



Handreiking samenwerking huisarts jeugdgezondheidszorg

Handreiking



Voorwoord

De huisarts en de jeugdgezondheidszorg zijn belangrijke partners in de eerstelijnszorg voor de jeugd. Deze handreiking beschrijft waar de zorg van huisarts en jeugdgezondheidszorg elkaar raken en waar gezamenlijk optrekken meerwaarde heeft voor ouders, kinderen en jongeren.

Het NHG Standpunt 'Huisartsenzorg en jeugd' beschrijft de huisartsgeneeskundige zorg voor kinderen en jongeren en de samenwerking met belangrijke ketenpartners. Deze handreiking is een uitwerking van dat standpunt en richt zich op de samenwerking tussen huisarts en jeugdarts. Zij werken beiden vanuit teams, die samen een complex zorgnetwerk vormen zonder daarmee de grote betrokkenheid van andere beroepsgroepen in de huisartsenvoorziening en de jeugdgezondheidszorg uit het oog te verliezen. Een versterking van de samenwerking tussen huisarts en jeugdarts komt de afstemming en samenhang in de (preventieve) zorg ten goede, draagt bij aan efficiency en aan het werkplezier van de professional.

Op dit moment krijgt de zorg voor de jeugd en gezin met een complexe zorgvraag veel aandacht in de politiek en de media. Centrale vraag is: wie doet wat in de zorg voor de jeugd en wie is waarvoor verantwoordelijk? Deze handreiking behandelt relevante ontwikkelingen in de huisartsenzorg en de jeugdgezondheidszorg en biedt praktijkvoorbeelden en aanbevelingen om goede ketenzorg te realiseren. Een sterke as tussen huisarts en jeugdarts is onmisbaar voor een goede jeugdzorg en de samenwerking met de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin, waarin de jeugdarts kernpartner is.

De handreiking samenwerking huisarts-jeugdgezondheidszorg is tot stand gekomen met de hulp van vele enthousiaste betrokkenen. We verwachten dat de handreiking ertoe zal bijdragen dat huisarts en jeugdgezondheidszorg vaker en beter gaan samenwerken om ouders, kinderen en jongeren de aandacht en zorg te geven die ze verdienen.

Drs. E. Buiting, voorzitter AJN

Dr. S.R.A. van Eijck, voorzitter LHV

A.E. Timmermans, huisarts directeur/bestuurvoorzitter NHG

In memoriam Sander Flikweert, senior wetenschappelijk medewerker
Sander Flikweert, huisarts, werkte sinds 1995 bij het NHG en overleed na een kort ziekbed op 26 augustus 2008. Hij stond aan de wieg van vele multidisciplinaire samenwerkingsprojecten en was ook bij de voorbereiding van deze handreiking in de stuurgroep betrokken. Wij herinneren hem als een gedreven bruggenbouwer, die zich met hart en ziel inzette voor de samenwerking in de eerstelijns gezondheidszorg in dienst van de patiënt.



Verantwoording

De handreiking 'Samenwerking huisarts en jeugdgezondheidszorg' is een initiatief van de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) en de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV).

De opdracht voor het ontwikkelen van de handreiking is verleend aan dr. M.M. Boere-Boonekamp (TNO Kwaliteit van Leven). De handreiking kwam tot stand dankzij subsidie van het ministerie van VWS.

De handreiking is gebaseerd op bestaande literatuur, recente onderzoeksrapporten en beleidsstukken, overleg met de leden van de stuurgroep en de expertgroep en voorbeelden van een goede samenwerking uit het veld.

Het commentaar van de elektronische achterban was onmisbaar om de handreiking goed aan te laten sluiten op de praktijk en om de bruikbaarheid van de handreiking te toetsen. De betrokkenheid bij deze problematiek en de positieve reacties van eenieder waren zeer stimulerend.

Inhoudsopgave

Voorwoord	1
Verantwoording	3
1 Introductie	7
1.1 Samenwerken in de zorg voor de jeugd	7
1.2 Leeswijzer	8
2 Partners in de zorg voor kind en gezin	11
2.1 De huisartsgeneeskundige zorg	11
2.2 De jeugdgezondheidszorg	13
2.3 Organisatorische en inhoudelijke verschillen	18
2.4 Raakvlakken in de zorg voor het kind	19
2.5 De winst van samenwerken	22
2.5.1 Samenhang en continuïteit in de zorg	22
2.5.2 Samenwerking bij problemen	23
2.5.3 Samenwerking bij preventie en aanpak van kindermishandeling	24
2.5.4 Begeleiding van jongeren met schoolverzuim	26
3 Hulpmiddelen bij het organiseren van samenwerking en ketenzorg	29
3.1 Standaarden, richtlijnen en protocollen	29
3.2 LESA's: Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken	31
3.3 Regionale werkafspraken	31
3.4 Werkoverleg	32
3.5 Bereikbaarheid	33
3.6 Dossiervorming	34
3.7 Overdracht van gegevens	34
3.8 Opleiding en gezamenlijke nascholing	37
3.9 Sociale kaart	38
4 Verwijzen	41
4.1 Onderling verwijzen door huisarts en jeugdarts	41
4.2 Verwijzen naar andere hulpverleners	43
4.3 Rechtstreeks verwijzen door de jeugdarts	44
5 Ontwikkelingen in de zorg voor de jeugd	47
5.1 Centrum voor Jeugd en Gezin	47
5.2 ZAT's: Zorg- en adviesteams	48
5.3 Verwijsindex Risicjongeren	49
5.4 Zorgcoördinatie	51
5.5 Elektronische dossiervorming	53

6	Aanbevelingen	57
	Literatuur	59
	Bijlagen	63
1	Samenstelling stuurgroep, expertgroep en elektronische achterban	65
2	Gebruikte afkortingen	66
3	Wettelijke regelingen	68
4	Ziekten, afwijkingen en (gezondheids)problemen, JGZ-activiteiten en contactmomenten	71
5	Kindergeneeskundige zorg, paramedische zorg, geestelijke gezondheidszorg, algemeen maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg	77
6	Stappenplan rechtstreeks verwijzen	81
7	Verwijzingen door het JGZ-team	82
8	Voorbeeld verwijsbrief JGZ	85
9	Opschalingmodel voor coördinatie van zorg, gebruikt in Almere	86



1 Introductie

1.1 Samenwerken in de zorg voor de jeugd

Met het grootste deel van de Nederlandse jeugd en gezinnen gaat het goed. De meeste kinderen en jongeren zijn gezond, gaan naar de kinderopvang, peuterspeelzaal, basis-onderwijs, voortgezet onderwijs, kiezen een vervolgopleiding en vinden ten slotte werk. Dat geldt echter niet voor iedereen. Er zijn ook jongeren met een ongezonde leefstijl, kinderen met gedragsproblemen, jongeren die niet meer naar school gaan en ook niet werken en jongeren die overlast veroorzaken.

Zowel de huisartsen^a als de jeugdgezondheidszorg^b hebben taken op het gebied van preventieve en curatieve zorg voor de jeugd. Huisarts en jeugdgezondheidszorg zien vaak dezelfde kinderen en gezinnen. Door samenwerking kunnen de mogelijkheden voor een optimale zorg worden vergroot. Wel zijn er duidelijke accentverschillen in de zorg. De huisarts ziet vooral zieke kinderen of kinderen met klachten. Curatieve zorg neemt hierbij een grotere plaats in dan preventieve zorg.¹

De jeugdarts heeft zich de afgelopen jaren ontwikkeld tot een deskundige op het gebied van normale groei en ontwikkeling van kinderen van 0 tot 19 jaar. Naast medische competentie heeft het jeugdgezondheidszorg (JGZ)-team, en met name de jeugdverpleegkundige, ook kennis en ervaring op het gebied van psychosociale problematiek en opvoedingsondersteuning. Het percentage kinderen dat gebruikt maakt van de jeugdgezondheidszorg is zeer hoog (90-100%).

De huisarts en de jeugdgezondheidszorg hebben beiden kennis van gezinnen. De huisarts vanuit zijn^c positie als gezinsarts, de jeugdgezondheidszorg door de longitudinale begeleiding van kinderen. Samen zijn huisarts en jeugdgezondheidszorg hierdoor prima in staat gezondheidsproblemen, kindermishandeling en huiselijk geweld, opvoedingsmoeilijkheden, gedragsproblemen, ontwikkelingsstoornissen, enzovoort te signaleren.

^a Met 'huisarts' wordt niet alleen de huisarts in engere zin bedoeld maar wordt tevens verwezen naar de huisartsenvoorziening waarin onder andere ook verpleegkundigen en assistenten werkzaam zijn.

^b Centraal in de jeugdgezondheidszorg staat het JGZ-team van jeugdarts, jeugdverpleegkundige en (dokters-)assistente. Daarnaast zijn in de jeugdgezondheidszorg nog andere functionarissen werkzaam (zie paragraaf 2.2).

^c Omwille van de leesbaarheid wordt in deze handreiking steeds van 'hij' en 'zijn' gesproken, daar waar 'hij/zij' of 'zijn/haar' zou moeten staan.

Complexe zorg

Een meisje van tien jaar komt bij de jeugdverpleegkundige voor het onderzoek in groep 7. Ze is het tweede kind in het gezin. Ze vertelt over haar vader: "hij gaat regelmatig 'biertjes drinken', komt daarna thuis, loopt dan zo raar en valt ook wel eens om". De jeugdverpleegkundige neemt contact op met haar moeder en het blijkt dat de vader een aanzienlijk alcoholprobleem heeft. De moeder lijdt hier ook flink onder. Na meerdere keren contact begint de moeder (steeds meer) in te zien dat deze situatie voor haar kinderen niet goed is. De door het JGZ-team uitgesproken zorg begint tot haar door te dringen. De moeder gaat vervolgens op advies van de JGZ zelf naar de huisarts voor hulp. Deze verwijst haar door naar een psycholoog. De huisarts vraagt naar de situatie van de kinderen. De jeugdarts neemt contact op met de huisarts, zij wisselen hun visie op de situatie uit, spreken een aanpak af en maken een telefonische vervolgspraak. Beide kinderen worden door de interne begeleider van school goed in de gaten gehouden en eventuele bijzonderheden of afwijkend gedrag worden direct aan het JGZ-team gemeld.

Samenwerking blijkt noodzakelijk, omdat de JGZ het kind duidelijk in beeld heeft maar de moeder niet (voldoende) kan ondersteunen. Dit heeft zij echter wel nodig en zij geeft dit ook duidelijk aan. De vader wil nog altijd geen hulp van 'buitenaf'. De moeder is ondertussen zover dat zij wél hulp zoekt om tot een betere oplossing te komen voor zichzelf en de kinderen.

Om de zorg voor kinderen en hun ouders te optimaliseren en goed gebruik te maken van ieders mogelijkheden is deze handreiking met 'best practices' van de samenwerking tussen huisarts en jeugdgezondheidszorg opgesteld.

De handreiking wil de samenwerking tussen huisarts en jeugdgezondheidszorg verbeteren. De handreiking richt zich op medewerkers in de huisartsgeneeskundige zorg, de jeugdgezondheidszorg, beleidsmakers, managers, regionale ondersteuningsstructuren (ROSSen), ketenpartners en zorgverzekeraars.

Deze handreiking is een aanvulling op het 'Standpunt Huisartsenzorg en jeugd' van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) dat de visie weergeeft op de huisartsgeneeskundige zorg voor kinderen en jongeren en hun ouder(s)/opvoeder(s).²

1.2 Leeswijzer

Kenmerken huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg: hoofdstuk 2

Meer informatie over de kenmerken, verschillen en raakvlakken van de huisartsgeneeskundige zorg en de jeugdgezondheidszorg leest u in hoofdstuk 2.



Hulpmiddelen bij samenwerking: hoofdstuk 3

Dit hoofdstuk gaat in op de hulpmiddelen bij de samenwerking, waaronder protocollen en standaarden.

(Rechtstreeks) verwijzen: hoofdstuk 4

Hoofdstuk 4 beschrijft de huidige situatie rond verwijzen en de ontwikkelingen rond rechtstreeks verwijzen door de jeugdarts.

Belangrijke ontwikkelingen in de jeugd(gezondheids)zorg: hoofdstuk 5

Belangrijke maatschappelijke ontwikkelingen en ontwikkelingen in de huisartsgeneeskunde en jeugdgezondheidszorg worden beschreven in hoofdstuk 5.

Aanbevelingen: hoofdstuk 6

In hoofdstuk 6 staan de aanbevelingen van deze handreiking.

In de kaderteksten staan casussen en praktijkvoorbeelden van een goede samenwerking. Voor uitgebreide informatie kan de lezer terecht bij het vermelde contactadres.

Deze handreiking gaat niet in op de samenwerking met kinderartsen en andere specialisten. In de praktijk en in de vermelde voorbeelden zijn zij vanzelfsprekend vaak wel partner.





2 Partners in de zorg voor kind en gezin

Dit hoofdstuk gaat in op de kenmerken van de huisartsgeneeskundige zorg en de jeugdgezondheidszorg, de zorgverleners, de verschillen en raakvlakken en de winst die te behalen is met een succesvolle samenwerking tussen huisartsen en jeugdartsen.

2.1 De huisartsgeneeskundige zorg

Huisartsen vormen de spil van de eerstelijnszorg. De huisarts werkt vraaggericht en is het eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte. Zijn kerntaken zijn diagnostiek, begeleiding en behandeling van patiënten en preventie.³ Het team van de huisartsenpraktijk vangt een groot deel van de klachten en aandoeningen zelf op. Zo begeleidt de huisarts patiënten bij veelvoorkomende psychosociale problemen, levensfaseproblemen en belangrijke life events. Hij heeft hierdoor een belangrijke preventieve functie en draagt bij aan het voorkomen van onnodige medicalisering. Een huisarts verwijst gemiddeld slechts vier procent van zijn patiënten door naar andere hulpverleners. Hij vervult hiermee, naast een belangrijke poortwachterrol in het zorgsysteem, ook een gidsfunctie voor de patiënt op zijn weg in de overige (eerstelijns) zorgverlening.^{4,5}

Iedere inwoner van Nederland heeft, als het goed is, een eigen huisarts. Over het algemeen hebben alle leden van één 'huishouden' dezelfde huisarts. Doordat deze meestal bekend is met de leden van het gezin/samenlevingsverband en op de hoogte is van hun geschiedenis vervult hij een belangrijke rol als gezinsarts en vertrouwenspersoon.⁶ Ook beheert de huisarts de medische gegevens van de patiënt in het digitale Huisarts Informatie Systeem (HIS). Dit alles maakt de huisartsenzorg tot een continue factor in het complete zorgverleningsproces van een patiënt.

De huisartsenzorg heeft de volgende kenmerken:

- generalistisch: voor alle gezondheidsproblemen van alle mensen;
- toegankelijk: op korte afstand, laagdrempelig, 24 uur per dag en zeven dagen per week beschikbaar;
- persoonsgericht: gericht op het individu en zijn omgeving;
- continue: gedurende alle levensfasen en ziekte-episoden.⁷

Het takenpakket van de huisarts is een combinatie van cure, care en preventie. Preventie is bij de huisarts geïntegreerd in de dagelijkse werkzaamheden. In een groot deel van de NHG-Standaarden speelt preventie een belangrijke rol. Deze standaarden zijn te vinden op www.nhg.org. Preventie kan gericht zijn op specifieke doelgroepen en op individuen. Voorbeelden van programmatische interventie in de huisartsenzorg zijn de 'griep prik', onderzoek naar baarmoederhalskanker en de opsporing van familiale hypercholesterolemie. Een voorbeeld van individuele preventie is de zorg voor een veilige anticonceptie. Het voorkomen van tienerzwangerschappen, vooral bij risicogroepen in de grote steden, krijgt veel aandacht. Hiermee wordt niet alleen veel leed voorkomen, maar ook de moeder- en kindsterfte gunstig beïnvloed. Praktijkondersteuners spelen bij preventie een

belangrijke rol. Zij geven een op maat gesneden anticonceptieadvies en voorlichting over seksualiteit en seksueel overdraagbare aandoeningen. Zo kan bijvoorbeeld het actief opsporen van chlamydia infecties fertiliteitproblemen op latere leeftijd voorkomen.

Advisering over preconceptie valt onder de basiszorg, maar wordt nog niet systematisch aangeboden, zoals de overheid dat eigenlijk wenst. In een preconceptie advies spoort een huisarts individuele risico's op en geeft een persoonlijk 'op maat gesneden' advies over bijvoorbeeld roken, alcoholgebruik, overgewicht en foliumzuurgebruik.

Ten slotte heeft de huisarts ook een taak op het terrein van de geestelijke gezondheidszorg (GGZ). De huisarts blijkt voor ouders een zeer belangrijke meldplaats voor opvoedingsproblemen.⁸ De positie van de huisarts als vertrouwenspersoon biedt een goede basis om opvoedingsproblematiek en psychologische, gedrags- en gezinsproblemen met het kind en de ouder(s) te bespreken en te begeleiden. Bij ernstige problematiek verwijst de huisarts door naar andere zorgverleners.

De in 2001 door de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en het NHG uitgebrachte Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012 beschrijft de koers van de huisartsgeneeskunde. Hierin wordt geschetst hoe de huisartsenpraktijken zich ontwikkelen tot huisartsenvoorzieningen waarin een team bestaande uit huisartsen, praktijkondersteuners, praktijkverpleegkundigen en doktersassistentes zorgdraagt voor de huisartsgeneeskundige zorg. Naast het basisaanbod speelt zij met een aanvullend en bijzonder zorgaanbod in op de vraag van de eigen patiëntenpopulatie. Steeds meer huisartsenvoorzieningen werken onder één dak samen met eerstelijnszorgverleners zoals fysiotherapeuten, diëtisten en maatschappelijk werkers.

De in de Toekomstvisie beschreven koers wordt voor de verschillende aspecten van de huisartsenzorg uitgewerkt in zogenoemde Standpunten. Inmiddels zijn er diverse Standpunten verschenen. Deze zijn bedoeld als een handreiking voor de vernieuwing in de praktijk. Alle Standpunten zijn voorzien van aanbevelingen. Voor de zorg voor kinderen en ouders zijn vooral de NHG-Standpunten Huisartsenzorg en jeugd² en GGZ in de huisartsenzorg⁹ van belang. Deze Standpunten vindt u op: www.nhg.org.

Huisartsenzorg wordt verleend door verschillende disciplines.

- **Huisartsen** hebben aansluitend op hun opleiding tot basisarts een twee- of driejarige vervolgopleiding gevolgd.
- **Praktijkassistenten** beschikken over een 3-jarige mbo-opleiding. Hun belangrijkste taak is het beoordelen van hulpvragen aan de telefoon. Sommige vragen kunnen zij protocollair zelf afhandelen. Verder houden zij zich bezig met administratieve en gedelegeerde medisch-technische taken zoals bijvoorbeeld het aanstippen van wratten en meten van de bloeddruk.
- **Praktijkondersteuners (POH) en praktijkverpleegkundigen** hebben een hbo-opleiding gevolgd en richten zich vooral op ouderenzorg en de begeleiding van mensen met een chronische aan-



doening, zoals bijvoorbeeld diabetes, COPD en astma. Met ingang van 2008 is de nieuwe functie van POH-GGZ geïntroduceerd.

- **Nurse practitioners** zijn nog maar in enkele praktijken aanwezig. Zij beschikken over een hbo-opleiding verpleegkunde met daarbij een aanvullende tweejarige masteropleiding Master Advanced Nursing Practice. Zij nemen een aantal medische taken van de huisarts over.

2.2 De jeugdgezondheidszorg

De jeugdgezondheidszorg heeft als doel het beschermen en bevorderen van de gezondheid van alle jeugdigen van 0 tot 19 jaar. Het is een preventieve gezondheidszorg die gericht is op het voorkómen van ziekten en het vroegtijdig opsporen van gezondheidsproblemen bij jeugdigen. Het gaat om gezondheid en ontwikkeling van jeugdigen in de brede zin van het woord: lichamelijk, cognitief en psychosociaal. De jeugdgezondheidszorg streeft naar het verkleinen van gezondheidsverschillen en het bieden van gelijke kansen op gezondheid aan iedereen.

Alle kinderen in Nederland hebben recht op deze zorg en gemeenten hebben de wettelijke taak (bijlage 3) om te zorgen dat 0-19 jarigen woonachtig in hun gemeente deze zorg ook krijgen aangeboden. De jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0-4 jaar wordt meestal uitgevoerd door thuiszorgorganisaties (de consultatiebureaus). De GGD richt zich op kinderen en jongeren van 4-19 jaar. In enkele regio's wordt de jeugdgezondheidszorg voor 0-19 jaar uitgevoerd door één en dezelfde organisatie. De jeugdgezondheidszorg voor kinderen van asielzoekers wordt tot eind 2008

nog geleverd door de instellingen Medische Opvang Asielzoekers (MOA). Wie deze zorg na 1 januari 2009 over gaat nemen, is nog niet bekend.

De taken die organisaties voor jeugdgezondheidszorg uitvoeren staan beschreven in het landelijke Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg.¹⁰ Het Basistakenpakket JGZ bestaat uit een uniform deel en een maatwerk deel. Het uniforme deel bestaat uit producten die in principe aan alle jeugdigen op dezelfde wijze en met dezelfde kwaliteit moeten worden aangeboden. Vaccinaties zijn hier een voorbeeld van. Tot het maatwerkdeel behoren producten die weliswaar iedere gemeente moet leveren, maar waarbij de gemeente wel beleidsvrijheid heeft. Een antipest project is hier een voorbeeld van. Gemeenten dienen daarbij het zorgaanbod af te stemmen op de zorgbehoeften van groepen jeugdigen, het bestaande zorgaanbod en de gezondheidssituatie van de jeugdigen in de gemeentelijke regio.

