overzicht van de testeigenschappen van het uniforme triageprotocol. Het percentage kinderen dat terecht gesignaleerd wordt door het uniforme triageprotocol (sensitiviteit) en terecht niet gesignaleerd wordt (specificiteit) is respectievelijk 73% en 62% voor het criterium bevindingen JGZ en achtereenvolgens 91% en 45% voor het criterium vervolgactie JGZ.

Tabel 3 Testeigenschappen van het uniforme triageprotocol (n = 459)

	5- tot 6-jarigen	9- tot 11-jarigen	Totaal
Criterium: Bevindingen JGZ			
Bevindingen JGZ	210 (85,4%)	146 (71,2%)	356 (78,9%)
Sensitiviteit	0,74 (0,68–0,80) ^b	0,72 (0,66–0,78) ^b	0,73 (0,69–0,77) ^b
Specificiteit	0,67 (0,54–0,80) ^b	0,59 (0,47–0,72) ^b	0,62 (0,52–0,72) ^b
Criterium: Vervolgactie JGZ^a			
Vervolgacties JGZ	102 (41,0%)	33 (15,7%)	135 (29,9%)
Sensitiviteit	0,92 (0,87–0,97) ^b	0,88 (0,77–0,99) ^b	0,91 (0,86–0,96) ^b
Specificiteit	0,48 (0,40–0,56) ^b	0,42 (0,35–0,49) ^b	0,45 (0,40–0,50) ^b

^aVervolgactie JGZ: een indicatie voor een (telefonisch) JGZ-vervolgcontact en/of externe verwijzing
^b95%-betrouwbaarheidsinterval
 Sensitiviteit: het percentage kinderen dat terecht gesignaleerd wordt door het triageprotocol; specificiteit: het percentage kinderen dat terecht niet gesignaleerd wordt door het triageprotocol

Onderzoek 2: pilot naar de bruikbaarheid in de JGZ-praktijk

De JGZ-professionals (assistentes, verpleegkundigen en artsen) zijn geïnterviewd over de tevredenheid met het uniforme triageprotocol. De meeste JGZ-professionals geven aan dat de beslisregels in het uniforme triageprotocol helder en overzichtelijk zijn. Ook vinden ze dat de uitslag van het uniforme triageprotocol overeenkomt met de eigen klinische blik. Deze inschatting kunnen de professionals alleen maken over de kinderen die ze gezien hebben. De reacties van ouders op de gezondheidsvragenlijst waren in het algemeen positief en ze waren vergelijkbaar met de reacties ten tijde van de oude triagewerkwijze. Bij sommige gezondheidsthema's, zoals zindelijkheid, overgewicht, armoede en ongeval, is het volgens de professionals wenselijk om bij een afwijkende uitslag eerst telefonisch contact op te nemen met de ouders, in plaats van hen meteen uit te nodigen voor een face-to-face contact. Met telefonisch contact kan informatie verzameld worden over de context, om vervolgens te bepalen of een uitnodiging nodig/wenselijk is.

Voor een optimale implementatie van een triagewerkwijze is het volgens professionals van belang dat doktersassistentes geschoold worden, zodat zij over de juiste competenties beschikken om het uniforme triageprotocol toe te passen. Denk aan interpretatie van groeicurven en berekening van de SDQ-score. Voor een optimale implementatie van het uniforme triageprotocol is het volgens de JGZ-professionals ook van belang dat de uitkomsten automatisch gekoppeld worden aan het DD-JGZ. Nu worden de gegevens handmatig ingevoerd. We hebben elders een uitgebreidere beschrijving van de resultaten van de pilot gepubliceerd [10].

Beschouwing

Het percentage kinderen dat volgens de JGZ-professional terecht gesignaleerd werd met het uniforme triageprotocol is 73% voor het criterium bevindingen JGZ en 91% voor het criterium vervolgactie JGZ (sensitiviteit). De hoge sensitiviteit geeft aan dat het protocol relatief weinig kinderen met gezondheidsrisico's mist. De gevonden specificiteit is lager. Het percentage kinderen dat volgens de JGZ-professional terecht niet gesignaleerd werd met het uniforme triageprotocol is 62% voor het criterium bevindingen JGZ en 45% voor het criterium vervolgactie JGZ. De testeigenschappen (sensitiviteit en specificiteit) bij de twee verschillende leeftijdsgroepen (5 tot 6 en 9 tot 11 jaar) zijn zeer vergelijkbaar.

