



Huisarts en Centrum voor Jeugd en Gezin: Samen sterk voor jeugd

Samenwerking tussen eerstelijnszorg en (preventieve) jeugdzorg is van belang om opvoedproblemen tijdig te signaleren. Er vindt echter nog weinig samenwerking plaats tussen deze twee disciplines. In de volgende factsheet worden de resultaten beschreven van de evaluatiestudie naar pilots die deze samenwerking trachten te verbeteren.

Achtergrond

Verantwoordelijkheid gaat naar gemeenten

Vanaf 2015 krijgt de gemeente de verantwoordelijkheid om op een laagdrempelige en herkenbare wijze jeugdhulp te bieden. Hieronder valt het advies geven over een geschikte hulpvorm, en het bepalen en het inzetten van de aangewezen vorm van jeugdhulp. De gemeente zorgt er voor dat de ondersteuning, hulp en zorg aan jeugdigen, gezinnen en medeopvoeders integraal en op laagdrempelige wijze worden aangeboden. Dit wil zeggen dat de zorg goed op elkaar afgestemd is en dat er nauw samengewerkt wordt tussen verschillende disciplines. Het reeds bestaande Centrum voor Jeugd en Gezin¹ (CJG) kan daar een belangrijke rol in vervullen en zich verder door ontwikkelen.

In gemeente Maastricht is er echter weinig of zelfs geen relatie tussen de eerstelijnszorg en Centra voor Jeugd en Gezin. Het aanbod aan hulp en zorg voor jeugd is vaak niet bekend bij de huisartsen (HA) en teveel versnipperd. Communicatie is minimaal, evenals terugkoppeling na een verwijzing. Kennis hebben van de totale gezinscontext is zowel voor het CJG als voor de huisarts cruciaal. Vandaar dat er in deze pilot getracht wordt om de verbinding tussen beide partijen te verstevigen. In deze factsheet worden de resultaten beschreven van de evaluatiestudie die is uitgevoerd van november 2013 tot januari 2015 naar verschillende samenwerkingsvormen binnen huisartsenpraktijken in Maastricht.

Methode

Vijf samenwerkingsvormen

Er zijn 5 verschillende samenwerkingsvormen ontwikkeld binnen de pilot die in 5 huisartsenpraktijken in Maastricht zijn uitgevoerd in de periode augustus 2013 tot januari 2015, met als doel de samenwerking tussen de eerstelijnszorg (huisartsen) en het CJG te verbeteren:

De CJG-adviseur in de huisartsenpraktijk: CJG-adviseur fysiek aanwezig in praktijk. Kan zowel van Trajekt als van JGZ zijn en is vooral gericht op opvoedvragen en licht pedagogische hulpverlening. Concreet wordt door Trajekt en JGZ 4 dagdelen per maand in een huisartsenpraktijk ondersteuning geboden.

De Jeugd en Gezinswerker in de huisartsenpraktijk: Een CJG Jeugd- en Gezinswerker is wekelijks fysiek

aanwezig in de praktijk en voert op basis van casuïstiek het overleg met de huisarts.

Vernieuwde toegang, sociale wijkteam en rol van de huisarts: De huisarts wordt onderdeel van het sociale wijkteam en leert op die manier het CJG en haar belangrijkste partners kennen. De CJG Jeugd- en Gezinswerker zoekt hierbij de verbinding tussen collegaprofessionals en de huisarts.

Triple P² als verbindende schakel tussen huisarts en CJG: De huisarts biedt patiënten Triple P informatie-materialen over opvoeden aan en verwijst incidenteel door naar het CJG. De huisarts wordt hiermee de schakel tussen de eerste lijn en het CJG.

Intensiveren van samenwerking JGZ en huisartsen: De jeugdarts is hét aanspreekpunt voor de huisarts. Dit is een eerste stap naar de verbinding met het CJG. In deze samenwerkingsvorm wordt er gebruik gemaakt van de methode 1gezin1plan³.

In deze evaluatiestudie zijn uit iedere pilotvorm zowel één huisarts als één CJG-medewerker geïnterviewd. Het betrof dus in totaal 10 deelnemers. Dit werd zowel aan het begin van de pilot gedaan (maart 2014) als tegen het eind van de pilotperiode (oktober 2014).

¹ Ten tijde van het onderzoek bestond het CJG onder andere uit de organisaties Trajekt, Bureau Jeugdzorg, Envida, MEE en GGD. Op dit moment zijn er verschillende ontwikkelingen gaande rondom het CJG in Maastricht. Er wordt gesproken over een Team Jeugd. Het is nog onduidelijk hoe deze ontwikkelingen zich verder gaan vormgeven.

