

De jeugdverpleegkundige als verbindingsprofessional tussen de kindergeneeskunde en het sociale domein: is dit effectief en efficiënt?

Gepubliceerd: 25-07-2017 Laatste bijgewerkt: 12-04-2024

DOELSTELLING Dit onderzoek is gericht op het optimaliseren van de aansluiting tussen medisch-curatieve zorg en hulpverlening in het sociaal domein voor kinderen en jeugdigen. Het primaire doel is door inzet van jeugdverpleegkundigen in directe...

Ethische beoordeling	Goedgekeurd WMO
Status	Werving gestart
Type aandoening	Overige aandoening
Onderzoekstype	Interventie onderzoek

Samenvatting

ID

NL-OMON45420

Bron

ToetsingOnline

Verkorte titel

JIVES

Aandoening

- Overige aandoening

Synoniemen aandoening

Sociale en psychosociale problematiek

Aandoening

sociale en psychosociale problematiek

Betreft onderzoek met

Mensen

Ondersteuning

Primaire sponsor: GGD West-Brabant

Overige ondersteuning: ZonMw, Gemeente Breda

Onderzoeksproduct en/of interventie

Trefwoord: Interdisciplinair, Mentaal, Psychosociaal, Psychosomatisch

Uitkomstmaten

Primaire uitkomstmaten

Ouders vullen op drie verschillend momenten vragenlijsten in, t.w. meteen na de inclusie, na afsluiting van het contact met de jeugdverpleegkundige (controle groep: 3 maanden na het eerste consult met de kinderarts) en na het afsluitende contact met de kinderarts. Het invullen van de vragenlijsten neemt maximaal een half uur per keer in beslag.

Ouder/kind tevredenheid

Een van de primaire uitkomstmaten in dit onderzoek is de tevredenheid van ouders en kinderen met het resultaat van de hulp en het zorgproces. Een vragenlijst die aan het eind van de begeleiding in de jeugdzorg standaard wordt gebruikt om de indicator *cliënttevredenheid* te meten, is de Exit-vragenlijst Jeugd- en Opvoedhulp. De Exit-vragenlijst is een korte gevalideerde vragenlijst met een aparte versie voor ouders en voor kinderen vanaf 12 jaar. Het is de enige vragenlijst op dit gebied dat een item bevat over de vraag of een cliënt zonder hulp verder kan, een belangrijke indicator van het effect van de interventie. In het voorliggende onderzoeksvoorstel wordt de Exit-vragenlijst gebruikt voor het meten van oudertevredenheid betreffende de hulpverlening en

worden er extra vragen toegevoegd om het zorgproces te kunnen evalueren. De Exit-vragenlijst wordt tevens gebruikt voor het meten van kind tevredenheid betreffende de hulpverlening bij kinderen van 12 jaar en ouder. Ook aan deze vragenlijst worden de extra vragen toegevoegd om het zorgproces te kunnen evalueren.

De Exit-vragenlijst wordt op twee meetmomenten ingezet. Het eerste meetmoment is voor de interventiegroep direct na afsluiting van het contact met de jeugdverpleegkundige en voor de controlegroep drie maanden na het eerste consult met de kinderarts. Het tweede meetmoment is voor de interventiegroep drie maanden na afsluiting van het contact met de jeugdverpleegkundige en voor de controlegroep zes maanden na het eerste consult met de kinderarts. De meetmomenten voor de controlegroep, resp. drie en zes maanden na het eerste contact met de kinderarts zijn gebaseerd op de gemiddelde verwachte tijd die nodig is voordat een kind bij de best passende hulpverlenende instantie is aangekomen.

Voor beide groepen geldt dat het doel van de eerste meting is na te gaan of ouders en kinderen direct na afronding van de begeleiding door de kinderarts en jeugdverpleegkundige tevreden zijn met de geboden hulp en van de tweede meting of de tevredenheid langere tijd aanhoudt.

Doorlooptijd

Om inzicht te krijgen in de vraag of de zorg tijdig en snel wordt geleverd, wordt tevens de doorlooptijd van het proces in kaart gebracht. Met de

doorlooptijd wordt hier bedoeld, het moment van verwijzing van de kinderarts naar de jeugdverpleegkundige tot het moment waarop een kind passende zorg krijgt.