Wat betreft de bruikbaarheid: het percentage basisschoolkinderen dat naar aanleiding van de uitslag van het uniforme triageprotocol in aanmerking kwam voor een face-to-face onderzoek door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige is hoog (60%). Verder waren de JGZ-professionals tevreden over de bruikbaarheid van het uniforme triageprotocol. Ze gaven aan dat de beslisseregels in het protocol helder en overzichtelijk zijn. Ook vonden ze dat de uitslag van het protocol redelijk overeenkwam met de uitslag van hun eigen onderzoek en klinische blik. Er zijn aanbevelingen gegeven voor enkele aanpassingen aan het protocol.

Interpretatie van de resultaten en eerder onderzoek

De gevonden sensitiviteit is hoog. Dit geeft aan dat het protocol veel kinderen met gezondheidsrisico's terecht signaleert en dat er weinig kinderen met gezondheidsrisico's gemist worden. De specificiteit is aan de lage kant bij zowel het criterium bevindingen JGZ als de vervolgactie JGZ. Dit wijst erop dat er door het uniforme triageprotocol relatief veel kinderen ten onrechte gesignaleerd worden met een mogelijke risicofactor. Wat zijn de gewenste sensitiviteit en specificiteit bij het gebruik van het uniforme triageprotocol? Vanuit de JGZ-praktijk werd aangegeven dat het belangrijk is om zo min mogelijk kinderen met risicofactoren te missen (hoge sensitiviteit). Maar een hoog percentage kinderen ten onrechte oproepen (lage specificiteit) vergt veel personele JGZ-capaciteit. Desondanks geeft de JGZ-praktijk aan dat het meestal nuttig is dat er een afspraak werd gemaakt, ook als er geen bevinding wordt vastgesteld of vervolgactie nodig is, bijvoorbeeld voor geruststelling van ouders. Geruststelling (ofwel normaliseren) is ook een van de taken van de JGZ.

In eerder onderzoek naar de triagemethode in de Nederlandse JGZ is een vergelijking gemaakt tussen de triagewerkwijze en het traditionele aanbod van routinecontactmomenten (alle kinderen gezien door een jeugdarts of jeugdverpleegkundige). Deze onderzoeken tonen aan dat de triagewerkwijze inclusief taakherschikking veelbelovend is, omdat in de twee

werkwijzen hetzelfde percentage kinderen met een gezondheidsrisico gesignaleerd wordt [8, 9].

Internationaal onderzoek naar het toepassen van triage is vooral gericht op de setting van de Spoedeisende Eerste Hulp, waarbij triage wordt gebruikt voor het onderscheiden van patiënten met een hoge en lage zorgbehoefte. Een review over de prestatie van deze triagemodellen toont aan dat deze redelijk valide zijn [17].

Er zijn ook internationale onderzoeken gedaan naar zorgmodellen van taakherschikking (zonder triage), waarbij een vergelijking wordt gemaakt tussen een zorgmodel met taakherschikking en de traditionele werkwijze [6]. Een review concludeert dat taakherschikking een veelbelovende methode is om de effectiviteit van de zorg te verhogen. De auteurs geven ook aan dat er nog weinig onderzoek is gedaan naar de kwaliteit van de zorg en de zorguitkomsten van deze zorgmodellen met taakherschikking. Ze bevelen daarom aan hier verder onderzoek naar te doen [6]. Ons onderzoek naar de validiteit van het uniforme triageprotocol geeft gehoor aan die oproep.