² Triple P is een methode waarin ouders een positieve opvoedstijl aanleren. Hierdoor verminderen gedragsproblemen bij kinderen. Triple P bestaat uit verschillende onderdelen, van een publiekscampagne, korte gesprekken over alledaagse opvoedvragen tot intensieve begeleiding.

³ Deze methode is bedoeld om de hulp aan gezinnen die met verschillende hulpverleners te maken hebben te verbeteren. In dit plan werken hulpverleners samen met het gezin als team, onder leiding van een zorgcoördinator. In een gezinsplan worden doelen gesteld en afspraken gemaakt, waarbij de wensen en mogelijkheden van het gezin het belangrijkste onderdeel zijn. Het gezinsplan biedt houvast en overzicht aan gezinsleden, de mensen uit hun netwerk en de betrokken hulp- en dienstverleners.



Daarnaast werden de deelnemers verzocht om aan een aantal van hun cliënten een vragenlijst te overhandigen, zodat ook de cliënttevredenheid gemeten kon worden.

Resultaten interviews

Samenwerking HA-CJG verbeterd

Over het algemeen is de samenwerking tussen HA en CJG in iedere pilot verbeterd. De lijnen liggen er en beide partijen weten elkaar nu te vinden en ook waarvoor. HA en CJG zijn partners geworden van elkaar. De bewustwording bij huisartsen is verhoogd en daardoor ook de bereidheid om samen te werken. Er wordt in de meeste gevallen regelmatig fysiek met elkaar om tafel gezeten om casuïstiek te bespreken. Vooral in de eerste twee pilots, waarbij de CJG medewerker lijfelijk aanwezig is in de huisartsenpraktijk, is er een intensieve afstemming tussen beide partijen. Pilot twee was hierin nog succesvoller dan pilot één. Dit komt doordat in pilot twee steeds dezelfde CJG-medewerker aanspreekpunt was voor de huisarts en de samenwerking was frequent (1 keer in de week). Ook in de derde pilot is er regelmatig fysiek contact tussen de HA en CJG (kind-MDO), maar dit overleg werd georganiseerd op basis van casuïstiek, en gebeurde dus niet structureel zoals in de voorgaande pilots. In pilot vier en vijf is de fysieke samenwerking minder intensief. Pilot vier is qua vorm veranderd gedurende de pilotperiode. Omdat de deelnemers nog niet of nauwelijks geschoold waren in Triple P methode en de ontwikkeling van een praktijkondersteuner GGZ Kind en Jeugd tegelijkertijd plaatsvond, is gekozen om de focus te leggen op de verbinding tussen huisarts, praktijkondersteuner GGZ en het CJG. Doordat er in dit geval afgestemd moest worden met drie partijen, was het lastiger om fysiek bij elkaar te komen. Dit beperkt fysiek contact bleek echter geen obstakel om samen te werken. Er werd in deze pilot toch meerdere malen doorverwezen naar het CJG. In pilot vijf was er ook nauwelijks fysiek contact tussen de huisarts en het CJG (jeugdarts). Zij communiceerden voornamelijk digitaal, via het gezinsplan. Ook in deze pilot bleek dit geen barrière te zijn voor samenwerking. Hoewel deze manier van samenwerken wel nog een automatisme dient te worden, zijn beide partijen het erover eens dat fysiek contact niet noodzakelijk is en samenwerking op een virtuele wijze efficiënter werkt. Wel wordt hierbij door de deelnemers uit de betreffende pilots een kanttekening geschetst als het gaat om de privacy van

patiënten. Door het uitwisselen van gegevens via internet worden gegevens van patiënten 'blootgesteld' en ligt het gevaar op de loer dat ze in handen komen van de verkeerde personen. Een voorwaarde voor deze manier van samenwerken is volgens de deelnemers dus het creëren van een goed beveiligde digitale omgeving om informatie uit te wisselen.