Met behulp van aanvullende vragen op de hierboven beschreven Exit vragenlijst worden de volgende gegevens in kaart gebracht:

Interventie groep

- de doorlooptijd van het eerste consult met de kinderarts tot het eerste contact met de jeugdverpleegkundige. Hierbij wordt gecorrigeerd voor de tijd die in beslag wordt genomen door de toestemmings- en randomisatie procedure.
- de doorlooptijd van het eerste contact met de jeugdverpleegkundige tot het moment van de afsluiting door de jeugdverpleegkundige.

Controlegroep

- de doorlooptijd van het eerste consult met de kinderarts tot het eerste contact met het CJG, de JGZ of de huisarts. Hierbij wordt gecorrigeerd voor de tijd die in beslag wordt genomen door de toestemmings- en randomisatie procedure.
- de doorlooptijd van het eerste contact met de JGZ, CJG of huisarts tot het moment van overdracht naar vervolgzorg.

Secundaire uitkomstmaten

Opvoedingsbelasting

Uit het pilotonderzoek is naar voren gekomen dat veel van de problematiek van de kinderen gerelateerd is aan de opvoedingssituatie. Daarom is er voor gekozen om met behulp van de Opvoedingsbelastingvragenlijst (OBVL)¹⁵ in beeld te

brengen hoe ouders zich voelen t.a.v. de opvoeding van hun kinderen en of dit gevoel verandert gedurende de loop van het onderzoek. De OBVL is bedoeld voor ouders van kinderen van 0 t/m 18 jaar en daarmee geschikt voor deze studie. De vragenlijst wordt op twee momenten afgenomen, namelijk direct na inclusie en aan het eind van het traject (2-5 dagen na het tweede consult met de kinderarts) dat het kind doorloopt.

Visueel Analoge Schaal en Strengths and Difficulties Questionnaire:

ouderperspectief

Om vanuit het perspectief van de ouders een beeld te schetsen van de veranderingen in de ernst van de problematiek is er niet één standaard meetinstrument waarmee de ernst van de problematiek voor alle leeftijdsgroepen gemeten kan worden. Daarom is besloten gebruik te maken van meerdere meetinstrumenten.

Voor kinderen in de leeftijd van 0 tot 2 jaar vullen ouders op twee meetmomenten (aan het begin en eind van het onderzoek) een *Visueel Analoge schaal* in voor de onderwerpen: huilen, slapen, eten en ontwikkeling. Voor het onderwerp *ontwikkeling* worden daarnaast nog een aantal vragen gesteld om inzicht te krijgen om welk deel van de ontwikkeling het gaat. Een *Visueel Analoge schaal* (VAS) is een psychometrisch instrument waarmee kan worden ingeschat hoe ernstig de problematiek is.

Voor kinderen in de leeftijd van 2 t/m 18 jaar, wordt de *Strengths and

Difficulties Questionnaire* (SDQ) afgenomen. De SDQ is een vragenlijst waarmee de sociaal-emotionele gezondheid van de jeugd gemeten kan worden. De SDQ-totaalscore geeft aan in hoeverre een kind sociaal-emotionele problemen heeft. Aan de hand van de 5 sub schalen (gedragsproblemen, hyperactiviteit/aandachttekort, problemen met leeftijdgenoten, pro sociaal gedrag), kan vervolgens gekeken worden op welk gebied de problemen zich voordoen en of er sterke kanten zijn.

De SDQ wordt voor dit onderzoek door de ouders en kinderen (vanaf 11 jaar) op twee momenten ingevuld, namelijk direct bij het eerste consult en aan het eind van het traject dat het kind doorloopt.

Visueel Analoge Schaal

Om vanuit het perspectief van de professional een beeld te krijgen van de ernst van de problematiek van de kinderen die aan het onderzoek deelnemen en de (mogelijke) veranderingen hierin aan het eind van het onderzoek, geven de kinderartsen als aanvulling een totaal score aan de kinderen. Tijdens het eerste en het afsluitende consult geven zij met behulp van een VAS score, aan hoe zij de ernst van de problematiek inschatten.