De taken in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg gelden zowel voor individuele kinderen als voor doelgroepen. Deze taken zijn:

1. het monitoren van de gezondheid en de ontwikkeling en het signaleren van ziektes of bedreigingen van de gezondheid;



2. het inschatten van de zorgbehoefte van kinderen en/of ouders;
3. het uitvoeren van screenings en vaccinaties om gezondheidsproblemen vroegtijdig op te sporen of te voorkomen;
4. het geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;
5. het beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen;
6. het leveren van een bijdrage aan zorgsystemen, netwerken, overleg en samenwerking.

Bij de eerste vier taken wordt elk kind op vaste momenten opgeroepen voor een periodiek gezondheidsonderzoek. De leeftijden waarop dit plaatsvindt, en wat er wordt onderzocht, is landelijk vastgelegd in de Richtlijn Contactmomenten¹¹ en uitgewerkt in het rapport Activiteiten Basistakenpakket per Contactmoment (ABC).¹² In het eerste levensjaar worden kinderen tien keer gezien door de jeugdgezondheidszorg. Op de peuterleeftijd is dit teruggebracht tot één of twee keer per jaar. In de basisschoolperiode is er een contactmoment in groep 2 en in groep 7 en in het voortgezet onderwijs vindt alleen nog in de tweede klas een gezondheidsonderzoek plaats. Deze contactmomenten zijn gebaseerd op sleutelleeftijden in de ontwikkeling van het kind en zijn daarmee geschikt voor het signaleren van (dreigende) ontwikkelingsachterstanden en het aanbieden van gerichte, leeftijd-specifieke voorlichting en advisering (zie bijlage 4).

Bij de vijfde en zesde taak van het Basistakenpakket staat het maatwerk centraal gericht op kinderen in risicogroepen. Hierbij heeft de gemeente een grote invloed op het beleid en kunnen er tussen gemeenten aanzienlijke verschillen bestaan. Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werken in het maatwerk meestal samen met andere disciplines zoals orthopedagogen, interne begeleiders of zorgcoördinatoren van scholen, (school)maatschappelijk werkers, politie en leerplichtambtenaren. Zo nemen zij bijvoorbeeld deel aan multidisciplinaire teams op school, de 'Zorg- en advies-teams' (ZAT's). De jeugdarts wordt vanuit dit team bijvoorbeeld gevraagd leerlingen op te roepen vanwege een ontwikkelingsachterstand, ziekteverzuim, het vermoeden van kindermishandeling of psychiatrische problemen (ADHD, autisme). De jeugdverpleegkundige krijgt vragen om kinderen en ouders op te roepen bij onder andere opvoedingsproblemen, leefstijladvisering en psychosociale zorg.

Doordat de jeugdarts en jeugdverpleegkundige met veel ketenpartners samenwerken, beschikken zij over een goede sociale kaart en zijn er korte lijnen met de jeugdhulpverlening. De huidige actuele ontwikkelingen binnen de jeugdgezondheidszorg gaan dan ook steeds meer richting zorgcoördinatie en 'bemoeizorg'. Bij deze taken van de jeugdgezondheidszorg is samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg en huisartsen (bijvoorbeeld door middel van telefonisch overleg) van groot belang.

In de jeugdgezondheidszorg is de opleiding en de taakverdeling van jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en (dokters)assistentes als volgt.

- **Jeugdartsen** hebben de eerste twee jaar van de 4-jarige specialisatie tot arts Maatschappij en

Gezondheid (arts M&G) gevolgd of de volledige specialisatie afgerond. Naast jeugdartsen en artsen M&G werken er consultatiebureauartsen in de jeugdgezondheidszorg met een afgeronde introductie cursus jeugdgezondheidszorg voor basisartsen. Een breed gedragen standpunt is dat alle artsen in de jeugdgezondheidszorg minimaal opgeleid moeten zijn tot jeugdarts. De jeugdarts is medisch deskundig op het gebied van de groei, de ontwikkeling, het functioneren en het gedrag van het normale kind. Hij is ook deskundig op het gebied van vaccinaties en een belangrijke adviseur in multidisciplinaire teams.

- **Jeugdverpleegkundigen** hebben een hbo-opleiding gevolgd soms aangevuld met een JGZ-opleiding. De jeugdverpleegkundige richt zich op probleemsignalering, probleemanalyse, verheldering van de hulpvraag, signalering van lichamelijke bijzonderheden in groei en ontwikkeling, medisch gedelegeerde taken, voorlichting, instructie, kortdurende pedagogische begeleiding en zorgcoördinatie.
- **Consultatiebureauassistentes** hebben vaak geen speciale opleiding genoten. De werkzaamheden van de consultatiebureauassistente liggen op het terrein van gastvrouwschap, het wegen en meten van het kind en het plannen van afspraken.
- **Doktersassistentes** in de JGZ 4-19 hebben vaak een mbo-opleiding aangevuld met een specifieke scholing. De doktersassistente voert het preventieve onderzoek uit naar gezichtsscherpte, gehoor, lengte en gewicht en maakt een eerste inventarisatie van eventuele vragen of problemen.



In de jeugdgezondheidszorg werken op enkele plaatsen **nurse practitioners**: zij beschikken over een hbo-opleiding, gevolgd door een tweejarige masteropleiding (Master Advanced Nursing Practice). Zij worden vooral in wijken met veel risicogezinnen ingezet. De nurse practitioner voert naast verpleegkundige ook medische taken uit en neemt vaak een aantal consulten van de jeugdarts over. In het verleden deden veel huisartsen consultatiebureaus voor zuigelingen en peuters. Tegenwoordig

dig voeren huisartsen deze taken bijna niet meer uit. Deze behoren nu tot het 'bijzonder huisarts-geneeskundig aanbod' waarvoor huisartsen een zogeheten introductie cursus dienen te volgen.

Behalve de eerdergenoemde beroepsgroepen zijn bij thuiszorgorganisaties of GGD-en ook andere disciplines werkzaam.

- **Neonatale screeners** voeren de hielprik en de neonatale gehoorscreening uit bij zuigelingen van vier tot zeven dagen oud.
- **Gezondheidsvoorlichters GGD** verzorgen cursussen en themabijeenkomsten voor publieksvoorlichting, schoolgezondheidsbeleid en wijkgerichte gezondheidsbevordering. Activiteiten wisselen per gemeente.
- **(Preventieve) Logopedisten** screenen kinderen op spraaktaalproblemen. Soms gebeurt dit bij peuters op consultatiebureaus maar meestal bij kleuters in groep 1 of groep 2. Ook onderzoeken zij kinderen op indicatie.
- **Tandheelkundig preventief medewerkers** verzorgen de voorlichting op scholen over gebitsverzorging. Activiteiten wisselen per gemeente.
- **Specialistische verpleegkundigen** verlenen curatieve zorg aan zieke kinderen van 0-4 jaar. Een voorbeeld is de longverpleegkundige. Deze ondersteunt ouders/jongeren bij toediening van medicatie en sanering van de woning. Andere verpleegkundigen met een zeer specialistische taak zijn bijvoorbeeld de VoorZorgverpleegkundigen (zie kader). Activiteiten wisselen per gemeente.
- **Zwangerschapsgymdocenten**, vaak fysiotherapeuten, verzorgen cursussen pre- en postnatale educatie voor (aanstaande) moeders.
- **Artsen infectieziektebestrijding** adviseren bij het uitbreken van een infectieziekte op een kinderdagverblijf, peuterspeelzaal of school. Vaak werken zij op de afdeling Algemene Gezondheidszorg (AGZ) van de GGD.
- **Psychologen** zijn bij sommige instellingen beschikbaar voor jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen voor consultatie en diagnostiek. Ook spelen zij een rol in de deskundigheidsbevordering en participeren zij in preventieprojecten zoals sociale vaardigheidstraining, opvang bij trauma en calamiteiten, opvoedingsondersteuning en overgewicht.
- **Pedagogisch medewerkers** of pedagogen bieden in sommige instellingen ondersteuning aan jeugdverpleegkundigen en jeugdartsen. Ook kunnen zij ouders in een beperkt aantal gesprekken opvoedingsondersteuning bieden en zonodig doorverwijzen naar tweedelijns voorzieningen.
- **Diëtisten** geven voeding- en dieetvoorlichting, onder andere bij kinderen met voedselallergie of overgewicht. Zij zijn beschikbaar voor JGZ-medewerkers voor consultatie en advies en spelen een rol bij deskundigheidsbevordering.
- **Videohometrainers** bieden opvoedingsondersteuning in de thuissituatie. Met behulp van video-opnamen maken zij het gedrag van ouder en kind inzichtelijk en leren zij ouders alternatieve strategieën aan. Deze discipline is niet in alle gemeenten beschikbaar.
- **Epidemiologen** verzamelen en analyseren informatie op bevolkingsniveau en adviseren op het gebied van gezondheidsbeleid.

Samenwerking in ketenzorg: VoorZorg

Het gezin L. (vier kinderen tussen 5 en 19 jaar) is bekend bij vele hulpverleners: problemen met geld, huisvesting, school, werk en opvoeding. Alle hulp baat weinig!

De oudste dochter Bianca (18 jaar, schoolverlater zonder diploma, geen werk) bezoekt de huisarts: zwanger. Niet gepland, maar "wel welkom; wordt ook wel groot". De huisarts maakt zich zorgen en bespreekt dit, met goedvinden, met de verloskundige. Deze noemt de mogelijkheid om Bianca aan te melden bij VoorZorg. Bianca reageert in eerste instantie afwijzend, maar als zowel de huisarts als de verloskundige het belang voor haar kindje uitlegt, stemt ze toe in een kennismakingsbezoek van de VoorZorgverpleegkundige. En warempel, het klikt. In de periode die volgt ontstaat wederzijds vertrouwen, met ups en downs wordt de gezinssituatie besproken en gekeken naar mogelijkheden voor verbetering: "geen bemoeizuchtige hulpverleners over de vloer, die altijd willen dat we het anders doen", maar wel een praktische aanpak; de gespecialiseerde gezinsverzorgster is nu welkom. Bianca gaat zelfstandig wonen, dicht bij haar moeder. En als de baby een half jaar is gaat zij, met steun van haar moeder, de gezinsverzorgster, huisarts en VoorZorgverpleegkundige, alsnog proberen haar opleiding af te maken. Dit biedt zowel de moeder als haar kind betere toekomstkansen.

VoorZorg is een preventief programma vanuit de jeugdgezondheidszorg. Jonge zwangere vrouwen, met een hoog risico voor opgroei- en opvoedproblemen voor hun kind, worden op gestructureerde én flexibele wijze intensief begeleid door speciaal voor VoorZorg opgeleide jeugdverpleegkundigen. In de Verenigde Staten blijkt deze aanpak goed te werken. In Nederland vindt momenteel een onderzoek door het VUcm plaats naar de effectiviteit van dit programma. Diverse JGZ-organisaties nemen aan dit onderzoek deel. Het wordt gefinancierd vanuit de gemeentes.

Voor informatie: www.voorzorg.info of estruijf@evean.nl

2.3 Organisatorische en inhoudelijke verschillen

De jeugdgezondheidszorg valt onder de preventieve openbare gezondheidszorg (public health) en de huisartsenzorg onder de curatieve eerste lijn. Organisatorisch gezien zijn dit twee vrijwel gescheiden trajecten. Ook de werkwijze van huisarts en jeugdarts verschilt. De jeugdarts gebruikt screenings- en signaleringsinstrumenten om gezondheidsproblemen bij kinderen op te sporen en onderzoekt dus actief of er iets aan de hand is. De huisarts daarentegen krijgt pas met een kind te maken als het ziek is of op een andere wijze problemen heeft en reageert dan indien mogelijk terughoudend en indien noodzakelijk actief. De belangrijkste verschillen tussen de twee beroeps-groepen zijn schematisch weergegeven in tabel 1.

Tabel 1. Kenmerken van de huisarts en de jeugdarts.¹³

	De huisarts	De jeugdarts
1	Werkt praktijkgebonden	Werkt wijk-, plaats- of schoolgebonden
2	Vraag gestuurd	Aanbod gestuurd via Basistakenpakket
3	Curatieve zorg	Public health
4	Sturing door zorgverzekeraars	Sturing door landelijke overheid (basistakenpakket) en gemeenten
5	Zelfstandig ondernemer, soms in loondienst	Is in loondienst bij thuiszorginstelling of GGD
6	Werkt soms solistisch, soms in teamverband met huisartsen, praktijkverpleegkundigen, praktijkassistentes	Werkt altijd in teamverband van jeugdarts, jeugdverpleegkundige en JGZ-assistente
7	Werkt in solopraktijk, groepspraktijk of eerstelijns centrum	Werkt (in de nabije toekomst) in Centrum voor Jeugd en gezin
8	Werkt nauw samen met onder andere curatieve sector in de eerste en tweede lijn, jeugdzorg én maatschappelijk werk	Werkt nauw samen met onder andere curatieve sector in de eerste en tweede lijn, jeugdzorg, maatschappelijk werk én onderwijs
9	Verwijsfunctie voor gehele eerstelijns en tweedelijns zorg	Vanaf 1-1-2008 verwijsfunctie voor gehele eerstelijns en tweedelijns zorg
10	Zorg voor gehele praktijkpopulatie (alle leeftijden)	Longitudinale begeleiding kinderen en jongeren 0-19 jaar
11	Generalist	Specialist op het gebied van een gezonde groei en ontwikkeling van de jeugd
12	Behandeling en curatie op de eerste plaats, preventie op de tweede plaats	Preventie en vroege opsporing op de eerste plaats, beperkte behandelmogelijkheden
13	Vaker fulltime ongeveer 60% vrouw	Vaker deeltijd ongeveer 90% vrouw

2.4 Raakvlakken in de zorg voor het kind

De huisarts ziet kinderen vooral als zij ziek zijn of als er iets anders aan de hand is. De jeugdgezondheidszorg richt zich specifiek op de longitudinale sociaal-medische begeleiding en ziet voornamelijk gezonde kinderen. Hun rollen zijn dus complementair.

De jeugdarts en de huisarts komen elkaar in de praktijk tegen als door de jeugdgezondheidszorg een probleem wordt gesignaleerd in de groei, de ontwikkeling, het functioneren, het gedrag of de thuissituatie van het kind.

Gemiddeld heeft een jeugdarts één tot twee keer per jaar telefonisch contact over een kind met een huisarts en vice versa.¹³ De communicatie tussen huisarts en jeugdarts verloopt in de meeste gevallen schriftelijk via een summier verwijsbrief en antwoordbrief. Het verwijstraject kan in een aantal gevallen doelmatiger en patiëntvriendelijker georganiseerd worden als de jeugdarts rechtstreeks verwijst naar de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg (zie paragraaf 4.2).

Samenwerken rond kinderen met een handicap

Als in een gezin een kind met een beperking wordt geboren, heeft dit grote consequenties voor de ouders en de overige kinderen. Kind en gezin dienen vroegtijdig hulp te krijgen. Om deze hulp te kunnen bieden, spannen organisaties zich in voor de realisatie van een landelijk dekkende voorzieningenstructuur. Het programma heet: 'Vroeg, voortdurend en integraal'. Het bevat zeven bouwstenen: één ervan gaat over de samenhang in het ketennetwerk en zes betreffen de onderdelen van de keten, te weten: vroege signalering; multidisciplinaire diagnostiek; multidisciplinair adviesplan; informatie, advies en trajectbegeleiding; gezinsondersteuning; onderwijs en zorg.¹⁴

Met dit programma wordt zoveel mogelijk aangesloten bij de bestaande netwerken Integrale Vroeghulp, ondergebracht bij de MEE-organisaties. Verwijzing door huisarts, jeugdarts of kinderarts verloopt via MEE. Er is gestart met twaalf regionale proefprojecten. Goede 'modellen' kunnen landelijk worden uitgerold.

Voorlopig is de doelgroep van deze proefprojecten kinderen met een (verstandelijke, lichamelijke of meervoudige) beperking of chronische ziekte in de leeftijd van 0 tot circa 7 jaar en hun gezinnen. Naar schatting zijn dit er circa 9.000.

Voor informatie: www.kinderrevalidatie.info

Bij sommige ziekten en aandoeningen is er overlap in de zorg van huisarts en jeugdarts. Voorbeelden hiervan zijn: allergische luchtwegaandoeningen, astma, constitutioneel eczeem, otitis media met effusie, visuele stoornissen, voedselovergevoeligheid, groeiestoornissen, hartafwijkingen, kindermishandeling, bedplassen en ADHD.

In de begeleiding van ouders van kinderen met voedingsproblemen, overgewicht en adipositas, voedselovergevoeligheid, opvoed- en gedragsproblemen, huidproblemen en ontwikkelingsproblemen heeft de jeugdgezondheidszorg ook een curatieve rol.

Huisartsen en jeugdartsen hebben beiden preventieve taken onder andere op het gebied van

(omgaan met) astma en andere chronische aandoeningen. Beiden adviseren ouders en kinderen over een gezonde woon- en schoolomgeving, gezond gedrag en leefstijl.¹⁵ Er zijn diverse richtlijnen, standaarden en protocollen die zowel voor de huisarts als voor de jeugdarts relevant zijn. Hierop wordt in paragraaf 3.1 ingegaan.



Huisarts en jeugdarts hebben beiden een taak bij de coördinatie en afstemming van eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg bij kinderen en gezinnen. Vooral in situaties waar diverse hulp- en zorgverleners bij betrokken zijn. Op de ontwikkelingen rond zorgcoördinatie wordt in paragraaf 5.4 nader ingegaan.

Op dit moment is het gebruikelijk dat de jeugdarts door middel van een kopie van de verwijfsbrief de huisarts, als coördinator en dossierhouder van het kind, informeert over verwijzingen naar de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg. Dit is minder vanzelfsprekend bij verwijzingen naar andere instellingen zoals Bureau Jeugdzorg, maatschappelijk werk, enzovoort. De huisarts informeert de jeugdarts slechts zelden als hij een kind verwijst. Er is in het algemeen ook weinig overleg en afstemming tussen huisarts en jeugdarts over de zorg en zorgcoördinatie.

Daar waar de zorg van huisarts en jeugdarts elkaar raken is het wenselijk dat huisartsen en jeugdartsen elkaar altijd informeren en zo nodig overleggen over de behandeling en verwijzing van kinderen en jongeren.

2.5 De winst van samenwerken

De jeugdgezondheidszorg signaleert de meeste problemen bij kinderen in het eerste levensjaar, bijvoorbeeld op het gebied van groei, ontwikkeling, voeding, heupen, huid, gedrag en opvoeding. In de peuterperiode betreft het vooral problemen in de ontwikkeling (spraaktaal, motoriek), visus, gedrag en opvoeding. In de periode van het basisschool- en voortgezet onderwijs spelen vooral psychosociale problemen een rol, zoals gedrag, ontwikkeling (spraaktaal, motoriek, cognitie), onder- en overgewicht, zintuigen en houding.

Bij de huisarts behoren infectieziekten, eczeem en astma tot de top 5 bij kinderen tot 12 jaar. Maar ook vragen over de opvoeding komen vaak voor.⁸

2.5.1 Samenhang en continuïteit in de zorg

De zorg voor jeugdigen begint bij een goede verloskundige zorg en eindigt bij het behalen van een zogenaamde 'startkwalificatie', het minimale onderwijsniveau dat nodig is om kans te maken op duurzaam werk (havo of vwo-diploma of een mbo-diploma vanaf niveau 2). Gepleit wordt voor aanpassing van de leeftijdsgrenzen van de doelgroep van de jeugdgezondheidszorg naar min negen maanden en 23 jaar. De verschuiving naar min negen maanden is wenselijk, omdat al rond de conceptie veel factoren een risico kunnen vormen voor een gezonde ontwikkeling van het (ongeboren) kind. De grens van 23 jaar wordt ingegeven doordat ook het jeugd- en veiligheidsbeleid deze leeftijdsgrens hanteert.¹⁶

In deze 'verticale zorgketen' zit op diverse plaatsen een 'knip'. De overgang van verloskundige zorg en kraamzorg naar de jeugdgezondheidszorg en huisartsgeneeskundige zorg is er daar één van. Zo'n knip verplicht tot informatieoverdracht in het belang van het kind. Wanneer het kind de leeftijd van vier jaar bereikt en voor de jeugdgezondheidszorg overgaat van het consultatiebureau naar de GGD volgt de tweede overgang. Deze 'knip' is in de laatste jaren aangepakt door invoering van het



integrale JGZ-dossier 0-19 jaar en door de verschuiving van de regievoering over de jeugdgezondheidszorg naar de gemeentes.

Samenhang en continuïteit in de zorg is ook noodzakelijk in de 'horizontale keten'. Afstemming van standaarden, richtlijnen en protocollen van de verschillende beroepsgroepen is hiervoor vereist. Daarnaast is op verschillende momenten, bijvoorbeeld bij verwijzingen, overdracht van gegevens tussen huisarts, jeugdarts en andere hulpverleners nodig. Hoofdstuk 3 gaat in op de hulpmiddelen die nodig zijn bij het organiseren van deze samenwerking.

Hallo Wereld

'Hallo Wereld' is een digitaal opvoedingsprogramma dat zwangere vrouwen en jonge ouders bewust moet maken van het belang van een gezonde leefstijl en een gezonde opvoeding. Tijdens het eerste bezoek aan de verloskundige krijgt de zwangere vrouw de vraag of zij wekelijks een digitale nieuwsbrief wil ontvangen. Ook kan zij maandelijks een interactieve gezondheidsquiz invullen. De onderwerpen gaan uit van doelmatige preventieprogramma's. Voorbeelden zijn het stimuleren van borstvoeding en foliumzuurinnname, de preventie van wiegendood, het stimuleren van het gebruik van vitamine D, het tegengaan van (passief) roken en alcoholgebruik en het stimuleren van een goede mondhygiëne. Deze komen 'computer tailored', dat wil zeggen de juiste informatie op het juiste moment, aan bod. Ouders kunnen hun vragen via e-mail kwijt bij de Redactie van Hallo Wereld (verloskundigen en jeugdgezondheidszorg). De huisarts, verloskundige, gynaecoloog, kraamverzorgende, arts en verpleegkundige van het consultatiebureau attenderen (aanstaande) ouders op het programma door informatiemateriaal te overhandigen of in de wachtkamers beschikbaar te stellen.

