

Inhoud

Is het DD-JGZ bruikbaar voor epidemiologisch onderzoek?	1
EUSUHM – Voor en door de AJN	8
Samen op weg naar gezonde zorg voor ernstige zieke kinderen	13
Nieuwe marketing voor de JGZ met de conversatiefilosofie	16
Why, How en What maken de JGZ succesvol - Marketing in de JGZ	20
Marketing - De Nieuwe Principes	21
Betreft Kompas kinder- en jeugdpsychiatrie	23
Pas op kijk uit! Voorkom de meest voorkomende kinderongevallen	24
Wat haal je, wat breng je. Vier congressen naast elkaar	26
Uitvindboek voor ouders	29
Stimuleren wearables een gezondere leefstijl?	30
Wat stond er in het eerste artikel van de LOOZ-onderzoeksgroep?	33
Congres 'Jong geleerd is oud gedaan'	34
Van het Bedrijfsbureau – mutaties 2014	36
Colofon	40

Is het DD-JGZ bruikbaar voor epidemiologisch onderzoek?

Door: Huub Hoofs, Maria Jansen, Danielle C. Mohren, Rianne Reijs, Nicole Jansen, Ijmert Kant.

(Een samenvatting van dit artikel staat in de JA!33)

Introductie

Het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD-JGZ) is in eerste instantie ontworpen om de individuele zorg van het kind te verbeteren. Daarnaast biedt digitalisering mogelijkheden voor epidemiologisch onderzoek, bijvoorbeeld ten

behoefte van beleidsadviezen aan lokale, regionale en landelijke overheden en uitvoeringspartijen.¹ Zo is er het project Jeugd in Beeld² dat als doel heeft geanonimiseerde gegevens uit het DD-JGZ op groepsniveau weer te geven. Een ander voorbeeld is de door de Inspectie voor

de Gezondheidszorg (IGZ) opgestelde basisset indicatoren voor de publieke gezondheidszorg, waarvoor gegevens uit het DD-JGZ worden gehaald.³ Deze indicatoren zijn onderverdeeld in volksgezondheid- en procesindicatoren. Volksgezondheidindicatoren geven de staat van de populatie weer (bijvoorbeeld: percentage obese kinderen) en procesindicatoren het functioneren van gezondheidszorginstanties (bijvoorbeeld: percentage obese kinderen dat follow-up krijgt).

In een artikel van jeugdarts en epidemioloog Liesbeth Meuwissen⁴ wordt echter duidelijk dat de meeste JGZ-organisaties momenteel nog niet in staat zijn om epidemiologische gegevens, zoals de IGZ-indicatoren, aan te leveren.

Hierdoor wordt ook het uitvoeren van epidemiologisch onderzoek en aanverwante projecten zoals Jeugd in Beeld bemoeilijkt. Om meer inzicht te krijgen in de exacte bruikbaarheid van het DD-JGZ voor epidemiologisch onderzoek en de kwaliteit van het dossier in het algemeen is een dossieranalyse uitgevoerd bij vierhonderd geanonimiseerde dossiers (gemiddelde leeftijd = 13,94 jaar; 53% meisjes) binnen de JGZ van GGD Zuid-Limburg. De dossiers waren door 22 verschillende jeugdverpleegkundigen ingevuld. Alle dossiers betroffen het reguliere periodiek gezondheidsonderzoek in de tweede klas van het voortgezet onderwijs (PGO 2-VO). Als DD-JGZ werd MLCAS van Alegro Sultum gebruikt.

Er is op verschillende manieren gekeken naar de bruikbaarheid van de dossiers:

- Allereerst is er gekeken naar de compleetheid van de variabelen in de dossiers;

- vervolgens is gekeken naar de variatie tussen de jeugdverpleegkundigen die het dossier invullen;
- als laatste is gekeken welke informatie over bepaalde gezondheidsvraagstukken is af te leiden uit indicaties hierover in de dossiers.

Compleetheid variabelen

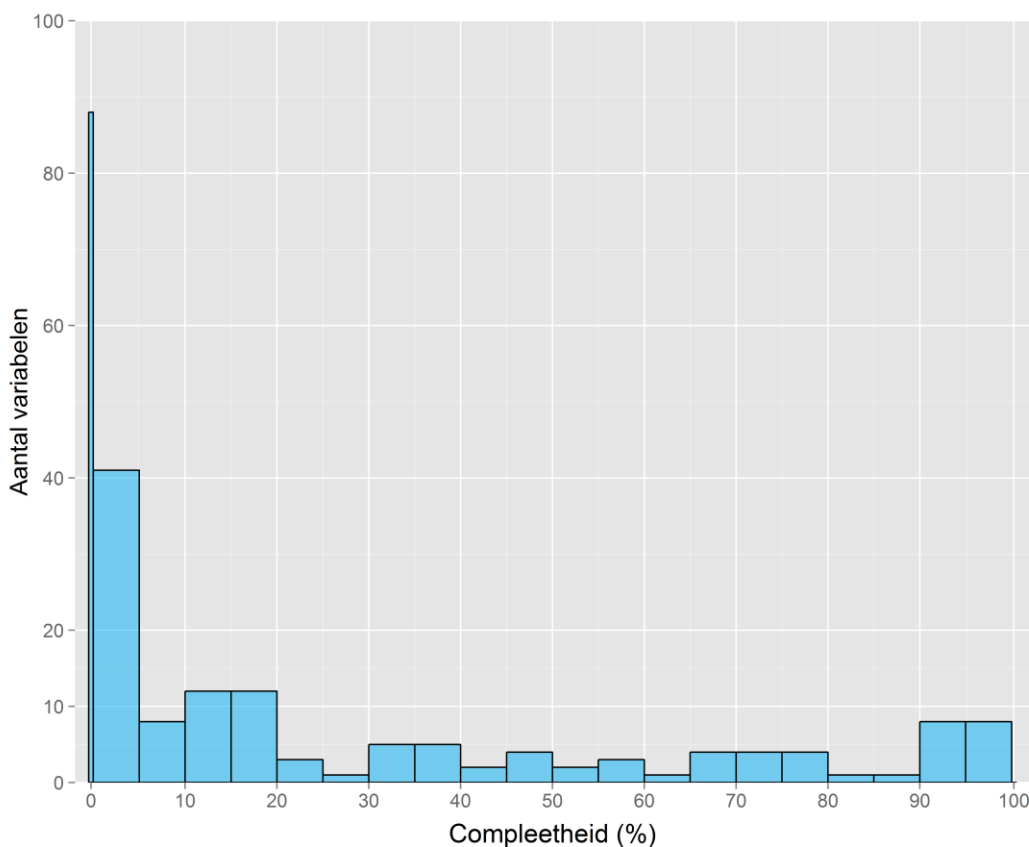
Eerst is er gekeken naar de compleetheid van alle variabelen, de in te vullen items in het dossier (Figuur 1). In totaal zijn 88 van de 217 variabelen geen enkele keer ingevuld, 49 variabelen werden sporadisch ingevuld (minder dan tien procent). Variabelen die slechts sporadisch worden ingevuld kunnen voor epidemiologisch onderzoek bruikbaar zijn, mits het invullen ervan altijd duidt op de af- dan wel aanwezigheid van een gezondheidsvraagstuk (bijvoorbeeld een bepaald ziektebeeld of gedraging). Dit is echter niet het geval. Zo is de variabele *Ontlasten plassen zindelijkheid* slechts drie keer ingevuld waarbij twee keer is aangegeven dat het kind niet zindelijk is en één keer dat het wel zindelijk is. Deze variabele wordt dus slechts sporadisch ingevuld, en als de variabele wordt ingevuld dan gebeurt dit zowel als het gezondheidsvraagstuk (zindelijkheid) aanwezig dan wel afwezig is. Hierdoor is het niet mogelijk om een uitspraak te doen over dit concept bij de 397 dossiers waarbij deze variabele niet is ingevuld.

Daarom komen voor epidemiologisch onderzoek alleen variabelen in aanmerking met een hoge mate van compleetheid. Dit vereiste percentage is onder andere afhankelijk van de onderzoeksvraag en de getrokken steekproef. Zo kan er bijvoorbeeld worden gekeken naar variabelen met een compleetheid

boven de tachtig procent zoals in Tabel 1. Hieruit blijkt dat slechts achttien van de 217 variabelen dit percentage halen. Het merendeel van de variabelen valt dus al af.

Naast de compleetheid dient er ook rekening te worden gehouden met de informatie die een variabele bevat. Zo geeft de variabele *Gehoorderzoek* alleen aan of het gehooronderzoek is afgenomen. Een dergelijke variabele kan dus eventueel worden gebruikt als

proces-, maar niet als volksgezondheidsindicator, aangezien het niets zegt over het gehoor van het kind. De variabele 'conclusie gehooronderzoek' heeft als uitkomstopties voldoende, twijfelachtig of onvoldoende en zou daarmee als volksgezondheidsindicator bruikbaar zijn. Variabelen met vrije tekstvelden zijn minder bruikbaar dan gesloten of numerieke variabelen, omdat deze nog moeten worden gecodeerd en worden geïnterpreteerd.



Figuur 1: Verdeling van de compleetheid in percentages voor alle variabelen. Noot: De meest linkse staaf is niet de y-as maar het aantal variabelen welke nooit zijn ingevuld.

Bij sommige variabelen treedt een opmerkelijk patroon op, bijvoorbeeld bij *Borstontwikkeling meisjes* en *Pubesbehandling meisjes*. De compleetheid van deze variabelen is hoger voor meisjes die hun eerste menarche nog moeten krijgen (68 procent) vergeleken met meisjes die deze al hebben gehad (acht procent). Dit heeft te maken met verschil in klinische

relevantie van deze variabelen tussen deze twee groepen meisjes. Dergelijke variabelen, waar de respons afhangt van de klinische relevantie, zijn op zichzelf moeilijk bruikbaar voor uitspraken op groepsniveau.

Variatie rapportage tussen jeugdverpleegkundigen

Naast de algehele compleetheid van de variabelen is er ook gekeken naar de variatie in compleetheid van rapporteren tussen acht jeugdverpleegkundigen die ieder minimaal 25 dossiers hebben ingevuld. Voor de meeste variabelen is de compleetheid redelijk

zwart-wit verdeeld: een jeugdverpleegkundige vult een variabele consequent wel of niet in. De variabele *Bijzonderheden spraak taalontwikkeling* wordt bijvoorbeeld door twee jeugdverpleegkundigen altijd ingevuld terwijl de overige zes jeugdverpleegkundigen deze variabele nooit invullen.

	Response (%)	Format
Vragenlijst ingeleverd	99,75	Lijst
Lengte	99,50	Getal
BMI*	99,25	Getal
Gewicht	99,25	Getal
Toestemming uitvoering JGZ	98,25	Lijst
Menstruatie	97,64	Lijst
Conclusie	96,75	Tekst
Methode gewichtsmeting	96,25	Lijst
Lichamelijk functioneren	94,50	Lijst
Visus onderzocht	94,00	Lijst
Toestemming voor overdracht dossier binnen JGZ	92,75	Lijst
Gehoorderzoek	92,50	Lijst
Toestemming bespreking gegevens met leerkracht	92,50	Lijst
Indruk onderzoeker gewicht lengte	90,50	Lijst
Bijzonderheden lichaamsbeweging	90,25	Tekst
Onderzoek in aanwezigheid begeleider	90,00	Lijst
SDQ Totaal*	89,75	Getal
Psychosociale en cognitieve ontwikkeling	84,25	Lijst

*IGZ-Indicator.

Tabel 1: Variabelen met een compleetheid hoger dan 80%.

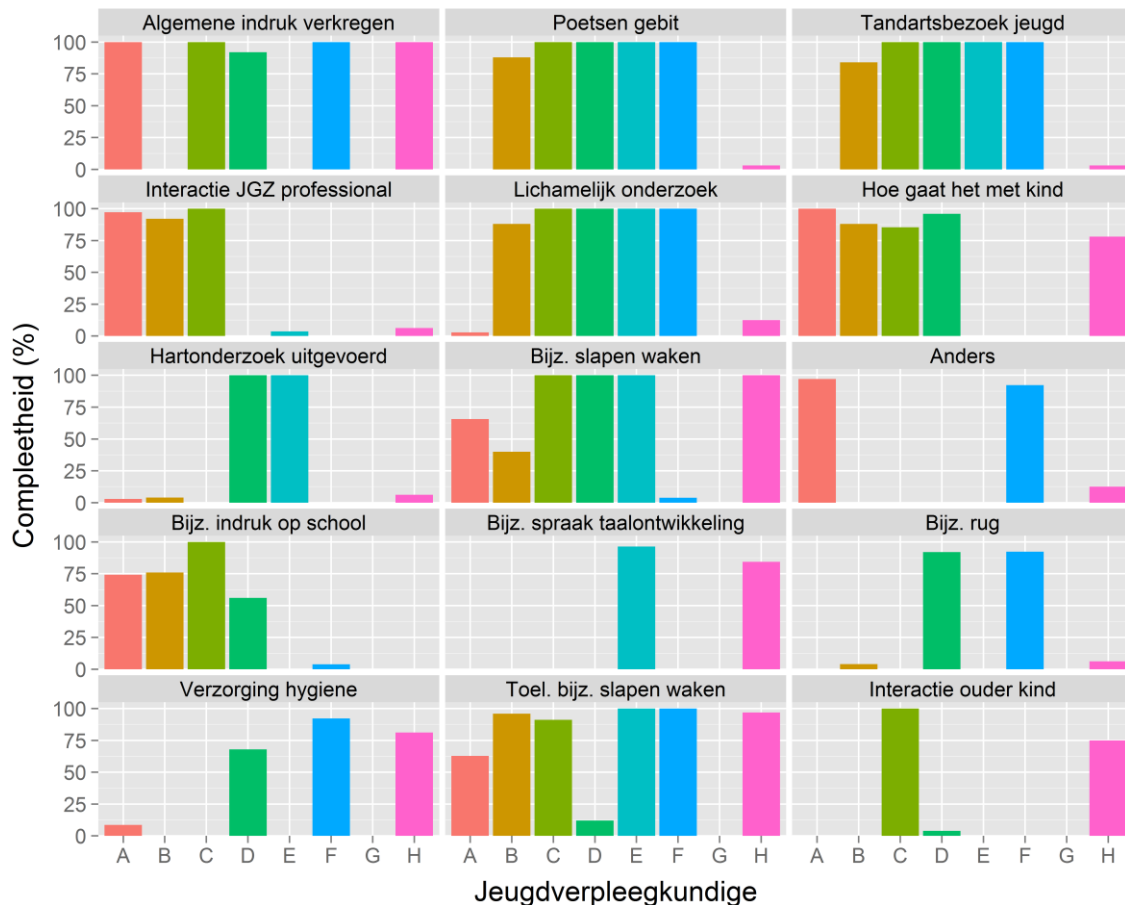
Ter illustratie zijn in Figuur 2 de vijftien variabelen met de grootste verschillen tussen de jeugdverpleegkundigen getoond. Figuur 2 maakt verder duidelijk dat iedere jeugdverpleegkundige een eigen voorkeur heeft aangaande welke variabelen worden ingevuld.

