

Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20

TNO-rapport

KvL 2006.038

**Verslag Project rechtstreeks verwijzen van de
jeugdgezondheidszorg naar de 2^e lijn**

Datum	Juni 2006
Auteurs	A.M.T. Buiting P. H. Verkerk M.M. Wagenaar-Fischer R. A. HiraSing
Aantal pagina's	146
Aantal bijlagen	18
Projectnaam	Rechtstreeks Verwijzen
Projectnummer	011.75057/01.01

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoekopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2006 TNO

Auteurs:

A.M.T. Buiting

P. H. Verkerk

M.M. Wagenaar-Fischer

R. A. HiraSing

Projectnummer:

75062

ISBN-nummer:

ISBN-10: 90-5986-206-6

ISBN-13: 978-90-5986-206-6

Met dank aan

Dr. A. Bulk, VU-Medisch Centrum
 Dr. H. Geboers, huisarts Medisch Coördinerend Centrum Noordoost Brabant
 Drs. A. Kesler, stafarts Amsterdam
 Mr. M. Kroes, College voor Zorgverzekeringen
 Drs. M. van Leeuwen, arts Maatschappij en Gezondheid
 Dr. W. Tjon A Ten, Kinderarts Maxima Medisch Centrum
 Mevr. A. Zijlstra, nurse practitioner in opleiding, verpleegkundige JGZ

Drs. J. Roodbergen, consultatiebureau-arts
 Drs. C. Wensing, arts Maatschappij en Gezondheid
 Drs. A. van der Worp, arts Maatschappij en Gezondheid
 Drs. C. Schuiling, arts Maatschappij en Gezondheid
 Drs. J. Vosters, arts Maatschappij en Gezondheid
 Drs. S. van der Harst, stafarts Thuiszorg Den Haag
 Drs. E. van Vroonhoven, consultatiebureau-arts Schiedam
 Drs. M. Damen, stafarts Icare
 Drs. A. Ablas, consultatiebureau-arts Lisse en Noordwijk
 Drs. M. Haagmans, arts JGZ
 Drs. M. Mulder, consultatiebureau-arts
 Drs. J. van Eijck, arts Maatschappij en Gezondheid, hoofd JGZ GGD Hart voor Brabant
 Drs. M. Schutte, consultatiebureau-arts
 Mevr. A. Keur, JGZ-verpleegkundige Amsterdam
 Mevr. C. de Brouwer, JGZ-verpleegkundige STBNO
 Mevr. C. Brogt, JGZ-verpleegkundige Haarlem
 Drs. N. Ceelie, consultatiebureau-arts en kinderarts
 Drs. G. Slabbers, kinderarts Bernhoven Ziekenhuis
 Dr. L. van Rijn, kinderoogarts VU-Medisch Centrum
 Drs. A. Martens, Zorgverzekeraars Nederland
 Drs. P. Pulles, huisarts in opleiding
 Drs. P. Vonk, huisarts Uden
 Drs. S. Flikweert, huisarts
 Drs. A. Pierrot, huisarts
 Drs. P. ten Ham, arts infectieziektenbestrijding
 Mevr. M. Eliel, coördinator TRAF0, West Friesland

Mevr. A. Coolen, Ziektekostenverzekeraar VGZ
 Dhr. L. Jacobs, Ziektekostenverzekeraar VGZ
 Mevr. E. Beuzenberg, Ziektekostenverzekeraar VGZ
 Dhr. R. Schunselaar, Ziektekostenverzekeraar CZ
 Mevr. A. Bonten, Ziektekostenverzekeraar CZ
 Dhr. W. Lans, directeur Ziektekostenverzekeraar OZ
 Mevr. A. van der Ven, directeur JGZ STBNO

Drs. A. Aarts, radioloog Ziekenhuis Bernhoven
 Drs. V. Swart, HAGRO-Netwerk Land van Cuijk
 Drs. E. Brandt, orthopeed Ziekenhuis Bernhoven
 Drs. F. van Liempd, arts Maatschappij en Gezondheid, vakgroepcoördinator GGD HvB
 Drs. J. van der List, orthopeed Ziekenhuis Bernhoven

Drs. J. Gerritsen, arts Maatschappij en Gezondheid, manager JGZ GGD HvB
Mevr. Nelissen, orthoptist Ziekenhuis Bernhoven
Drs. R. Boon, oogarts Ziekenhuis Bernhoven