'Hallo Wereld' is een initiatief van het programmaminiesterie voor Jeugd en Gezin. Een tiental Gezondheidsbevorderende Instituten is hierbij aangesloten.

Voor informatie: www.hallowereld.nl

2.5.2 Samenwerking bij problemen

Een goede onderlinge afstemming tussen huisarts en jeugdarts komt de continuïteit en kwaliteit van de zorg bij problemen ten goede. Dit is bijvoorbeeld van belang bij hechtingsproblemen bij moeders met een postnatale depressie, kinderen van ouders met psychiatrische problemen (KOPP-kinderen) en jonge mantelzorgers (www.ggznederland.nl).

Ook op het gebied van preventie van aandoeningen liggen kansen. Denk aan de preventie, signalering en behandeling van kinderen met astma of obesitas. Zie paragraaf 2.4 voor meer voorbeelden.

Werkafpraak kinderen met overgewicht en obesitas

Zowel de huisarts, jeugdverpleegkundige als jeugdarts kunnen overgewicht en obesitas signaleren bij kinderen van 2-19 jaar. Dit gebeurt volgens protocol aan de hand van de Body Mass Index (BMI) en de zogenaamde klinische blik (Signaleringsprotocol Overgewicht). Als de ouders en/of het kind het overgewicht als probleem ervaren en bereid zijn het aan te pakken, volgt een vervolgtraject. Ook de huisarts kan hiernaar verwijzen.

Kinderen met overgewicht ontvangen driemaal in een half jaar een extra consult van de jeugdverpleegkundige. Dit consult richt zich op het stimuleren van gezonde voeding en beweging door aanpak via de 'BBOFT items': Borstvoeding geven, Buiten spelen, Ontbijten, minder suikerhoudende Frisdranken en minder achter de TV en de computer. Het streven is gewichtshandhaving waardoor vanwege de lengtegroei de BMI zal dalen. De jeugdarts kan deze kinderen ook verwijzen naar de diëtiste en de opvoedingsondersteuning (Overbruggingsplan Overgewicht).

Kinderen met obesitas volgens de BMI-afkappunten of met overgewicht en twee of meer risicofactoren voor het metabole syndroom krijgen een verwijziging naar een kinderarts van een speciale polikliniek van het ziekenhuis (poli-X). Als de jeugdarts rechtstreeks verwijst, ontvangt de huisarts een afschrift van de verwijsbrief. De kinderarts kijkt of er oorzakelijke factoren zijn voor obesitas en of er secundaire gevolgen zijn. Hij informeert de huisarts en de jeugdarts twee tot vier weken na het consult over de uitslagen en het vervolgtraject. Ouders en kind worden verwezen naar programma's als Fitkids of Be-fit of naar Heideheuvel, RIAGG, Fornhese, enzovoort.

Voor informatie: www.bslim.nu

2.5.3 Samenwerking bij preventie en aanpak van kindermishandeling

Jaarlijks worden naar schatting meer dan 100.000 kinderen thuis mishandeld. Dit blijkt uit de Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van kinderen en jeugdigen (NPM-2005).¹⁷ Hoewel mishandeling van een kind meestal in de verborgenheid plaatsvindt, geeft het kind vaak wel signalen af, die door de omgeving – peuterspeelzaal, onderwijs, sportclub, gezondheidszorg, enzovoorts – kunnen worden opgepikt en tot actie zouden moeten leiden.

Een sluitende aanpak van kindermishandeling vraagt om actie op drie verschillende niveaus.

- Een dekkend aanbod van opvoedingsondersteuning voor alle ouders.
- Een systeem van signalering van voorkomende gevallen van kindermishandeling.
- Een adequaat aanbod voor gesignaleerde gevallen van kindermishandeling.

Opvoedingsondersteuning is toenemend evidence-based. De jeugdgezondheidszorg speelt samen met onder andere het maatschappelijk werk een belangrijke rol bij het uitvoeren van speciale programma's. De Databank Effectieve Interventies Jeugd (www.jeugdinterventies.nl) bevat een overzicht van

veelbelovende en effectieve programma's. Een voorbeeld van een effectief programma is het Australische programma Triple P. Jeugdgezondheidszorg, huisartsen en andere hulpverleners spelen hierin een goed op elkaar afgestemde rol bij de opvoedingsondersteuning (www.triplep-nederland.nl).

In het Actieplan aanpak kindermishandeling (Programmaministerie voor Jeugd en Gezin) wordt aangegeven dat de bestrijding van kindermishandeling hoge prioriteit heeft.¹⁸ De werkwijze RAAK (Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling) wordt in de komende jaren met steun van het Nederlands Jeugdinstituut (Nji) landelijk ingevoerd (zie kader).¹⁹

In de herziene KNMG meldcode kindermishandeling (2008) staat omschreven welke verantwoordelijkheden een arts heeft bij de signalering en aanpak van kindermishandeling.²⁰ Daarbij wordt ingegaan op de stappen die een arts moet c.q. kan ondernemen wanneer hij kindermishandeling vermoedt of constateert. In het bijzonder wordt beschreven hoe en wanneer de arts het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK) kan inschakelen en op welke wijze hij daarvoor zijn beroepsgeheim opzij kan zetten. De LHV brengt samen met de Vereniging Huisartsenposten Nederland (VHN) in het najaar van 2008 de Handreiking 'Melding kindermishandeling' uit. Voor de jeugdgezondheidszorg is een conceptrichtlijn secundaire preventie kindermishandeling beschikbaar.²¹



Bij vermoedens van kindermishandeling geldt dat informatie niet alleen *mag*, maar zelfs *moet* worden uitgewisseld. De Wet bescherming persoonsgegevens bevat *geen* beletselen die ingrijpen ten behoeve van kinderen verhinderen. Vertegenwoordigers van jeugdzorg, psychiatrie, politie, onderwijs, de Inspectie voor de gezondheidszorg, diverse medische beroepsgroepen en wetenschappers pleiten voor het opstellen van een handreiking voor de aanpak van kindermishandeling, die landelijk voor alle hulpverleners in de jeugdzorg en de gezondheidszorg als gemeenschappelijke leidraad kan gelden.²²

Bij vermoedens van kindermishandeling dienen huisartsen en jeugdartsen met elkaar te overleggen en afspraken te maken over eventueel te nemen stappen.

Kindermishandeling: voorkomen en helpen

Voor de bestrijding van kindermishandeling vond in Nederland in de periode 2003 tot 2006 een uniek initiatief plaats. Dit initiatief staat bekend als de Regio's RAAK. RAAK werd in Amsterdam-Noord, Flevoland, Westelijke Mijnstreek en Zaanstreek-Waterland uitgevoerd. De doelstelling was het ontwikkelen van een sluitende aanpak van kindermishandeling. Hierbij gaat het om een aanpak over de hele breedte: van populatiegerichte ('universele') preventie en opvoedingsondersteuning tot en met curatieve interventies na geconstateerde kindermishandeling. De term Regio RAAK heeft betrekking op: een gemeente, groep van gemeenten of een regio waar alle betrokken partijen gezamenlijk werken aan een sluitende aanpak van kindermishandeling door een effectief aanbod van opvoedings- en opgroeihulp.

In de vier proefregio's bleek het mogelijk om regionaal goed samen te werken bij de aanpak van kindermishandeling. Een van de lessen die RAAK leerde, is dat de aanpak van kindermishandeling nooit een zaak kan zijn van een enkeling, maar dat het de inzet vraagt van velen. Uitvoerend werkers, managers en gemeentelijke en provinciale besturen blijken gezamenlijk een goed zorgcontinuüm te kunnen realiseren. De bij de start van de proefregio's beschreven wenselijke activiteiten (een raamwerk van 35 punten) zijn in de verschillende regio's bijna allemaal uitgevoerd.

Voor informatie: www.kindermishandeling.info, www.samenopvoeden.nl

2.5.4 Begeleiding van jongeren met schoolverzuim

Kinderen die verzuimen komen vaak bij hulpverleners en opvallend vaak met lichamelijke klachten als hoofdpijn, buikpijn en vermoeidheid. De meeste klachten zijn tijdelijk van aard, maar sommige jongeren worden dusdanig beperkt in hun functioneren dat sprake is van een zogenaamde somatoforme stoornis. De gevolgen zijn: sociale beperkingen, slaapproblemen, hoge medische consumptie, blijvende ongunstige reactiepatronen op stress en spanning, een ongunstige uitgangspositie voor de arbeidsmarkt en zelfs arbeidsongeschiktheid op jonge leeftijd.²³

De signalering en aanpak van dergelijke problemen bij kinderen en jongeren moet beter. Voor de jeugdarts en de huisarts is hierbij een centrale rol weg gelegd. De jeugdarts kan als intermediair tussen de school en de behandelaars optreden (jeugdarts als 'bedrijfsarts voor scholieren') en de huisarts kan de jeugdgezondheidszorg inschakelen als onderdeel van de behandeling.

Samenwerken bij schoolverzuim

Melissa, een meisje van 14 jaar en leerlinge van tweede klas vmbo, wordt in mei opgeroepen door de jeugdarts. Reden van de oproep: ernstig ziekteverzuim. Melissa is 53 keer afwezig geweest sinds het begin van het schooljaar. Haar moeder meldt haar niet altijd ziek. Als reden voor het te laat komen en het ziekteverzuim vertelt Melissa dat zij vaak last heeft van haar gewrichten. Haar moeder vraagt zich af of het jeugdreuma kan zijn, want daar had de opa van Melissa vroeger ook last van. Melissa heeft een uitdraai van de huisarts meegekregen, waaruit blijkt dat zij van september tot en met april in totaal dertien keer bij de huisarts is geweest: vijf keer vanwege pijn aan een gewricht en acht keer om verschillende redenen zoals verkoudheid of een schaafwond. De huisarts heeft Melissa verwezen naar de fysiotherapeut, maar de oefeningen die zij krijgt helpen volgens Melissa niet. Door de pijn kan zij 's ochtends niet lopen en komt zij te laat op school. Fietsen doet zij liever niet, omdat zij dan weer last van astma krijgt. Al pratende concluderen Melissa en de jeugdarts dat Melissa dit schooljaar veel meer last heeft van pijntjes of kwaaltjes dan voorgaande jaren. Ook blijft zij soms te snel thuis als zij pijn heeft of zich niet lekker voelt. De jeugdarts legt Melissa uit dat zij waarschijnlijk geen jeugdreuma heeft, maar dat zij last heeft van spanningsklachten. Melissa vertelt vervolgens dat afgelopen zomer de moeder van haar vriendje is overleden. Drie weken later werd haar vader (die elders woont) ernstig ziek. Deze ingrijpende dingen raakten haar zo, dat zij hierdoor waarschijnlijk deze lichamelijke klachten kreeg.

Melissa en de jeugdarts maken een aantal afspraken.

- 1. Om de spanningsklachten te verminderen gaat Melissa weer sporten.*
- 2. Als Melissa pijn heeft of zich niet lekker voelt, gaat zij wel naar school (eventueel met pijnstiller) en kijkt dan of het op school goed gaat.*
- 3. De jeugdarts overlegt telefonisch met de huisarts of deze het eens is met de diagnose en de adviezen. Ook vraagt hij de huisarts of deze op de hoogte is van de angst voor jeugdreuma en of Melissa inderdaad astma heeft of dat het misschien toch hyperventilatie is (gezien de spanningsklachten).*

Na de zomervakantie krijgt Melissa weer een oproep bij de jeugdarts. De jeugdarts houdt via de zorgcoördinator van school in de gaten of het verzuim vermindert.



3 Hulpmiddelen bij het organiseren van samenwerking en ketenzorg

In dit hoofdstuk wordt een aantal hulpmiddelen besproken die van nut zijn bij de samenwerking tussen huisarts en jeugdarts. Het is een aanvulling op en uitwerking van de aanbevelingen in het NHG Standpunt Huisartsenzorg en jeugd.²

3.1 Standaarden, richtlijnen en protocollen

NHG-Standaarden toegesneden op de zorg voor kinderen zijn:

- onderzoek van de pasgeborene;
- constitutioneel eczeem;
- voedselovergevoeligheid bij zuigelingen;
- otitis media acuta bij kinderen;
- otitis media met effusie;
- astma bij kinderen;
- enuresis nocturna;
- kinderen met koorts;
- acne;
- soa-consult.

Een overzicht van de ontwikkelde Standaarden vindt u op: www.nhg.org.

Richtlijnen en protocollen voor de jeugdgezondheidszorg worden ontwikkeld in samenwerking met kennisinstututen zoals TNO Kwaliteit van Leven en het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu/ Centrum Jeugdgezondheid (RIVM/CJ).

De volgende vier JGZ-richtlijnen zijn inmiddels gereed:

- vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar;
- vroegtijdige opsporing van visuele stoornissen 0-19 jaar;
- methodiek scoliose onderzoek;
- vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar.

De volgende JGZ-richtlijnen zijn nog in ontwikkeling:

- secundaire preventie kindermishandeling;
- borstvoeding;
- astma;
- zindelijkheid;
- rouwverwerking;
- vroegsignalering psychosociale problemen;
- niet-scrotale testis;
- excessief huilen bij zuigelingen.

U vindt de richtlijnen op: ajn.artsennet.nl/content/dossiers/105.

Naast deze richtlijnen zijn er ook andere belangrijke landelijk geaccepteerde documenten die gericht zijn op de inhoud van JGZ-activiteiten en die u ondersteuning bieden bij de uitvoering van de activiteiten uit het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg. Voorbeelden hiervan zijn:

- rijksvaccinatieprogramma;
- voeding van zuigelingen en peuters;
- landelijke standaard voedselallergie bij zuigelingen;
- protocol veiligheidsinformatiekaarten;
- programma: Roken? Niet waar de kleine bij is!;
- gespreksprotocol meisjesbesnijdenis;
- gespreksprotocol Hoe was uw jeugd?;
- signaleringsprotocol en Overbruggingsplan Overgewicht;
- aandachtspunten preventieve mondzorg 0-19 jaar voor de jeugdgezondheid.²⁴

Een volledig overzicht vindt u op: www.rivm.nl/jeugdgezondheid.

Ten slotte maken zowel huisartsen als jeugdartsen gebruik van CBO-richtlijnen (www.cbo.nl) en van richtlijnen die zijn ontwikkeld samen met of door andere beroepsgroepen of instellingen, zoals de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (www.nvk.pedinet.nl) en het Trimbos Instituut (www.ggzrichtlijnen.nl/). Voorbeelden van deze richtlijnen zijn: kleine lichaamslengte, obesitas, hyperbilirubinemie, preventie van wiegendoed en ADHD bij kinderen en jeugdigen.

Bij de ontwikkeling van standaarden, protocollen, richtlijnen en meldcodes is zorgvuldige afstemming tussen de betrokken beroepsgroepen noodzakelijk.



Samenwerking rond voedselallergie bij zuigelingen

Een moeder komt met Rosa, haar dochtertje van drie maanden, op het consultatiebureau. Rosa heeft een toenemende huiduitslag en de moeder vraagt zich af of zij misschien een voedselallergie heeft. De jeugdarts legt uit dat slechts in een klein aantal gevallen voedselallergie de oorzaak is van de uitslag. Hij verwijst de moeder naar de huisarts met de vraag het eczeem te behandelen. Na enige weken blijkt het eczeem niet goed te reageren op de zalven. De huisarts verwijst Rosa terug naar de jeugdarts met de vraag of er misschien toch sprake is van voedselallergie. Voor het stellen van een diagnose kiest de jeugdarts voor de eliminatie-provocatietest. Hij brengt de huisarts op de hoogte van het tijdstip van de belasting zodat deze bij onverwachte reacties bereikbaar is. De huisarts kan deze test ook zelf afnemen, maar in de praktijk laat hij dit liever over aan de jeugdarts omdat deze een grotere expertise heeft op dit gebied. Op deze manier wordt optimaal gebruik gemaakt van ieders mogelijkheden en deskundigheid.

Dit beleid staat beschreven in de Landelijke Standaard Voedselallergie bij zuigelingen (5^e druk 2005).²⁵ In 1995 verscheen de NHG standaard Voedselovergevoeligheid bij zuigelingen.²⁶ Beide standaarden werden goed op elkaar afgestemd door een overlap van de redactieleden.

3.2 LESA's: Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken

Eerstelijns beroepsorganisaties maken voor de ondersteuning van de samenwerking tussen professionals in de regio Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's). Een LESA is gebaseerd op bestaande standaarden. Het geeft een handreiking hoe u met overleg kunt komen tot een afstemming van taken en verantwoordelijkheden op regionaal niveau. Een overzicht van de bestaande LESA's vindt u op www.nhg.org.

NHG en AJN maken afspraken over het ontwikkelen van LESA's voor de samenwerking tussen huisartsen en jeugdartsen. De volgende onderwerpen komen hiervoor in aanmerking: hartafwijkingen, dysplastische heupontwikkeling, niet ingedaalde testes, huilbaby's, visusproblemen, overgewicht/obesitas, groeistoornissen, ontwikkelingsstoornissen, spraaktaalstoornissen, houdingsafwijkingen, bedplassen, psychosociale problematiek, en psychiatrische stoornissen bij kinderen zoals ADHD, autisme en kindermishandeling.

3.3 Regionale werkafspraken

LESA's worden regionaal vertaald in werkafspraken tussen huisarts, jeugdarts en andere ketenpartners over onderwerpen als verwijzen, terugverwijzen en gedeelde zorg. Door bij regionale besprekingen de LESA's als uitgangspunt te nemen, worden plaatselijke en regionale structuren versterkt. De ontwikkeling van de LESA's gaat enige tijd duren. Natuurlijk kunnen ook nu al regionale afspraken worden gemaakt over belangrijke onderwerpen waar de zorg van huisarts en jeugdarts en anderen voor ouders, kinderen en jongeren elkaar raakt.

Samenwerken om huilbaby's te voorkomen

Alle baby's huilen, maar sommige baby's huilen heel veel. Dit kan ouders tot wanhoop brengen. Om dit probleem aan te pakken, hebben in Noord Oost-Brabant in 2006 de jeugdgezondheidszorg en huisartsen de handen ineen geslagen. Dit deden zij samen met andere hulpverleners die ouders en jonge kinderen begeleiden. Regionaal zijn afspraken gemaakt over ketenzorg om te voorkomen dat een baby een huilbaby wordt. Alle hulpverleners dragen hierbij dezelfde boodschap uit: zorg voor rust, voorspelbaarheid en prikkelreductie. Baby's slapen hierdoor beter en huilen minder.

Als kinderen ondanks de adviezen toch nog veel huilen, verwijst de huisarts of andere hulpverlener ouders voor begeleiding naar de jeugdgezondheidszorg. De speciaal geschoolde jeugdverpleegkundige helpt ouders om zo snel mogelijk weer rust in het gezin te brengen. De begeleiding door de jeugdgezondheidszorg vindt plaats volgens een protocol dat gebaseerd is op onderzoek naar de begeleiding van ouders van huilbaby's.²⁷

Hierin zijn afspraken over ketenzorg gemaakt met huisartsen, verloskundigen, kinderrfysiotherapeuten, drie thuiszorginstellingen en twee ziekenhuizen. De regionale ondersteuningsorganisatie van en voor de eerstelijns ROSE-Phoenix biedt hierbij ondersteuning.

Voor informatie: elise.buiting@stbno.nl of a.de.leeuw@rose-nob.nl

3.4 Werkoverleg

Samenwerken vereist onderhoud. Eens per jaar of half jaar vindt overleg plaats tussen de huisarts en jeugdarts op huisartsengroep-, gemeentelijk en/of regionaal niveau. Dit overleg is noodzakelijk om werkafspraken te maken, aan te passen en/of te bevestigen en om de samenwerking te evalueren. Tijdens het werkoverleg maken de partners afspraken over bereikbaarheid en het toepassen van standaarden, protocollen en richtlijnen. Dit gebeurt bij voorkeur door middel van naar de regionale situatie vertaalde LESA's. Dit bevordert de samenwerking en afstemming van de zorg voor ouders en kinderen.

Bij complexe (sociaal-)medische problematiek op het gebied van onder andere groei, gedrag en ontwikkeling dient de huisarts altijd na te vragen of de jeugdarts betrokken is en omgekeerd. Huisarts en jeugdarts hebben beiden een taak op het gebied van zorgcoördinatie bij kinderen en gezinnen waarbij meerdere hulpverleners betrokken zijn. Een duidelijke scheidslijn van verantwoordelijkheden is niet te trekken. Per kind en gezin maken huisarts en jeugdarts afspraken over wie wat doet en wie eindverantwoordelijk is. Een expliciet zorgplan zoals ook bij complexe ouderenzorg wordt gehanteerd, is aan te bevelen.

Lokaal eerstelijns overleg

In Denekamp hebben de artsen en verpleegkundigen van het consultatiebureau en de GGD structureel eenmaal per jaar een anderhalf uur durend overleg met de huisartsen. Ook de kinderfysiotherapeut, de logopedist en de diëtist worden voor dit overleg uitgenodigd. In dit overleg komen de ontwikkelingen in de huisartsenzorg en jeugdgezondheidszorg aan bod (vooral daar waar deze raakpunten hebben) en worden er onderlinge afspraken gemaakt. Ook krijgen alle gezondheidszorgwerkers een uitnodiging voor de jaarlijkse Nieuwjaarsborrel. Hierdoor leert men elkaar beter kennen, respecteert men elkaars deskundigheid en weet men elkaar bij problemen te vinden. Dit bevordert weer de kwaliteit van de zorg voor kind en ouders.