Meer kennis van andere zorgprofessional

De meerwaarde van de samenwerking die in iedere pilot terugkwam is dat men elkaar heeft leren kennen op professioneel niveau. Door geïntensiveerde samenwerking, heeft men zicht gekregen op de werkwijze en het netwerk van de andere zorgprofessional (HA/CJG-medewerker) en ook wat zich al allemaal rondom een gezin afspeelt. Hier was in het verleden weinig zicht op. De opvoed- en jeugdproblematiek kan nu vanuit een breder en meer integraal perspectief bekeken worden en zorgprofessionals hebben daar wederzijds gebruik van kunnen maken. Men 'spreekt nu meer dezelfde taal'. In de pilots waar een CJG-medewerker in de huisartsenpraktijk aanwezig was, wordt genoemd dat vooral het fysiek contact zeer belangrijk is. 'Je leert elkaar pas echt kennen tijdens een (fysiek) overleg'. Daarnaast is de problematiek waar het om gaat vaak te vertrouwelijk en niet geschikt om op een andere manier met elkaar te bespreken.

Verbeterpunten pilots

Verbeterpunten voor de diverse samenwerkingsvormen verschilden per pilot. Zo werd vooral vanuit de CJG-medewerkers die in de huisartsenpraktijk zaten, aangegeven dat er op sommige dagen niet veel cliënten voor hen waren en dus hun tijd op die momenten niet efficiënt konden besteden. De werkomstandigheden binnen de huisartsenpraktijk waren wel in orde, maar vaak toch niet optimaal om ook het reguliere werk uit te kunnen voeren.



Zo gaf een consultatiebureauarts aan haar onderzoeken niet volledig te kunnen uitvoeren wanneer zij niet alle benodigde onderzoeksmaterialen tot haar beschikking heeft. Daarbij is het voor de CJG-medewerkers soms lastig om deze twee functies/taken goed van elkaar te scheiden: 'je moet ervoor waken dat de uren niet door je andere werk worden opgeslokt.' Daarnaast werd door beide partijen aangegeven dat vooral de HA steeds herinnerd moeten blijven worden aan de nieuwe vorm van samenwerken, om te zorgen dat het contact warm blijft en niet verwatert. 'Je moet elkaar bij de les houden'.

Vanuit de pilot waarin met een integraal dossier werd gecommuniceerd, werd aangegeven dat deze manier van werken zeer geschikt was voor multiprobleemgezinnen, maar niet voor iedere soort casus. Verder werd door huisartsen de tijdsinvestering benoemd als een nadeel, voornamelijk in de praktijken met intensief fysiek contact. Al zag men wel de meerwaarde en noodzaak hiervan in, om uiteindelijk een verandering in de samenwerking te kunnen bewerkstelligen.

Juiste randvoorwaarden cruciaal voor samenwerking

Facilitatoren voor de samenwerking binnen de verschillende pilotvormen hebben voornamelijk betrekking op de randvoorwaarden. Men vond het vooral waardevol dat er een bepaalde ruimte beschikbaar was voor overleg/consulten en dat er flexibel met elkaar werd omgegaan. Daarnaast was het fysiek aanwezig zijn, het overleggen met elkaar en het feit dat iedereen daarvoor openstond, ook essentieel voor de samenwerking.

Factoren die samenwerking belemmeren

De barrières voor samenwerking varieerden per pilotvorm. Een belangrijke belemmering was de afwezigheid van een geschikt digitaal platform om integraal te kunnen werken en op een vertrouwelijke manier informatie uit te wisselen. Met name in pilot vijf, waarin de basis van de samenwerking lag in deze digitale communicatie. Hierbij was het ontbreken van officiële regels omtrent de casemanager van het dossier ook een belangrijke barrière. Verder werd in pilot drie de constante wisseling van personen binnen een en dezelfde CJG-functie ook als een belemmering gezien om de samenwerking te laten slagen. Als laatste gaf een aantal HA aan dat ze nog steeds niet helemaal helder hebben wat het CJG nu precies inhoudt, omdat zij in de pilot maar te maken hebben met een beperkt stukje. Het blijft volgens hen

nog zeer abstract. Aan de andere kant geeft het CJG aan dat HA niet altijd met vragen komen die bij hen thuishoren, terwijl ze toch heel veel patiënten zien. De vraag die er dan heerst is of huisartsen niet voldoende in staat zijn om de achterliggende problematiek in een consult te destilleren, of dat cliënten met dit soort problematiek niet bij een HA komen.