Plaatsing indicaties

Tot slot is er ook gekeken naar de plaatsing van indicaties in de dossiers. Een indicatie is een aanwijzing voor een bepaald gezondheidsvraagstuk. Als eerste gezondheidsvraagstuk is Attention Deficit Hyperactivity Disorder

(ADHD) gekozen omdat het een relatief prevalentie en bekende stoornis is bij de huidige leeftijdsgroep. Voor ADHD zijn er 27 indicaties gevonden, verdeeld over tien variabelen. Vooral bij de variabele *Medicijngebruik* (negen indicaties) staan veel verwijzingen naar ADHD (bijvoor-

beeld: 'methylfenidat'). Daarnaast staan bij zowel de variabelen *Kinderziekten*, (vijf indicaties), *Consult huisarts specialist derden* (twee indicaties), als *Consult overig* (drie indicaties) verwijzingen naar ADHD vermeld.



figuur 2: Variabelen met grootste variatie in compleetheid, voor de acht jeugdverpleegkundigen met minimaal 25 dossiers

Middelengebruik (roken, drugs, en alcohol) is als tweede gezondheidsvraagstuk gekozen, omdat dit een van de speerpunten van de JGZ is bij adolescenten.⁸ Voor middelengebruik zijn in totaal 59 indicaties gevonden, verdeeld over zes variabelen.⁹ Drie variabelen springen eruit, te weten: *Bijzonderheden voeding eetgedrag* (negentien indicaties), *Bijzonderheden psychische en sociale*

ontwikkeling (achttien indicaties) en *Bijzonderheden cognitieve ontwikkeling* (achttien indicaties). Ook hier is geen sprake van uniforme rapportage. Verschil in de plaatsing van indicaties komt vaker voor bij medische dossiers.¹⁰ Het is echter belangrijk dat indicaties eenduidig in het dossier geplaatst kunnen worden, bij voorkeur in een gesloten format. Onderzoek laat zien dat een

kwart van de informatie in tekstvelden in gesloten velden vermeld had kunnen worden.¹¹ Dit patroon is ook zichtbaar bij het rapporteren van de aanwezigheid van een gebitsbeugel. Gekeken naar de variabele waarin dit gesloten kan worden aangegeven, *Bijzonderheden gebit*, zijn er 47 dossiers waarbij op deze manier de aanwezigheid van een gebitsbeugel gerapporteerd is. Als er echter wordt gekeken naar alle open tekstvelden, blijken er nog eens 22 dossiers te zijn waarin melding wordt gemaakt van de aanwezigheid van een gebitsbeugel. Dit voorbeeld illustreert hoe eenzelfde indicatie in verschillende tekstvelden wordt gerapporteerd in het dossier, zelfs als de mogelijkheid bestaat om een gesloten veld te gebruiken. Het is daarom van belang dat JGZ-professionals goed op de hoogte zijn van de manier waarop het dossier ingevuld moet worden om zodoende de uniformiteit en efficiency van de registraties te verbeteren.

Conclusie en aanbevelingen

De huidige analyse laat zien dat, gebaseerd op het PGO 2-VO binnen één regio, slechts enkele variabelen van het DD-JGZ geschikt zijn voor epidemiologisch onderzoek. Dit wordt in de eerste plaats veroorzaakt door de hoge mate van incompleetheid van de meeste variabelen. De bruikbaarheid wordt verder verkleind door de variatie in rapportage tussen jeugdverpleegkundigen en het gebrek aan uniformiteit betreffende de plaatsing van indicaties. Hierdoor is het DD-JGZ niet alleen onbruikbaar voor epidemiologisch onderzoek, maar zorgt de manier waarop het DD-JGZ momenteel wordt ingevuld ook voor een onoverzichtelijk dossier, waarbij de zorgprofessional niet snel kan terug-

vinden waar wat geregistreerd staat. Twee kanttekeningen zijn op zijn plaats bij de resultaten van dit onderzoek. Ten eerste is er enkel gekeken naar PGO's die door jeugdverpleegkundigen zijn uitgevoerd. De rapportage van jeugdverpleegkundigen varieert echter zo sterk dat het onwaarschijnlijk is dat een zekere mate van variatie niet gevonden zou worden voor PGO's afgenomen door jeugdartsen. Ten tweede is er landelijke variatie in gebruikte computersystemen. Aangezien al deze systemen gebaseerd zijn op dezelfde set variabelen, zijn de bevindingen waarschijnlijk ook naar andere systemen te generaliseren.¹³

Als men in de toekomst de potentie van het DD-JGZ voor epidemiologisch onderzoek wil benutten, om bijvoorbeeld jeugdgezondheidsbeleid te onderbouwen of bij te stellen, zijn verbeteringen noodzakelijk. Kijkend naar de huidige resultaten sluiten wij ons aan bij de verbeterpunten uit het artikel van Meuwissen⁴, met als belangrijkste aanvulling het verhogen van de uniformiteit van de registraties in de dossiers. Belangrijk hiervoor is een duidelijke communicatie over variabelen die altijd moeten worden ingevuld, of in ieder geval prioriteit verdienen. Bovenal is het van belang dat er eenduidigheid komt over de plaatsing van indicaties. Zolang deze uniformiteit achterwege blijft, wordt de 'elektronische winst', en dus het draagvlak voor het dossier, welbeschouwd, grotendeels teniet gedaan. Het gaat er dus om dat áls er informatie in het dossier wordt geplaatst, informatie met gelijke strekking (bijvoorbeeld ADHD) door alle professionals op een eenduidige wijze wordt geregistreerd. Aan alle partijen in het veld willen wij de boodschap meegeven te investeren in

bijbscholing en communicatie inzake te registratiewijze van het DD-JGZ. Al is registratie vaak niet het primaire doel van de jeugdarts of jeugdverpleegkundige, uniformiteit zal naast de mogelijkheid voor epidemiologisch onderzoek ook leiden tot verbeterde individuele zorg.⁴ Informatie wordt immers beter

vindbaar voor collega's, helpt bij het overdragen van dossiers, en creëert ook voor de professional zelf een overzichtelijke manier van werken. Een verbeterd, uniform ingevuld DD-JGZ vergemakkelijkt daarom niet alleen epidemiologisch onderzoek maar dient ook de individuele zorg.

Referentielijst

- [1] GGD Nederland. *Publieke zorg jeugd: visie op de rol van de GGD*. www.ggd.nl/static/filebank/df5115e96cfc69989f3d9642c3b2ff75/visie-publieke-zorg-jeugd-ggd-nl.pdf
- [2] Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2013). *Jeugd in beeld*. www.ncj.nl/onderwerpen/185/jeugd-in-beeld
- [3] Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). *Indicatoren: Basisset publieke gezondheidszorg*. Utrecht.
- [4] L. Meuwissen (2013). E-dossier JGZ leidt nog niet tot inzicht. *Medisch Contact*, 2:80-82.
- [6] S. D. Persell, A. N. Kho, J. A. Thompson, & D. W. Baker (2009). Improving hypertension quality measurement using electronic health records. *Medical Care*, 47:388-394.
- [7] Zoekwoorden ADHD = add, adhd, concerta, dexamt*, methyl*, ritalin.
- [8] Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ (2013). *Een stevig fundament: Evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg*.
- [9] Zoekwoorden Middelengebruik = roken, drugs, alc*, wiet, joint, sigaret.
- [10] D. W. Baker, S. D. Persell, J. A. Thompson, N. S. Soman, K. M. Burgner, D. L., & K. S Kmetik (2007). Automated review of electronic health records to assess quality of care for outpatients with heart failure. *Annals of internal medicine*, 146:270-277.
- [11] J. Roukema, R. K. Los, S. E. Bleeker, A. M. van Ginneken, J. van der Lei, & H. A Moll (2006). Paper versus computer: feasibility of an electronic medical record in general pediatrics. *Pediatrics*, 117:15-21.
- [12] Zoekwoorden Orthodontist/Beugel = ortho*, orto*, beugel.
- [13] Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. *Basisdataset JGZ* (2013). basisdataset.ncj.nl/

Over de auteurs:

- Huub Hoofs, PhD-student, Vakgroep Epidemiologie, CAPHRI, Universiteit Maastricht & Academische Werkplaats, GGD Zuid Limburg.
- Maria Jansen, Programmaleider Academische Werkplaats Publieke Gezondheid, GGD Zuid Limburg & Hoogleraar, Vakgroep Health Services Research, CAPHRI, Universiteit Maastricht.
- Danielle C. Mohren, Post-doc, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid, GGD Zuid Limburg.
- Rianne Reijs, Jeugdarts, Afdeling Jeugdgezondheidszorg, GGD Zuid Limburg.
- Nicole Jansen, Universitair Docent, Vakgroep Epidemiologie, CAPHRI, Universiteit Maastricht.
- IJmert Kant, Hoogleraar, Vakgroep Epidemiologie, CAPHRI, Universiteit Maastricht.

EUSUHM, voor en door de AJN!

Leuk en nuttig

Door: Henrique Sachse

In Nederland is kennis over de organisatie van Europese Public Health beperkt, constateerde de Raad voor de Volksgezondheid in 2005.¹ Hoewel er sinds die tijd vorderingen zijn gemaakt in internationale oriëntatie en samenwerking, kan het nog veel beter. Een van mogelijkheden daartoe biedt EUSUHM, de European Union for School and University Health and Medicine. Door actief te zijn in EUSUHM wisselen veertien deelnemende organisaties uit twaalf landen informatie en mensen uit, ze inspireren elkaar en ze ondernemen steeds vaker samen actie. Henrique Sachse, vicevoorzitter van EUSUHM, laat de JA!-lezer zien waarom EUSUHM meer dan de moeite waard is. Aanleiding is het EUSUHM-congres in Tallinn in juni van dit jaar.

Oude bekende

EUSUHM is een vereniging die in 1980 is opgericht; Nederlandse wetenschappers en hun Belgische collega's, samen met enkele enthousiaste jeugdartsen, waren er nauw bij betrokken. Doel van EUSUHM is heel in het algemeen geformuleerd, het stimuleren en bevorderen van Public Health Care voor kinderen en jongeren in alle Europese landen. Men wil dit doel bereiken door elkaar op de hoogte te houden van nieuwe ontwikkelingen, en het organiseren van tweejaarlijkse congressen. Inmiddels zijn er al zeventien van deze congressen geweest en hebben vele generaties jeugdartsen de bijeenkomsten bezocht in onder andere België, Finland, Rusland, Slovenië, Nederland, en Hongarije.

De leden van EUSUHM zijn nationale organisaties uit verschillende Europese landen, die zich bezig houden met preventieve zorg voor kinderen en jongeren. Dan gaat het niet alleen over school- en universitaire gezondheids-

zorg, maar sinds het midden van de jaren negentig ook over kinderen in de voorschoolse periode. Op dit moment zijn er veertien organisaties uit twaalf landen lid.² Het lidmaatschapsgeld is voor iedere nationale organisatie gelijk, namelijk vierhonderd euro. Recent zijn de statuten aangepast en notarieel vastgelegd, zodat de bestuursleden niet meer volledig persoonlijk aansprakelijk zijn. De AJN, en haar rechtsvoorgangers, is lid van EUSUHM, en daarmee zijn ook alle AJN-leden verbonden met EUSUHM.