3.5 Bereikbaarheid

Duidelijke onderlinge afspraken over bereikbaarheid zijn noodzakelijk voor een goede samenwerking. Dit kan per gemeente of per regio worden opgepakt en uitgewerkt. Een voorbeeld hiervan leest u in onderstaand kader.

Bereikbaarheid

Bij de Stichting Thuiszorg Brabant Noordoost (STBNO) is een speciaal telefoonnummer beschikbaar gesteld voor huisartsen en andere verwijzers. Dit nummer kunnen zij rechtstreeks bellen om bijvoorbeeld kinderen te verwijzen of om te overleggen met jeugdartsen. Medewerkers die de telefoon opnemen, kennen de agenda van alle jeugdartsen van STBNO. Zij kunnen, als het nodig is, rechtstreeks doorverbinden of de jeugdarts via de mail verzoeken terug te bellen. Huisartsen kunnen er van op aan dat er actie op hun verwijzing wordt ondernomen. Binnen 24 uur na aanmelding door de huisarts of kinderarts neemt de jeugdgezondheidszorg contact op met de ouders, bijvoorbeeld van een huilbaby, en start de begeleiding.

Voor informatie: elise.buiting@stbno.nl

3.6 Dossiervorming

Ieder kind dat in Nederland wordt geboren, krijgt bij de huisarts een elektronisch dossier met daarin gegevens van zijn familie en gezin. Een deel van de huisartsen heeft het Huisartsen Informatie Systeem (HIS) ontsloten voor de huisartsenposten, zodat ook een collega-waarnemer de dossiergegevens in kan zien.

In de jeugdgezondheidszorg krijgt ieder kind een JGZ-dossier zodra het naar het consultatiebureau gaat. Dit voor het gehele land uniforme JGZ-dossier voor kinderen van 0 tot 19 jaar wordt bijgehouden door het JGZ-team. Steeds vaker wordt gebruik gemaakt van een elektronische versie van dit kinddossier (EKD of Digitale JGZ-dossier). Mogelijk wordt dit vanaf 1 januari 2009 via de Wet publieke gezondheid verplicht gesteld. De Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) ondersteunt gemeentes hierbij www.vng-digitaaljgz.nl.

Tussen het dossier van de huisarts en dat van de jeugdgezondheidszorg bestaat op dit moment nog geen 'verbinding'. Zorgverleners uit beide echelons verlangen echter dat deze link er in de toekomst wel komt. Dit is mogelijk door een koppeling van het Elektronisch Patiënten Dossier (EPD) en het digitale JGZ-dossier (zie ook paragraaf 5.5).

3.7 Overdracht van gegevens

Voor een goede afstemming van de zorg dragen de diverse betrokken hulpverleners op verschillende momenten gegevens aan elkaar over. Zo draagt de verloskundige de verloskundige gegevens over in het 'Geboortebericht'. Naast de gegevens van de verloskundige ontvangt de jeugdarts, na de afsluiting van de kraamperiode, ook de gegevens van de kraamverzorgende, de 'Kraamoverdracht'. Huisarts en jeugdarts zijn echter vaak niet op de hoogte van elkaars bemoeienis.

Op een aantal plaatsen in Nederland is al sprake van initiatieven om de 'verticale keten' beter vorm te geven. Voorbeelden hiervan zijn de Ouder en Kind Centra in onder andere Amsterdam en Apeldoorn en de JONG-centra in Rotterdam. Dit zijn eigenlijk de 'voorlopers' van de Centra voor Jeugd en Gezin.

GroeiGids

In de ontwikkelingen rond de Centra voor Jeugd en Gezin is in Amsterdam, in samenwerking met alle eerstelijns professionals, de voorlichting aan ouders onder de loep genomen. Er is een doorlopende serie van voorlichtingsboekjes ontwikkeld, die door alle professionals wordt gebruikt. De GroeiGids-serie is bestemd voor ouders van kinderen van -10 maanden (voorlichting bij kinderwens) tot 19 jaar. Het eerste deeltje van deze serie 'Kinderwens' wordt door de huisarts en de verloskundige gebruikt. Deze handige voorlichtingsboekjes worden inmiddels in steeds meer plaatsen in ons land ingezet.

Voor informatie: www.groeingids.nl/professional



Het RIVM/CJ werkt momenteel aan een landelijke uniforme gegevensset voor de overdracht van verloskundige zorg en kraamzorg naar de jeugdgezondheidszorg.²⁸ Het vastleggen van gegevens van verloskundigen en kraamzorg in het digitale JGZ-dossier en het elektronisch patiëntendossier (EPD) kan bijdragen aan een integrale en levensloop gerichte gezondheidszorg voor de jeugd.

De kinderarts stelt in principe zowel de huisarts als de jeugdarts op de hoogte van de door hem verleende zorg, bijvoorbeeld tijdens een klinische partus of een latere opname. Helaas laat de overdracht naar de jeugdarts te wensen over.²⁹ Onlangs is ter verbetering hiervan de 'Leidraad NVK: Schriftelijke communicatie tussen kinderartsen en jeugdartsen' ontwikkeld.³⁰ Overige hulpverleners in de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg informeren de jeugdarts meestal alleen als deze ook de verwijzer is. De huisarts krijgt als medebehandelaar en gezinsarts in principe wel altijd schriftelijk bericht. Er gaan stemmen op, onder andere van de Inspectie Gezondheidszorg³¹, de AJN en anderen³², om de jeugdarts te erkennen als medebehandelaar van alle kinderen en jongeren en hem dan ook altijd van de benodigde schriftelijke informatie te voorzien.

De informatievoorziening aan huisarts en jeugdarts door onder andere Bureau Jeugdzorg, AMK, GGZ en maatschappelijk werk is zeer wisselend. Het komt vaak voor dat de huisarts en/of de jeugdarts niet tijdig of onvolledig wordt geïnformeerd. Onvolledige informatieoverdracht kan, zeker als daarin niet zeer duidelijk wordt vermeld wie waarvoor verantwoordelijk is, leiden tot ernstige situaties zoals bij het Maasmeisje Jessica het geval was.³¹ Op dit moment worden in veel regio's afspraken

gemaakt om de onderlinge informatie-uitwisseling te verbeteren. Dit gebeurt onder andere in het kader van de Centra voor Jeugd en Gezin en de Verwijsindex risicjongeren (zie paragraaf 5.1 en 5.3).

Zowel de jeugdartsen als de huisartsen pleiten voor een standaardoverdracht van de problemen die relevant zijn voor de medische historie van een kind van de jeugdgezondheidszorg naar de huisarts. Bij voorkeur op vaste tijdstippen, bijvoorbeeld als het kind de leeftijd van 1 jaar, 4 jaar en 19 jaar heeft bereikt. Ook als ouders en kinderen geen gebruik maken van de jeugdgezondheidszorg en/of onvoldoende gevaccineerd zijn, is het wenselijk dat de jeugdarts de huisarts hiervan op de hoogte brengt.

Zowel jeugdartsen als huisartsen dienen zich bij de onderlinge informatie-uitwisseling te houden aan het medisch beroepsgeheim op grond van de Wet BIG. Hieraan wordt in de WGBO nadere invulling gegeven. Overdracht van gegevens vindt uitsluitend plaats met toestemming van de betrokkene. Tot de leeftijd van twaalf jaar treden ouders op als wettelijke vertegenwoordigers in beslissingen over een medische behandeling en de overdracht van gegevens. Vanaf het twaalfde jaar is zowel de toestemming van het kind als van de wettelijke vertegenwoordigers (ouder(s), c.q. voogd) noodzakelijk. Vanaf zestien jaar kan het kind zelfstandig beslissen. Als een patiënt van zestien jaar of ouder niet in staat is om zijn belangen te beoordelen, dienen deze te worden waargenomen door de wettelijke vertegenwoordigers.

Volgens de WGBO mogen degenen die rechtstreeks betrokken zijn bij de uitvoering van een behandelingsovereenkomst informatie met elkaar delen voor zover dit noodzakelijk is voor hun werkzaamheden. De toestemming van de patiënt daarvoor wordt verondersteld. Als de betrokkene of diens ouders bezwaar maken, mogen geen medische gegevens worden verstrekt. Het beroepsgeheim mag alleen worden doorbroken wanneer sprake is van een 'conflict van plichten' (bijvoorbeeld in het kader van bemoeizorg, vermoeden van kindermishandeling) (zie bijlage 3).

Kinderen die het consultatiebureau niet bezoeken

Sommige kinderen maken geen gebruik van de diensten van het consultatiebureau. Dat kan om diverse redenen zijn, bijvoorbeeld omdat de ouders met hun kind frequent naar de kinderarts gaan of omdat zij de voorkeur geven aan de huisarts. De afdeling Jeugdgezondheidszorg van Thuiszorg Thebe heeft, in overleg met de huisartsen in de regio, in het protocol 'Niet verschenen zonder bericht' opgenomen dat de huisarts schriftelijk bericht krijgt als een kind het consultatiebureau niet bezoekt. Ouders worden tijdens de intake geïnformeerd over deze afspraak.

3.8 Opleiding en gezamenlijke nascholing

De opleiding tot basisarts en de specialisatie tot huisarts en jeugdarts besteden in wisselende mate aandacht aan de specifieke mogelijkheden en expertise van de verschillende disciplines. Op sommige plaatsen is hiermee al goede ervaring opgedaan. Zo heeft het curriculum van de opleiding tot basisarts aan het medisch centrum van de Vrije Universiteit een 5-weekse cursus 'Van baby tot jong volwassene' waarin de JGZ trekker is en diverse andere vakgebieden (waaronder huisartsgeneeskunde en kindergeneeskunde) een bijdrage leveren en kent de huisartsenopleiding in Utrecht een 'JGZ week'. Deze handreiking kan bij dit onderwijs een nuttig leermiddel zijn.

Regelmatig gezamenlijke scholing over relevante thema's voor huisarts, jeugdarts, (para)medisch specialisten en eventuele andere ketenpartners is van grote waarde voor een gemeenschappelijk referentiekader, het implementeren van werkafspraken rondom bepaalde thema's en het onderlinge contact.

Gezamenlijke scholingen

Sinds begin 2007 is de neonatale hieprikscreening uitgebreid van drie naar zeventien aandoeningen. Deze uitbreiding heeft gevolgen voor de betrokken zorgverleners in de perinatale keten. Verloskundigen en huisartsen moeten hun voorlichting aan (aanstaande) ouders aanpassen. Zij hebben, net als de jeugdartsen, te maken met afwijkende of dubieuze uitslagen of uitslagen die dragerschap laten zien. De consequenties hiervan dienen zij met de ouders te bespreken.

De afdeling Preventie van Roset in Twente biedt een gezamenlijke scholing aan over de Neonatale Hieprikscreening. Ook 1ste Lijn Amsterdam, de Regionale Ondersteuning Structuur (ROS) voor Amsterdam e.o. biedt deze scholing aan.

Het RIVM heeft deze scholing ontwikkeld en biedt deze gratis aan. Om recht te doen aan de couleur locale worden locale docenten aangetrokken. Het RIVM wil met deze scholing de kwaliteit en continuïteit van het eerstelijns zorgaanbod bevorderen. De scholing is bestemd voor huisartsen, verloskundigen en jeugdartsen en behandelt de ziektespecifieke informatie over de te onderzoeken aandoeningen, de rol van de betrokken professionals en de logistiek. Ook besteedt de scholing aandacht aan dragerschap en voorlichting hierover en komt casuïstiek aan bod.

Voor informatie: www.1stelijnamsterdam.nl/nascholing, a.bergman@roset-twente.nl, www.rivm.nl/pns/actueel/

Interdisciplinaire afstemming in Werkzaam West en Werkzaam Oost

In Amsterdam is een interdisciplinaire en transmurale werkgroep: 'WERKZAAM' (WERKgroep KinderZorg Allochtonen AMsterdam) West en Oost. Deze werkgroep heeft als doel het bevorderen van de kwaliteit en integratie van curatieve en preventieve zorg voor met name de allochtone kinderen in Amsterdam. Zij doet dit door verbetering van de samenwerking tussen de hulpverleners, bij- en nascholing van de hulpverleners en initiëring van wetenschappelijk onderzoek bij kinderen van allochtonen. Doelgroepen zijn kinderartsen, JGZ-medewerkers, huisartsen en andere hulpverleners.

Jaarlijks worden twee à drie avonden georganiseerd over diverse thema's. Een werkgroep met wisselende samenstelling werkt vervolgens in korte tijd praktische afspraken uit met betrekking tot signaleren en doorverwijzen. De avonden worden druk bezocht, verlopen geanimeerd en zijn zeer bevorderlijk voor de onderlinge communicatie in de regio.

Voorbeelden van thema's die in de afgelopen jaren de revue zijn gepasseerd: bedplassen, gedragsstoornissen, ontwikkelingsachterstand, ADHD, overgewicht, tandheelkundige zorg/cariës, werkwijze Jeugdzorg en AMK, zorg voor couveusekinderen, KOPP-kinderen, huilbaby's, relatieproblemen kinderen en ouders, chronische ziekte en pubers en kinderen van ouders met een verstandelijke beperking. Rondom deze thema's zijn afspraken gemaakt, bijvoorbeeld over een aanbod voor te dikke kinderen, video-interactie begeleiding voor huilbaby's en het 5-gesprekken model voor rechtstreekse laagdrempelige verwijzing naar de jeugd GGZ.

Voor informatie: akesler@ggd.amsterdam.nl

3.9 Sociale kaart

Een goede kennis van de sociale kaart rond de zorg voor de jeugd in de regio bevordert de ketenzorg. Digitale beschikbaarheid van een dergelijke sociale kaart vanuit een centraal punt is daarbij essentieel. Diverse sociale kaarten zijn in ontwikkeling en enkele zijn al beschikbaar. Het SoCard Landelijk Systeem is een landelijk dekkende standaard voor een digitale sociale kaart voor woon-, zorg- en welzijnsorganisaties. Naast adresgegevens van organisaties is in SoCard uitgebreide informatie opgeslagen over onder meer productaanbod, dienstverlening en werkwijze. Deze pagina is direct toegankelijk via www.ggd Kennisnet.nl/socard.

Verder is een aantal gemeenten aangesloten bij **Digitale Sociale Kaart (DiSK)**, een catalogus op het gebied van zorg, welzijn, wonen, sociale activering, inkomen, opleiding en reïntegratie. DiSK biedt een actueel overzicht van producten, activiteiten en organisaties in een gemeente, regio en/of provincie. DiSK richt zich op burgers en professionals (www.digitale-sociale-kaart.nl/).



Sociale kaart

De gemeente Almere heeft een website voor ouders en niet-professionele verzorgers samengesteld: www.okepunt.nl. De website richt zich ook op professionals uit relevante werkvelden. Op de site is de Verwijs Wijzer Almere te vinden met een sociale kaart en een trefwoordenregister. Onder de verschillende thema's staan alle aanspreekpunten, subthema's en de bereikbaarheid. Tevens is voor alle professionals een handige 'Driehoek kalender' gemaakt, die zij een plaatsje kunnen geven op hun bureau.



4 Verwijzen

Eén van de belangrijkste terreinen waar huisarts en jeugdarts elkaar tegenkomen, is bij het verwijzen van kinderen met (dreigende) problemen in gezondheid, groei, ontwikkeling en gedrag. In dit hoofdstuk wordt hierop nader ingegaan.

4.1 Onderling verwijzen door huisarts en jeugdarts

Een goede samenwerking levert 'wijs verwijzen' op. Huisarts en jeugdarts verwijzen in principe naar elkaar wanneer zij tegen problemen aanlopen die (meer) liggen op het competentiegebied van de ander. Vanzelfsprekend zijn er onderwerpen waarbij deze scheidslijn niet zo duidelijk is. Onderling overleg, mondeling of schriftelijk, ligt in dat geval voor de hand. In situaties waarin de expertise van de ander weinig toevoegt, is verwijzing naar de ander niet noodzakelijk. Het maakt de zorg onnodig duur en kan ongewenste vertraging opleveren. Bovendien betekent dit ook voor de kinderen en ouders nodeloos tijdverlies.

Huisartsen kunnen naar de jeugdgezondheidszorg verwijzen bij problemen die aansluiten op de competenties van de jeugdarts en jeugdverpleegkundige. Een overzicht hiervan vindt u in tabel 2. Waar nodig kan het JGZ-team een taak vervullen met betrekking tot zorgcoördinatie (zie paragraaf 5.4). Het is niet bekend hoeveel kinderen door de huisarts naar de jeugdgezondheidszorg worden verwezen.

Ketenzorg asymmetrische zuigeling

Een moeder bezoekt de huisarts met haar kind van zes weken. Ze heeft gemerkt dat haar kindje alleen maar naar rechts kijkt. Ze maakt zich zorgen, omdat ze bang is dat het hoofdje hierdoor scheef groeit. De huisarts adviseert de moeder naar het inloopspreekuur van het consultatiebureau te gaan en geeft een brief mee voor de jeugdarts.

In Noordoost Brabant is een protocol 'Voorkeurshouding' opgesteld waarin eenduidige richtlijnen voor preventie, criteria voor vroegsignalering en verwijzing naar de huisarts/kinderfysiotherapeut zijn opgenomen. Alle zorgverleners die in dit werkgebied betrokken zijn bij de preventieve zorg voor pasgeborenen en zuigelingen (verloskundigen, kraamverzorgenden, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, huisartsen, kinderfysiotherapeuten, het Maaslandziekenhuis en Ziekenhuis Bernhoven) gebruiken dit protocol. Daarnaast zijn ten behoeve van de uitvoering van het protocol materialen ontwikkeld (voorlichtingsfolders).

Voor informatie: elise.buiring@stbno.nl

In 2005 verwezen jeugdartsen zo'n 80-85.000 kinderen van 0-6 jaar naar de huisarts. Na deze leeftijd werd bij ieder JGZ-contactmoment nog eens 5% van de kinderen naar de huisarts verwezen.

Ongeveer een vijfde tot een derde deel van deze kinderen kon de huisarts zelf behandelen, bijvoorbeeld bij eczeem of luchtwegklachten. De overige kinderen bezochten de huisarts voor doorverwijzing naar de eerstelijns of tweedelijns gezondheidszorg. Het ging dan bijvoorbeeld om groei- of ontwikkelingsproblematiek.¹³ Inmiddels verwijzen jeugdartsen in verschillende regio's kinderen al rechtstreeks naar de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg. Het aantal verwijzingen van de jeugdarts naar de huisarts neemt hierdoor af. In paragraaf 4.2.2 wordt hier nader op ingegaan. Zie ook het NHG-Standpunt Huisartsenzorg en jeugd.²

Tabel 2. Sociaal-medische/verpleegkundige competenties van het JGZ-team.³³

Screeningsonderzoek	Opsporing en zo mogelijk preventie van: 17 zeldzame, behandelbare aandoeningen (hielprik), gehoorstoornissen, aangeboren hartafwijkingen, visusstoornissen, niet ingedaalde testikels, liesbreuken, dysplastische heupontwikkeling, scoliose.
Ontwikkelingsonderzoek	Opsporing en zo mogelijk preventie van: stoornissen in de motoriek, op spraaktaal of sociaal-emotioneel gebied, retardatie, genetische syndromen, gedragsproblemen, psychiatrische stoornissen, verslaving.
Biometrie	Opsporing en zo mogelijk preventie van: afwijkende lengtegroei, afwijkende schedelgroei, overgewicht en obesitas. Begeleiding bij overgewicht.
Voeding	Opsporing en zo mogelijk preventie of behandeling van: voedselovergevoeligheid, ondergewicht en (borst)voedingsproblemen.
Kleine kwalen	Opsporing en zo mogelijk preventie of behandeling van: huidproblemen (smetplekken, luieruitslag, navelgranuloom, constitutioneel eczeem, seborrhoïsch eczeem, mollusca contagiosa, naevi, nagelbijten), spruw, gastro-oesofageale reflux, obstipatie, diarree, traanbuisstenose, verkoudheden, phimosis, standsafwijkingen van de voeten, onvoldoende mondverzorging, afwijkende mondmotoriek.
Functiestoornissen	Preventie, diagnose en behandeling van functiestoornissen bij kinderen: overmatig huilen van de zuigeling, slaapproblemen en zindelijkheidsproblematiek.

Opvoedingsproblematiek	Opgroei- en opvoedingsondersteuning, begeleiding bij faseproblematiek en lichte opvoedingsproblemen. Inventariseren en beoordelen van de aanwezige hulp. Tijdig signaleren van opvoedingsproblemen, incompetent opvoedingsstijl en kindermishandeling. Zo nodig doorverwijzing.
Gezinsproblematiek	Signaleren van problemen bij kinderen die gerelateerd zijn aan: echtscheiding, huiselijk geweld, isolement, gebrekkige sociale bindingen, armoede, lage sociaal-economische status, werkloosheid, culturele minderheidsgroep, afwijkende normen en waarden. Inventariseren en beoordelen van de aanwezige hulp. Zonodig extra begeleiding en ondersteuning of doorverwijzing.
Sociale (wijk)problematiek	Signaleren van sociale desintegratie in de wijk, verpaupering, slechte buurtvoorzieningen, verkeersonveiligheid. Doorgeven van signalen aan beleidsmakers.

4.2 Verwijzen naar andere hulpverleners

Verwijzingen van kinderen door de huisarts en/of jeugdarts betreffen meestal verwijzingen voor specialistische curatieve zorg of paramedische zorg. Het kan ook gaan om verwijzingen naar het maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg, Jeugd GGZ, AMK, MEE, enzovoort. In bijlage 5 staat een korte beschrijving van deze typen zorg. Indien de verwijzing een onderwerp betreft dat ook binnen het domein van de ander ligt, dienen huisarts en jeugdarts elkaar hierover te informeren. Overleg en goede afspraken met betrekking tot verwijzing en begeleiding van kind en gezin zijn van groot belang. Als meerdere hulpverleningsinstellingen betrokken zijn bij een gezin is zorgcoördinatie noodzakelijk. Zowel de huisarts als de jeugdarts kan hierbij een rol spelen (zie paragraaf 5.4).