Andere studie parameters

Professionals

In dit onderzoek wordt ook veel waarde gehecht aan de ervaringen van de

betrokken professionals (kinderartsen en jeugdverpleegkundigen) met de interventie en het proces. Met hen wordt op drie momenten een focusgroep interview gehouden. Centraal in deze focusgroep interviews staan de programma-integriteit (de wijze waarop de interventie in de praktijk wordt uitgevoerd en de mate waarin de uitvoering overeenkomt met de wijze waarop ze was beoogd), de efficiëntie en de effectiviteit van de nieuwe werkwijze, het samenwerkingsproces en de (sluitende) ketenaanpak. Op deze wijze vindt tevens actieve kennisuitwisseling plaats tussen de verschillende deskundigen en werkgebieden.

Kosten interventie en structurele bekostiging

In dit onderzoek wordt er een indicatie gegeven van de zorgkosten die met de nieuwe werkwijze gemoeid zijn. Aan de hand van een kwalitatieve analyse van een aantal casussen worden de activiteiten door de kinderarts, jeugdverpleegkundige en ondersteunende medewerkers in kaart gebracht. Op deze wijze ontstaat er inzicht in de variëteit in kosten van casuïstiek. Waar mogelijk worden met behulp van een kostenhandleiding de kosten van de activiteiten in kaart gebracht. Kosten van activiteiten die niet via deze bron verkregen kunnen worden, worden aan de hand van expertinterviews met betrokkenen in het ziekenhuis, de JGZ en de medisch adviseur specialistische zorg van CZ in kaart gebracht. Bij het schatten van de zorgkosten wordt een onderscheid gemaakt tussen de kosten voor de gemeente en de zorgverzekeraars.

Tijdens expertinterviews met financiers van zorg en jeugdhulp (respectievelijk de zorgverzekeraar en de gemeente) wordt gevraagd naar manieren waarop de

nieuwe werkwijze structureel bekostigd kan worden en met welke factoren daarbij rekening gehouden moet worden. We veronderstellen dat er reële mogelijkheden zijn voor bekostiging van de jeugdverpleegkundige in het ziekenhuis door zorgverzekeraars, zoals dat bijvoorbeeld al gebeurt bij de inzet van wijkverpleegkundigen. Met de inzichten uit de expertinterviews worden aanbevelingen gedaan voor bekostiging van de nieuwe werkwijze.

Toelichting onderzoek

Achtergrond van het onderzoek

INTRODUCTIE EN PROBLEEMSTELLING

Aard en omvang van het probleem

Kinderartsen in Nederland worden bij de diagnostiek en behandeling van kinderen geconfronteerd met tal van klachten. Het gaat hierbij om klachten waar niet alleen biologische- maar ook sociale en psychosociale factoren een rol spelen.

Het type klachten is gevarieerd. De Nederlandse Vereniging van

Kindergeneeskunde (NVK) maakt onderscheid tussen zes hoofdgroepen:

- 1) somatische aandoeningen die aanleiding geven tot psychosociale problematiek
- 2) psychosociale problematiek die een rol speelt bij het ontstaan en de genezing van ziekten
- 3) somatische klachten die psychische problemen verbergen (functionele klachten)
- 4) ontwikkelingsproblemen
- 5) kinderen bij wie de veiligheid en gezondheid wordt bedreigd vanwege het ouderlijk functioneren
- 6) kinderen die specifiek worden verwezen vanwege psychische en sociale problematiek.

Uit de literatuur is gebleken dat de incidentie voor de totale groep van klachten varieert van 6,3% (Centraal Bureau voor de Statistiek) tot 10% (Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde).

Werkwijzen

Vanwege de hierboven beschreven klachten is er in de praktijk van de kindergeneeskunde behoefte aan een intensieve samenwerking met de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en het Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Deze behoefte is nog sterker geworden sinds de decentralisatie van de jeugdhulp. Daarnaast vermoeden de kinderartsen die betrokken zijn bij de werkwijze die in dit onderzoek centraal staat, op basis van hun poliklinische ervaringen, dat de

incidentie van de beschreven klachten hoger ligt dan beschreven door het CBS en het NVK.