Beperkingen

Dit onderzoek kent een aantal beperkingen. Ten eerste hebben de JGZ-professionals geen goede registratie bijgehouden over de non-respons. Dat bemoeilijkt het bepalen van de respons en daarom was het niet mogelijk om de kenmerken van ouders te bepalen die niet op het JGZ-contactmoment verschenen zijn. Eerder onderzoek heeft aangetoond dat non-respons vaak meer personen betreft met gezondheidsrisico's [18], en daarom zijn kinderen met gezondheidsrisico's wellicht ondervertegenwoordigd in ons onderzoek. Een andere beperking is dat we de bevindingen en geïndiceerde vervolgacties van de jeugdarts/jeugdverpleegkundige als validatiecriteria gebruikt hebben. Andere criteria, zoals intercollegiale overeenstemming, de bevindingen van medisch specialisten of uitgebreidere diagnostische vragenlijsten die bij risicogroepen worden ingezet, kunnen van toegevoegde waarde zijn. Vanwege de complexiteit en hoge kosten hebben we die niet toegepast.

Ten slotte zijn de testeigenschappen van het uniforme triageprotocol in een optimale implementatietest vastgesteld. Het protocol werd niet gebruikt door JGZ-professionals in de praktijk, maar is door onderzoekers van TNO achteraf toegepast op de verzamelde gegevens. Het is mogelijk dat de beslisseregels van het uniforme protocol in de dagelijkse JGZ-praktijk niet altijd zoals beoogd worden opgevolgd. Dat kan invloed hebben op de kwaliteit van de signalering. Nader onderzoek is nodig om te bepalen of de gevonden testeigenschappen gehandhaafd blijven bij gebruik in de JGZ-praktijk.

Implicaties

Vanwege het tekort aan JGZ-professionals (onder anderen jeugdartsen) neemt de noodzaak voor JGZ-organisaties toe om de JGZ anders in te richten, bijvoorbeeld door een triagewerkwijze toe te passen. Dit onderzoek draagt bij aan de onderbouwing van de triagewerkwijze in de JGZ. JGZ-organisaties die zo'n werkwijze hanteren of organisaties die besluiten om een triagewerkwijze in te voeren hebben hiermee de mogelijkheid om een uniforme triageprotocol te gebruiken dat systematisch ontwikkeld is, bruikbaar blijkt en valide is bevonden.

Nader onderzoek is nodig om de gevonden validiteit van het uniforme triageprotocol te bevestigen. Bij de ontwikkeling van het protocol en de bijbehorende gezondheidsvragenlijst is er aandacht besteed aan de individuele wensen en behoeften van ouders. Vervolgonderzoek dient na te gaan in hoeverre deze werkwijze daadwerkelijk aansluit bij de behoefte en wensen van ouders en kinderen.

Tijdens het onderzoek is er draagvlak gecreëerd voor het uniforme triageprotocol binnen het veld. Vertegenwoordigers van de verschillende beroepsgroepen en landelijke instituten hebben deelgenomen aan het project door zitting te nemen in een werkgroep of klankbordgroep. Nu komt het aan op de adoptie en implementatie van het uniforme triageprotocol. Om adoptie ervan in het veld te stimuleren zullen JGZ-professionals ervan overtuigd moeten worden dat het protocol goed bruikbaar is en dat de kwaliteit van de signalering van gezondheids- en ontwikkelingsrisico's goed is. Dit kan bereikt worden door in een implementatietraject aandacht te besteden aan de voor- en nadelen van het gebruik van het protocol in de JGZ. De resultaten van dit onderzoek dragen bij aan de onderbouwing van deze voor- en nadelen.

Voor een succesvolle implementatie moet er voldaan worden aan enkele randvoorwaarden. Naar aanleiding van de pilot hebben professionals aanbevelingen gegeven voor enkele aanpassingen aan het uniforme triageprotocol. Voordat het protocol geïmplementeerd wordt dient de betreffende JGZ-organisatie te overwegen om (enkele) van deze aanpassingen door te voeren. Verder is het van belang om na te gaan of het protocol gekoppeld kan worden aan de digitale systemen, om zo optimaal gebruik door de JGZ-professional te faciliteren. Een andere randvoorwaarde voor een goede implementatie is het aanbieden van scholing aan doktersassistenten, onder andere voor de interpretatie van de groeicurves en voor het scoren en interpreteren van de SDQ. Verder is het van belang om de implementatie goed te begeleiden en te monitoren.