Belang van internationalisering

“Het systeem van de Jeugdgezondheidszorg in Nederland is uniek, dus waarom zouden we naar het buitenland kijken als het er toch allemaal anders toe gaat?” Het is een veel gestelde vraag. Dat we uniek zijn, klopt als een bus. Nergens ter wereld is er een dergelijk goed werkend systeem van preventie en zorg voor jeugdigen. Daar kunnen we trots op zijn. Maar toch zijn er verschillende redenen waarom internationali-

sering ook voor de JGZ van groot belang is. Op de eerste plaats stopt publieke gezondheidszorg niet bij de grenzen van ons kleine landje. In andere Europese landen kennen ze dezelfde problemen als bij ons. Denk aan alcoholgebruik door jongeren, infectieziekten, obesitas en depressies. Het is interessant om te zien hoe andere landen de gezondheidsproblemen aanpakken en vanuit welke visie er wordt geacteerd. Deze kennis relateert de situatie in eigen land, brengt ons op ideeën, inspireert.

Samenwerking met WHO

Internationalisering biedt ook kansen voor een gemeenschappelijke Europese aanpak van grote maatschappelijke gezondheidsproblemen. De samenwerking zou de inspanningen van individuele landen veel doelmatiger en effectiever kunnen maken. Samenwerking betekent immers bundelen van krachten, kennis en middelen!

Een gemeenschappelijke Europese aanpak wordt mede mogelijk gemaakt door samenwerking van EUSUHM met de Europese afdeling van de WHO. Ook de WHO houdt zich immers bezig met het beschermen en bevorderen van gezondheid van kinderen. EUSUHM klopte enkele jaren geleden aan bij de WHO en heeft in samenwerking met deze VN-organisatie een basismodel ontwikkeld waaraan schoolgezondheidsdiensten moeten voldoen: *European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals, WHO, Copenhagen, 2014.*³ Het model geeft landen een handvat om te bepalen wat er nodig is om preventieve zorg op scholen te organiseren. Het geeft richting aan kwaliteit door voorwaarden

te stellen aan de organisaties en aan competenties waar de medewerkers aan moeten voldoen. EUSUHM heeft bij het ontwikkelen van dit document een belangrijke stem gehad.

Uit het model blijkt onder andere dat zelfs een land als Nederland, met een hoge standaard van preventieve schoolgezondheidszorg, niet aan alle voorwaarden voldoet, bijvoorbeeld als het gaat over de beschikbaarheid van preventieve zorg voor adolescenten. Weliswaar is er op een toenemend aantal MBO's jeugdgezondheidszorg aanwezig, maar voor veel adolescenten houdt het op na het tweede contactmoment op zestienjarige leeftijd. Preventieve zorg voor HBO- en universitaire studenten is er niet. Wat dit laatste punt betreft kunnen we nog veel van Finland leren; daar heeft de adolescentenzorg een hoog niveau.

Wetenschappelijk onderzoek

Een andere belangrijke reden voor meer internationale samenwerking is de ontwikkeling en verspreiding van wetenschappelijk onderzoek. EUSUHM beschouwt het als een belangrijke uitdaging om onderzoek te stimuleren, de internationale aansluiting met de wetenschap te volgen en resultaten ervan te verspreiden. Ervaringen uit de praktijk en de vele beschikbare data vormen waardevolle informatiebronnen voor wetenschappers. Dat geldt niet alleen voor Nederland, maar ook voor de andere EUSUHM-landen. Interessant zijn in deze de ontwikkelingen binnen de EU, waar de ambitieuze onderzoeksagenda *Horizon 2020, the EU framework programme for research and innovation* onderwerpen bevat die onder andere gaan over onderzoek naar preventie en

Public Health. Dit groots opgezet onderzoeksprogramma bevat diverse onderdelen op sociale, maatschappelijke en economische gebieden. Het totale budget tot 2020 bedraagt tachtig biljoen euro.⁴ Een van de onderdelen van *Horizon 2020 is Personalising Health and Care*. Nederlandse en buitenlandse onderzoekers hebben onder deze noemer aanvragen gedaan voor wetenschappelijk onderzoek.⁵ Het is fantastisch om te zien hoe alleen al in de voorfase in de onderzoeksvoorstellen internationale samenwerking is gezocht en gevonden en verschillende taken zijn verdeeld naar kwaliteit en kennis. Karel Hoppenbrouwers, hoogleraar Jeugdgezondheidszorg in Leuven, ziet kansen voor EUSUHM om onderwerpen op de onderzoeksagenda geplaatst te krijgen via haar netwerken. EUSUHM kan hier succesvol in zijn omdat veel leden van EUSUHM in de praktijk werken en rechtstreeks de trends in gezondheid, gedrag, ziekte en zorg signaleren.

Exporteren van kennis en ervaring

Een derde reden om buiten onze eigen grenzen te kijken is onze behoefte om praktische kennis te delen met anderen. Zo hebben wij bijvoorbeeld kwalitatief hoogstaand onderwijs en veel ervaring met accreditering en registratie. Die kennis kunnen we exporteren. Recent nog was er een vraag uit Duitsland naar de opleiding voor jeugdverpleegkundige. Die discipline is daar nog onbekend. Via onze ketenpartner V&VN is de vraag van de Duitsers beantwoord.

'Going global' is hot

Een vierde reden voor stimulering van de internationalisering is het belang van de toenemende oriëntatie op het bui-

tenland van studenten en jonge professionals. In het onderwijs heeft internationalisering al jaren een plaats in de curricula. Een (deel van de) studie en/of stage in het buitenland volgen vergroot de kans op werk.⁶ Na de studie in het buitenland gaan werken staat goed op het CV. Bovendien is het met de werkgelegenheid elders beter gesteld: waar de banen in Nederland niet voor het oprapen liggen voor net afgestudeerde studenten, is in het buitenland genoeg werk te vinden.⁷ Europese regels maken het makkelijker om binnen EU-verband met een geldig diploma over de grenzen te kunnen gaan werken. In Maastricht is er een bacheloropleiding *European Public Health*. Kortom, 'Going Global' is van deze tijd, ook voor artsen.

EUSUHM: een tombola

Los van alle inhoudelijke, wetenschappelijke en carrièreoverwegingen is deelnemen aan EUSUHM vooral leuk, leerzaam, uitdagend en inspirerend. Dan gaat het niet alleen om het kunnen communiceren in het Engels (small talk én vakjargon); soms ook word je volkomen onverwacht in het diepe wordt gegooid. Dat overkwam mij in mei 2014, toen ik op het laatste moment de voorzitter van EUSUHM moest vervangen als spreker op het congres van Russische schoolartsen in Sint-Petersburg. Het ging over het framework van de WHO. Je zegt 'ja' omdat er niemand anders is en dan blij je opeens keynote speaker te zijn....., voor een volle zaal met artsen. Tot mijn verbazing was er onder de aanwezige dokters op één na niemand die de Engelse taal machtig was, en simultane vertaling was er ook niet. Dus werd het een presentatie met een 'live' tolk. Ook dat is EUSUHM.

Bij EUSUHM heb je de kans om praktische kennis van andere culturen op te doen, in een professionele en informele setting. Dat voedt en verrijkt. Andere ideeën, denkpatronen en handelwijzen zijn vaak orde van de dag, zelfs bij onze directe burens, en we hebben er vaak amper weet van! Het is erg leerzaam om daarmee om te gaan.

Werk aan de winkel

Samen sterk, geldt ook voor EUSUHM. Maar dan moet er nog wel wat gebeuren om de organisatie in zijn kracht te zetten. Een bijna geheel vernieuwd bestuur is met enthousiasme en visie begonnen aan de verdere ontwikkeling van EUSUHM. Na het congres in Londen (2013) moet de organisatie de financiële reserve weer opbouwen. Voor het komende congres in Tallinn zijn er stevige financiële afspraken gemaakt en is het organiserende thuisland volledig financieel verantwoordelijk. Sponsoring voor EUSUHM wordt gezocht; het is een uitdaging om in deze tijd partijen te vinden die het gedachtegoed van EUSUHM financieel willen ondersteunen.

Verder is een communicatieplan in de maak. De website is sterk verouderd en heeft dringend een update nodig. Nieuwe flyers en visitekaartjes zijn handig om te ondersteunen bij het netwerken. Zakelijk gebruik van sociale media staat bij sommige EUSUHM-landen nog in de kinderschoenen, maar is in deze tijd niet meer weg te denken. En dan is er de broodnodige onderlinge solidariteit. De verschillen tussen de landen zijn namelijk groot, ook op financieel gebied. Sommige landen zijn

nauwelijks in staat de contributie van vierhonderd Euro op te brengen. Daarom dragen de lidlanden naar draagkracht bij en proberen de rijkere West-Europese landen te investeren waar mogelijk. Gelukkig dragen alle deelnemers van EUSUHM deze (financiële) solidariteit een oprecht warm hart toe.

Upcoming: congres in Tallinn 2015!

Ik hoop dat ik met deze bijdrage duidelijk heb gemaakt dat internationalisering, Europa en EUSUHM, belangrijk zijn voor de jeugdarts. Deze zomer zal in Tallinn het 18e EUSUHM congres plaatsvinden, op donderdag 4 en vrijdag 5 juni 2015. Het thema is *Mental Wellbeing of Children and Youth – a shared responsibility*. Zie de website www.eusuhm2015.eu.

Voor degenen die nieuw zijn of nog twifelen: een EUSUHM-congres bezoeken is echt heel leuk om te doen. Je ontmoet mensen uit verschillende landen en 'bekende Nederlanders' van de onderzoeksinstituten, er is een scala aan lezingen en je doet nieuwe inhoudelijke kennis op. Beroemd en geliefd is het diner, aan het einde van de eerste dag. Met als hoogtepunt het zingen van liederen van nationale bodem. Nederland ontbreekt daarbij nooit, en kiest uit haar repertoire typisch Nederlandse klassiekers. Elk jaar weer spannend welke het worden! Ik hoop straks in Tallinn vele Nederlandse collega's te kunnen begroeten! Voor meer informatie kun je mailen naar: esusuhm@artsenjgz.nl

Bronnen:

1. Het preventieconcert, J.B.J.Drewes, arts; Raad voor de Volksgezondheid. Zoetermeer, 2005
2. Huidige leden van EUSUHM
België, Kroatië, Estonia, Finland (2 organisaties), Duitsland, Hongarije, Rusland, Slovenië, Spanje, Zwitserland, Nederland en Engeland (2 organisaties)
3. European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals. WHO regional office for Europe, 2014
4. <http://ec.europa.eu/programmes/horizon2020/en/what-horizon-2020>
5. www.ec.europa.eu/programmes/horizon2020
Zie onder de sectie SocietalChallenges/Health, Demographic Change and Wellbeing
6. Effects of mobility on the skills and employability of students and the internationalisation of higher education institutions; the Erasmus Impact Study, European Union, 2014
7. Enkele voorbeelden: *Evaluating existing screening and preventive programmes; primary prevention / vision and hearing, *Health promotion, *Building better evidence for primary prevention, *Developing and comparing new models for safe and efficient, prevention oriented health and care systems, etc.

Over de auteur:

Henrique Sachse is jeugdarts en werkt als vertrouwensarts bij Veilig Thuis Hollands Midden.



Samen op weg naar gezonde zorg voor ernstige zieke kinderen

Door: Michèle Haagmans en Meggi Schuiling (directeur Stichting PAL Kinderpalliatieve Expertise)

Het visierapport *Samen op weg naar gezonde zorg voor ernstig zieke kinderen* borduurt voort op en is een concrete uitwerking van het Integraal Kwaliteitsmodel (Intensieve) Kindzorg uit het rapport *Ernstig zieke kinderen hebben recht op gezonde zorg* uit oktober 2013. Het beschrijft het Medisch Kindzorgsysteem, een nieuwe manier van toewijzen en vormgeven van kinderverpleegkundige zorg aan ernstig (somatisch) zieke kinderen buiten het ziekenhuis. Met de transitie en transformatie van de wet intensieve kindzorg en de wet jeugdzorg, gaat er het een en ander veranderen in de ondersteuning van ernstig zieke kinderen thuis. Het is belangrijk dat jeugdartsen op de hoogte zijn van deze veranderingen.

Samenwerkende partijen

Dit rapport is tot stand gekomen dankzij de inbreng van de volgende organisaties: Stichting Kind en Ziekenhuis, Stichting PAL Kinderpalliatieve Expertise, V&VN Kinderverpleegkunde, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Vereniging Gespecialiseerde Verpleegkundige Kindzorg (VGVK), Vereniging Samenwerkingsverband Chronische Ademhalingsondersteuning (VSCA), Kwaliteitsgroep Kinderthuiszorgorganisaties Nederland (KKN) en Stichting KinderThuisZorg.

Het kind en zijn gezin staan te allen tijde centraal. Zij ontvangen de ondersteuning die past bij de zorgbehoefte op een bepaald moment, volgens het principe 'zorg zo nodig, waar nodig'. De zorg die verleend wordt moet afhangen van de behoefte op dat moment en niet van een vooraf vastgesteld aantal uren. Door deze kanteling wordt ook de eigen

kracht en zelfredzaamheid van gezinnen vergroot.

Handvest

Door de samenwerkende partijen is een *Handvest Kind en Zorg* opgesteld, dat de rechten van het kind en gezin bewaakt gedurende het zorgtraject. In dit handvest staan bijvoorbeeld zaken als 'zieke kinderen worden niet in een ziekenhuis opgenomen als de zorg die zij nodig hebben ook in dagbehandeling, poliklinisch of thuis kan worden verleend' of 'zieke kinderen hebben mogelijkheden om te spelen, zich te vermaken en zich te ontwikkelen al naar gelang hun leeftijd en lichamelijke conditie'.