Uit onderzoek naar samenwerkingsvormen tussen de JGZ en ziekenhuizen, komt een aantal samenwerkingsvormen naar voren. Sinds 2014 heeft de jeugdarts de mogelijkheid rechtstreeks te verwijzen naar de tweedelijnsgezondheidszorg. Verder zijn er initiatieven waarin kinderartsen en jeugdartsen afspraken hebben gemaakt over de overdracht van gegevens van kinderen met gezondheidsrisico's. Daarnaast zijn er voorbeelden van gezamenlijke thema-avonden. Deze bevorderen informele kennismaking, kennisuitwisseling en stroomlijning van verwijspatronen. De verwachting is dat dergelijke samenwerkingsvormen bij een goede implementatie bijdragen aan kwaliteitsverbetering van de zorg voor kinderen. Op dit moment zijn deze samenwerkingsvormen echter nog beperkt van aard en omvang en weinig gericht op het daadwerkelijk beschikbaar maken van psychosociale ondersteuning in de kindergeneeskundige praktijk. Uit de literatuur blijkt bovendien dat de samenwerking tussen JGZ en Kindergeneeskunde in de praktijk moeizaam verloopt. Directe contacten tussen beroepsbeoefenaren uit beide groepen zijn zeldzaam. Volgens Sauer zijn de JGZ en de Kindergeneeskunde de afgelopen decennia sterk uit elkaar gegroeid. Hij pleit daarom voor een ander, integraal model voor de inrichting van de zorg voor kinderen waarbij de Kindergeneeskunde en de JGZ intensief samenwerken in patiëntenzorg, opleiding en onderzoek.

Werkwijze Amphia ziekenhuis en JGZ/CJG

In het Amphia ziekenhuis (een STZ-ziekenhuis* met vestigingen in Breda, Etten-Leur en Oosterhout) is een stap gezet in de richting van een meer integraal model van de zorg voor kinderen met klachten waarbij sociale en psychosociale factoren een rol spelen. In dit model werken de kinderartsen en jeugdverpleegkundigen intensief samen. De samenwerking is ontstaan op verzoek van de kinderartsen die een toename zien in het aantal kinderen op de polikliniek met dit type klachten. Mede door de decentralisatie van de jeugdhulp is het voor hen niet altijd duidelijk waar zij terecht kunnen voor passende hulp aan ouders en kinderen. Duidelijkheid over verwijspatronen en beschikbaarheid van vervolghulp ontbreekt veelal. Ook hebben kinderartsen binnen de beperkte spreekuurtijd vaak onvoldoende ruimte om de hulpvraag van ouders en kinderen op dit gebied te verduidelijken. Sinds augustus 2015 zijn jeugdverpleegkundigen in het ziekenhuis werkzaam op de polikliniek Kindergeneeskunde gedurende een dagdeel per week. Zij hebben direct contact met zowel kinderartsen, ouders/kinderen als professionals in het jeugd- en sociale domein en vormen daarmee de schakel tussen de Kindergeneeskunde en hulpverlening op sociaal/psychosociaal gebied. Het doel van de werkwijze is dat kinderen en ouders snel, passende hulp krijgen wanneer er sprake is van klachten waarbij (psycho)sociale factoren een rol spelen. Uit de evaluatie van een pilotonderzoek, dat in 2016 is uitgevoerd, zijn aanwijzingen gekomen dat door de tijdige inzet van de expertise van de jeugdverpleegkundige en een snelle toeleiding naar passende hulpverlening, verergering van problematiek en inzet van zwaardere zorg wordt voorkomen. Een volgende stap in de onderbouwing van de werkwijze is het onderzoeken van de effectiviteit, in termen van

tevredenheid van kinderen/ouders met het afgelegde traject, en de efficiëntie, in termen van het verkorten van de doorlooptijd tot passende zorg.

*STZ: Samenwerking Topklinische opleidings Ziekenhuizen

Doel van het onderzoek

DOELSTELLINGEN

Dit onderzoek is gericht op het optimaliseren van de aansluiting tussen medisch-curatieve zorg en hulpverlening in het sociaal domein voor kinderen en jeugdigen. Het primaire doel is door inzet van jeugdverpleegkundigen in directe samenwerking met kinderartsen op de polikliniek, zo snel mogelijk passende zorg te bieden aan kinderen met (psycho)sociale problematiek, waarbij kinderen/ouders tevreden zijn met het traject dat is afgelegd en de doorlooptijd tot passende zorg is verkort. De verwachting is dat door tijdiger passende hulp te bieden, verergering kan worden voorkomen en daarmee deze werkwijze op termijn bijdraagt aan het terugdringen van (psycho)sociale problematiek bij kinderen.