Voorkomen doorverwijzing naar tweedelijnszorg

Cliënten die binnen de verschillende pilotvormen hulp hebben ontvangen, waren over het algemeen zeer tevreden. Volgens de zorgprofessionals was het voor de cliënten een veel laagdrempeligere en toegankelijke vorm van zorg. Het is 'normaler' om gebruik te maken van preventieve hulp dan dat je wordt doorverwezen naar iemand waar een bepaald stempel aan kleeft, zoals een psycholoog. Dit werkt stigmatiserend voor veel mensen. Daarbij is deze vorm van zorg vaak niet geschikt voor milde problemen, en zijn cliënten beter geholpen bij een lichtere vorm van zorg. Doorverwijzing naar zwaardere, specialistische vormen van zorg kan op deze manier worden voorkomen. Voor cliënten die wel doorgestuurd zijn, was dit de meest geschikte vorm van zorg. Dit werd ook zo door de cliënten zelf ervaren. Patiënten vinden het prettig als ze merken dat er onderling contact is tussen HA en CJG, dat dit contact vanzelfsprekend is. Ze weten waar ze aan toe zijn en wat ze kunnen verwachten en op welke termijn. Men begrijpt deze samenwerking ook, omdat patiënten zelf ervaren dat deze domeinen met elkaar te maken hebben. Ook vonden cliënten het fijn dat ze gewoon in hun eigen wijk hulp aangeboden kregen, waar ze de zorgprofessionals/HA goed kenden. Desondanks, verschenen de patiënten vaak niet op een afspraak wanneer zij door de huisarts werden verwezen naar de CJG-medewerker in de huisartsenpraktijk (pilot 1 en 2), in tegenstelling tot een regulier consult bij de huisarts.



Verwachtingen voor de toekomst

Over het algemeen zouden alle zorgprofessionals die aan de pilots gewerkt hebben in de toekomst deze willen voortzetten. 'Het is een welkome uitbreiding op wat je kunt bieden'. Wanneer dit breder wordt uitgezet naar andere praktijken, zullen meerdere professionals ook die meerwaarde ervaren. Belangrijk daarbij is een gelijkwaardige samenwerking. Het gaat erom dat men elkaar erkent in eigen deskundigheid en dat men elkaar complementair ondersteunt. Een CJG-medewerker geeft aan dat 'je ook altijd wat moet komen brengen'. Men vraagt zich in sommige gevallen wel af of het niet efficiënter kan, met name de samenwerkingsvorm waarin de CJG-medewerker fysiek in de huisartsenpraktijk zit. Het lijfelijk in de praktijk aanwezig zijn, is volgens de betrokken zorgverleners wel van belang voor het goed functioneren van de samenwerking. Wellicht zou er een minder intensieve vorm ontwikkeld kunnen worden. 'Je moet daar een middenweg in zoeken en ook kijken wat de financiering kan bieden daarin'. Daarnaast geeft een aantal zorgprofessionals aan dat er in de toekomst meer PR gegeven zou moeten worden aan het CJG, zodat cliënten weten dat ze via de HA daar terecht kunnen. Verder wordt er nog een aantal suggesties gedaan voor nieuwe vormen, zoals een soort gezamenlijke ouderschaps cursus organiseren door beide partijen (HA/CJG) en (intensiever) contact tussen het CJG en de POH GGZ. 'De POH kan mensen soms wél zover krijgen om contact te zoeken met het CJG, omdat zij alle leefgebieden uitvraagt'. Als laatste worden er door verschillende professionals (CJG) zorgen uitgesproken over de haalbaarheid en realiseerbaarheid van de samenwerking, wanneer deze vormen breder worden geïmplementeerd. 'Er zitten heel veel HA in mijn werkgebied, ik kan niet iedere keer ergens anders gaan zitten.' Ook wanneer de CJG-medewerker bij meerdere HA en instanties in de wijk bekend(er) wordt, waardoor er waarschijnlijk meer problemen aan het licht komen, is het de vraag of het CJG dit qua capaciteit nog wel aankan.

Regie gemeente binnen samenwerking

De zorgprofessionals verwachten van de gemeente dat zij een stuk regie neemt om bepaalde kaders te schetsen als het gaat om de samenwerking tussen HA en CJG en te zorgen voor een structurele basis om problemen te kunnen oplossen. Zij rekenen er dus op dat er door de gemeente richtlijnen voor samenwerking worden uitgezet, zodat voor alle zorgprofessionals helder is hoe het contact moet verlopen, met wie, op welke manier etc. Hierbij zouden bepaalde

randvoorwaarden gecreëerd moeten worden, zoals het ontwikkelen van een beveiligd digitaal platform voor het uitwisselen van patiëntinformatie, zodat de verbinding tussen de 1^e en 0^e lijn tot stand komt. Naast het neerzetten van bepaalde kaders en richtlijnen, zou de gemeente ervoor moeten waken dat er genoeg tijd kan worden besteed aan deze nieuwe manier van samenwerken. 'Dat dit contact er ook mag en kan zijn.' De meerderheid van de zorgprofessionals geeft aan dat het op dit moment vaak lastig is om tijd vrij te maken om deze nieuwe samenwerkingsvorm te laten slagen.