Medische Kindzorg

Het geheel van zorg dat een (ernstig) zieke kind nodig heeft, wordt Medische Kindzorg genoemd. Bij deze zorg kunnen verschillende disciplines betrokken zijn. Naast de kinderverpleegkundige en de hoofdbehandelaar uit het ziekenhuis,

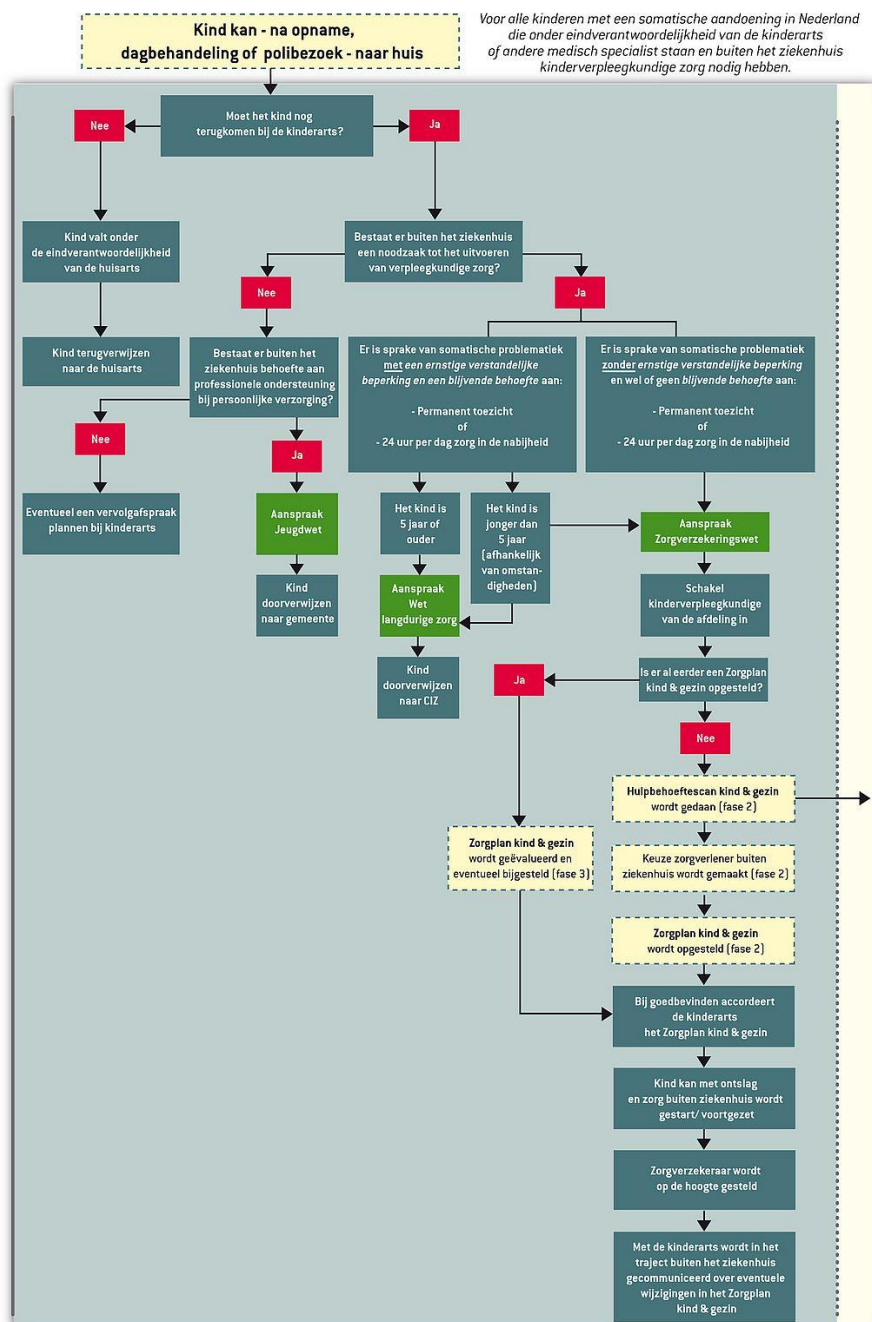
meestal de kinderarts, zijn vaak ook paramedici en professionals uit het sociale domein betrokken (ook ter ondersteuning van broertjes/zusjes en ouders, bijvoorbeeld vanuit het CJG).

Verwijzen

De uitwerking van het Medische Kindzorgstelsel verloopt in een aantal

fasen. Wanneer een kind na opname, dagbehandeling of een bezoek aan de polikliniek het ziekenhuis verlaat, is de 'Verwijsboom zorg buiten ziekenhuis' van toepassing (zie figuur 1). Deze beslisboom helpt de kinderarts het kind te verwijzen naar het juiste traject én het juiste wetstelsel (fase 1).

Fase 1 Medische Kindzorg: Verwijsboom zorg buiten ziekenhuis



Kinderen die kinderverpleegkundige zorg nodig hebben, vallen onder de ZVW (Zorgverzekeringswet). Uitzondering hierop zijn de kinderen die onder de Wlz (Wet langdurige zorg) vallen. Hierbij moet er sprake zijn van een ernstige verstandelijke beperking, blijvende behoefte aan permanent toezicht en blijvende behoefte aan 24 uur per dag zorg in de nabijheid.

Valt de zorg voor het kind wel onder de ZVW, dan gaat de kinderverpleegkundige met het gezin de 'hulpbehoeftescan' opstarten (fase 2). Hierin wordt geïnventariseerd welke zorgbehoefte kind en gezin hebben. Er wordt niet alleen gekeken naar het medische domein, maar ook naar de ontwikkeling van het kind en broers/zussen, de sociale omgeving en veiligheid. Er wordt altijd een zorgcoördinator aangewezen, ook als ouders de medische handelingen zelf uitvoeren. Deze zorgcoördinator toetst de voorwaarden die de kinderverpleegkundige uit het ziekenhuis gesteld heeft, en gaat met de ouders in gesprek over de behoeften van het gezin op de leefdomeinen Ontwikkeling, Sociaal en Veiligheid. De zorgcoördinator heeft ook een signalerende rol ten aanzien van broertjes en zusjes. In fase 3 wordt een 'zorgplan Kind & Gezin' opgesteld, dat geaccordeerd wordt door de kinderarts. Dit plan wordt regelmatig geëvalueerd en zo nodig bijgesteld. Fase 4 betreft de 'Beslisboom afsluiten zorgplan kind & gezin', bijvoorbeeld als er geen zorg meer nodig is, of als het kind achttien jaar geworden is.

Kinderen voor wie (nog) geen verpleegkundige handelingen thuis nodig zijn,

maar wel ondersteuning bij persoonlijke verzorging (bijvoorbeeld aan- en uitkleden bij een kind met de ziekte van Duchenne), vallen per 1 januari 2015 onder de Jeugdwet, dus onder verantwoordelijkheid van de gemeente. Het rapport adviseert de kinderarts hier zeker een overdracht naar de JGZ-instelling te doen.

Advies

Voor jeugdartsen is het belangrijk op de hoogte te zijn van dit rapport. Het is wenselijk dat niet alleen rond kinderen die onder de Jeugdwet/WMO vallen af te stemmen met de JGZ, maar ook de kinderen die in het Medisch Kindzorgsysteem worden begeleid. Zeker als deze kinderen nog naar school gaan of thuisonderwijs krijgen, is het van belang de jeugdarts c.q. de jeugdgezondheidszorg te betrekken.

Implementatie

Het visierapport richt zich op de periode vanaf 1 januari 2015 waarbij het de ambitie is het per 1 januari 2016 volledig te hebben uitgewerkt en geïmplementeerd. Hiertoe bevat het rapport een hoofdstuk over de noodzakelijke aspecten van de bekostiging van het Medisch Kindzorgsysteem, en een implementatieplan.

Meer informatie

Het rapport is te lezen onder andere op de website van Stichting PAL, <http://www.kinderpalliatief.nl/rapportsamenopweg/>

Nieuwe marketing voor de JGZ met de conversatiefilosofie

Door: Ulco Schuurmans

Op zich is de JGZ een sterk merk. De consultatiebureaus, GGD'en en jeugdartsen staan zeker niet slecht aangeschreven. Toch slaan persberichten regelmatig een deuk in het imago en toont het blazoen enkele moeilijk weg te poetsen vlekjes. De jeugdartsen en sociaalverpleegkundigen werken in hun eigen domein vaak hard aan het imago en de beleving van de geboden kwaliteit. Maar is dat in onze huidige maatschappij wel voldoende? En wordt het dan niet eens tijd om onze marketingstrategie te herzien?

De afgelopen tijd zijn er regelmatig negatieve en wat spottende berichten verschenen over onder andere onze vragenlijsten, de CB's ('consternatiebureaus') en vermeende bemoeizucht met de privacy. Nog vervelender is het in twijfel trekken van de deskundigheid. Daar komt nog bij dat JGZ-medewerkers het gevoel krijgen dat wij door onze doelgroepen onvoldoende gezien en als waardevol herkend worden. Een gecombineerde kwestie van imago, reputatie, het 'als (positieve) beleving tussen de oren zitten' bij de klant en zichtbare aanwezigheid. Daar moeten wij iets mee, anders doet de JGZ zich straks wellicht de das om.

Een geheel andere ontwikkeling vormen de huidige transitie & transformatie en het beeld dat de gemeenten en samenwerkingspartners van de JGZ/GGD hebben. Je moet het PR & marketingijzer smeden als het heet is en dat is nu meer dan ooit. Tijd voor een nieuwe marketingaanpak. De conversatiefilosofie kan daarvoor een heel bruikbaar instrument zijn.

Branding product

Vanouds is de JGZ-medewerker haar of zijn eigen marketeer in het werkveld. De juiste mix van kwaliteit, betrouwbaarheid, vriendelijke houding, oplossingsgericht werken en laagdrempeligheid heeft het al circa honderd jaar volgehouden. Ook het imago van de 'bezige bij', altijd vol vuur betrokken bij de ontwikkeling en het welzijn van het kind, heeft jarenlang geblonken.

De tijden veranderen echter en wij hebben nu te maken met een geheel andere marktwerking en beleving door de klant. De negatieve berichtgeving in de media, het teruglopen van de zichtbaarheid in de doelgroepen en dat ouders en kinderen op tal van andere (digitale) manieren ook aan nuttige informatie komen als bedreigend over. Tot op heden signaleren wij wel dat er het nodige mis is met de JGZ als branding product (heeft een hoge zichtbaarheid en identificatie met de klant) en marketingstrategie. Een echt structurele benadering in de trant van signaleren, indiceren en een probleem-plan-van-aanpak is er nog niet echt. Dat zal er toch echt moeten komen. Zowel vanuit

de organisatie als medewerkers zelf!
Een aanpak in de vorm van de moderne conversatiefilosofie van het management zou daarbij goed van dienst kunnen zijn.

Enkele statements

Eerst een aantal statement die tot nadenken stemmen:

- Niet wat je over je zelf vertelt, maar wat anderen over jou vertellen bepaalt de reputatie. Met andere woorden: merken worden niet gebouwd door wat ze er zelf over zeggen, nee, zij worden gebouwd door wat anderen er over zeggen. Dat geldt ook voor het merk JGZ -9 maanden tot 19+.
- Het mond-tot-mondprincipe is nog altijd onverminderd van kracht en heeft tegenwoordig ook een digitaal sausje (denk bijvoorbeeld aan social media).
- Een emotionele band tussen een organisatie en haar doelgroep zorgt voor identificatie. Daaruit komt dan, als het goed is, de positieve mond-tot-mondreclame tot stand.
- De communicatie vormt de start tot een goed gesprek (de conversatie uit de hier besproken marketingstrategie). Het medium is daarbij ondergeschikt. De gekozen media(mix) dient uiteraard wel te passen bij de vraag vanuit de klant en bij diens routing en belevingsniveau (plus leefstijl).
- De klant heeft meer mogelijkheden dan ooit om informatie en feedback te krijgen over de door de organisatie geleverde producten en diensten. Zij doen dat dan ook volop en werken vaak ook

steeds meer samen met de aanbiedende organisatie.

- De kern van marketing is en blijft: waarde creëren. Deze waarde zit hem in meer dan de kwaliteit het product of dienst alleen. Ook de maatschappelijke status, betrouwbaarheid, het sociaal beleid, bereikbaarheid, het gezond zijn van het bedrijf, ethisch gedrag en hulpvaardigheid spelen een belangrijke rol. Let tevens op de waarde voor de doelgroep klant zelf en de andere stakeholders in het markt-domein.
- Marketing is cultuur en geen afdeling. Zo'n 85-90% van de marketing wordt door de medewerkers zelf gedaan.
- Tevreden werknemers zorgen voor tevreden klanten.
- Een conversatie is een afwisseling van praten en luisteren tussen in het gesprek gelijkwaardige partners. Luister naar de klant!

Hoe zit dit eigenlijk bij onze JGZ-organisatie en denken managers en medewerkers hierover?

De 4 C's van de conversatiefilosofie

Een belangrijke trend bij de huidige aanpak van marketing is de conversatiefilosofie. Zoals de term conversatie al aangeeft gaat het daarbij vooral om het 'spreken over.' In feite gaat het gewoon om het benutten van het conversatiepotentieel voor het verbeteren van de perceptie van het bedrijf/organisatie, het toenemen van de vraag naar producten en diensten (omzetstijging) en het aanzien van een aantrekkelijke werkgever.