Bedenk ten slotte dat het ontwikkelde uniforme triageprotocol een levend document is dat regelmatig herzien dient te worden, onder andere vanwege het verschijnen van nieuwe JGZ-richtlijnen. We bevelen de richtlijncommissie daarom aan om de rele-

vante items binnen het triageprotocol te herijken of dat achteraf door een beheerende organisatie te laten doen.

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Literatuur

1. Koplan JB, Fleming DW. Current and future public health challenges. *JAMA*. 2000;284:1696–8.
2. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global overview of school health services: data from 102 countries. *Health Behav Policy Rev*. 2015;2:268–83.
3. World Health Organization. Pairing children with health services. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2010.
4. Wolfe I, Thompson M, Gill P, Tamburlini G, Blair M, Bruel A van den, et al. Health services for children in western Europe. *Lancet*. 2013;381:1224–34.
5. Parkin A, Frake C, Davison I. A triage clinic in a child and adolescent mental health service. *Child Adolesc Ment Health*. 2003;8:177–83.
6. Fulton BD, Scheffler RM, Sparkes SP, Auh EY, Vujicic M, Soucat A. Healthworkforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. *Hum Resour Health*. 2011;9:1.
7. Nederlands Centrum Jeugdgezondheidszorg. Besluit Publieke gezondheid. <https://www.ncj.nl/themadossiers/uitvoeringskader/wettelijk-kader-basispakket-jgz/besluit-publieke-gezondheid/>. Geraadpleegd op 10 oktober 2021.
8. Bezem J, Theunissen M, Kamphuis M, Numans ME, Buitendijk SE, Kocken PL. A novel triage approach to identifying health concerns. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20150814.
9. Bezem J, Kocken PL, Kamphuis M, Theunissen MHC, Buitendijk SE, Numans ME. Triage in preventive child health-care: a prospective cohort study of care use and referral rates for children at risk. *BMJ Open*. 2017;7(10):e16423.
10. Theunissen MHC, Pal S van der, Harten L van. Achtergronddocument 'Een uniforme triageprotocol voor het signaleren van ontwikkelings- of gezondheidsrisico's door de Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO; 2019.
11. Theunissen MHC, Lijster GP de, Wilde JA de, Kocken PL. Signaleren in de JGZ: ontwikkeling en bruikbaarheid van een standaard vragenlijst ten behoeve van het preventief gezondheidsonderzoek 5–6 en 10–11 jarigen. *Tsg Tijdschr Gezondheidswet*. 2013;91:415–21.
12. Mieloo C, Raat H, Oort F van, Bevaart F, Vogel I, Donker M, et al. Validity and reliability of the strengths and difficulties questionnaire in 5–6 year olds: differences by gender or by parental education? *Plos One*. 2012;7(5):e36805.
13. Stone LL, Janssens JM, Vermulst AA, Maten M van der, Engels RCME, Otten R. The strengths and difficulties questionnaire: psychometric properties of the parent and teacher version in children aged 4–7. *BMC Psychol*. 2015;3(1):4.



14. Vogels AG, Crone MR, Hoekstra F, Reijneveld SA. Comparing three short questionnaires to detect psychosocial dysfunction among primary school children: a randomized method. *Bmc Public Health*. 2009;9(1):489.
15. Theunissen MHC, Wolff M de, Grieken A van, Mieloo C. Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de Jeugdgezondheidszorg. Vragenlijst voor het signalering van psychosociale problemen bij kinderen van 3–17 jaar. Leiden: TNO; 2016.
16. Goodman R. The strengths and difficulties questionnaire: a research note. *J Child Psychol Psychiatr*. 1997;38:581–6.
17. Zachariasse JM, Hagen V van der, Seiger N, Mackway-Jones K, Veen M van, Moll HA. Performance of triage systems in emergency care: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2019;9(5):e26471.
18. Loon AJM van, Tjihuis M, Picavet HSJ, Surtees PG, Ormel J. Survey non-response in the Netherlands: effects on prevalence estimates and associations. *Ann Epidemiol*. 2003;13(2):105–10.