Drs. W. Lijs, voorzitter Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland
Drs. M. Beckers, Platform JGZ/ RIVM
Drs. S. Hoedjes, Ministerie VWS
Drs. H. Bakker, Ministerie VWS
Dr. H. Groenewoud, onderzoeker Erasmus MC
Mr. N. Wytzes, directeur Platform JGZ
Mevr. M. Paes, ROSE NO-Brabant
Drs. I. Steinbuch, medisch adviseur Z-org

Drs. G. Jacobusse, TNO Kwaliteit van Leven
Dr. M. Crone, TNO Kwaliteit van Leven
Dr. E. van den Akker-van Marle, TNO Kwaliteit van Leven
Drs. J. Matthijssen, epidemioloog GGD Hart voor Brabant
Dr. C. Renders, VU-MC
Drs. M. van Bon, epidemioloog GGD Hart voor Brabant
Mevr. N. Schenk, secretaresse TNO Kwaliteit van Leven
Mevr. H. de Boo, secretaresse TNO Kwaliteit van Leven
Mevr. H. Cebol, secretaresse TNO Kwaliteit van Leven
Mevr. T. Weber, secretaresse TNO Kwaliteit van Leven
Drs. P. van Dommelen, TNO Kwaliteit van Leven

Kinderartsen, oogartsen/orthoptisten en radiologen/orthopeden Maasziekenhuis en Ziekenhuis Bernhoven
Ouders die mee hebben gewerkt aan de vragenlijsten
JGZ-artsen STBNO en GGD Hart voor Brabant
JGZ-verpleegkundigen en JGZ-assistenten Stichting Thuiszorg Brabant Noordoost
Dorien de Vocht, Lotte Koopal, Carlijn Koopal, Veerle Koopal, Coy Koopal en alle anderen die een bijdrage hebben geleverd aan het project.

Het project 'Rechtstreeks Verwijzen' is tot stand gekomen dankzij een bijdrage van het Fonds OGZ.

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	7
2	Doelstelling van het project	9
3	Samenvatting	11
3.1	Aanleiding voor het project.....	11
3.2	Het project rechtstreeks verwijzen	11
3.3	Deel 1 Samenvatting van de Methodiek rechtstreeks verwijzen	11
3.3.1	Optimale verwijzroute en randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing	11
3.4	Deel 2 De Pilot Rechtstreeks verwijzen	12
3.4.1	Onderzoeksopzet	12
3.4.2	Onderzoeksvragen.....	12
3.4.3	Resultaten van de pilot.....	13
3.5	Conclusies	14
3.6	Aanbevelingen.....	15
4	Deel 1 Methodiekontwikkeling.....	17
4.1	Werkwijze van de expertgroep.....	17
4.2	Deel 1a Literatuuronderzoek Verwijzingen in de JGZ 2004.....	17
4.2.1	Inleiding	17
4.2.2	Verwijsfunctie en verwijzadviesfunctie JGZ.....	17
4.2.3	Wettelijk kader	18
4.3	Verwijzingen in de JGZ naar de huisarts	19
4.3.1	Hoeveel kinderen worden verwezen?.....	19
4.3.2	Welke kinderen worden verwezen?.....	19
4.3.3	Worden verwijzadviezen JGZ opgevolgd?.....	20
4.3.4	Hoe is de terugrapportage na verwijzing uit de JGZ?	21
4.3.5	Wat doet de huisarts na verwijzing uit de JGZ?.....	21
4.3.6	Het kind bij de huisarts.....	22
4.4	Kwaliteit in de JGZ	22
4.4.1	Kwaliteit verwijzproces in de JGZ	22
4.4.2	Kwaliteit van (screenings)onderzoek in de JGZ.....	22
4.4.3	Opleiding JGZ-artsen	23
4.5	Samenwerking JGZ, huisarts en 2 ^e lijn.....	24
4.5.1	Communicatie, samenwerking en afstemming.....	24
4.5.2	Samenwerking en communicatie met de huisarts.....	25
4.5.3	Samenwerking en communicatie met de kinderartsen	25
4.5.4	Samenwerking en communicatie met overige (para-) medici	26
4.6	Wijs verwijzen?.....	26
4.6.1	Lokale Projecten direct verwijzen	28
4.7	Deel 1b Methodiek Rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ	29
4.7.1	Competentie van de JGZ	29
4.7.2	Verwijzing en de JGZ.....	29
4.7.3	Naar wie verwijzen?.....	30
4.8	Randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing JGZ - 2 ^e lijn.....	32
4.8.1	Communicatie JGZ-arts en ouders	32
4.8.2	Communicatie JGZ-arts, huisarts en specialist.....	32
4.8.3	Verantwoordelijkheden en werkafspraken	32
4.8.4	Protocollering	33