Een secundair doel van dit onderzoek is inzicht vergaren in wat de nieuwe werkwijze kost en hoe de werkwijze structureel bekostigd kan worden. In dit onderzoek worden de doelstellingen geëvalueerd door op proces- en effectniveau de meerwaarde van de nieuwe werkwijze t.o.v. *care as usual* te onderzoeken. Deze evaluatie vindt plaats aan de hand van de volgende onderzoeksvraagstellingen:

Primaire vraagstelling

- * Zijn ouders/kinderen, die volgens de nieuwe werkwijze geholpen worden meer tevreden dan ouders/kinderen die *care as usual* ontvangen?
- * Wat zijn de effecten van de nieuwe werkwijze, in termen van doorlooptijd, in vergelijking met *care as usual*?

Secundaire vraagstellingen

- * Hoe ervaren de betrokken professionals het proces (effectiviteit en efficiëntie) van de nieuwe werkwijze in vergelijking met *care as usual*?
- * Hoe en waar kan de interventie verbeterd worden?
- * Is er vanuit het perspectief van de professional een verschil in ontwikkeling van de ernst van de problematiek bij kinderen die de nieuwe werkwijze hebben ontvangen t.o.v. kinderen die *care as usual* hebben ontvangen?
- * Is er vanuit het perspectief van de ouders een verschil in ontwikkeling van de opvoedingsbelasting in gezinnen die de nieuwe werkwijze hebben ontvangen t.o.v. gezinnen die *care as usual* hebben ontvangen?
- * Wat zijn de (geschatte) kosten van de nieuwe werkwijze en hoe kan de werkwijze structureel worden bekostigd?

Onderzoekopzet

Zoals eerder aangegeven is dit onderzoek gericht op het optimaliseren van de aansluiting tussen medisch-curatieve zorg en hulpverlening in het sociaal domein voor kinderen en jeugdigen. Het uiteindelijke doel is door inzet van jeugdverpleegkundigen in directe samenwerking met kinderartsen op de polikliniek, snel passende zorg te bieden aan kinderen met (psycho)sociale problematiek, waarbij kinderen, ouders en professionals tevreden zijn met het traject dat is afgelegd en waarbij de verwachting bestaat dat verergering van de problematiek wordt voorkomen.

Gezien de relatief beperkte duur van het onderzoek (2 jaar) is het niet goed mogelijk om veranderingen in het ultieme doel de effectiviteit van de nieuwe werkwijze (vermindering van de ernst van de problematiek) aan te tonen.

Tevredenheid van ouders en kinderen met het afgelegde traject is een indicatie voor de uiteindelijke effectiviteit van de ontvangen hulp. De belangrijkste uitkomstmaat voor het meten van de effectiviteit in dit onderzoek is daarom tevredenheid van ouders en kinderen met het afgelegde traject. Daarnaast wordt, om in beeld te kunnen brengen of de nieuwe werkwijze tijdiger en sneller naar passende zorg leidt dan **care as usual**, de doorlooptijd onderzocht. Dit is de tijd tussen de verwijzing van de kinderarts naar de jeugdverpleegkundige en het moment waarop een kind passende zorg krijgt.

Dit onderzoek richt zich zowel op het aantonen van effecten als op het begrijpen hiervan. Het meest geschikte design om de vraagstellingen te beantwoorden, rekening houdend met onderzoek-specifieke omstandigheden, is een randomized controlled trial (RCT).

De keuze voor dit design is als volgt tot stand gekomen: in dit onderzoek is er sprake van een experimentele interventie, namelijk de nieuwe werkwijze in het Amphia ziekenhuis. De interventie wordt uitgevoerd bij een experimentele groep. Deze experimentele groep wordt vergeleken met een controle groep die **care as usual** krijgt aangeboden. Om ervoor te zorgen dat er bij de start van de interventie geen (prognostische) verschillen tussen de groepen bestaan, die de resultaten kunnen beïnvloeden, wordt de toewijzing van kinderen en jeugdigen aan de interventie- of controlegroep at random bepaald. Zowel de kinderartsen als de onderzoekers hebben geen invloed op het randomisatieproces van de kinderen en jeugdigen naar de interventie- of controlegroep. De inhoud en uitvoering van de interventie worden door de onderzoekers gemonitord, zodat er parallel aan de effectstudie een procesevaluatie kan worden uitgevoerd. Deze procesevaluatie geeft inzicht in de vraag of, en waarom, de nieuwe werkwijze werkt, of deze onverwachte uitkomsten laat zien, en hoe, en waar, de werkwijze verder verbeterd kan worden.