De conversatiefilosofie kent 4 C's:

1. Customer Experience. De ervaring van de klant met de producten en diensten.
2. Conversatie, het spreken over en in gesprek gaan met.
3. De content. De inhoud waarover de conversatie plaatsvindt.
4. De Collaboratie, het samenwerken met de klanten en partners.

Enkele voorbeelden voor de klantervaring. Wat krijgt/verwacht de klant van ons? Meten is weten. Iedereen binnen de organisatie is verantwoordelijk voor de customer experience. Hoe laten wij de vonk naar de klant overslaan? Een interessante insteek is dat de klant eigenlijk altijd in de 'aankoopfase' zit. Neem ik het product of dienst nu wel of niet af?

Bij de conversatie vormt de communicatie het sleutelement. Onze klant is expressief. De cliënten willen onderling praten over producten en diensten met de daaraan gekoppelde beleving en waardering. En ook met de aanbieders zelf. Zie onder andere de discussie over de vragenlijsten. Dat is gelukkig ook steeds meer positief. De klant wil graag meepraten over inhoud en kwaliteit.

Gesprekken en verhalen managen

Het managen van conversaties komt neer op:

- Het observeren. Waar praat de klant over? Begrijp de taal van de cliënt en waar deze het bij onze producten en diensten over heeft.
- Het faciliteren. Welke gereedschappen (tools) zet je in voor het onderling en met de organisatie praten van de klanten?

Bijvoorbeeld een social media community. Verwelkom de klant met open armen.

- Participeren. Het gesprek aangaan. Liefst zo persoonlijk mogelijk en passend bij de belevingswereld van de klant. Wees jezelf, stel vragen, neem een open houding aan wees eerlijk en vertoon zowel persoonlijk betrokken als empathie.

Vinden conversaties met onze doelgroepen en stakeholders eigenlijk wel voldoende en goed voorbereid plaats?

Contentmarketing

Bij de verspreiding van inhoud komt regelmatig naar voren dat de JGZ denkt in campagnes en niet in contentmarketing. Het grote verschil is dat een campagne behoorlijk intensief en aan een termijn gebonden is. De contentmarketing gaat continue door (campagnes kunnen overigens wel deel uit maken van contentmarketing). De content richt zich met name op het verhaal achter het product. Storytelling, casuïstiek informatieve rapportages kunnen voor de JGZ/GGD/Thuiszorg veel goodwill en een positief imago kweken. Ook is deze vorm van marketing zeker niet vrijblijvend: het doel is en blijft om het beslissingsproces van de klant (wel/niet gebruik maken van) te beïnvloeden

De contentmarketing heeft in principe vijf doelen:

- Het opbouwen van reputatie.
- Een positieve relatie met de klant opbouwen.
- Nieuwe klanten aantrekken. (In ons geval ook mensen uit de doelgroepen die de JGZ/GGD niet op het netvlies hebben).

- Het bereik op de social media verhogen.
- Het meten van de impact van de ondernomen activiteiten

Denk in plaats van aan longitudinale zorg ook een aan continue marketing voor -9 maanden tot 19+.

Samenwerken

Bij de collaboratie gaat het in de kern om het samenwerken met de klant aan goede producten en dienstverlening, De voorganger van de huidige collaboratietrend was de co-creatie. Samen met de klant producten verbeteren of nieuwe ontwikkelen. De volgende stap is structurele collaboratie. Deze bestaat uit:

- Het meer kennis opdoen via de (dagelijkse) input van de klant. Meer kennis geeft betere beslissingen en resultaten.
- De interne cultuur veranderen. Niet alleen het eigen 'onderbuikgevoel' laten regeren maar nu ook het klantengevoel daarin betrekken. Klantgerichtheid, neem de cliënt serieus als partner. Hierbij passen Dichtbij, Naast de Klant, Vraaggericht en ook op Eigen Kracht.
- Klanten betrekken bij de besluitvorming dat geeft een emotionele identificatie.

Nieuwe belangrijke gelegenheden voor collaboratie zijn de frontlineteams en de transitie en transformatie.

Structureel aanpakken

Is conversatiemarketing niet een idee dat wij als JGZ/GGD eens als concept zouden moeten toetsen? Om daar dan vervolgens een structureel plan van aanpak op zetten? In het kort zal een dergelijk plan van aanpak bestaan uit:

- Het begrijpen van de klantverwachting en diens waardeoordelen.
- Hierop een marktgerichte strategie ontwerpen.
- Het daaruit vloeiende implementatieplan. Met het tussen de oren krijgen bij de betrokkenen (anders hebben ze het te druk) en passende scholing.
- Een duurzame relatie met de klanten opbouwen.
- Samen met de tevreden klant continu de juiste waarden opbouwen.

Goede voorbeelden, modellen en suggesties zijn te vinden in de moderne marketingliteratuur. Zie bijvoorbeeld het besproken boek *Marketing, De nieuwe principes* (zie pag. 21 in deze JA!-Plus).

Why, How en What maken de JGZ succesvol

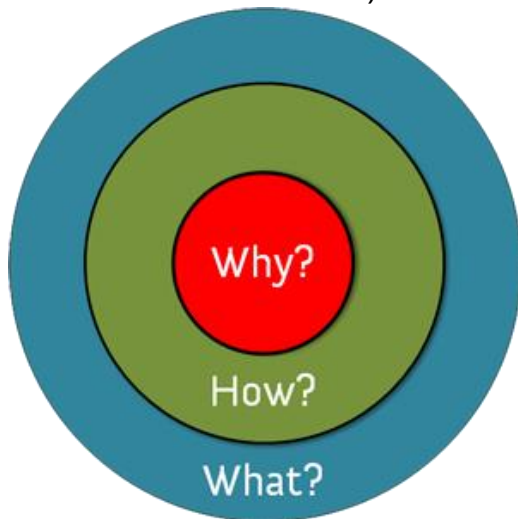
Marketing in de JGZ

Door: Ulco Schuurmans

Hoe drie begrippen - het Waarom, Hoe en Wat - de sleutel tot succes bij het aanbieden van JGZ-diensten en producten naar de klant kunnen betekenen.

Uit de praktijk van marketing blijkt dat de klant eerder geïnteresseerd is in waarom iemand iets aanbiedt dan in wat en hoe iemand iets aanbiedt. Een van de grote bedrijfsvoorbeelden in deze is Apple die in feite gewoon een aansprekende visie in de markt zet.

De Why, How en What zijn eveneens verbonden aan het van binnen naar buiten denken. Dit volgens de drie ringen van de Gouden Cirkel (model bedacht door Simon Sinek).



De buitenste ring is het wat een organisatie of bedrijf doet. Dat weet meer dan 99% van de werknemers. De middelste ring van de cirkel betreft hoe het gedaan wordt. Dat is vreemd genoeg al een stuk minder bekend binnen de eigen organisatie. En tot slot het waarom, daar staan slechts weinigen bij

stil. Het management en de werknemers denken teveel van buiten naar binnen in plaats van binnen naar buiten. Dat van binnen naar buiten denken is echter vaak aanmerkelijk succesvoller dan omgekeerd!

Wat verstaan wij nu precies onder het Why? Dat gaat over zaken als: wat is uw doel, wat wilt u bereiken voor uw doelgroep, wat is uw overtuiging, waar gelooft u in.

Wat is daar nu het gevolg van voor imago building en marketing? In de praktijk: Als uw (potentiële) klanten begrijpen 'waarom' u die overtuiging hebt, dan gaan zij er zelf ook sneller in geloven. En als iemand er in gelooft, ofwel dezelfde overtuiging deelt, gaat hij anderen om zich heen daarvan ook overtuigen. De beste reclame die u kunt hebben: mond-tot-mond.

Het What betreft de producten of diensten die u aanbiedt. En het How beschrijft hoe u het doet wat u doet. Teveel managers zetten alleen hier op in, het onderscheid maken waarom iets anders of beter is. Zij denken dat dit de klanten motiveert. De praktijk wijst echter anders uit.

Tot slot terug naar het Apple-voorbeeld. Hier gaat het om: beginnen met de visie

dat wij anders zijn en de status quo uitdagen, het Why. Dat doen zij door het (How) maken van fraai gestileerde producten die heel gebruiksvriendelijk zijn. En het What zijn nu net smartphones, computers en slimme tablets.

Aan u de uitdaging om eens te kijken of het Why, How en What ook geschikt zijn voor het bevorderen van JGZ bij gezondheid, leefstijl en verbeteringen in het sociale domein.

Marketing - De Nieuwe Principes

Recensie

Door: **Ulco Schuurmans**

Is marketing eigenlijk wel iets voor JGZ-ers? Wij doen het immers toch goed bij ouders en scholen? En had de organisatie daar niet al een speciale afdeling voor? Toch duiken er regelmatig minder rooskleurige berichten in de pers op over bemoeizuchtige vragenlijsten, 'consternatiebureau's' en het schenden van de privacy. Ook nemen de contacten met de doelgroep gestadig af

en vergt het meedoen aan de transitie en transformatie een sprekend beeld van onze mogelijkheden.

Een boek zoals *Marketing, De nieuwe principes* is dan het lezen waard. Niet echt eenvoudig, maar wel heel beeldend en het brengt je als lezer inderdaad op nieuwe ideeën. Bijvoorbeeld een aanpak in de vorm van de moderne conversatiefilosofie bij marketing. Enkele belangrijke statements zijn hierbij: Niet wat je over je zelf vertelt, maar wat anderen over jou vertellen bepaalt de reputatie. Een emotionele band tussen een organisatie en haar doelgroep zorgt voor identificatie. De klant heeft meer mogelijkheden dan ooit om informatie en feedback te krijgen over de door de organisatie geleverde producten en diensten. En de kern van marketing is en blijft: waarde creëren voor de klant. Een belangrijke trend bij de nieuwe aanpak van marketing is de conversatiefilosofie (zie ook elders in de JA!-Plus). Zoals de term conversatie al aangeeft gaat het daarbij vooral om het 'spreken over.' In feite gaat het gewoon om het benutten van het conversatiepotentieel voor het verbeteren van de perceptie



van het bedrijf/organisatie, het toemenemen van de vraag naar producten en diensten (omzetstijging) en het aanzien van een aantrekkelijke werkgever.

De conversatiefilosofie kent 4 C's:

1. Customer Experience. De ervaring van de klant met de producten en diensten.
2. Conversatie, het spreken over en in gesprek gaan met.
3. De content. De inhoud waarover de conversatie plaatsvindt.
4. De Collaboratie, het samenwerken met de klanten en partners.

Enkele voorbeelden voor 1. Wat krijgt/verwacht de klant van ons? Meten is weten. Iedereen binnen de organisatie is verantwoordelijk voor de customer experience.

Bij 2 vormt de communicatie het sleutелеlement. Onze klant is expressief. De cliënten willen onderling praten over producten en diensten met de daaraan gekoppelde beleving en waardering.

Bij 3 komt regelmatig naar voren dat je niet alleen in campagnes maar ook in contentmarketing moet denken. De contentmarketing gaat continue door (campagnes kunnen overigens wel deel uitmaken van contentmarketing). De content richt zich met name op het

verhaal achter het product. Storytelling, casuïstiek informatieve rapportages kunnen veel goodwill en imago kweken.

Bij 4 gaat het in de kern om het samenwerken met de klant aan goede producten en dienstverlening.

Het boek ondersteunt de nieuwe marketingconcepten met tal van duidelijke dagelijkse voorbeelden. Wij kunnen als JGZ-ers nog veel leren van hoe het bedrijfsleven de aansprekende en klantenbindende marketing aanpakt. Het taalgebruik neemt ook de niet deskundige mee in het verhaal hoe tot een geslaagde marketing te komen. De kleurrijke opmaak, duidelijke stellingen, samenvattingen en conclusies nodigen daar nog verder toe uit.

Wij kunnen als JGZ-ers nog veel leren van hoe het bedrijfsleven de aansprekende en klantenbindende marketing aanpakt.

Teven van Bellegem: *Marketing - De Nieuwe Principes*. Van Duuren management. ISBN: 9-789082-033724. 200 pag. € 49,99. Ook als e-book verkrijgbaar, € 39,99

Betreft Kompas kinder- en jeugdpsychiatrie

Door: Dr. Mascha Kamphuis, jeugdarts KNMG

De uitvoering van dit boek is bijzonder, er zitten ringbandgaatjes in en de kaft is van dun karton. Toen het binnenkwam, wilde mijn zoontje meteen spelen met de plastic kaart, waarop gekleurde cirkels zijn afgedrukt.