Transmuraal ADHD-spreekuur in Zuid-Limburg

Kevin van 5½ jaar komt met zijn moeder op het spreekuur van de huisarts. Hij pakt de stethoscoop van de tafel en stopt die in zijn oren. De moeder zegt: "Hij is zo druk dokter, ik word er doodmoe van...". Wat doet de huisarts? In Zuid Limburg stuurt de huisarts Kevin en zijn moeder door naar de jeugdarts.

Sinds 1994 participeert de afdeling jeugdgezondheidszorg van de GGD Zuid-Limburg in het regionaal multidisciplinaire ADHD team. Dit initiatief heeft geleid tot het opzetten van een transmuraal gemeenschappelijk spreekuur voor kinderen van 4-19 jaar met gedragsneurologische ontwikkelingsstoornissen in het algemeen en met ADHD in het bijzonder. Hierbij maakt de jeugdarts van de GGD gebruik van de mogelijkheid tot vroege diagnostiek.

De kinderen die zijn aangemeld voor het transmuraal gemeenschappelijk spreekuur worden in aaneensluitende sessies gezien door de kinderpsycholoog en de kinderneuroloog. De jeugdarts is verantwoordelijk voor het verzamelen van de anamnestiche gegevens, de ontwikkelingsgegevens en de familieanamnese. Ook beschrijft hij de eigen observatiegegevens en het algemeen lichamelijk onderzoek. Ouders en leerkrachten vullen respectievelijk de CBCL (Child Behaviour Check List) en het TRF (Teacher Report Form) in, zo nodig aangevuld met andere vragenlijsten. De jeugdarts formuleert een heldere vraagstelling en zo mogelijk een waarschijnlijkheidsdiagnose.

Nadat het kind gezien is door de verschillende disciplines worden tijdens het multidisciplinair overleg de bevindingen besproken, conclusies getrokken en een voorlopige werkdiagnose gesteld. Deze wordt aan de ouders meegedeeld en er worden vervolgspraken met de ouders gemaakt. De huisarts en de jeugdarts ontvangen een uitgebreid verslag van de bevindingen. De jeugdarts koppelt relevante informatie en adviezen terug naar de school.

4.3 Rechtstreeks verwijzen door de jeugdarts

Voor aandoeningen waarbij tussenkomst van de huisarts geen meerwaarde biedt, kunnen jeugdartsen sinds 2006 rechtstreeks verwijzen binnen de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg.³⁴ Voorwaarde is dat de betreffende JGZ-instelling hiervoor zelf een overeenkomst heeft afgesloten met de zorgverzekeraars.

Zorgverzekeraars Nederland adviseerde in juni 2007 haar leden om de jeugdarts te erkennen als verwijzer voor de tweedelijns gezondheidszorg en voor de GGZ. Veel zorgverzekeraars hebben dit advies overgenomen en de jeugdarts in hun polissen opgenomen en erkend als verwijzer.³⁵ Wat betreft de polisvoorwaarden bestaan er nog wel grote verschillen tussen de zorgverzekeraars. De Commissie Rechtstreeks Verwijzen van de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

(AJN) heeft een stappenplan opgesteld voor jeugdartsen die willen starten met een project voor rechtstreeks verwijzen (bijlage 6).

Goede regionale samenwerkingsafspraken tussen alle betrokken instanties zijn een belangrijke voorwaarde voor het rechtstreeks verwijzen door de jeugdarts. In de 'Methodiek Rechtstreeks Verwijzen' zijn de volgende voorwaarden geformuleerd¹³.

- **Protocollering.** Verwijsredenen die in aanmerking komen voor rechtstreekse verwijzing van de jeugdarts naar de (para)medisch specialist en GGZ zijn in principe geprotocolleerd. Minimaal zijn het onderzoek door de jeugdarts en de verwijscriteria beschreven, bij voorkeur in een landelijke richtlijn, standaard of CBO-consensus. Een overzicht van de onderwerpen waarvoor rechtstreekse verwijzing kan worden overwogen, vindt u in bijlage 7.
- **Werkafspraken.** Alle partijen (jeugdartsen, huisartsen, specialisten, paramedici en ziektekostenverzekeraars) stellen zich op de hoogte van de werkwijze en inhoud van de protocollen en maken regionaal of lokaal aanvullende afspraken. Bijvoorbeeld: wie zorgt voor eventuele behandeling en nazorg. Een mogelijkheid is dat de jeugdarts de door hem verwezen kinderen volgt totdat de huisarts, (para)medisch specialist of GGZer een onderzoek en/of behandeling inzet. Bij beëindiging van het onderzoek en/of de behandeling informeert de huisarts, (para)medisch specialist of GGZer de jeugdarts. Deze neemt dan de zorg voor het kind weer op zich.
- **Verwijsbrief.** De jeugdarts maakt bij verwijzing gebruik van een standaard verwijsbrief. Deze is gebaseerd op de NHG verwijsbrief (bijlage 8). De jeugdarts brengt de huisarts door middel van een kopie van deze brief op de hoogte van de verwijzing. De (para)medisch specialist of GGZ zorgverlener wordt verzocht de uitslag van een aanvullend onderzoek en een eventuele behandeling zowel naar de jeugdarts als de huisarts te sturen.
- **Deskundigheid.** Rechtstreekse verwijzing naar (para)medici in de eerste en tweede lijn vindt in principe plaats door een jeugdarts of arts M&G. Voor nurse practitioners en artsen die al dan niet in opleiding zijn tot jeugdarts is de volgende voorwaarde aan te bevelen: zij dienen minstens één jaar werkzaam te zijn in de jeugdgezondheidszorg en goed te zijn ingewerkt voordat zij zelf rechtstreeks mogen verwijzen. In het eerste jaar verwijzen zij dan onder supervisie van een jeugdarts of arts M&G.
- **Overleg.** Bij twijfel en in acute of complexe situaties overlegt de jeugdarts, voordat hij verwijst, met de huisarts en/of andere hulpverleners. De jeugdarts is telefonisch en/of per e-mail bereikbaar voor overleg.



5 Ontwikkelingen in de zorg voor de jeugd

De zorg voor de jeugd is volop in beweging. Dit hoofdstuk gaat in op enkele van de belangrijkste ontwikkelingen die relevant zijn voor de samenwerking tussen huisarts en jeugdgezondheidszorg.

5.1 Centrum voor Jeugd en Gezin

Alle (aanstaande) ouders, kinderen en jongeren moeten met al hun vragen over opvoeden, opgroeien en gezondheid en voor hulp terecht kunnen bij een Centrum voor Jeugd en Gezin (CJG). Het programmaministerie voor Jeugd en Gezin streeft een landelijke dekking na in 2011 en heeft aan de gemeenten middelen daarvoor beschikbaar gesteld.³⁶ De realisering van de Centra voor Jeugd en Gezin en de regie wordt overgelaten aan de gemeenten. De centra moeten laagdrempelige voorzieningen zijn, waar men zonder indicatie terecht kan. Elke gemeente dient minimaal over één fysiek inlooppunt te beschikken. De locatie van het inlooppunt kiest de gemeente zelf. Ze kan hierbij aansluiten bij de jeugdgezondheidszorg (consultatiebureau en GGD), de scholen, een multifunctionele voorziening of – last but not least – een gezondheidscentrum of groepspraktijk. Ook kan zij kiezen voor een centrale plek in de stad.

De jeugdgezondheidszorg neemt in het basismodel van de CJG een centrale plaats in. Daarnaast worden in het CJG ook de activiteiten van de gemeenten in het kader van de vijf functies van het lokaal preventief jeugd beleid ondergebracht. Deze vijf functies staan in de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo) als volgt omschreven.

- 1. Informatie en advies:** het geven van (on)gevraagde informatie over opvoeden en opgroeien (voorlichting) en het beantwoorden van specifieke vragen van ouders en jeugdigen.
- 2. Signalering:** het vroegtijdig signaleren van problemen van jeugdigen en opvoeders en het met elkaar in verband brengen van signalen van verschillende instanties.
- 3. Toeleiding naar hulp:** toeleiding naar het totale lokale en regionale hulpaanbod zoals vroege schoolse educatie, onderwijsachterstandvoorzieningen en leerplichtzaken, maar ook bijvoorbeeld toeleiding naar het AMK en de geïndiceerde jeugdzorg.
- 4. Licht pedagogische hulp:** opvoedingsondersteuning en lichte ondersteuning aan ouders en gezinnen waar problemen zijn of dreigen te ontstaan (bijvoorbeeld pedagogische gesprekken, inloopsprekken, huisbezoeken en oudertrainingen, pedagogische thuishulp en thema-avonden) en schoolmaatschappelijk werk.
- 5. Coördinatie van zorg:** het afstemmen en bundelen van zorg waar meerdere hulpsoorten nodig zijn om een jeugdige of gezin te kunnen ondersteunen voor zover dit buiten de basistaken van de integrale jeugdgezondheidszorg valt.

Een ander belangrijk aspect in het basismodel van het CJG is de schakel met het Bureau Jeugdzorg. In het ideaalplaatje wordt er een voorpost van het Bureau ondergebracht in het CJG. Een laatste onderdeel is de schakel met de Zorg- en adviesteams (ZAT) en via de ZAT's met de leerlingenzorg in het onderwijs. Op de ZAT's wordt in paragraaf 5.2 nader ingegaan (www.invoeringcjpg.nl).

Het CJG is een preventieve voorziening op het gebied van opgroeien en opvoeden. Naast de inrichting van Centra voor Jeugd en Gezin in alle gemeenten hebben de gemeenten tevens opdracht van het Rijk om te zorgen voor een sluitende keten in de zorg voor de jeugd. Belangrijke ontwikkelingen op dit gebied zijn, naast de Centra voor Jeugd en Gezin, de Zorg- en adviesteams en de Verwijsindex Risicjongeren (zie paragraaf 5.2 en 5.3). Afspraken voor sluitende ketens in de zorg voor de jeugd worden vastgelegd in convenanten. Hierover zijn de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) en het programmaministerie Jeugd en Gezin met elkaar in overleg.

Andere zorgverleners waarmee nauw kan worden samengewerkt of die mogelijk een plaats krijgen in de Centra voor Jeugd en Gezin zijn:

- kinderopvang, peuterspeelzaal, voor- en vroegschoolse educatie;
- leerplichtambtenaren;
- ontwikkelingen op Brede school en passend onderwijs;
- welzijnswerk: algemeen maatschappelijk werk, Jongerenwerk en Straathoekwerk;
- eerstelijnszorg zoals huisarts, kraamzorg, verloskunde;
- jeugd GGZ;
- gemeentelijke diensten Werk & Inkomen, waaronder Jeugdloket;
- schuldhulpverlening bij zowel de ouder als de jongere;
- politie en justitie.

Afstemming tussen de gemeentelijke voorzieningen en de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg op het gebied van opgroeien en opvoeden, heeft niet in alle gemeenten de hoogste prioriteit. De jeugdgezondheidszorg krijgt een belangrijke spilfunctie in de CJG en de huisarts heeft al een spilfunctie in de eerstelijns centra. Versterking van de samenwerking tussen jeugdarts en huisarts is dan ook van wezenlijk belang voor een optimale aansluiting tussen beide centra.

De LHV en de AJN pleiten ervoor dat gemeenten, waar mogelijk, bij de vorming van de CJG aansluiting zoeken bij eerstelijns gezondheidscentra. Voorkomen moet worden dat een nieuwe scheidslijn in de zorg ontstaat, namelijk tussen de eerstelijns centra voor opgroei- en opvoedingsvragen en de eerstelijns gezondheidscentra.

5.2 ZAT's: Zorg- en adviesteams

Scholen kunnen vroegtijdig signalen bij jeugdigen herkennen die erop wijzen dat extra zorg of hulpverlening nodig is. Voorbeelden zijn leerlingen die opvallend stil of juist agressief zijn, spijbelen of concentratieproblemen hebben. De oorzaak hiervan ligt vaak buiten de school.

Indien gewenst kan een school een leerling met problemen via de mentor of de zorgcoördinator inbrengen in het Zorg- en adviesteam (ZAT). De leerling zelf of zijn ouders kunnen dit ook doen. Een ZAT is een multidisciplinair team waaraan naast de intern begeleider van de school ook medewerkers van externe voorzieningen deelnemen, zoals de jeugdarts of jeugdverpleegkundige, schoolmaatschappelijk werk, GGZ, Bureau Jeugdzorg, politie en de leerplichtambtenaar. In het ZAT



bespreken de deskundigen de problemen rond een leerling. Hierbij brengen ze elk hun specifieke vak- en dossierkennis in. Vanzelfsprekend zal de jeugdarts zonodig overleggen met de huisarts. De ZAT's staan ook wel bekend onder de naam 'zorgbreedtecommissie' of 'preventieteam'. Er moet een landelijke dekking van goed werkende ZAT's komen voor alle scholen in het primair, voortgezet en middelbaar beroepsonderwijs.

ZAT's hebben periodiek afstemmingsoverleg. Het ZAT zorgt ervoor dat de signalen van jeugdigen snel en vakkundig worden beoordeeld en schakelt zo snel mogelijk de juiste hulp of ondersteuning in voor de jeugdige, de ouders en de docenten.

Functies van een ZAT zijn preventie, consultatie, doorverwijzing, interventie-in-samenwerking, evaluatie en nazorg. Kortom: een vangnet om problemen bij leerlingen tijdig te signaleren en passende hulp te bieden. De huisarts kan via het JGZ-team contact opnemen met het ZAT.

Voor vroegtijdige signalering van problemen en signaalopvolging kan het ZAT of de school gebruikmaken van verschillende instrumenten zoals de SDQ (Strengths and Difficulties Questionnaire), de Verzuimregistratie, het Antipest protocol en het Protocol herziene meldcode kindermishandeling (www.zats.nl).

5.3 Verwijsindex Risicjongeren

Het komt vaker voor dat hulpverleners en organisaties niet op de hoogte zijn van elkaars betrokkenheid bij de hulpverlening aan jongeren. Dit speelt des te sterker wanneer jongeren naar een

andere gemeente verhuizen. Daarom ontwikkelt het ministerie van VWS de landelijke Verwijsindex Risicjongeren (VIR). Deze is op verschillende plaatsen in het land uitgetoetst en zal verder worden verspreid na invoering van de nodige wetgeving (juni 2009).³⁷

De verwijsindex is een elektronisch systeem waarin hulpverleners op het moment dat ze zich zorgen maken over een kind een melding kunnen doen om na te gaan of het kind bij collega's bekend of in zorg is. De zorgen die men heeft of risico's die men signaleert kunnen zowel de lichamelijke, psychische, sociale als cognitieve ontwikkeling van een jeugdige tot 23 jaar betreffen. Meldingen kunnen komen van beroepskrachten in de domeinen (jeugd)gezondheidszorg, onderwijs, jeugdzorg, veiligheid, werk en inkomen. Indien meer dan één hulpverlener een melding over die jeugdige heeft gedaan, ontstaat een match en krijgen de hulpverleners over de betreffende jeugdige een signaal. De andere melder ontvangt het signaal met de risicomelding via de verwijsindex. Hij krijgt dan een bericht waarin hij opgeroepen wordt naar de totale melding te kijken. Binnen het systeem bestaan strikte afspraken over wie de melding opneemt en de zorg organiseert en coördineert. Als sprake is van geïndiceerde jeugdhulpverlening is deze in principe ook verantwoordelijk voor de zorgcoördinatie. Is dit niet het geval dan ligt de verantwoordelijkheid meestal bij de jeugdgezondheidszorg.



Een melding in de verwijsindex bestaat uit het burgerservicenummer (BSN) van de jongere, de naam van de melder, de naam en contactgegevens van de meldende organisatie én de looptijd van de melding. Via de VIR kunnen hulpverleners uit verschillende sectoren met elkaar in contact treden. Met als uiteindelijk doel het kind of de jongere tijdig van adequate hulp, zorg of bijsturing voorzien. Dit om de risico's die hem in zijn ontwikkeling bedreigen of belemmeren zoveel mogelijk weg te nemen of te beperken.

De verwijsindex richt de focus op de urgentie. De VIR geeft informatie dat er iets aan de hand is en geeft ook aan wie (welke instantie of hulpverlener) erbij betrokken is. De tijdige signalering van problemen is de belangrijkste functie van de VIR. Het is vooral voor de uitwisseling tussen hulpverleners van belang. De VIR wordt meestal door de gemeente zelf beheerd of door een van de instellingen betrokken bij het CJG.

Aanvullend op de landelijke verwijsindex zijn in veel gemeenten zogenaamde 'Lokale verwijsindexen' in gebruik met meer functionaliteiten. Deze lokale verwijsindexen zijn aangesloten op de landelijke verwijsindex.

Voor uitgebreide informatie zie: www.verwijsindex.nl, www.multisignaal.nl, www.rivm.nl/jeugdgezondheid/onderwerpen/informatisering/Verwijsindex/.

Gepleit wordt voor een samenhang tussen EPD, Digitaal JGZ-dossier en verwijsindex, met voor iedere beroepsgroep specifieke uitwisselingsmogelijkheden in het belang van de zorgverlening. Uitwisseling van relevante informatie (kopieën van verwijsbrieven, reguliere overdrachten bijvoorbeeld vanuit de jeugdgezondheidszorg naar de huisarts bij 1, 4 en 19 jaar) voorkomt dubbel werk en bevordert de doelmatigheid van de zorg. Dit bewerkstelligen vormt een belangrijke uitdaging voor de komende jaren.³⁸

5.4 Zorgcoördinatie

Zorgcoördinatie is één van de vijf gemeentelijke taken op het gebied van opgroei- en opvoedingsondersteuning. Kortweg geformuleerd wordt onder coördinatie van zorg verstaan: 'De functie die de afstemming en uitvoering van alle hulp en zorg verplichtend regelt voor en met gezinnen en zorgaanbieders'.³⁹

Zorgcoördinatie is aan de orde wanneer meerdere hulpverleners of instanties bemoeienis hebben met een gezin of zich daarmee zouden moeten bemoeien. De regie wordt dan bij één persoon of instantie gelegd.

Veel organisaties en zorgverleners hebben zorgcoördinatie voor kinderen in hun takenpakket, zoals onder andere maatschappelijk werk, de jeugdzorg, de jeugdgezondheidszorg en de huisartsenzorg. De aard, omvang en opzet kan verschillen en is afhankelijk van het specifieke doel van de zorgcoördinatie. De vraag dient zich aan wie, wat, wanneer coördineert en wat de zorgcoördinatie inhoudt.

Deze vraag is vooral actueel nadat zich in de laatste jaren, mede door een gebrekkige coördinatie van zorg, enkele schrijnende gevallen hebben voorgedaan.³¹ Zorgcoördinatie moet ervoor zorgen dat kinderen niet tussen wal en schip vallen. Het streven is te komen tot de situatie: 'Eén kind, één gezin, één plan, uitgevoerd door één team onder leiding van één coördinator'. Met het team wordt bedoeld: het bij deze casus betrokken netwerk van zorg- en hulpverleners, die als het ware een ad hoc team vormen.

De verantwoordelijkheid voor zorgcoördinatie op het gebied van opgroei- en opvoedingsondersteuning ligt, zolang er geen sprake is van geïndiceerde jeugdzorg, in principe bij de jeugdgezondheidszorg (eventueel samen met het (school)maatschappelijk werk). De jeugdgezondheidszorg is voor ouders namelijk laagdrempelig en heeft contact met alle gezinnen. De zorgcoördinatie houdt in dat men de risicokinderen kent, weet welke risico's er bij welke kinderen spelen, een plan van aanpak maakt, op de hoogte is welke hulp er door andere instanties is ingezet, contact onderhoudt met instellingen die hulp verlenen, zorgt voor afstemming van de zorg, en het desbetreffende gezin informeert en uitleg geeft over de gemaakte afspraken.

Afhankelijk van het probleem zal de jeugdarts of jeugdverpleegkundige ook uitvoerende taken op zich nemen, zoals gesprekken met ouders, overleg met andere hulpverleners en het opvragen of overdragen van informatie. Regelmatig vindt onderlinge terugkoppeling, evaluatie en bijstelling van het plan van aanpak plaats. De JGZ doktersassistente ondersteunt dit proces.

De jeugdarts is het meest toegerust om de zorgcoördinatie in het (para)medische circuit uit te voeren. Bij problemen met de verzorging, opvoeding, leefstijl en psychosociale ontwikkeling is de jeugdverpleegkundige de meest aangewezen persoon. De jeugdarts en de jeugdverpleegkundige proberen de ouders inzicht te geven in hun probleem en hen te helpen de zorg te accepteren. Zij zorgen dat de ouders met een zogenaamde 'warme' overdracht naar de juiste instantie worden toegeleid. De jeugdarts of jeugdverpleegkundige gaat vervolgens na of het kind ook bij de juiste instantie is aangekomen, of de verwijzing juist was, welke behandeling is ingezet en of en op welke wijze de ingezette behandeling tijdens de reguliere JGZ-contacten kan worden ondersteund.

De jeugdarts en de jeugdverpleegkundige moeten worden geïnformeerd wanneer de behandelaar de zorg stopt, zodat het kind in de reguliere jeugdgezondheidszorg verder ondersteund en gevolgd kan worden.⁴⁰

Zodra sprake is van aanmelding van een jeugdige bij Bureau Jeugdzorg wordt de zorgcoördinatie aan dit bureau overgedragen. De regie over de coördinatie van de zorg door Bureau Jeugdzorg valt weer onder de verantwoordelijkheid van de provincie. Indien sprake is van vrijwillige hulpverlening kan het Bureau Jeugdzorg de zorgcoördinatie weer overdragen aan een zorgaanbieder, bijvoorbeeld aan het CJG of aan de organisatie die de beste ingang heeft bij het gezin en daardoor de meeste kans heeft op succes. Wanneer de zorgcoördinatie complexer wordt, bijvoorbeeld als er sprake is van vier of meer professionals, dan is opschaling of het aanstellen van een procescoördinator een



optie. Vaak is er dan meer aan de hand met een kind/gezin en dient goede afstemming plaats te vinden. Een voorbeeld van een opschalingmodel (Almere) waarbij duidelijke afspraken gemaakt zijn over verantwoordelijkheden en bevoegdheden, vindt u in bijlage 9.