Resultaten cliënttevredenheid

Cliënten zijn tevreden over ontvangen hulp

De respons op de cliënt-tevredenheidsvragenlijsten was laag. De meerderheid van deze vragenlijsten kwamen uit de pilot met de Jeugd en Gezinswerker in de huisartsenpraktijk. De cliënten gaven de kwaliteit van de hulp gemiddeld een rapportcijfer van 7,1. Daarnaast waren zij allen tevreden over de hoeveelheid ondersteuning die ze tijdens de pilotperiode hebben ontvangen.

Conclusie

Samenwerking tussen huisartsen en jeugdzorg-professionals verbeterd

Alle vijf de pilotvormen waren voor de betreffende deelnemers een succes. De samenwerking tussen huisartsen en het Centrum voor Jeugd en Gezin is hierdoor aanzienlijk verbeterd. Door de verschillende pilots hebben beide partijen elkaar leren kennen en is men op de hoogte van de werkwijzen en taakstellingen van de ander. Hierdoor heeft men ervaren dat veelvuldig contact kan zorgen voor een wederzijdse versterking en aanvulling in elkaars functioneren.



De deelnemers zagen dus allen de meerwaarde in van samenwerking. Vooral fysiek contact tussen beide partijen zorgde voor een intensieve samenwerking. Hoewel dit in de betreffende pilots als zeer belangrijk werd ervaren, gold dit niet voor alle deelnemers. Daarnaast was deze fysieke samenwerking niet altijd even efficiënt. Fysiek contact is dus niet per definitie de sleutel tot succes. Het hangt van de samenwerkende individuen af hoe intensief en frequent deze samenwerking zou moeten zijn. Wanneer men vertrouwen in elkaar heeft opgebouwd, en er is een klik, zal fysiek contact niet of nauwelijks (meer) nodig zijn. Door het opdoen van succeservaringen met de ander wordt dit vertrouwen nog meer versterkt.

Naast de samenwerking was ook de ondersteuning aan cliënten geslaagd. De ondervraagde cliënten waren allen positief over de kwaliteit en mate van hulp die zij ontvingen gedurende de pilot. Wel waren cliënten vaak niet aanwezig op de afgesproken consulten. Mogelijk ervaren cliënten het contact met de CJG-medewerker als (te) vrijblijvend. Het laagdrempelige karakter van het CJG fungeert op die manier als een keerzijde.

Over het algemeen kan dus gesteld worden dat de samenwerkingsvormen erin zijn geslaagd een verbinding tussen huisarts en CJG tot stand te brengen en/of te verstevigen. Ook bleek de samenwerking een positieve uitwerking te hebben op de zorg voor jongeren en hun gezin als het gaat om opvoed- of gedragsproblemen. Jongeren komen eerder in de juiste vorm van zorg terecht en kunnen op die manier sneller en efficiënter worden geholpen. De vraag in hoeverre de kennis en expertise van de huisarts kan bijdragen aan de ontwikkeling van een CJG is in dit onderzoek niet voldoende naar voren gekomen. De nadruk lag immers op de samenwerking tussen huisarts en CJG en op elkaar leren kennen. Hoewel bleek dat het voor CJG-medewerkers belangrijk was om de kennis van huisartsen te benutten om zo het volledige beeld rondom hun cliënten te kunnen vormen, zal deze vraag in een vervolgtraject nader onderzocht moeten worden.

Samenvattend

Belangrijkste aanbevelingen

- Er is niet één blauwdruk te maken om de samenwerking tussen huisartsen en CJG/Jeugdzorg te optimaliseren. Indien ZIO huisartsenpraktijken hierbij wilt ondersteunen, zal dit op maat dienen te gebeuren.