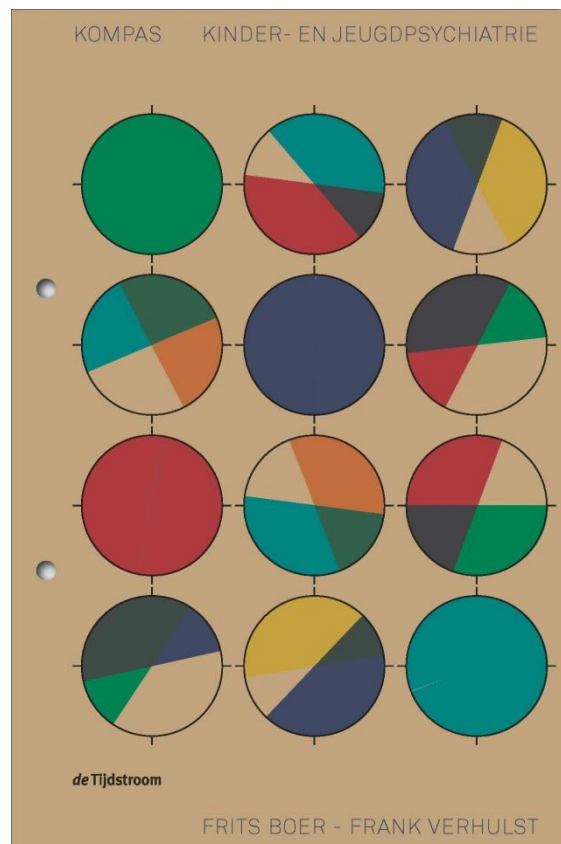
Dit boek is bovenal zeer leesbaar geschreven, in heldere begrijpelijke taal. Daarnaast geeft het hele mooie overzichten, zoals van problemen waar een psychische stoornis vermoed kan worden, beschrijvingen van stoornissen in de DSM-5, spoedeisende situaties en wanneer te verwijzen naar de kinder- en jeugdpsychiatrie.

Doel van dit Kompas is niet om zoveel mogelijk kinderen en jongeren te voorzien van een diagnostisch etiket, een 'label'. Dit Kompas besteedt vooral aandacht aan de vraag hoe je als professional een goed beeld krijgt van een kind of jongere en zijn/of haar problemen, welke valkuilen daarbij moeten worden vermeden en welke 'gereedschappen' je daarvoor kunt gebruiken. Dit Kompas wil weloverwogen handelen mogelijk maken bij het eventueel wel of niet verwijzen naar de kinder- en jeugdpsychiatrie. Hiervoor is als hulpmiddel in hoofdstuk 7 een overzichtelijke tabel toegevoegd, waarin aspecten worden weergegeven om rekening mee te houden (zoals ernst van de problematiek, welke beperkingen geeft het en beschermende factoren, alle weer opgedeeld in subonderwerpen). De tabel is voorzien van concrete voorbeelden. In datzelfde hoofdstuk zijn tabellen opgenomen die inzicht geven in welke

problemen die lijken op bepaalde psychiatrische stoornissen waarheen verwezen moeten worden, met spoed of 'met normaal tempo'. Een paragraaf gaat ook in op de regionale verschillen en als de voorwaarden voor verwijzing ontbreken.

Bijzonder is dat het boek ook geschikt kan zijn voor opvoeders, zij kunnen er veel aan hebben.

het valt me op dat dit boek zeer beperkt ingaat op de mogelijkheden die de jeugdgezondheidszorg biedt op dit vlak. En er wordt al helemaal niet verwezen naar jeugdartsen werkzaam in de GGZ, die hier dus een belangrijke rol in kunnen hebben. Dit is echt een omissie.



Desalniettemin is dit boek een echte aanrader. Het geeft praktische handvatten voor de signalering van problemen versus psychiatrie. Verwacht hierbij echter geen stroomdiagram of algoritme. Het is zoals het boek schrijft: *'Het oordeel van de verwijzer heeft onvermijdelijk een subjectief karakter. Maar er is verschil tussen zomaar iets doen en weloverwogen handelen.'* En daar zal dit boek zeker een bijdrage aan leveren.

PS: Inmiddels is me duidelijk geworden wat de reden is van de gaatjes in het boek en de plastic kaart. Dit vond de vormgever gewoon leuk, maar dient verder geen doel....

Dit boek is een echte aanrader. Het geeft praktische handvatten voor de signalering van problemen versus psychiatrie.

Frits Boer, Frank Verhulst: *Kompas Kinderpsychiatrie*. Utrecht. Tijdsgeest. 2014. 200 pag. € 28,00 ISBN: 9789058982674

Zie:

<https://www.tijdstroom.nl/boek/kompas-kinder-en-jeugdpsychiatrie#.VLwcsNKG95J>

Zie ook www.kompas-kjp.nl

Pas op kijk uit!

Voorkom de meest voorkomende kindergevallen

Door: Michèle Haagmans

Het boek is geschreven door een kinderarts-intensivist en een brandwonden-chirurg, en vooral gericht op ouders. De helft van de ongevallen bij jonge kinderen vindt in en om het huis plaats en veel van deze ongevallen zijn te voorkomen. De reden dat de auteurs dit boek hebben geschreven, is ook dat ze ouders van ernstig gewonde kinderen vaak hoorden zeggen: 'Had ik het maar geweten'.

Het boek is overzichtelijk ingedeeld met hoofdstukken over onder andere

verslikking, verstikking, verkeersongevallen, (brand)wonden, verdrinking, vergiftiging et cetera. In elk hoofdstuk worden de feiten besproken en komen praktijkverhalen, preventietips en adviezen voor eerste hulp aan bod.

Als je het hele boek van A tot Z leest, is er veel herhaling, omdat preventietips bij verschillende ongevallen dezelfde zijn. De vraag is of herhaling erg is bij dit onderwerp.

Het reanimeren wordt stap voor stap duidelijk uitgelegd, met illustraties. Er zijn uitscheurpagina's met de reanimatieschema's om ergens op te hangen. Het boek bevat ook een overzicht met handige websites, bijvoorbeeld de websites waar je kunt opzoeken of speelgoed of andere producten zijn teruggeroepen wegens gevaren. Verder worden ook de ontwikkelingsfasen van kinderen kort beschreven, zodat ouders voorbereid zijn op wat hun kind kan of binnenkort zal kunnen, en zij daar rekening mee kunnen houden. Een berucht voorbeeld hiervan is een kind dat zich opeens optrekt en een kop thee van tafel trekt.

Wat mij betreft een onmisbaar boek voor ouders.

Zoals gezegd is het boek in eerste plaats gericht op ouders. Ik denk dat het voor iedere ouder zinvol is om het te lezen en voorbereid te zijn. Maar het is zeker ook geschikt voor medewerkers van kinderdagverblijven en scholen. De preventietips kunnen ook gebruikt worden als inspiratie voor tips via Facebook en Twitter naar ouders. Als jeugdarts vond ik het ook prettig deze stof weer eens te herhalen en een duidelijk overzicht te hebben van soorten ongevallen, eerste hulp daarbij en preventietips. Enkele zaken waren voor mij ook nieuw, zoals het naar aanleiding van dit boek in de media besproken cherrytomaatje; dit kan sneller tot verstikking kan leiden

dan een hard snoepje doordat het zacht is en vervormt. Daardoor kan het de hele luchtpijp afsluiten en is daarmee moeilijker te verwijderen. Verder bijvoorbeeld het feit dat je bij een chemische brandwond juist kleding moet verwijderen, desnoods lostrekken, in tegenstelling tot bij een heetwaterverbranding.

Wat mij betreft een onmisbaar boek voor ouders en plaatsen waar veel kinderen komen, en voor de jeugdarts en handig naslagwerk. Nu is het wachten op een app om de informatie nog sneller bij de hand te hebben.



Fieke Slee en Marielle Vehmeijer: *Pas op kijk uit!* – Voorkom de meest voorkomende kindergevallen. Houten. Uitgeverij Spectrum. 2014. 224 pag. € 20,00 ISBN: 9789000339693
Ook als e-book te verkrijgen: 9789000339709, € 12,99

Wat haal je en wat breng je

Vier congressen naast elkaar

Door: Wike Lijs en Els Jonker

Waar ga je als jeugdarts naar toe om kennis op te doen, om te netwerken en om je expertise met anderen te delen? De JA! zet vier congressen die zij in het najaar van 2014 bezocht, naast elkaar.

Wat	<i>Nothing is impossible, the word itself says 'I'm possible'</i> . Doel van TEDx bijeenkomsten is ideeën die het waard zijn te verspreiden, met elkaar te delen. Geen kennis delen, maar inspiratie en ideeën; in dit geval het idee dat alles mogelijk is.
Organisatie	TEDxMaastricht
Waar/wanneer	Theater aan het Vrijthof, 13 oktober 2014
Hoe	Volgens TED-formule: een keur aan sprekers geeft in maximaal 18 minuten een presentatie over eigen expertise, een project of een idee .
Deelnemers	Iedereen die zich heeft aangemeld en is geaccepteerd, zeer gevarieerd publiek
Wat haalt de jeugdarts (ja)	Prachtige voorbeelden van korte presentaties; inspirerende inzichten
Wat brengt de ja	Geen jeugdartsen als spreker; kwam twee collega's tegen
Netwerken	Weinig: alleen korte uitwisselingen tijdens pauzes
Wat kost het	Geen, je moet beargumenteren waarom de organisatie jou als deelnemer zou willen ontvangen
Accreditatie	geen
Gaan/niet-gaan	Ten minste één keer meemaken! Wordt ook op verschillende plekken in Nederland georganiseerd
Stip op de horizon	Een AJNdag volgens TED-formule; jeugdartsen als TEDsprekers.
Meer info	http://tedxmaastricht.nl/ Bekijk in ieder geval de presentaties van Anna Verhulst, Jim van Os, Rutger Bregman, Paul Rulkens. En die van Kadir van Lohuizen en Ismail Ferdous

Wat	Voor de Jeugddag 2014; gemeenteambtenaren, coördinatoren van Samenwerkingsverbanden passend onderwijs, bestuurders en wethouders maar ook zorg- en onderwijsprofessionals, ouders en jeugd denken samen na over de jeugdzorg.
Organisatie	Rijksoverheid en VNG
Deelnemers	Professionals, gemeente (ambtenaar en bestuur), jongeren en ouders, organisaties
Waar/wanneer	Westergasfabriek Amsterdam, 27 oktober 2014
Hoe	Presentaties, workshops, marktplein met organisaties. Veel ruimte voor de stem van jongeren en van professionals.
Wat haalt de ja	Heel veel kennis over het veranderende sociale domein: hoe zijn andere organisaties en beroepsgroepen bezig met de transitie en transformatie; wat willen ouders en jongeren, met wie zou de JGZ moeten/kunnen samenwerken, wie ken ik nog niet?
Wat brengt de ja	Presentatie van www.bikkelseducatie.nl door AJN-ambassadeur JMZ Een enkele jeugdarts was aanwezig, AJN en professie onzichtbaar
Netwerken	Veel, informeel en tijdens workshops, goed georganiseerd
Wat kost het	Gratis
Accreditatie	geen
Gaan/niet-gaan	Gaan. Als individuele jeugdarts en als AJN
Stip op de horizon	Vanzelfsprekend dat de volgende keer jeugdartsen, de AJN en jeugdgezondheidszorg wel zichtbaar zijn!
Meer info	Presentaties en filmpjes op www.voordejeugddag.nl
Overig	https://storify.com/HetNji/voordejeugddag-1 een mooie manier om een dag te verslaan. Vervolg http://emagazine.voordejeugd.nl/2014/4/3-zorgverleners.html

Wat	AJN-dag over Veiligheid
Organisatie	AJN / Vergader Voorbereidings Commissie
Deelnemers	jeugdartsen
Waar/wanneer	Jaarbeurs, Utrecht 14 november 2014
Hoe	ALV en presentaties over thema
Wat haalt de ja	Informatie over verenigingszaken en ontwikkelingen in en rondom de JGZ, kennis over het thema; mogelijkheid tot netwerken met collega's
Wat brengt de ja	AJN-dag is door en voor jeugdartsen!
Netwerken	Tijdens pauzes
Wat kost het	Bedrag afhankelijk van wel/geen lid
Accreditatie	ja
Gaan/niet-gaan	Gaan, deze dag is van ons en gaat over ons!
Stip op de horizon	Nog meer jeugdartsen staan te trappelen om hun expertise, hun project, hun idee te presenteren en successen te delen. Tips voor

	(TED)presentaties: http://tedxmaastricht.nl/2014/12/how-to-become-a-ted-talk-hero/
Meer info	Op http://artsenijgz.nl/ajn/mijn-captain/ zijn presentaties terug te zien
Overig	Kennis-consumeren is nogal passief, door napraten met collega's krijgt het zijn meerwaarde

Wat	Jaarcongres Jeugdgezondheidszorg 'Samen klaar voor de toekomst: kansen zien en successen vieren' . Het congres haalt verhalen van JGZ-organisaties die succesvol invulling hebben gegeven aan de transformatie naar voren en belicht de kansen die de transformatie de JGZ biedt.
Organisatie	NCJ
Deelnemers	JGZ-professionals
Waar/wanneer	DeFabrique, Utrecht 25 november 2014
Hoe	Presentaties, workshops, interactieve markt met JGZ-organisaties, beroepsorganisaties, onderwijs, kenniscentra, enz.
Wat haalt de ja	Kennis over veranderende JGZ, kennismaking met projecten, ideeën en organisaties en collega's in de JGZ.
Wat brengt de ja	Jeugdartsen waren krachtig aanwezig in presentaties, workshops en de inspiratielounge. De AJN was als beroepsorganisatie zichtbaar.
Netwerken	Informeel en tijdens workshops, goed georganiseerd.
Wat kost het	€ 190,00
Accreditatie	ja
Gaan/niet-gaan	Gaan, het is het enige JGZ-brede congres.
Stip op de horizon	Nog meer jeugdartsen die iets te presenteren hebben?
Meer info	http://www.jaarcongresjgz.livemagazines.nl/
Overig	Deelnemers ontvingen boek '100 jaar jeugdgezondheidszorg', het boek is te bestellen bij het NCJ. Kosten 10 euro plus verzendkosten.