Bij vastlopende hulpverleningsprocessen/trajecten is het mogelijk om op hoger niveau 'doorzettingsmacht' te verzoeken. Dit is een bevoegdheid die toegewezen wordt aan een persoon. Op grond van de wettelijke bevoegdheid moet de gemeente en provincie ervoor zorg dragen dat de verantwoordelijkheid en bevoegdheid tot doorzettingsmacht is geregeld.³⁹ Betrokken instanties dienen dit met elkaar af te spreken en in een convenant vast te leggen. Over de invoering van deze bevoegdheid is het ministerie van Jeugd en Gezin nog in overleg met het ministerie van Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties (BZK) en de VNG.

5.5 Elektronische dossiervorming

Het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS) en het Nationaal ICT Instituut in de Zorg (Nictiz) werken aan de invoering en uitbreiding van het elektronisch patiëntendossier (EPD). Dit virtuele dossier maakt het uitwisselen van medische gegevens eenvoudiger. Het is de bedoeling dat zorgverleners actuele en volledige informatie over een patiënt vanuit het hele land kunnen opvragen en inzien. Zij dienen daartoe wel bevoegd te zijn en toestemming te hebben van de patiënt. Het EPD bestaat uit enkele toepassingen die, ten behoeve van de landelijke uitwisseling van medische gegevens, zijn aangesloten op een landelijke infrastructuur, genaamd AORTA. Twee van deze toepassingen van het EPD zijn het elektronisch medicatiedossier (EMD) en het elektronisch waarneemdossier huisartsen (WDH).

In het EMD staat informatie over verstrekte medicijnen. Bevoegde zorgverleners kunnen deze




informatie met een UZI-pas (Unieke Zorgverlener Identificatie-pas) via het landelijk schakelpunt opvragen om zo die informatie te betrekken bij de behandeling.

Het WDH moet in de eerste plaats patiëntinformatie op de huisartsenpost beschikbaar stellen. Met het WHD kan de waarnemend huisarts op de huisartsenpost met het zogenaamde Huisartspost Systeem een 'professionele samenvatting' van de vaste huisarts opvragen.

Zorgaanbieders maken gebruik van verschillende informatiesystemen. Hierdoor is de informatie in deze systemen nog niet landelijk uitwisselbaar. Gewerkt wordt aan een zogenaamd Landelijk Schakelpunt Patiënteninformatie (LSP) waarop zorgaanbieders kunnen worden aangesloten. Dit is een 'verkeerstoren' die een veilige en landelijke elektronische uitwisseling van patiëntinformatie mogelijk maakt. (www.minvws.nl/dossiers/elektronisch-patienten-dossier/)

Besloten is om af te zien van één landelijk elektronisch kinddossier of beter gezegd, één digitaal JGZ-dossier; JGZ-organisaties mogen zelf een systeem aanschaffen. Geen van de op dit moment op de markt beschikbare digitale JGZ-dossiers voldoet aan alle inhoudelijke eisen zoals geformuleerd in de zogenaamde BasisDataSet JGZ-dossier.⁴¹ Ook is er geen elektronische overdracht tussen de diverse digitale JGZ-dossiers mogelijk. Er wordt aan gewerkt deze cruciale problemen zo spoedig mogelijk op te lossen.

Het digitaal JGZ-dossier moet leiden tot een sluitend kind-volgsysteem voor alle betreffende partijen en op termijn voor de partijen in aanpalende domeinen ('opvang, educatie en werk' en 'vrije tijd'), in de eerste lijn (huisartsenzorg, paramedische zorg, GGZ) en in de tweede lijn (geïndiceerde jeugdzorg en curatieve zorg).



Een ICT scheiding tussen de curatieve en preventieve sector vormt een barrière voor de samenhang in de zorgverlening, maar ook voor een tijdige signalering. De AJN en LHV/NHG zijn van mening dat op de eerste plaats aansluiting tussen het digitale JGZ-dossier en het EPD moet worden gerealiseerd.³⁸

Door middel van het Digitale JGZ-dossier en de verwijfsindex risicojongeren kan de jeugdgezondheidszorg een betere monitoring en signalering realiseren voor de leeftijdsgroep 0-19 jaar. Het Digitale JGZ-dossier is, samen met het burgerservicenummer en de verwijfsindex, in feite een voorwaarde voor de ruggengraatfunctie van de jeugdgezondheidszorg en essentieel voor een goede ketenzorg.

Op de lange termijn moet het digitaal JGZ-dossier behalve voor het volgen van individuele kinderen ook een functie krijgen ten behoeve van het volgen van groepen.¹⁶

VIAGRA®

D-50



D-30



D-20



D-15



D-10



D-7.5



D-5



D-3



6 Aanbevelingen

Aanbeveling voor huisarts en JGZ-team

- Huisarts en JGZ-team nemen indien de zorg voor het kind daar aanleiding toe geeft en in ieder geval bij (vermoedens van) kindermishandeling over en weer contact op. Zonodig wordt een zorgplan gehanteerd.
- Huisarts en jeugdarts zorgen in geval van verwijzing naar elkaar voor een verwijsbrief en terugrapportage.
- Huisarts en jeugdarts zorgen ieder voor zich voor bereikbaarheid voor rechtstreeks intercollegiaal overleg.
- Huisarts en JGZ-team informeren elkaar in geval van verwijzing van kinderen naar Bureau Jeugdzorg of jeugd GGZ, AMW, MEE, VTO-team, Integrale Vroeghulp enzovoort.
- Huisarts en JGZ-team organiseren een (half)jaarlijks werkoverleg voor het maken van afspraken rond bereikbaarheid en het toepassen van standaarden, protocollen en richtlijnen.
- Huisarts en jeugdarts of JGZ-team zorgen voor gezamenlijke bijscholing.

Aanbeveling voor de huisarts

- De huisarts verwijst zonodig naar het JGZ-team bij psychosociale, ontwikkelings- of (op)voedingsproblemen.

Aanbeveling voor het JGZ-team

- De jeugdarts verwijst kinderen met medische problemen in principe naar de huisarts.
- Bij rechtstreekse verwijzing door de jeugdarts binnen de eerste lijn of naar de tweede lijn wordt de huisarts op de hoogte gesteld en zijn er afspraken over wie de contactpersoon is voor de huisarts.
- Als het JGZ-team de zorgcoördinatie heeft ten aanzien van een casus brengt het team de huisarts hiervan op de hoogte.
- Het JGZ-team informeert de huisarts wanneer een kind geen gebruik maakt van de jeugdgezondheidszorg en/of onvolledig gevaccineerd is.

Aanbeveling voor de huisartsenvoorziening

- De huisartsenvoorziening heeft samenwerkingsafspraken over consultatie, verwijzing, terugverwijzing en terugrapportage met Bureau Jeugdzorg en de jeugd GGZ. Bij verwijzing wordt de jeugdarts geïnformeerd.
- De huisartsenvoorziening heeft samenwerkingsafspraken met de JGZ over consultatie, verwijzing, terugverwijzing, zorgcoördinatie en informatievoorziening voor situaties waar hun zorg voor kind en gezin elkaar raakt.
- De huisartsenvoorziening heeft een (digitaal) aanspreekpunt voor zorgverleners die betrokken zijn bij zorg voor kinderen en jeugdigen.
- Huisartsenvoorzieningen geven de jeugdgezondheidszorg een evenwichtige plaats in hun programma deskundigheidsbevordering.

- Jeugdartsen worden, indien het onderwerp zich daarvoor leent (bijvoorbeeld rond implementatie van standaarden, richtlijnen en protocollen), uitgenodigd voor regionale scholingen.

Aanbeveling voor de JGZ-instelling

- De JGZ-instelling heeft samenwerkingsafspraken over consultatie, verwijzing, terugverwijzing en terugrapportage met Bureau Jeugdzorg en de jeugd GGZ. Bij verwijzing wordt de huisarts geïnformeerd.
- De JGZ-instelling heeft samenwerkingsafspraken met de huisartsen over consultatie, verwijzing, terugverwijzing, zorgcoördinatie en informatievoorziening voor situaties waar hun zorg voor kind en gezin elkaar raakt.
- Huisartsen worden, indien het onderwerp zich daarvoor leent (bijvoorbeeld rond implementatie van standaarden, richtlijnen en protocollen), uitgenodigd voor regionale scholingen.
- De JGZ-instelling overlegt met de Regionale Ondersteuning Structuur (ROS) bij het opzetten/organiseren van rechtstreeks verwijzen.

Aanbeveling voor de gemeentelijke overheid

- De gemeente zoekt bij de inrichting van de CJG aansluiting bij de eerstelijns gezondheidscentra.
- De gemeente zorgt ervoor dat zowel de jeugdgezondheidszorg als de huisartsen geïnformeerd zijn over taken, verantwoordelijkheden en zorgaanbod van het CJG en Bureau Jeugdzorg en de relatie tussen beide organisaties.
- De gemeente draagt zorg voor afspraken over een sluitend systeem van zorgcoördinatie, waarbij huisarts en jeugdarts altijd geïnformeerd worden.
- De gemeenten dragen zorg voor de totstandkoming en actualisering van een (digitale) sociale kaart.

Literatuur

1. Linden MW van der, Suijlekom-Smit LWA van, Schellevis FG, Wouden JC van der. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartsenpraktijk. Het kind in de huisartsenpraktijk. Rotterdam: Erasmus MC, Afdeling Huisartsgeneeskunde/ Utrecht: NIVEL, 2005.
2. Nederlands Huisartsen Genootschap. Standpunt Huisartsenzorg en jeugd. Utrecht: NHG, 2008.
3. Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsenvereniging. Toekomstvisie huisartsenzorg. Utrecht: NHG/LHV, 2001.
4. Cardol M, Dijk L van, Jong JD de, Bakker DH de, Westert GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: Huisartsenzorg: wat doet de poortwachter? Utrecht, Bilthoven: NIVEL/ RIVM, 2004.
5. Landelijke Huisartsen Vereniging. Gezonde patiënt centraal in Zorgnota. LHV: Gidsfunctie huisarts verder verankeren. Utrecht: LHV, 18 september 2007.
6. TNS NIPO. De huisarts-patiënt relatie anno 2006. Amsterdam: TNS NIPO, 2006.
7. Nederlands Huisartsen Genootschap, Landelijke Huisartsenvereniging. Huisartsenzorg en huisartsenvoorziening. Concretisering Toekomstvisie Huisartsenzorg 2012. Utrecht: NHG/LHV, 2002.
8. Snijders J. Ouders en hun behoeften aan opvoedingsondersteuning. Utrecht: Nji, 2006.
9. Nederlands Huisartsen Genootschap. Standpunt GGZ in de huisartsenzorg. Utrecht: NHG, 2007.
10. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag, maart 2002.
11. RIVM/ Platform JGZ. Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. 25 juni 2003.
12. RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid. Activiteiten Basistakenpakket per Contactmoment. Bilthoven: RIVM/CJ, februari 2008.
13. Buiting E, Verkerk PH, Wagenaar MM, Hirasings RA. Project rechtstreeks verwijzen in de JGZ. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, juni 2006.
14. Vereniging gehandicaptenzorg Nederland (VGN). Twaalf vroeg, voortdurend en integraal pilot regio's. <http://www.vgn.org/vgn/>, verkregen op 5 maart 2008.



15. Nederlands Huisartsen Genootschap. Leefstijl en bewegen in de eerste lijn. Handreikingen voor een multidisciplinaire aanpak. Utrecht: NHG, 2008.
16. GGD Nederland. JGZ: de ruggengraat van de integrale jeugdzorg! Speerpunt GGD Nederland 2006-2008. Utrecht: GGD Nederland, 17 juli 2006.
17. IJzendoorn MH van, Prinzie P, Euser EM, Groeneveld MG, Brilleslijper-Kater SN, Noort-Van der Linden AMT van, Bakermans-Kranenburg MJ, Juffer F, Mesman J, Klein Velderman M, San Martin Beuk M, Ohlsen-Koole PC. Kindermishandeling in Nederland anno 2005. De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005). Leiden: Universiteit Leiden, 2007.
18. Programmaministerie voor Jeugd en Gezin. Actieplan aanpak kindermishandeling. Kinderen veilig thuis. Den Haag: 5 juli 2007.
19. Kooyman K. Lessen van en voor Regio's RAAK. Kindermishandeling: voorkomen en helpen. Een Handboek. Utrecht: Nederlands Jeugdinstituut, 2007.
20. KNMG. Artsen en kindermishandeling. Meldcode en stappenplan. Utrecht: KNMG, september 2008. <http://knmg.artsennet.nl/content/pages/oa16/>.
21. Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis M, Wilde J de. Concept JGZ Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling. Leiden: TNO, november 2007.

22. College Bescherming Persoonsgegevens. Informatie-uitwisseling in de jeugdzorg. Brief aan minister Rouvoet. Den Haag, CBP, 15 mei 2007.
23. Theil AC, Verkerk PH, Buiting E. Snel terug naar school. Medisch Contact 2007;62:1322-3.
24. RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid, Richtlijn Adviescommissie. Overzicht JGZ Richtlijnen. Bilthoven: RIVM/CJ, 6 maart 2008.
25. Kneepkens CMF, Drongelen KI van, Aarsen C. Landelijke standaard voedselallergie bij zuigelingen. 5^e druk. Den Haag: Voedingscentrum 2005.
26. Lucassen PLBJ, Vries-Oostveen AS de, Niebuur HKM, Smeenk RCJ, Stolk PW, Moorsel RPM van, Eizenga WH, Burgers JS. NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid bij zuigelingen. Utrecht: NHG, 2001.
27. Sleuwen BE van. Infants that cry excessively: The effect of regularity and swaddling. Utrecht: Universiteit Utrecht, 2008.
28. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid. Richtlijn overdracht van gegevens van kraamzorg en Verloskunde/verloskundig actieve huisarts naar de jeugdgezondheidszorg. Concept. Bilthoven: RIVM/CJ, april 2008.
29. Heerdink-Obenhuijsen N, Boere-Boonekamp MM, Tjon a Ten WE, Wensing A, Wensing-Souren C. Nazorg van risicopasgeborenen: een reden tot zorg voor kindergeneeskunde en jeugdgezondheidszorg? Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 2005;3:51-4.
30. Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde. Leidraad NVK Schriftelijke communicatie tussen kinderartsen en jeugdartsen. 29-8-2007.
31. Inspectie voor de gezondheidszorg. Rapport Zorgverlening door Jeugdgezondheidszorg, GGZ en huisartsen aan Gessica vanuit het perspectief van een veilige ontwikkeling van het kind. Den Haag: IGZ, augustus 2007.
32. Doppegieter RMS. Wondermiddel of wassen neus. Alleen melden of registreren lost jeugdproblematiek nog niet op. Medisch Contact 2008;63;888-92.
33. Buiting E, Leeuwenburgh N, Anten E, Parlevliet I. Competenties JGZ team en verwijzingen. Lisse, Utrecht: AJN en V&VN, 25-2-2008.

34. Buiting E, Verkerk PH, Wagenaar MM, Hirasings RA. Jeugdarts zoekt kortste weg. Medisch Contact 2007;62:272-5.
35. Buiting E. JGZ-arts verwijzer in modelzorgovereenkomst ZN. Lisse: AJN, 2-10-2007.
36. Programmaministerie voor Jeugd en Gezin. Centra voor Jeugd en Gezin en regierol gemeente. Den Haag: 2008.
37. Programmaministerie voor Jeugd en Gezin. Concept tekst wijziging Wet op de Jeugdzorg met betrekking tot de verwijzingsindex risicjongeren. Den Haag, januari 2008.
38. Habets P, Buiting E. Samenvatting gezamenlijk standpunt over het EKD van de Landelijke Huisartsen Vereniging (LHV) en de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN). 'Ja!' Zomer 2008:31.
39. Prinsen B, Ligtermoet I. Voorstel voor de begeleidingscommissie Invoering CJG voor de begripsomschrijving coördinatie van zorg. Utrecht: Nji, 2008.
40. Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland. De Jeugdgezondheidszorg en zorgcoördinatie. Het standpunt van de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN). Lisse: AJN, april 2008.
41. RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid. Basisdataset JGZ-dossier. Bilthoven: 2007. <http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/onderwerpen/informatisering/Basisdataset/>, verkregen op 13 juli 2008.
42. Rigter H. Wat is GGZ voor kinderen en jeugdigen? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. Bilthoven: RIVM, <<http://www.nationaalkompas.nl>> Zorg\Geestelijke gezondheidszorg\GGZ voor kinderen en jeugdigen.



| Bijlagen

- 1 Samenstelling stuurgroep, expertgroep en elektronische achterban**
- 2 Gebruikte afkortingen**
- 3 Wettelijke regelingen**
- 4 Ziekten, afwijkingen en (gezondheids)problemen, JGZ-activiteiten en contactmomenten**
- 5 Kindergeneeskundige zorg, paramedische zorg, geestelijke gezondheidszorg, algemeen maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg**
- 6 Stappenplan rechtstreeks verwijzen**
- 7 Verwijzingen door het JGZ-team**
- 8 Voorbeeld verwijsbrief JGZ**
- 9 Opschalingmodel voor coördinatie van zorg, gebruikt in Almere**



| Bijlage 1 Samenstelling stuurgroep, expertgroep en elektronische achterban

Samenstelling stuurgroep

- E. Buiting, arts M&G, voorzitter AJN
- S. Flikweert, huisarts, wetenschappelijk medewerker NHG
- P. van den Hombergh, huisarts, senior beleidsmedewerker LHV
- W. Lijs-Spek, arts M&G, hoofd RIVM/Centrum Jeugdgezondheid
- S. Neppelenbroek, beleidsmedewerker GGD Nederland
- I. Steinbuch, arts M&G, senior beleidsmedewerker team Jeugd, ActiZ

Samenstelling expertgroep

- T. de Boer-Fleischer, huisarts, NHG
- A. Brugge, senior beleidsmedewerker NHG
- A. Jacobs, nurse practitioner JGZ, V&VN
- A. Kesler, arts M&G, ActiZ
- N. Maas, nurse practitioner JGZ, V&VN
- M. Slockers, huisarts, LHV
- C. Wensing, arts M&G, AJN
- A. van der Worp, arts M&G, GGD-NL

Elektronische achterban

- I. Brox, nurse practitioner JGZ
- T. Dunnink, jeugdverpleegkundige
- H. Funcke, arts M&G
- J. Jawad, beleidsmedewerker VNG
- M. Hoeymakers, gezondheidswetenschapper
- H. Hoogeveen, jeugdarts
- F. Langens, huisarts
- C. Lobo, huisarts
- F. Koudijs, jeugdverpleegkundige
- M. Kraaier, arts M&G
- B. Prinsen, senior-medewerker Nji
- L. Romijn, huisarts
- C. Schuiling, arts M&G
- M. Smid, jeugdverpleegkundige
- H. Uijen, huisarts
- J. de Vries, arts M&G
- M. Wierenga, jeugdverpleegkundige
- T. van Zeben-van der Aa, kinderarts, NVK

| Bijlage 2 Gebruikte afkortingen

ADHD	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
BZK	(Ministerie van) Binnenlandse Zaken en Koninkrijksrelaties
CBO	Centraal BegeleidingsOrgaan voor de intercollegiale toetsing
CJ	Centrum Jeugdgezondheid
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
DiSK	Digitale Sociale Kaart
EMD	elektronisch medicatiedossier
EKD	elektronisch kinddossier
EPD	elektronisch patiëntendossier
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
HIS	Huisarts Informatie Systeem
IZG	Inspectie voor de Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken
LHV	Landelijke Huisartsen Vereniging
LSP	landelijk schakelpunt
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KOPP	Kinderen van Ouders met Psychiatrische Problemen
Arts M&G	Arts Maatschappij en Gezondheid
MOA	Medische Opvang Asielzoekers
NEO	Netwerk Eerstelijns Organisaties
NHG	Nederlands Huisartsen Genootschap
NICTIZ	Nationaal ICT Instituut in de Zorg
Nji	Nederlands Jeugdinstituut
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
POH	praktijkondersteuner huisarts
RAAK	Reflectie- en Actiegroep Aanpak Kindermishandeling
RIAGG	Regionale Instelling voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
RIBIZ	registratie en informatie beroepsbeoefenaren in de zorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
ROS	Regionale Ondersteuning Structuur
SMW	Schoolmaatschappelijk Werk
UZI	Unieke Zorgverlener Identificatie-pas
V&VN	(beroepsvereniging) Verpleegkundigen&Verzorgenden Nederland
VIR	Verwijsindex Risicojongeren
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten



VVE voor- en vroegschoolse educatie
VWS (Ministerie van) Volksgezondheid, Welzijn en Sport
WDH Waarneemdossier Huisartsen
ZAT Zorg- en Adviesteams
ZTO Zorgtoewijzingsorgaan

| Bijlage 3 Wettelijke regelingen

In deze bijlage staan in het kort de belangrijkste wetten vermeld die van belang zijn in de zorg voor kinderen en jeugdigen. De volledige wetteksten vindt u terug op: <http://www.st-ab.nl/wettenoverige.htm>

Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv)

De activiteiten van de jeugdgezondheidszorg zijn vastgelegd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid (Wcpv) en het bijbehorende besluit jeugdgezondheidszorg. De kerntaken zijn in het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar uitgewerkt in productgroepen, producten en activiteiten.

De Wcpv wordt in 2009 vervangen door de Wet publieke gezondheid (Wpg). Behalve de Wcpv zal deze ook de Infectieziektewet en de Quarantainewet vervangen.

Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)

Gemeenten zijn door de Wmo verantwoordelijk voor maatschappelijke ondersteuning, dat wil zeggen voor activiteiten die het mensen mogelijk maken om mee te doen in de samenleving. Dat geldt voor gezonde mensen en voor mensen met een beperking. Dit kan zijn door ouderdom of een handicap, een chronisch psychisch probleem, een psychosociaal probleem, maar bijvoorbeeld ook ouders en kinderen met opvoedproblemen. Verder vallen ook de maatschappelijke opvang, het verslavingsbeleid en de bestrijding van huiselijk geweld onder de Wmo. Vooral het prestatieveld 'Preventieve ondersteuning jeugd' is bij de zorg voor de jeugd van belang. Het heeft betrekking op jeugdigen – en in voorkomende gevallen hun ouders – bij wie sprake is van een verhoogd risico op ontwikkelingsachterstand of uitval zoals schooluitval of criminaliteit, maar voor wie zorg op grond van de Wet op de jeugdzorg niet nodig is dan wel voorkomen kan worden. Dit beleidsterrein geldt als aanvulling op de in andere wetgeving, zoals de Wcpv en de Leerplichtwet, vastgelegde taken. De gemeenten sluiten met dit prestatieveld aan bij de vijf functies van het preventief jeugdbeleid die er op lokaal niveau minimaal dienen te zijn. Bij de functie 'signalering' gaat het bijvoorbeeld om de coördinatie tussen signalerende instanties. De functie 'toeleiding tot het hulpaanbod' heeft betrekking op het totale lokale en regionale hulpaanbod, zoals voor- en vroegschoolse educatie en onderwijsachterstand- en HALT-voorzieningen. Bij 'pedagogische hulp' gaat het om school-maatschappelijk werk en het bieden van opvoedingsondersteuning aan ouders en gezinnen waar problemen zijn of dreigen te ontstaan. 'Coördinatie van zorg' betreft het afstemmen en zo mogelijk bundelen van zorg in het geval er meerdere hulpsoorten nodig zijn om een jeugdige of gezin te ondersteunen, voor zover deze zorg niet reeds onder de Wcpv (basistaken jeugdgezondheidszorg) valt.

Wet op de jeugdzorg

De Wet op de jeugdzorg heeft twee doelen: betere zorg voor jeugdigen en hun ouders én het versterken van hun positie. In een eenvoudiger georganiseerd stelsel voor de jeugdzorg staat de cliënt centraal. Dit uitgangspunt ligt vast in de volgende vijf beleidsdoelstellingen: 1) de vraag van de cliënt centraal; 2) recht op jeugdzorg; 3) één centrale, herkenbare toegang tot de

jeugdzorg; 4) integratie van Advies- en Meldpunten Kindermishandeling, de (gezins)voogdij en de jeugdreclassering in het bureau jeugdzorg; en 5) introductie van gezinscoaching.

De Wet op de jeugdzorg dateert van 1 januari 2005 en regelt dat Bureau Jeugdzorg voor jongeren tot en met 17 jaar met mogelijke problemen een indicatie afgeeft voor jeugdzorg. Samen met jeugdige en ouders wordt het probleem omschreven en bepaald welke zorg nodig is. Na het opstellen van het indicatiebesluit helpt het Bureau Jeugdzorg de cliënt met het vinden van de juiste zorg. Direct verwijzen, zonder indicatiebesluit, naar een zorgaanbieder is dus niet mogelijk. Er is één uitzondering. Een arts mag rechtstreeks doorverwijzen naar de jeugd GGZ wanneer hij een redelijk vermoeden heeft van een ernstig psychische stoornis bij de jeugdige. Deze uitzondering staat beschreven in het Uitvoeringsbesluit Wet op de jeugdzorg.

Kwaliteitswet zorginstellingen

De Kwaliteitswet zorginstellingen (1 april 1996; wijziging november 2005) stelt globale eisen aan de zorg in plaats van vele en gedetailleerde normen. De eigen verantwoordelijkheid van de zorginstelling voor kwalitatief goede zorg is het uitgangspunt. De individuele zorginstelling (of koepelorganisatie) moet de algemene eisen die de wet stelt zelf verder uitwerken en invullen. De Kwaliteitswet is van toepassing op alle instellingen (ziekenhuizen, verpleeghuizen, RIAGG's, privé-klinieken, enzovoort) in de zorgsector.

Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (Wet BIG)

De Wet Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg (BIG) bevat regels voor zorgverlening door beroepsbeoefenaren in de gezondheidszorg. De wet richt zich op de kwaliteit van de beroepsuitoefening om zo de patiënt te beschermen tegen ondeskundig en onzorgvuldig handelen door zorgverleners.

De Wet BIG stelt openbare registers in voor apothekers, artsen, fysiotherapeuten, gezondheidszorgpsychologen, psychotherapeuten, tandartsen, verloskundigen en verpleegkundigen. Deze registers zijn ondergebracht in het BIG-register. Het BIG-register wordt beheerd door RIBIZ (Registratie en Informatie Beroepsbeoefenaren in de Zorg). Een ander belangrijk onderdeel van de Wet BIG vormt de bevoegdheidsregeling voorbehouden handelingen. Deze regeling geeft aan onder welke voorwaarden en door welke zorgverleners voorbehouden handelingen (zoals operaties, injecties) mogen worden uitgevoerd. De Wet BIG regelt ook het tuchtrecht voor de gezondheidszorg.

Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp)

De Wet bescherming persoonsgegevens (Wbp) geeft regels voor een zorgvuldige omgang met persoonsgegevens. Sinds 1 september 2001 is de Wbp van kracht.

De wet geeft aan wat de rechten zijn van de persoon wiens gegevens worden gebruikt en wat de plichten zijn van de instanties of bedrijven die deze gegevens gebruiken. Het College Bescherming Persoonsgegevens (CBP) controleert of bedrijven en instanties zich aan de Wbp houden.



Wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO)

Deze wet regelt de relatie tussen patiënt en hulpverlener. Wanneer een patiënt de hulp van een zorgverlener inroept, ontstaat een geneeskundige behandelingsovereenkomst tussen hen beiden. De patiënt is opdrachtgever tot zorg. Zorg wordt gedefinieerd als: onderzoek en het geven van raad en handelingen op het gebied van de geneeskunst, die het doel hebben iemand van een ziekte te genezen, ziekte te voorkomen, de gezondheidstoestand te beoordelen of het verlenen van verloskundige bijstand.

In de wet zijn de rechten en de plichten van de patiënt en de zorgverlener vastgelegd evenals de bewaartermijnen van medische dossiers.

| Bijlage 4 Ziekten, afwijkingen en (gezondheids)problemen, JGZ-activiteiten en contactmomenten

Bron: Rapport Activiteiten BTP per Contactmoment.¹² (www.rivm.nl/jeugdgezondheid/onderwerpen/jeugdgezondheidszorg/)

In onderstaand overzicht worden risico's op ziekten, afwijkingen en (gezondheids)problemen beschreven en de daarbij behorende activiteiten waarmee die risico's voorkomen of vroegtijdig signaleerd kunnen worden. JGZ-richtlijnen en relevante landelijke adviezen vormen de basis voor deze activiteiten die waar mogelijk wetenschappelijk zijn onderbouwd. Als in onderstaand schema wordt vermeld dat een activiteit in alle contactmomenten moet plaatsvinden is dit in overeenstemming met een achterliggende richtlijn/advies.

1 Voorkomen van ziekten, afwijkingen en gezondheids-, opgroei- en opvoedingsproblemen (primaire preventie)

Risico **Ontwikkeling overgewicht en ondergewicht**

Activiteit

Monitoren van groei (lengte en gewicht).

Voorlichting geven op basis van:

- o Richtlijn borstvoeding;
- o Het 'Overbruggingsplan overgewicht' van het Kenniscentrum Overgewicht;
- o De richtlijn 'Voeding voor kinderen van 0-4 jaar';
- o 'Richtlijnen goede voeding 2006' van de Gezondheidsraad.

Uitvoeringsmoment

Alle contactmomenten.

Risico

Ernstige en soms levensbedreigende infectieziekten en aandoeningen

Activiteit

Beschermen van kinderen tegen ernstige en soms levensbedreigende ziekten volgens het 'Rijksvaccinatieprogramma' in 3 fasen.

Uitvoeringsmoment

Fase 1 Leeftijd 0, 2, 3, 4, 11 en 14 maanden.

Fase 2 Leeftijd 4 jaar.

Fase 3 Leeftijd 9 jaar.

Risico

Problemen als gevolg van opvoedingsspanning

Activiteit

Anticiperend voorlichten van ouder(s) over de ontwikkeling(-sfase) van het kind.

Uitvoeringsmoment

Alle contactmomenten.

Toelichting

Met het reduceren van problemen als gevolg van opvoedingsspanning wordt beoogd het risico op kindermishandeling te voorkomen.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment

Wiegendood
Adviezen geven over slaaphouding en veilig slapen bij zuigelingen volgens 'Richtlijn Preventie Wiegendood' van de NVK.
Alle contactmomenten in de eerste twee levensjaren.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment

Onveilige situaties in de directe omgeving
Voorlichting geven volgens het protocol 'Veilig groot worden'.
Uitreiken van de veiligheidskaarten van de stichting Consument en Veiligheid.
Contactmomenten: 2 weken, 6 en 11 maanden, 2 jaar: uitreiken. veiligheidskaarten; 8 weken, 9 en 18 maanden, 3 jaar: terugkomen op veiligheidskaarten.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment
Toelichting

Gezondheidsbedreigingen ten gevolge van blootstelling aan rook en actief roken
Voorlichting geven over de risico's op fysiek en sociaal gebied van roken.
Contactmomenten: 2, 4, 8 weken, 11 en 18 maanden, 5, 10 en 13 jaar.
Voorlichting geven over passief roken met behulp van het programma 'Roken? Niet waar de kleine bij is' van Stivoro.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment

Middelengebruik (alcohol en drugs)
Voorlichting geven over risico's.
Contactmomenten 10 en 13 jaar.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment

Mondgezondheidsproblemen
Voorlichting geven over mondverzorging en mondigedrag op basis van de 'Aandachtspunten Preventieve Mondzorg 0-19 jaar voor de jeugdgezondheidszorg' van het NIGZ.
Contactmomenten: 4 weken, 4, 6, 9, 11 en 18 maanden, 2, 3.9, 5, 10 en 13 jaar.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment

Gezondheidsproblemen en ziekten als gevolg van ongezonde voeding en vitamine deficiënties
Voedingsvoorlichting geven op basis van:
o de richtlijn 'Voeding voor zuigelingen en peuters' van het Voedingscentrum;
o 'Richtlijn gezonde voeding 2006' van de Gezondheidsraad.
Alle contactmomenten.

Risico	Meisjesbesnijdenis
Activiteit	Inschatten van en verkleinen van het risico op meisjesbesnijdenis op basis van het 'Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis' van de AJN.
Uitvoeringsmoment	Contactmomenten: 2 en 4 weken: inschatten risico bij alle meisjes.

2 Vroegtijdig signaleren van ziekten en afwijkingen, gezondheids-, opgroei- en opvoedingsproblemen (secundaire preventie)

Risico	Stoornissen op gebied van ontwikkeling en motoriek
Activiteit	Uitvoeren van het 'Van Wiechenonderzoek' en de 'Baecke-Fassaert Motoriektest'.
Uitvoeringsmoment	Contactmomenten: 4, 8 weken, 3, 6, 9, 12, 15 en 18 maanden, 2, 3, 3.9 jaar. ('Van Wiechenonderzoek'). Contactmoment 5 jaar ('Baecke-Fassaert Motoriektest').
Toelichting	Het gaat hier om het opsporen van stoornissen op het gebied van de fijne en grove motoriek, adaptatie, communicatie en (sociaal) gedrag.

Risico	Stoornissen in de spraak- en taalontwikkeling
Activiteit	Actief opsporen van stoornissen in de spraak- en taalontwikkeling.
Uitvoeringsmoment	Contactmomenten: 4, 8 weken, 3, 6, 9, 12, 15 en 18 maanden, 2, 3, 3.9 jaar. ('Van Wiechenonderzoek'). Contactmoment 5 jaar: screening spraak- en taalstoornissen.

Risico	Ernstige en soms levensbedreigende ziekten
Activiteit	Afname van de Hielprik pasgeborene.
Uitvoeringsmoment	Contactmoment 4 ^e – 7 ^e dag (72 uur – 168 uur na de geboorte).
Toelichting	De screening is vanaf 1 januari 2007 uitgebreid van 3 naar 17 ziekten.

Risico	Afwijkingen aan het oog en het gezichtsvermogen
Activiteit	Visus en oogonderzoek volgens de JGZ richtlijn Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar.
Uitvoeringsmoment	Contactmomenten: 1-2, 3-4, 6-9 en 14-24 maanden, 3, 3.9 en 5-6 jaar.

Risico	Ziekten en afwijkingen als gevolg van maldecensus testis
Activiteit	Op gestandaardiseerde wijze onderzoeken en registreren van de ligging van de beide testes.
Uitvoeringsmoment	Contactmomenten: 4 ^e week en 14 maanden.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment

(Perceptieve) gehoorstoornissen
Gehooronderzoek volgens de JGZ richtlijn 'Vroegtijdige opsporing gehoorstoornissen'.
Contactmoment 4^e-7^e dag: neonatale gehoorscreening (OAE).
Contactmoment 5 jaar: screeningsaudiogram.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment

Aangeboren hartafwijkingen
Nauwgezet en geprotocolleerd onderzoek volgens de JGZ richtlijn 'Opsporen aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar'.
Alle contactmomenten in de eerste vier levensjaren.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment

Voedselallergie
Inventariseren risico op voedselallergie volgens de Landelijke Standaard Voedselallergie bij zuigelingen van het voedingscentrum.
Alle contactmomenten in het eerste levensjaar.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment

Toename overgewicht en ontstaan van obesitas
Tijdig opsporen volgens het Signaleringsprotocol van het Kenniscentrum Overgewicht. Begeleiden en zonodig verwijzen volgens het Overbruggingsplan van het Kenniscentrum Overgewicht.
Alle contactmomenten vanaf 2 jaar.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment
Toelichting

Negatieve balans draagkracht/draaglast
Beoordelen balans draagkracht/draaglast bijvoorbeeld met behulp van het 'Balansmodel van Bakker'.
Alle contactmomenten.
Met behulp van het 'Balansmodel van Bakker' worden risicofactoren en beschermende factoren in kaart gebracht en gewogen. In het model wordt onderscheid gemaakt tussen kindfactoren, ouderfactoren, gezinsfactoren, sociale, sociaaleconomische, culturele en maatschappelijk factoren.

Risico
Activiteit
Uitvoeringsmoment

Psychosociale problemen
Signaleren van psychosociale problemen en zorgwekkende opvoedsituaties volgens de richtlijn 'Vroegsignalering psychosociale problemen en zorgwekkende opvoedingsituaties'.
Bespreken van de uitkomst van de vragenlijst, verhelderen van het probleem met de ouders en/of jeugdige en inzetten van de benodigde interventies.
Contactmomenten afhankelijk van het gekozen signaleringsinstrument.

Risico	(Ontstaan) Excessief huilen
Activiteit	Herkennen van toenemend huilen en het adviseren van rust en regelmaat om verergeren van het huilen en oververmoeidheid van het kind te voorkomen volgens richtlijn in ontwikkeling 'Excessief huilen'.
Uitvoeringsmoment	Contactmoment 2 ^e , 4 ^e , 8 ^e week en 3 maanden.

Risico	Kindermishandeling
Activiteit	Actief zoeken naar risicofactoren in het gezin op basis van de richtlijn 'Secundaire preventie van kindermishandeling'. Hierbij zijn zowel de anamnese als de lichamelijke inspectie van het kind van belang.
Uitvoeringsmoment	Alle contactmomenten.
Toelichting	De richtlijn 'Secundaire preventie van kindermishandeling' is nog niet geïmplementeerd in de Jeugdgezondheidszorg, wel wordt er een proefimplementatie voorbereid.

3 Overzicht specifieke activiteiten in enkele contactmomenten

Naast het opsporen van risicofactoren en het vroegtijdig inzetten van preventieve activiteiten hebben enkele reguliere contactmomenten nog een specifiek doel. Deze specifieke doelen staan hieronder beschreven.

Contactmoment 2^e week

Activiteit	Het bespreken van de privacy en de overdracht naar andere JGZ-organisaties en derden.
Doel	Voldoen aan de wettelijke informatieverplichting en een basis leggen voor een professionele vertrouwensrelatie met de ouders.

Contactmoment 14 maanden

Activiteit	Afsluiten en evalueren van de zorg geboden door de JGZ-organisatie in de zuigelingenperiode.
------------	--

Contactmoment 3.9 jaar

Activiteit	Afsluiten en evalueren van de zorg geboden door de JGZ-organisatie in de peuterleeftijd.
------------	--



| Bijlage 5 **Kindergeneeskundige zorg, paramedische zorg, geestelijke gezondheidszorg, algemeen maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg**

• Kindergeneeskundige zorg

Zowel op initiatief van de huisarts als van de jeugdarts worden regelmatig kinderen verwezen naar de kinderarts. De kindergeneeskunde is vooral gericht op de curatieve zorg en dan met name op ziekten en orgaansystemen. In tegenstelling tot de andere kindergeneeskundige subspecialismen richt de sociaal pediater zich op zieke en gezonde kinderen, individueel en groepsgewijs, en nadrukkelijk ook op sociale en psychosociale factoren. Daarmee hebben zowel de kinderarts als de sociaal pediater raakvlakken met de jeugdarts en de huisarts.

• Paramedische zorg

Onder paramedische zorg valt de zorg verleend door een twaalfstal beroepsgroepen. In de zorg voor het kind zijn vooral de volgende beroepsgroepen van belang: diëtisten, logopedisten, (kinder)fysiotherapeuten, oefentherapeuten Cesar, oefentherapeuten Mensendieck en orthoptisten.

Bij de Thuiszorgorganisaties en sommige GGD-en zijn *diëtisten* in dienst. Werkers in de jeugdgezondheidszorg kunnen hier met al hun vragen omtrent voeding terecht. Daarnaast kunnen de jeugdarts of huisarts ouders naar de diëtist verwijzen als er sprake is van problemen op voedingsgebied, voedselallergie of overgewicht. In sommige regio's zijn diëtisten in de jeugdgezondheidszorg ingeschakeld voor de uitvoering van het Overbruggingsplan Overgewicht.

De *logopedist* houdt zich bezig met alle aspecten van de verbale communicatie (stem, spraak, taal), mondfuncties en het opsporen van auditieve stoornissen. Hij behandelt stoornissen die van organische, functionele of neurologische aard zijn. De huisarts of jeugdarts kan kinderen verwijzen voor preverbale logopedie (bijvoorbeeld bij slikproblemen, rumineren, langdurige sondevoeding) en voor beoordeling en behandeling van open mond gedrag en spraaktaalproblemen (bijvoorbeeld stotteren). Een kerntaak van de logopedist in het primair onderwijs is preventie van stoornissen in de spraaktaalontwikkeling, bijvoorbeeld door screening bij een bepaalde leeftijdsgroep (5-jarigen-screening). Logopedisten zijn bezig met het ontwikkelen van preventiebeleid voor jeugdigen. Zij worden extra ingezet in bijvoorbeeld onderwijsachterstandsgebieden voor (vervolg)onderzoeken op verzoek van jeugdartsen of jeugdverpleegkundigen, leidsters in Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE)-programma's of leerkrachten.

De *kinderfysiotherapeut* behandelt kinderen met houdingsproblemen en kinderen met een afwijkende of vertraagde grof- of fijnmotorische ontwikkeling. Zowel de huisarts als de jeugdarts kunnen verwijzen naar een kinderfysiotherapeut. Sinds 2006 is deze ook direct toegankelijk voor ouders. De *oefentherapeut Mensendieck* en *oefentherapeut Cesar* richten zich beiden op het verbeteren van de lichaamshouding, het verminderen van pijnklachten en het informeren van de patiënt. Oefentherapie Cesar doet dit door het vergroten van de spierkracht en oefentherapie Mensendieck door ontspanningsoefeningen, bewust spiergebruik, spierversterking, bewegingsuitvoering en houdingsbeheersing. De meeste kinderen die oefentherapie volgen zijn ouder dan tien jaar. Vanaf

1 juli 2008 kunnen zowel de huisarts als de jeugdarts verwijzen naar oefentherapie Mensendieck en oefentherapie Cesar. Beide therapeuten zijn sinds deze datum ook direct toegankelijk voor ouders.

• Geestelijke gezondheidszorg

De GGZ voor kinderen en jeugdigen is onderdeel van de jeugdzorg. Het zogenaamde jeugdcircuit bestaat uit: jeugd GGZ, jeugdhulpverlening en jeugdbescherming.

De jeugd GGZ, ofwel de kinder- en jeugdpsychiatrie, betreft een circuit van voorzieningen dat bestaat uit (voormalige) jeugdafdelingen van het RIAGG en kinder- en jeugdpsychiatrische (poli) klinieken. De kinder- en jeugdpsychiatrie is in de regio's op verschillende manieren georganiseerd.

De jeugdhulpverlening beslaat de volgende typen zorg:

- preventie, bijvoorbeeld de kindertelefoon, opvoedtelefoon, opvoedingsondersteuning;
- vrij toegankelijk ambulante hulp, doorgaans beperkt tot face-to-face-contacten;
- ambulante zorg op indicatie, zoals thuisbehandeling, Families First, kamerbegeleiding;
- dagbehandeling, zoals het medisch kinderdagverblijf (MKD);
- pleegzorg;
- residentiële opname, zoals crisisopvang, kamertraining, therapeutisch gezinshuis.