Onderzoeksproduct en/of interventie

De interventie omvat de werkwijze zoals die sinds augustus 2015 in het Amphia ziekenhuis wordt gehanteerd. Gedurende een dagdeel per week zijn jeugdverpleegkundigen beschikbaar op de polikliniek Kindergeneeskunde. Daarnaast hebben zij beiden 1,5 dag per week beschikbaar voor de uitvoering van de werkwijze op andere locaties, zoals bij cliënten thuis. Door de werkplek van de jeugdverpleegkundigen op de polikliniek is de verbinding met het ziekenhuis daadwerkelijk zichtbaar. De jeugdverpleegkundigen vormen de schakel tussen de

kinderartsen, de JGZ en het sociale- en jeugddomein. De werkwijze start met het consult bij de kinderarts. Wanneer uit de anamnese van de kinderarts blijkt dat er sprake is van problematiek waarbij (psycho)sociale factoren een rol spelen komt het kind in aanmerking voor het onderzoek. Wanneer (de ouders van) het kind hebben/heeft besloten deel te nemen aan het onderzoek en het kind is geïnccludeerd wordt het kind middels een randomisatieprocedure toegewezen aan de interventie of controlegroep. Wanneer het kind is toegewezen aan de interventiegroep wordt het vervolgens verwezen naar de jeugdverpleegkundige. Zij neemt binnen twee weken telefonisch contact op met het gezin voor het maken van een afspraak. In overleg wordt vervolgens vastgesteld waar de afspraak plaats vindt: thuis bij het gezin of op de polikliniek. Dit is afhankelijk van de gezinssituatie en de voorkeur van de ouders en het kind/de jeugdige. Tijdens de afspraak wordt de hulpvraag verhelderd en wordt samen bekeken wat er nodig is. Dit kan meerdere consulten van de jeugdverpleegkundige in beslag nemen. Waar nodig legt de jeugdverpleegkundige de verbinding met andere professionals uit het werkveld zoals het consultatiebureau (b.v. voor kortdurende opvoedingsondersteuning), het sociaal wijkteam of specialistische jeugdhulp. Wanneer duidelijk is dat het gezin zelf weer verder kan of wanneer een andere professional de hulpvraag samen met hen oppakt, sluit de jeugdverpleegkundige het contact af. Zij geeft tot slot een schriftelijke terugkoppeling aan het gezin, de kinderarts en (bij toestemming van de ouders) de huisarts en mogelijk andere betrokken partijen. Drie maanden na het beëindigen van de interventie heeft de kinderarts een controle consult met het kind. Voor de controlegroep start het proces ook met het consult bij de kinderarts. Wanneer uit de anamnese van de kinderarts blijkt dat er sprake is van een hulpvraag/probleem waarbij psychosociale factoren een rol spelen en het kind komt na de randomisatieprocedure in de controlegroep terecht, krijgt het kind >care as usual> aangeboden. Dit houdt in dat het gezin zelf contact opneemt met de huisarts, het CJG of de JGZ. Indien er naast (psycho)sociale problematiek sprake is van medische problematiek wordt deze door de kinderarts behandeld. Zes maanden na het eerste consult bij de kinderarts vindt er een controle consult bij de kinderarts plaats.