Vier heel verschillende congressen, alle vier interessant om verschillende redenen. Misschien was het toeval, maar op TEDxMaastricht en de VoordeJeugdDag ontbraken jeugdartsen

(en jeugdgezondheidszorg) vrijwel volledig. Heeft het te maken met het ontbreken van accreditatie? Het zou jammer zijn als jeugdartsen zich vooral door het 'wat?' laten leiden....

Uitvindboek voor ouders

Door: Rianne Paalman

Veel boeken zijn er geschreven over het ouderschap en opvoeden van kinderen. Dit boek met als ondertitel *Aha! Zo doe ik dat* wekt de indruk dat de lezer praktische antwoorden krijgt op vragen over het ouderschap en opvoeden. Die biedt het boek echter niet!

Wat biedt het boek wel? De dertien hoofdstukken bestaan uit anekdotes van Janneke van Bockel (ouderschapsdeskundige) en zijn voorzien van reacties vanuit de ouderschapspsychologie door Alice van der Pas (ouderbegeleider en gezinstherapeut). De anekdotes zijn gebaseerd op praktijkervaringen van Janneke als ouder van twee kinderen. Door deze opzet worden theorie en praktijk samen gebracht.

Het ouderschap met zijn grote twijfels en als leerproces loopt als rode draad door de anekdotes. 'Bizar hoe kinderen je zwakke plekken weten te vinden. Binnenkant en buitenkant moeten precies met elkaar kloppen, want kinderen reageren meer op lichaamstaal dan op wat ze je horen zeggen. Dat is dan ook de moeilijkheid van consequent zijn: het lukt pas al je het eens bent met jezelf...'

Door de combinatie van de zelfreflectie van Janneke en het commentaar van Alice biedt het boek aan ouders de (h)erkenning dat ouderschap synoniem staat voor twijfels. Daarbij kan het hen helpen te reflecteren op en inzicht te krijgen in hun eigen ouderschap.

Het boek is makkelijk leesbaar en door het kijkje in haar keuken herkenbaar voor ouders. Het boek geeft hen het inzicht dat ouderschap samen gaat met twijfels en dat dit gedeeld wordt door andere ouders. Voor jeugdartsen is het boek bruikbaar om inzicht te krijgen in ouderschapspsychologie en vooral in de vertaling van praktijk naar theorie. Het levert echter verder weinig nieuwe kennis op. De ondertitel *Aha! Zo doe ik dat* blijkt na het lezen van het boek een vertaling van de ouderschapstheorie in de praktijk.



Janneke van Bockel en Alice van der Pas: *Uitvindboek voor ouders. Aha! Zo doe ik dat*. Humm Publishing, 216 pag. ISBN: 978-90-820-7002-6, € 17,95
Ook als e-book verkrijgbaar: ISBN: 978-90-820-7003-3. € 9,95

Stimuleren wearables een gezondere leefstijl?

Door: Dr. Twitter

Een meer gezonde leefstijl op eigen kracht dankzij de interactieve terugkoppeling van lichaamsparameters uit wearables? Het zou zo maar kunnen. Grote elektronicabedrijven zoals Apple, Samsung en ook Google geloven er heilig in en trekken ontwikkelaars voor gezondheidsapps en medische sensoren aan. Is dat nu ook iets om bij de advisering van de leefstijl bij jeugdigen rekening mee te gaan houden?

Wat zijn wearables?

Zoals de naam al aangeeft gaat het om draagbare apparaatjes. Het betreft slimme horloges, brillen, armbanden, ringen, hoofdbanden en zelfs kleding. De wearables kunnen twee dingen:

mogelijkheid is het op afstand bedienen van slimme huizen (domotica), gebouwen en auto's.

2. Als een meetapparaat voor de lichaamsfuncties. Deze wearables zijn



1. als een soort verlengstuk van de mobiele telefoon dienen via een (draadloze) Bluetooth-verbinding. Het mobiel-tje met al zijn communicatie-, computer- en social mediamogelijkheden blijft in de zak of tas en de gegevens komen op de display van de wearable. Je kunt zo bellen, navigeren en snel informatie ophalen. Een daaraan gerelateerde

voorzien van allerlei meetsensoren voor bijvoorbeeld hartslag, bloeddruk, het registreren van beweging (stappen, afgelegde afstanden), bloedsuikergehalte, cholesterol, alcoholpercentage, slaapritme en het aantal verbruikte calorieën. Gekoppeld aan een gezondheidsapp ontstaat een nieuwe vorm van interactieve E-health.

Random wearables valt momenteel een ware explosie en hype tot een compleet mediacircus te bespeuren. De slimme horloges van Apple, Samsung, Sony, Casio, LG, HTC en vele andere merken bekoren doelgroepen die graag met

sensoren. Deze kleding past zich ook aan de sfeer, omgeving en werksetting van de gebruiker aan door kleur, uitstraling, communicatie en dergelijke. Wie geen wearable wil kan ook gewoon sensoren koppelen aan zijn of haar

A MUCH More Diversified Market Than Investors Realize



CREDIT SUISSE

Source: Company Website, iFlowreader, Credit Suisse Estimates,

Produced by: John Pitzer
Slide 6

fitness, sport, gezondheid en gadgets aan de slag willen. En daar zitten relatief veel jeugdigen en jongvolwassenen bij. Naar keuze zijn wearables verkrijgbaar van gewoon functioneel tot een sierlijk of gestileerd ontwerp in edelmetaal. Daarnaast doen ook slimme brillen met een ingebouwde interactieve display zoals Google Glass, de Oculus Rift en hun opvolgers van zich spreken. De slimme brillen informeren de gebruiker continu in diens gezichtsveld over de ingestelde meetwaarden. Tevens bruikbaar als camera, navigatie en afstandsbediening voor vele smart devices. Andere vormen van wearables zijn slimme ringen, armbanden, geavanceerde stappentellers, hoofdbanden en kleding met ingebouwde lichaams-

smartphone onder iOS of Android met een daarbij passende gezondheidsapp. Daarvoor zijn diverse sensormodules verkrijgbaar.

Preventief effect?

De achtergrond van het mogelijk preventieve effect op de eigen gezonde leefstijl zit hem in de (directe) interactieve terugkoppeling naar de gebruiker. Die ziet meteen de uitslagen en neemt haar of zijn maatregelen is het achterliggende concept. Een misstap valt direct te zien en positief gedrag loont in gunstige meetwaarden en/of een fraaie visuele weergave. In feite een soort 'lik op stuk'-gezondheidscoach die de gebruiker een objectieve spiegel voorhoudt.

Een ander voor een aantal gebruikers aantrekkelijk punt vormt het delen (sharen) van de behaalde resultaten met de vrienden op social media.

De 'zelf-metende-mens' is al lang geen unicum meer in de medische wereld van E-health. Van deze, in het jargon Quantified Self en selftracking genoemde, toepassingen zijn al tal van praktische voorbeelden bekend. De elektronische stappenmeter of activiteitentracker als bewegingscoach bestaat al langer.

Hetzelfde geldt voor de pulsoxymeter als bewaker van de hartslag en het zuurstofpercentage in het bloed. Dit apparaatje is buiten de medicus ook in gebruik bij trimmers/spinners die hun inspanning meten en ouders die de CARA van hun kind willen bewaken. Ook heel bekend zijn de slimme glucosemeters bij diabetes. Deze meters kunnen sinds kort ook al de bloedsuikervwaarden rechtstreeks in het elektronisch medisch dossier noteren. En de bloeddrukmeter ging eveneens smart. De smart-tensiemeter koppelt aan het slimme mobieltje of computer en houdt de weekstatistieken per gebruiker bij en signaleert een onregelmatige hartslag.

Andere toepassingen betreffen het meten van slaapedrag, stemming en fysieke klachten voor het geven van inzicht en adviserende coaching.

De smartphone beschikt met de juiste sensor en/of app eveneens over de hiervoor geschetste mogelijkheden. Een wearable doet hier echter nog wat schepjes bovenop in de vorm van meer vrijheid bij het dragen, het hebbedingetjesgevoel en een sjeke uitstraling.

Werkt het ook in de praktijk?

Werkt gedragsverandering bij de leefstijl door het inzetten van wearables in de praktijk nu wel of niet? Zoals gezegd komt het effect van wearables bij de leefstijl neer op een opbouwende feedback. De vraag rijst echter of de gebruiker ook daadwerkelijk iets met de interactieve koppeling gaat doen en op den duur niet de motivatie verliest of zelfs afgestompt raakt? Je kunt het effect van de wearables vergelijken met de weergave van het benzineverbruik op de display van de auto. Je gaat er op letten en rijdt zuiniger. Aan de andere kant kan de gebruiker er ook horendol en afgeleid bij het rijden van raken. Er zijn al gebruikers die zeggen enthousiast met wearables begonnen te zijn maar dat momenteel niet meer (vaak) te doen. En ander probleem kan de afschrikking of de teleurstelling zijn. Je best gedaan en de teruggekoppelde meetwaarden vallen toch tegen of zijn gewoon slecht. Dit is onder andere bekend van het glucosemeten bij een lastige diabetes. Wil de wearable in potentie goed preventief werken dan dient deze aan de volgende voorwaarden voldoen:

1. Het object dient de drager aan te spreken. Staat mooi, daar heb ik iets aan. Goed voor mijn gezondheid.
2. De verstrekte gegevens dienen relevant, betrouwbaar en (direct) goed bruikbaar te zijn.
3. Het inbouwen van een coachfunctie (app) verdient aanbeveling.
4. Het toepassen bij de gebruiker moet scoren, een zichtbaar resultaat hebben.

5. De wearable moet passen in de leefstijl van de gebruiker en gevoerde campagnes of acties. Ook het delen (sharing) is hierbij van belang.

De nieuwste generaties wearables voldoen aan de uitstraling, betrouwbaarheid en positief stimulerende of coachende werking. En er zijn al onderzoeksgegevens beschikbaar die wijzen op een betere behandelingstrouw, gezondheidswinst en verminderd bezoek aan de dokter of SEH door het zelf meten met een wearable.

Met de data aan de haal!

Zijn jouw gezondheidsdata ook voor derden interessant? Zeer zeker voor verzekeraars, farmaceuten, werkgevers, banken die leningen verstrekken, overheid en producenten van gezondheidsgoederen en -diensten. De kans op een

privacylek of het na een hack in verkeerde handen vallen van medische gegevens is in onze huidige informatiemaatschappij echt een reëel gevaar. En wie is de eigenaar van de bij metingen verkregen data? Goede afspraken over het gebruik van de data, toestemming van de cliënt en beveiliging zijn een must.

Jeugdigen en ouders

Wearables zullen vele jeugdigen en hun ouders bij het beïnvloeden van een gezonde leefstijl beslist aanspreken. In Nederland kijken er al meerdere GGD'en, onderzoekscentra en ziekenhuizen naar. En als onze doelgroepen inderdaad wearables willen gaan gebruiken kan de JGZ niet achterblijven bij het adviseren van de juiste apparaten en bijbehorende apps. Of het ook echt allemaal gaat werken zal het monitoren van de resultaten op langere termijn moeten bewijzen.

Wat stond er in het eerste artikel van de LOOZ-onderzoeksgroep?

Door: Esther Kramer

In april 2012 werd het eerste artikel van de LOOZ-onderzoeksgroep gepubliceerd in Archives of Disease in Childhood, waarin het defecatiepatroon van zeshonderd gezonde Nederlandse zuigelingen werd beschreven die het consultatiebureau bezochten. De ouders hielden op de leeftijd van één, twee en drie maanden met behulp van een gestandaardiseerde vragenlijst en een ontlastingsdagboek gegevens bij over voeding en defecatie. Geconcludeerd

werd dat in de eerste drie levensmaanden borstgevoede zuigelingen frequentere, zachtere en vaker geel gekleurde ontlasting hadden dan zuigelingen die standaardkunstvoeding kregen. Ook werd een negatieve correlatie tussen defecatiefrequentie en hoeveelheid vastgesteld. De auteurs concludeerden verder dat groen gekleurde ontlasting bij zuigelingen die standaardkunstvoeding gebruiken, als normaal kan worden beschouwd.

Congres 'Jong geleerd is oud gedaan'

Door: Michèle Haagmans

Op 3 oktober heeft JA!-redactielid Michèle Haagmans het congres 'Jong geleerd is oud gedaan' bezocht. Op dit congres stond de ontwikkeling van eetgedrag en een gezond voedingspatroon centraal. De aanwezigen waren vooral diëtisten, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Het congres was georganiseerd door het FrieslandCampina Institute Nederland. Met voeding valt er preventief veel te bereiken, dat bleek ook op dit congres.

Na de opening door de dagvoorzitter **prof. dr. Fred Brouns** (Health Food Innovation – Maastricht University), ging prof. dr. Kees de Graaf (hoogleraar Sensoriek en eetgedrag – Wageningen UR) in op de ontwikkeling van smaakvoorkeuren en eetgedrag.

Smaakvoorkeuren zijn aangeboren en over de hele wereld universeel. Voorkeuren voor bepaalde voedingsmiddelen zijn aangeleerd, met name in de eerste twee jaar. Dit aanleren gebeurt op verschillende manieren, waarvan blootstelling waarschijnlijk de meest krachtige is.