Onder de jeugdbescherming vallen de opvanginrichtingen (bijvoorbeeld voor adolescenten in crisis, jongeren in voorlopige hechtenis of detentie en jeugdige vreemdelingen die wachten op uitzetting), behandelinrichtingen, afdelingen voor intensieve zorg en behandeling (bijvoorbeeld voor psychisch gestoorde jongeren) en Forensische Observatie- en Begeleidingsafdelingen.

Het Bureau Jeugdzorg vormt via het Zorgtoewijzingsorgaan (ZTO) de toegang tot de drie deelsectoren. De ambulante jeugd GGZ participeert in de Bureaus Jeugdzorg. De Bureaus Jeugdzorg zorgen voor de intake, diagnostiek en indicatiestelling. Pas als er een specifieke indicatie voor diagnostiek, behandeling en begeleiding bestaat, kunnen cliënten meer intensieve vormen van jeugd GGZ toegewezen krijgen. De hulp kan zich ook uitstrekken tot de ouders of andere verzorgers van de jongere.⁴²

• Algemeen maatschappelijk werk

Zowel de huisarts als de jeugdarts kunnen verwijzen naar het *Maatschappelijk werk*.

Cliënten kunnen er bij problemen (ook rechtstreeks) terecht voor informatie en advies, begeleiding en ondersteuning en zondig voor doorverwijzing naar de juiste hulp. Maatschappelijk werkers werken nauw samen met andere hulpverleners uit de eerste lijn, zoals de thuiszorg, en met de GGZ. Stichtingen voor Maatschappelijk werk verzorgen ook het schoolmaatschappelijk werk (SMW) en jeugdpreventiewerk.

De SMW-er bezoekt de scholen, geeft hen advies en bespreekt met de intern begeleiders en zorgcoördinatoren de leerlingen waarover zorgen zijn op sociaal emotioneel gebied. De SMW-er voert ook gesprekken met ouders en of kinderen/jongeren, biedt kortdurende hulpverlening (ouder-

begeleiding, individuele begeleiding en verkorte individuele sociale vaardigheidstraining) en/of opvoedingsondersteuning en verwijst indien nodig naar andere hulpverleningsinstellingen. Jeugd Preventie Werkers werken structureel samen met de vindplaatsen politie, bureau Halt, leerplicht en jongerenwerk. Zij richten zich vooral op jongeren tussen de 11 en 23 jaar met risicogedrag die, vanwege een gering probleembesef, een geringe motivatie en/of een negatieve kijk op de reguliere voorzieningen, zelf moeilijk de weg naar deze voorzieningen weten te vinden. De jeugdgezondheidszorg en de huisarts zijn belangrijke vindplaatsen voor jongeren met problemen en kunnen zorgen voor aanmelding bij het Jeugd Preventie Werk. De Jeugd Preventie Werker legt dan contact met de jongere en ouders. Motivering en toeleiding zijn de belangrijkste doelen, maar de Jeugd Preventie Werker kan ook kortdurende hulp aan bieden. Gezamenlijk richting geven aan het hulpverleningstraject versterkt de toeleiding.

• Bureau Jeugdzorg

Jeugdigen, hun ouders en andere betrokkenen (waaronder huisartsen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen) kunnen contact opnemen met Bureau Jeugdzorg als er sprake is van opvoedingsproblematiek en de jeugdige en de ouders zelf de problemen niet (meer) aan kunnen. In de Centra voor Jeugd en Gezin wordt idealiter een voorpost van het Bureau Jeugdzorg ondergebracht. Dit kan bijdragen aan een betere aansluiting tussen preventieve en ondersteunende zorg in de opvoeding enerzijds en het beperken van de problemen en de schade voor het kind in geval van kindermishandeling anderzijds.

Bureau Jeugdzorg is de centrale toegang tot de geïndiceerde jeugdzorg. De medewerkers beoordelen elk verzoek om hulp. Ze stellen vast welke zorg nodig is. De wettelijke taken van Bureau Jeugdzorg, neergelegd in de Wet op de jeugdzorg (2004), zijn als volgt.

- *Indicatiestelling*

Bureau Jeugdzorg vormt de toegang voor jeugdhulpverlening, justitiële jeugdinrichtingen, jeugd GGZ, Gespecialiseerde Gezinszorg (GGV), Integrale Vroeghulp en de zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen. Bureau Jeugdzorg maakt hiervoor een beoordeling van de aard en ernst van de problematiek. Wanneer de cliënt een indicatiebesluit voor jeugdzorg krijgt, adviseert Bureau Jeugdzorg ook welke zorgaanbieder de geïndiceerde zorg kan verlenen. De cliënt beslist vervolgens zelf welke zorgaanbieder het wordt. Bureau Jeugdzorg bewaakt het proces van het opstellen van het hulpverleningsplan door de zorgaanbieder, is beschikbaar voor vragen over de inhoud van de zorg, evalueert de zorg bij beëindiging met alle betrokkenen en adviseert over een eventueel vervoltraject.

- *Uitvoering van de taken van het Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK)*

Het AMK maakt deel uit van het Bureau Jeugdzorg maar is een afzonderlijke organisatorische eenheid. Hierdoor is het herkenbaar als neutrale en onafhankelijke organisatie. Bij een vermoeden van kindermishandeling kan iedereen terecht bij het AMK om een melding te doen. Het AMK richt zich op het onderzoeken van meldingen van (vermoedens van) kindermishandeling en het geven van informatie en advies over hoe te handelen bij (vermoedens van) kindermishandeling.



- *Uitvoeren van jeugdbeschermingsmaatregelen (voogdij, gezinsvoogdij)*

Bureau Jeugdzorg heeft de taak civiele maatregelen van de Kinderbescherming (ondertoezichtstelling en voogdij) uit te voeren. Dit is het geval als de rechter heeft besloten dat de thuissituatie van een kind zodanig is dat het bescherming nodig heeft. Dan wordt een gezinsvoogd aangesteld. Deze begeleidt het gezin bij de opvoeding en houdt toezicht. Deze begeleiding is verplicht.

- *Jeugdreclassering*

Ook de Jeugdreclassering valt onder Bureau Jeugdzorg. De Jeugdreclassering begeleidt kinderen en jongeren die met politie en justitie in aanraking zijn gekomen. Men gaat met hen mee naar de rechtbank en helpt hen uit de problemen te blijven.

<http://www.mogroep.nl/index.php?p=158769>

| Bijlage 6 Stappenplan rechtstreeks verwijzen

Stappenplan voor belangstellenden voor rechtstreeks verwijzen, opgesteld door de Commissie Rechtstreeks Verwijzen van de AJN.

1. Probeer een draagvlak te creëren binnen de eigen GGD of Thuiszorgorganisatie voor rechtstreeks verwijzen.
Staan uw collega's en het management achter de plannen? Krijgt de jeugdarts extra tijd voor bijvoorbeeld het vervolgen van de verwijzingen en is er tijd en geld voor scholing?
2. Probeer samen te werken met de Thuiszorgorganisatie of GGD in de eigen regio.
Zo kunt u uzelf als JGZ 0-19 profileren.
3. Bepaal met elkaar bij welke 'geconstateerde afwijking(en)' u rechtstreeks wilt verwijzen.
Rechtstreeks verwijzen is alleen zinvol als de verwijzing via de huisarts geen meerwaarde biedt wat betreft diagnostiek en behandeling. De onderwerpen die in aanmerking komen dienen geprotocolleerd te zijn en er dient landelijke consensus te zijn over de verwijzroute.
4. Maak een voorstel voor de verwijscriteria per 'geconstateerde afwijking'.
Doe dit aan de hand van bestaande standaarden of protocollen.
5. Maak een voorstel voor de manier waarop u de communicatie tussen JGZ, huisarts en tweede lijn wilt realiseren.
Gebruik hiertoe de methodiek van de pilot van Elise Buiting. Deze vindt u op www.tno.nl of ajn.artsennet.nl. Presenteer uw voorstel als een pilot en stel een evaluatiedatum vast.
6. Leg contact met de huisartsorganisatie in uw regio.
Huisartsen zijn te bereiken via District Huisartsen Verenigingen of huisartsgroepen, via de Regionale Ondersteuning Structuur (ROS) of via een transmuraal regionaal centrum. De huisartsen kunnen de ROS vragen je te ondersteunen bij het opzetten/organiseren van het gehele project. Maak afspraken over verwijscriteria, communicatie en randvoorwaarden. Het is essentieel dat de huisarts op de hoogte blijft van de verwijzingen.
7. Leg contact met de tweedelijns artsen naar wie u rechtstreeks wilt verwijzen en stem dit af met de huisartsen.
Medisch specialisten zijn te bereiken via contactpersonen per maatschap of ziekenhuis. Maak afspraken over verwijscriteria, communicatie en randvoorwaarden.
8. Begin de onderhandelingen met de dominante zorgverzekeraar in uw regio. Ga na of de dominante zorgverzekeraar of de ROS een rol kan spelen richting zogenaamd 'verre' zorgverzekeraars. Maak gebruik van de contacten met zorgverzekeraars waarover veel thuiszorgorganisaties al beschikken.

| Bijlage 7 Verwijzingen door het JGZ-team

Elise Buiting, Nathalie Leeuwenburgh, Els Anten namens de AJN, Inge Parlevliet namens de V&VN, 25-2-2008

Verwijsreden/aandoening JGZ	Naar wie verwijzen?
Afwijkingen Screeningsonderzoek	
Hielprik	Kinderarts
Neonatale gehoorscreening	Audiologisch Centrum
Gehoorstoornissen	Huisarts, KNO-arts en/of Audiologisch Centrum
Aangeboren hartafwijkingen	Kinderarts
Visusstoornissen	Oogarts en orthoptist, opticien (>10 jaar)
Niet-ingedaalde testikels, hypo- en epispadie	Kinderuroloog
Liesbreuk	Kinderarts en eventueel kinderchirurg
Dysplastische Heup Ontwikkeling	Radioloog en eventueel orthopedisch chirurg
Cariës en overige tandafwijkingen	Tandarts
Scoliose	Orthopedisch chirurg
Afwijkingen Ontwikkelingsonderzoek	
Motorische ontwikkelingsstoornis	Kinderarts, VTO-team, Integrale Vroeghulp, MEE, revalidatiecentrum, ergotherapeut etc.
Algemene ontwikkelingsstoornis/mentale retardatie	Kinderarts, VTO-team, Integrale Vroeghulp, MEE
Verdenking syndroom/genetische afwijking	Kinderarts
Vertraagde motorische ontwikkeling	Kinderfysiotherapeut
Voorkeurhouding zuigeling	Kinderfysiotherapeut
Enkelvoudig spraaktaalprobleem ≥3 jaar	Logopedist
Complexe spraaktaalstoornis of enkelvoudig spraaktaalprobleem <3 jaar	Audiologisch Centrum of spraaktaalcentrum
(Nederlandse) taalarme omgeving	Peuterspeelzaal, Voor en vroegschoolse educatie (VVE), bibliotheek, taal- en spelstimuleringsprogramma's, Voorlichter Eigen Taal en Cultuur (VETC-er)
Leerstoornissen	Interne begeleider school, schoolbegeleidingsdienst, permanente commissie leerlingenzorg (PCL)

Gedragsproblemen	
Psychiatrische (gedrags-) problemen ^d	GGZ afdeling jeugd, kinderpsychiatrische instelling, Bureau Jeugdzorg
Schoolverzuim	Leerplichtambtenaar
Verslavingen	Verslavingszorg
Afwijkingen Biometrisch onderzoek	
Groeistoornissen	Kinderarts
(Hardnekkig) overgewicht	Multidisciplinaire eerstelijns behandelteams
Obesitas	Kinderarts, multidisciplinair behandelteam
Voedingsproblemen	
Ernstige voedselovergevoeligheid	Kinderarts
Complexe voedingsstoornissen	Kinderarts
Enkelvoudige stoornis mondmotoriek	(Pré)logopedist
Borstvoedingsproblemen	Lactatiekundige
Enkelvoudige voedingsstoornissen	Diëtist
(Kleine) Kwalen	
Ernstige huidproblemen	Huisarts, dermatoloog
Ernstige spruw	Huisarts
Ernstige gastro-oesofageale reflux	Kinderarts
(Ernstige) diarree	Huisarts/kinderarts
Ernstige obstipatie	Kinderarts
Ernstige traanbuisstenose	Huisarts en eventueel oogarts
Ernstige verkoudheden/astma	Huisarts, kinderarts, kinderlongverpleegkundige
Functiestoornissen	
Overmatig huilen zuigeling	Huisarts, kinderarts, gespecialiseerde verzorging, videohometraining, Bureau Jeugdzorg, GGZ e.a.
Ernstige slaapproblemen	Huisarts, kinderarts, gespecialiseerde verzorging, videohometraining, Bureau Jeugdzorg, GGZ e.a.
Ernstige zindelijkheidsproblemen	Kinderarts, gespecialiseerde centra (poepoli, kenniscentrum bedplassen)

^d Gedragsproblemen bij kinderen zijn niet altijd het gevolg van kinderpsychiatrische aandoeningen. Bij aanwijzingen voor opvoedingsproblemen en kindermishandeling verwijst de JGZ naar diverse instellingen voor opvoedingsondersteuning (maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg etc.) of het AMK. Bij aanwijzingen voor een (niet psychiatrische) medische oorzaak van de gedragsproblemen wordt verwezen naar de kinderarts.

Opvoedingsproblemen	
Lichte/matige opvoedingsproblemen	Videohometraining, Opvoedwinkel, maatschappelijk werk, eerstelijns psycholoog of -pedagoog, diverse opvoedcursussen en -programma's.
Ernstige opvoedingsproblemen/ incompetente opvoedingsstijl ouders	Gespecialiseerde verzorging, Bureau Jeugdzorg, GGZ e.a.
Kindermishandeling	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling, Raad voor de Kinderbescherming, advies- en meldpunt huiselijk geweld e.a.
Ouderproblematiek	
Negatief zelfbeeld ouders, jeugdtrauma's (zie ook opvoedingsproblemen)	Videohometraining, GGZ, maatschappelijk werk, gespecialiseerde verzorging, Bureau Jeugdzorg, eerstelijns psycholoog, diverse opvoedcursussen en -programma's.
Psychiatrische problematiek ouders	GGZ volwassenenzorg en kinderen naar KOPP-projecten e.a. preventieve zorg, diverse opvoedcursussen en -programma's.
Verslaving ouders	Verslavingszorg, diverse opvoedcursussen en -programma's
Gezinsproblematiek	
Culturele problemen	Welzijnswerk, wijkcentra, moedercentra, taallessen, inburgeringcursussen, alfabetiseringscursussen, VETC etc.
Armoede	Armoedeprojecten gemeenten
Lichte tot matige gezinsproblematiek	Maatschappelijk werk
Huiselijk geweld	Advies en meldpunt huiselijk geweld, Advies en Meldpunt Kindermishandeling
Ernstige gezinsproblematiek en multiprobleem gezinnen	Bureau Jeugdzorg

Literatuur

- Buiting E, Verkerk PH, Wagenaar MM, Hirasig RA. Project rechtstreeks verwijzen in de JGZ. TNO Kvl 2006.038. Leiden, juni 2006.
- Bakker, Bakker et al. Balans van beschermenden en bedreigende factoren in de ontwikkeling van jeugdigen. 1997

| Bijlage 8 Voorbeeld verwijsbrief JGZ

TNO-rapport | KvL 2006.038

Bijlage B.1/2

B Verwijsbrief JGZ (verkleinde versie)

Mei 2005. Bron: Verwijsbrief NHG 20-11-2003

Naam kind _____	Naam JGZ-arts _____
Geboortedatum _____	Adres _____
Adres _____	Telefoon _____
Verzekering _____	Fax _____
Datum verwijzing _____	e-mail _____
Verwijzing naar ³ <input type="checkbox"/> Huisarts	Verwijzing naar ³ <input type="checkbox"/> Specialist/Overige hulpverlener
Naam huisarts ⁴ _____	Naam: _____
Adres huisarts _____	Naam/adres instelling _____
_____	_____

Reden verwijzing: klacht / hulpvraag of screeningsonderzoek

- Klacht/hulpvraag
 Screening

Anamnese, risicofactoren, lichamenlijk onderzoek

Anamnese

- Risicofactoren
 Familie-anamnese
 Voorgeschiedenis

Lichamenlijk
 onderzoek

Aanvullend onderzoek

- Ontwikkeling
 Groei (zie bijlage)
 Overig

Wat is er tot nu toe gedaan? bespreking, diagnose

Wat is er tot nu toe
 gedaan?

Bespreking

Altijd invullen

Conclusie of diagnose

Altijd invullen

Overige gegevens

- Medicatie
 Overig

Vraagstelling en procedurevoorstel

- Nader onderzoek
 Behandeling

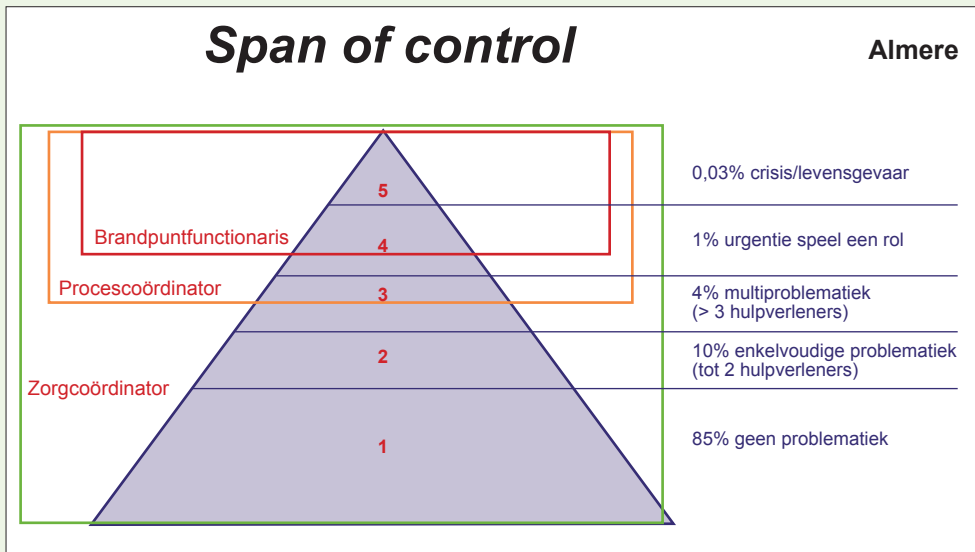
Altijd invullen

Met collegiale groet,

³ S.v.p. aankruisen naar wie verwezen wordt. Verwijsbrief + retourenveloppe meegeven aan ouders. Bij verwijzing naar de specialist/overige hulpverlening s.v.p. kopie verwijsbrief opsturen naar de huisarts.
 Huisarts of specialist wordt vriendelijk verzocht de JGZ-arts op de hoogte te stellen van het resultaat van de verwijzing. Specialist/overige hulpverlener wordt tevens verzocht de huisarts te informeren.

⁴ Naam huisarts altijd invullen

Bijlage 9 Opschalingmodel voor coördinatie van zorg, gebruikt in Almere



- Niveau 1: geen gezinsproblematiek

- Niveau 2: afstemming

Er zijn twee professionals bij een gezin betrokken. Deze professionals zijn beiden verantwoordelijk voor de onderlinge afstemming en stellen waar nodig een gezamenlijk gezinsplan op.

- Niveau 3: zorgcoördinatie

Er zijn drie of meer professionals bij het gezin betrokken en de problematiek is van dien aard dat coördinatie van de zorg gewenst is. Tenzij onderling anders wordt besloten neemt de JGZ-medewerker die betrokken is bij het gezin de zorgcoördinatie op zich. De zorgcoördinator neemt uit zichzelf of op verzoek van één van de professionals contact op met alle betrokken professionals en onderzoekt of er onderling overleg en afstemming plaats vindt. Zo nodig organiseert de JGZ-medewerker een overleg met de betrokken professionals en stellen zij samen een gezinsplan op.

- Niveau 4: procescoördinatie

Indien er vier of meer professionals betrokken zijn en de gezinsproblemen zijn complex van aard dan kan opschaling naar procescoördinatie nodig zijn. Onder procescoördinatie wordt verstaan: het bij elkaar roepen van alle betrokken professionals, het opstellen van een gezamenlijk gezinsplan, het maken van concrete afspraken over het te volgen traject en de verdeling van verantwoordelijkheden. Vervolgens het bewaken en controleren of alle professionals hun afspraken zijn nagekomen. Waar mogelijk vervult één van de betrokken professionals de rol van procescoördinator. Desgewenst kan een beroep worden gedaan op een aparte procescoördinator.

- Niveau 5: brandpuntfunctionaris

Indien de ingezette hulpverlening niet tot de gewenste resultaten leidt kan de brandpuntfunctionaris worden ingeschakeld. Aanleiding kan zijn dat:

- *het de procescoördinator niet lukt om alle betrokken professionals op een lijn te krijgen;*
- *een of meerdere betrokken professionals zich niet aan de gemaakte afspraken houden;*
- *de capaciteit voor uitvoering van het gezinsplan ontbreekt;*
- *onduidelijk blijft waarom de gekozen weg niet tot het gewenste resultaat leidt.*

De brandpuntfunctionaris roept alle betrokken (hulpverlenings)instellingen bij elkaar, indien nodig binnen 48 uren. Afhankelijk van de reden voor de opschaling kunnen dit de professionals, hun leidinggevenden en/of hun directies zijn. De brandpuntfunctionaris heeft de bevoegdheid om de betrokken professionals en instellingen aanwijzingen te geven. Indien noodzakelijk kan de brandpuntfunctionaris ook nog niet eerder betrokken (hulpverlenings)instellingen inschakelen.

Bron: Prinsen B, Ligtermoet I. Coördinatie van Zorg voor de keten van zorg voor kinderen en jongeren in Almere. Nederlands Jeugdinstituut/Gemeente Almere.

De nieuwe praktijk



Leefstijl en bewegen in de eerste lijn

Handreikingen voor een multidisciplinaire aanpak