- Verder ontwikkelen van efficiënte samenwerkingsvormen tussen huisartsen en CJG/jeugdzorg. Creëren van een digitaal platform waarin zorgprofessionals op een beveiligde manier met elkaar kunnen communiceren en patiënt-informatie (met toestemming van patiënt) kunnen uitwisselen.
- De gemeente zou een sociale kaart in het kader van jeugdproblematiek (waaronder CJG) moeten ontwikkelen voor zowel professionals als burgers, bij voorkeur op wijkniveau.
- Meer kennis bij huisartsen creëren over de inhoud van de sociale kaart en hierdoor meer inzicht verschaffen in de juiste zorgroutes als het gaat om verschillende niveaus van casuïstiek. Hierbij deze zorgprofessionals ook de juiste vaardigheden aanleren om deze problematiek boven tafel te krijgen.
- Ook op cliëntniveau bekendheid creëren over de sociale kaart in de eigen wijk (waaronder CJG) en de zorgroutes, zodat men weet waar terecht te kunnen met een vraag.
- Vervolgonderzoek doen naar de mate waarin de nieuwe samenwerkingsvorm(en) doorverwijzingen naar de 2^e lijn daadwerkelijk voorkomen of verminderen.
- De achterliggende reden achterhalen van het (vaak) niet verschijnen van patiënten op een consult bij de CJG-medewerker.
- Zorgprofessionals in de jeugdzorg moeten hun eigen aanbod beter bekend maken bij de huisartsenpraktijken in de wijken waar men werkt.
- Meer inzoomen op de vraag hoe de kennis en expertise van huisartsen kan bijdragen aan de ontwikkeling van een CJG tijdens een vervolgtraject.



Aanbevelingen

In het kader van een brede implementatie is het van belang om de voor- en nadelen van iedere pilotvorm in acht te nemen en een afweging te maken van de sterke en zwakke punten om te komen tot een optimale vorm van samenwerking tussen eerste en tweede lijn. Het is daarbij noodzakelijk om per huisartsenpraktijk te inventariseren welke specialismen al in huis zijn als het gaat om samenwerkingspartners, hoe dit contact verloopt, en waar er nog (meer) behoefte is aan samenwerking. Iedere huisartsenpraktijk zal zijn eigen kwaliteiten bezitten en de ene praktijk is weer wat verder ontwikkeld dan de ander. Dit 'samenwerkingspakket' zal dus eerst voor iedere huisartsenpraktijk in kaart gebracht moeten worden, voordat bepaald kan worden welke soort samenwerkingsvorm past binnen een bepaalde praktijk. Kortom, door de positieve aspecten uit iedere pilotvorm te combineren met een op maat gericht aanbod dat is afgestemd op de ontwikkelingen en behoeften binnen een praktijk zal de samenwerking tussen huisartsen en het Centrum voor Jeugd en Gezin geoptimaliseerd worden.

Alle betrokken partijen (gemeenten, CJG-organisaties, huisartsen) zijn gezamenlijk verantwoordelijk voor het faciliteren van de samenwerking door goede randvoorwaarden te creëren, zodat de bestaande contacten in stand worden gehouden en nieuwe samenwerkingsverbanden ontstaan. Voorbeelden van deze voorwaarden zijn het in kaart brengen van de juiste zorgroutes, het bevorderen van kennis bij huisartsen over het CJG, het ontwikkelen van een beveiligd digitaal platform voor communicatie en erop toezien dat er voldoende tijd wordt gereserveerd voor de samenwerking. Volgens zorgprofessionals zou de gemeente hierbij een regisserende rol moeten nemen om op die manier in de toekomst een meer integrale aanpak in de jeugdzorg te kunnen realiseren. Met andere woorden, de gemeente zou het proces van samenwerken moeten monitoren en hierop bijsturen indien nodig. Hierbij is het wel van groot belang dat de gemeente openstaat voor de kennis en behoeften van zorgprofessionals, aangezien in deze politieke omgeving (nog) geen of weinig inhoudelijke kennis en ervaring op zorggebied te vinden is.

Colofon

Deze uitgave is mede mogelijk gemaakt door de Provincie Limburg.

provincie limburg 

Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van 'Klein maar Fijn' onderzoek door Femke Hamers, onderzoeker GGD Zuid Limburg in de periode november 2012 tot maart 2015, onder begeleiding van Suhreta Mujakovic, epidemioloog bij GGD Zuid Limburg en in samenwerking met Sanny Stauder, ZIO.

Meer info?

Kijk op www.ggdzl.nl,
www.academischewerkplaatslimburg.nl
of schrijf naar
academischewerkplaats@ggdzl.nl

Voor vragen kunt u contact opnemen met het secretariaat afdeling Kennis en Innovatie van de GGD Zuid Limburg, telefoon: 046 - 850 55 05

Geleen, maart 2015