Dr. Emely de Vet, universitair hoofd-docent Gezondheidscommunicatie aan Wageningen UR, gaf aan dat de laatste decennia het voedselaanbod is toegenomen. In diezelfde periode is ook het lichaamsgewicht steeds meer gestegen. Het veranderen van de omgeving is complex en stuit op weerstand bij mensen. De vraag is of we kinderen kunnen wapenen tegen de omgeving. Dit blijkt te kunnen via zelfregulatie. Zelfregulatie is meer dan een persoonlijkheidstrekkje; het is aan te leren. Jongeren kunnen zelf heel goed strategieën bedenken en deze strategieën kunnen hen helpen.

Dr. Hester van Meer, kinderarts UMCG, vertelde dat intra-uteriene ondervoeding het risico op het metaboolsyndroom verhoogt, en daardoor de mortaliteit aan hart- en vaatziekten en diabetes. Dit komt door de metabole aanpassingen die op het moment van ondervoeding een overlevingsvoordeel bieden. Snelle inhaalgroei bij SGA-geborenen verhoogt het risico op het metaboolsyndroom ook. Als deze kinderen extracalorische voeding krijgen om inhaalgroei te bewerkstelligen, zie je op achtjarige leeftijd een hogere bloeddruk en een hoger percentage lichaamsvet. Inhaalgroei is echter wel belangrijk voor het bereiken van een normale eindlengte en bij prematuren voor een betere neurocognitieve ontwikkeling.

Dr. Edith van den Hooven, postdoc-onderzoeker Epidemiologie aan het Erasmus MC, vertelde over een deelonderzoek binnen de Generation R-studie. Er werd gekeken naar het voedingspatroon op jonge leeftijd en de botsterkte op zesjarige leeftijd. Een voeding die rijk is aan zuivel en volkorenproducten op de peuterleeftijd bleek gerelateerd aan een hogere botdichtheid. Ook borstvoeding en vitamine D-status bleken samen te hangen met de botsterkte. Kinderen die nooit borstvoe-

ding hadden gehad, hadden met zes jaar een lagere botdichtheid. Bij zesjarigen met een vitamine D-deficiëntie (dertig procent) was er ook sprake van een lagere botdichtheid.

Trudy Voortman, PhD-onderzoeker Epidemiologie aan het Erasmus MC, gaf aan dat voedingsgewoontes op jonge leeftijd tot op latere leeftijd redelijk stabiel zijn. Er is echter weinig onderzoek gedaan naar het peuterdieet en er zijn weinig specifieke aanbevelingen voor deze leeftijdsgroep. Internationale richtlijnen komen wel aardig overeen.

Dr. Ir. Joline Beulens, PhD en assistent professor of Epidemiology aan het UMC Utrecht, onderzocht de inname van melk en melkproducten bij kinderen. Deze blijkt af te nemen. Een hoge inname van zuivel is belangrijk voor zuivelnutriënten, maar ook voor andere voedingsstoffen zoals vitamine A en zink. Er is ook een verband met de inname van andere basisvoedingsmiddelen. Zuivel levert echter ook een bijdrage aan een hogere energie-inname en aan meer vet en natrium.

Ir. Brenda Glas, kinderdiëtist/voedingskundige, Consultancy in Kindervoeding, vertelde dat volgens de voedselconsumptiepeiling 2005/2006 blijkt dat kinderen teveel calorieën, te weinig fruit, te weinig groente, te weinig vis en te veel melk binnenkrijgen, en daardoor onvoldoende voedingsvezels, ijzer, vitamine D en foliumzuur binnenkrijgen. De nieuwe JGZ-richtlijn *Voeding en eetgedrag* biedt handvatten voor voor-

lichting, eenduidige advisering, signalering, begeleiding en zo nodig verwijzing van ouders, kinderen en jongeren.

In de presentatie van **drs. Maartje van Osch**, consumentenpsychologe en directeur van FamilyFactor, kwam de tegenwoordig meer coachende rol van ouders in de opvoeding aan bod. Kinderen leren tegenwoordig niet alleen van hun ouders, maar ook via internet, app's, speciale lesprogramma's op school en informatieve programma's op televisie. Om kinderen gezond gedrag aan te leren, werkt het goed om met kinderen in dialoog te gaan.

Conclusies

Met voeding is er preventief veel te bereiken op het gebied van gezondheid bij mensen, dus de jeugdarts moet kennis hebben over voeding. Ondanks het feit dat bijvoorbeeld smaakvoorkeuren aangeboren zijn, is er met aanpassing van het eetgedrag van kinderen winst te behalen. Dit varieert van het kind voldoende blootstellen aan verschillende voedingsmiddelen, het aanleren van zelfregulatie op het gebied van voedselaanbod, het geven van borstvoeding, tot het voorkomen van intra-uteriene ondervoeding en het doseren van de inhaalgroei bij SGA-geborenen.

Zie verder:

<http://www.frieslandcampainainstitute.nl/nl/congress.aspx>

<https://www.youtube.com/watch?v=m4WWxrTTn0E&list=UUah65SR5Vfem3Ku4zG-RHRA>

Van het Bedrijfsbureau – mutaties 2014

Nieuwe leden

Vera		Ambadiang-Buijs
Eline		Amesz
Bianca		Ansems-Brosens
S.		Babic-Malbasic
Hilde		Bastiaens
A.		Belgacem-Lameri
Ida		Bentzen
Denise		Berkel
Keroena		Bharatsingh-Mangal
Jeftha		Blezer
Hanneke		Blom-Bartels
Hananja		Boonen-Stael
Raquel		Bosman
L.V.	van	Boxtel
Rodyan	van den	Brink
M.		Bruggeman-den Uyl
Niska		Burgers-Poortman
Dagmar		Burggraaf
Kirsten		Commijns
Wendy		Dambacher
Kathleen		Doumen
Martine		Dussel
Sabine		Eimers-Hofsommer
Mark		Eisinger
Nina	van	Erkel
Marleen	van	Essen-Mommersteeg
A.		Fintelman
Joyce	van	Geffen
Shinkai		Ghorbandi
Gerdien	van	Gijssel-Leenman
Agnes		Grauss-Veenstra
Peter	de	Groot
Marielle		Haafkes
Kathleen		Hansen
Margreet		Harskamp-van Ginkel
Jasmijn	van	Hees
Iris		Hein
Sophia	van	Hemert

Mieke	van den	Heuvel
Frauke	van	Himbergen-Lierop
Karin	ter	Horst-Ansink
Lonneke		Huibers
Marijke	van	Ingen-Baldé
Arianne		Jansen
Yvonne		Janssen
Rosemarijn	de	Jong
Bahar		Kamrani-Kharjeh
Sietske	ten	Kate
P.A.		Kathmann
Ebru		Kaya-Gözütok
Claudia		Kemme-Kuchenbecker
R.M.		Ketwaru-Hoeseinbakas
Femmie		Klaassen
Evelien	de	Kleine
Fiona		Koopmans-Dickie
Yvonne		Kouwenberg
Sanne	de	Kreij
Marcella		Lamers
M.C.		Lely
Rosanne	van der	Lugt
Annelies		Malda-Meijer
A.J.J.		Meijerink-Warnar
Ineke		Minkhorst
Bianca		Morsink Grotenhuis
Alinda		Nienhuis
M.H.L.	van den	Oever-Goltstein
Esther		Ottink-Rijkenbarg
Monique	de	Paauw
Elske		Pahl-van Beest
Margot		Pelders-Wijngaard
Niels		Penning
E.A.M.		Penterman
L.A.M.		Petri
Nicky		Platte-van Attekum
Lenka		Pluhar
Marjan	van de	Poll-Wardenier

Ryna		Pridady
Indra	van	Putten-Visser
Karolien	van	Puyenbroeck
M.L.T.		Quik-van Millingen
S.		Ramautar
Ria	de	Reus-de Lugt
Esther	van de	Riet
Louise		Rijswijk
Stijntje		Roes
Mildred		Sajet
Bernice		Samson
M.C.S.		Saro
Karima		Sarwari-Azizi
Nienke	van	Schaik
Helena		Schildt-van Duinen
A.M.		Schillings
Ingeborg		Schmetz
Eva		Schmid
Eline		Schot
Margita		Sebova

E.		Sewnath
Karen		Sijssens
Sytske		Sijtsema
Gerda		Sinnema
Eline		Slief
Wim		Sluijs
Mascha		Smolders
G.E.		Tan
Anne Frank	van	Tellingen
Caroline		Thijs
Lilian	van der	Ven
Vanessa		Verschuere
Sifra		Visser
Marianne		Wassing
Evelien		Weitenberg
Jeanet		Westenberg
M.		Wibaut
Victorique		Wijngaards
S.		Zweekhorst

Opzeggingen

Irtika		Ahmad
Anneke		Alblas-Oskam
Isabelle		Arts
Lia		Avis-Andriessen
Jan	van	Beek
Laura		Beer
Felicia	van	Berkel
Anneke	de	Boer
Anouk		Bolt
Katy		Bordonis
Margriet		Both-Vogel
Lyda		Bouma
Marianne		Brackel-Welten
Annemiek		Brugman
Anusjka		Cooman
Peter		Cuppen
Bianca		Das
Geerteke		Dijk-Stigter
Lesty		Djojoadmodjo

N.B.M.	van	Eck-Piette
Mathieu		Evens
Sjeng		Ewalds
Ireen		Feenstra
Joke		Gijsbers
Veronique		Gijsen-Mol
Marjolein		Goos-Poot
Willy		Govaerts
Nettie		Heersink
W.F.J.		Heimans
Elisabeth		Jens
Sarleen		Kapma
Simone		Kienhuis-Heerink
Marlijn		Küpers
Micky		Las van Bennekom
Anita		Menting
Geertje		Middelkamp
Hanneke	de	Mik
Elly	van	Mourik-Alderliesten

Tjerk		Nap
Marlinde		Nijman
Linda Joe Lin		Ong
Alex	van	Os
Eveline	van	Parrerren-Euwe
Madhewi		Ramesar-Gena
E.		Reynders-van Riemsdijk
Nathalina		Rodrigues-Iwamot
Maaike		Ruijter-Dekker
Iwona	van	Schendel-Kwejt

Ann-Margareth		Soesman
Karen	van	Stijn
Kirsten		Vergunst
Sylvia		Verhoog
Jenny	van	Vessem
Patrice		Visser-van den Bosch
Linda		Willems
Heather		Zandvliet-Purcell

Overleden

Voornaam	Tussenv.	Achternaam	Overlijdensdatum
L.C.	van	Dam-Schermerhorn	16-4-2014
Els		Anten-Kools	14-6-2014

Wijzigingen commissies

	Accreditatie Commissie	Ongewijzigd
	Adolescenten Commissie	Ongewijzigd
	Eusuhm	Ongewijzigd
	Fiattering Commissie	Ongewijzigd
	Flora van Laarfonds	Ongewijzigd
	Noord-Holland	Ongewijzigd
	Oranjewoud Commissie	Ongewijzigd
ABC-raad		
Nieuw	Ellen Peerbolte (voorzitter)	
Vertrokken	Jitske Roodbergen (voorzitter)	
AJNieuws		
Nieuw	Karin Keijser	
	Henrike ter Horst	
	Esther Kramer	
Vertrokken	Mascha Kamphuis	
	Wil Willems	
Brabant		
Nieuw	Mariana Silfthout	
	Jeanne Ogier	
	Anouk Kleinpenning	

Gelderland		
Nieuw	Marion Poels	
	Safina Schetters	
Vertrokken	Jennifer v.d. Heiden	
Ja!redactie		
Nieuw	Rianne Paalman	
Vertrokken	Michele Haagmans	
	Hilly Ligtoet	
KJP Commissie		
Nieuw	Miriam v.d. Boom	
	Renske Roes	
	Gabie Burauen	
	Susan Van Vliet	
Vertrokken	Jaap Lozekoot	
	Marja Vreugdenhil	
Landelijke Bestuur		
Nieuw	Esther Kramer	
Vertrokken	Lucy Smit	
Limburg		
Nieuw	Rianne Reijs	
Noord Nederland		
Nieuw	Petra Poorts	
Vertrokken	Margrietha Memelink	
O&O		
Nieuw	Judith Schwarte	
Overijssel-Flevoland		
Nieuw	Annemarie Liefers	
Vertrokken	Helen Ennema	
Utrecht		
Nieuw	Marjon Hartman	
	Eltjo Boon	
	Ellen v.d. Meulen	
Vertrokken	Wenda Berends	
	Lisette Jongbloets	

Vergadervoorbereidings Commissie		
Nieuw	Geja Jol	
	Wike Lijs	
	Mara Woltering	
Vertrokken	Jeanette Provoost	
Websitecommissie		
Vertrokken	Jan v.d. Brûle	
Wetenschappelijke Commissie		
Nieuw	Wenda Berends	
	Jessie Hermans	
Zeeland		
Nieuw	Caroline van Beek	
Vertrokken	Marianne van Winkelhof	
Zuid-Holland		
Vertrokken	Annemarie Reusen	

Colofon

De JA!-Plus is de digitale bijlage bij de JA!
Deze JA!-Plus hoort bij de JA!33, voorjaar 2015

KERNREDACTIE: Michèle Haagsmans (secretaris), Wike Lijs (voorzitter),
Els Jonker (hoofdredacteur)

REDACTIERAAD: Sigrid Hendriks, Trudy de Jong, Jorien Kuijk, Hilly Ligtoet,
Rianne Paalman, Ulco Schuurmans (Dr. Twitter), Elle Struijf.

ONDERSTEUNING: John Luteijs, Den Dungen

SECRETARIAAT JA!: ja@artsenjgz.nl