Inschatting van belasting en risico

Het onderzoek is non-invasief met betrekking tot diagnostiek en behandeling. De kinderen wordt geen medische therapie onthouden, medisch noodzakelijke zorg wordt niet uitgesteld en het is geen onderzoek met medische risico's. Het onderzoek is een evaluatie van een mogelijkheid voor het leveren van psychosociale zorg. Desalniettemin, wanneer er bij een kind sprake is van een Serious Adverse Event (SAE) wordt dit onmiddellijk gerapporteerd aan de opdrachtgever, A. van der Zijden, directeur GGD West-Brabant, en aan kinderarts A.A.P.H. Vaessen-Verberne, Amphia Ziekenhuis, Breda. De opdrachtgever rapporteert de SAE via de web portal *Toetsingonline* aan de METC Brabant. De opdrachtgever doet dit binnen zeven dagen nadat zij kennis heeft genomen van een SAE dat heeft geresulteerd in de dood of levensbedreigende situatie van een aan het onderzoek deelnemend kind. Deze melding wordt binnen acht dagen gevolgd door een initieel rapport. Alle andere SAEs worden gerapporteerd binnen een periode van maximaal 15 dagen nadat de opdrachtgever heeft kennisgenomen van de SAE.

Wanneer er sprake is van een SAE bij een kind dat niet direct gerapporteerd

hoeft te worden aan de opdrachtgever, dan wordt deze wel gerapporteerd aan kinderarts A.A.P.H. Vaessen-Verberne, Amphia Ziekenhuis, Breda.

Contactpersonen

Publiek

GGD West-Brabant

Doornboslaan 225-227
Breda 4816CZ
NL

Wetenschappelijk

GGD West-Brabant

Doornboslaan 225-227
Breda 4816CZ
NL

Locaties

Landen waar het onderzoek wordt uitgevoerd

Netherlands

Deelname eisen

Leeftijd

Adolescenten (12-15 jaar)
Adolescenten (16-17 jaar)
Volwassenen (18-64 jaar)
Kinderen (2-11 jaar)
65 jaar en ouder

Belangrijkste voorwaarden om deel te mogen nemen (Inclusiecriteria)

Alle kinderen in de leeftijd van 0-19 jaar die in de periode juni 2017 t/m februari 2018 de polikliniek van het Amphia ziekenhuis bezoeken en die te maken hebben met een van de onderstaande problemen, komen in aanmerking voor het onderzoek.

- 1) somatische aandoeningen die aanleiding geven tot psychosociale problematiek
- 2) psychosociale problematiek die een rol speelt bij het ontstaan en de genezing van ziekten
- 3) somatische klachten die psychische problemen verbergen (functionele klachten)
- 4) ontwikkelingsproblemen
- 5) een bedreiging van de veiligheid en gezondheid vanwege het ouderlijk functioneren
- 6) verwijzing vanwege psychische en sociale problematiek.¹

Belangrijkste redenen om niet deel te kunnen nemen (Exclusiecriteria)

Wanneer er bij de inclusie sprake is van ernstige psychiatrische problematiek bij een kind of als er sprake is van (complexe) medische problematiek, waarbij acute zorg geïnitieerd moet worden, wordt het kind niet geïnccludeerd. Er kunnen hierbij twee vormen van urgentie bestaan:

1. Acute zorg betreffende een andere vorm van medisch-specialistische zorg
2. Acute zorg waarbij vanuit het sociale domein extra hulp nodig is.

Wanneer bovengenoemde problematiek zich gedurende de periode van het onderzoek openbaart, vindt er een exclusie uit het onderzoek plaats.

Onderzoeksopzet

Opzet

Type:	Interventie onderzoek
Onderzoeksmodel:	Parallel
Toewijzing:	Gerandomiseerd
Blinding:	Enkelblind

Doel: Organisatorisch/zorgonderzoek

Deelname

Nederland	
Status:	Werving gestart
(Verwachte) startdatum:	09-11-2017
Aantal proefpersonen:	150
Type:	Werkelijke startdatum

Ethische beoordeling

Goedgekeurd WMO	
Datum:	25-07-2017
Soort:	Eerste indiening
Toetsingscommissie:	METC Brabant (Tilburg)
Goedgekeurd WMO	
Datum:	12-04-2018
Soort:	Amendement
Toetsingscommissie:	METC Brabant (Tilburg)
Goedgekeurd WMO	
Datum:	03-04-2019
Soort:	Amendement
Toetsingscommissie:	METC Brabant (Tilburg)

Registraties

Opgevolgd door onderstaande (mogelijk meer actuele) registratie

Geen registraties gevonden.

Andere (mogelijk minder actuele) registraties in dit register

Geen registraties gevonden.

In overige registers

Register	ID
Ander register	26702
CCMO	NL61202.028.17