4.8.5	Deskundigheid JGZ-arts.....	33
4.9	Deel 1c Verwijsredenen pilot rechtstreeks verwijzen	33
4.9.1	Inleiding	33
4.9.2	Verwijzing DHO naar radioloog/orthopeed	34
4.9.3	Verwijzing visuele stoornissen naar oogarts	35
4.9.4	Verwijzingen naar de kinderarts.....	37
5	Deel 2 Pilot Rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn	45
5.1	Doelstelling van de pilot.....	45
5.2	Onderzoeksvragen	45
5.3	Verwijsredenen in de pilot	45
5.4	Onderzoekregio en onderzoekspopulatie.....	46
5.5	Onderzoekperiode.....	47
5.6	Informatievoorziening	47
5.7	Methodiek rechtstreeks verwijzen.....	48
5.8	Verwijsbrief JGZ.....	48
5.9	Onderzoeksopzet	48
5.10	Analyse.....	49
5.11	Onderzoeksgroep en respons.....	50
5.12	Verloop van de pilot rechtstreeks verwijzen	50
5.13	Resultaten	51
5.14	Bespreking.....	68
5.15	Conclusies	71
5.16	Aanbevelingen.....	72
6	Literatuur.....	75
	Bijlage(n)	
	A Samenstelling Expertgroep en Klankbordgroep	
	B Verwijsbrief JGZ (verkleinde versie)	
	C Handleiding rechtstreeks verwijzen voor de JGZ-arts	
	D Informatiebrief huisartsen (HAGRO's) en specialisten Noordoostbrabant	
	E Informatie over het project rechtstreeks verwijzen	
	F Samenvatting methodiek rechtstreeks verwijzen	
	G Brief huisartsen bij 1 ^e rechtstreekse verwijzing in pilot	
	H Informatie voor de JGZ over de vragenlijst ouders (nulmeting)	
	I Informatie voor de JGZ over de vragenlijst ouders (nameting)	
	J Vragenlijst ouders nulmeting	
	K Vragenlijst ouders nameting	
	L Vragenlijst huisartsen nulmeting	
	M Vragenlijst huisartsen nameting	
	N Vragenlijst JGZ-artsen nulmeting	
	O Vragenlijst JGZ-artsen nameting	
	P Vragenlijst medisch specialisten nulmeting	
	Q Vragenlijst medisch specialisten nameting	
	R Verslag nulmeting rechtstreeks verwijzen	

1 Inleiding

Als in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) vermoed wordt dat een kind een aandoening of ziekte heeft, verwijst de JGZ-arts naar de huisarts als poortwachter voor de 2^e lijn. Dit is jaarlijks het geval bij zo'n 80-85.000 kinderen van 0-6 jaar. Na deze leeftijd wordt bij ieder contactmoment met de JGZ nog eens 5% van de kinderen verwezen.

De vraag is of de huidige verwijfsroute van de JGZ via de huisarts naar de 2^e lijn de meest efficiënte is. Mogelijk leidt deze weg tot hogere kosten en dokters- en/of patiënten delay. Het is niet ondenkbaar dat de opbrengst van screenings in de JGZ door de extra tussenstap in het verwijfsproces sub-optimaal is. Ouders en kinderen ervaren verwijfsing via de huisarts nogal eens als een onnodige stap.

Om te onderzoeken of rechtstreekse verwijfsing door de JGZ-arts naar de medisch specialist meerwaarde biedt is TNO Kwaliteit van Leven gestart met het project rechtstreeks verwijfsen.

Het project 'Rechtstreeks Verwijfsen' is tot stand gekomen dankzij een bijdrage van het Fonds OGZ.

2 Doelstelling van het project

Het project rechtstreeks verwijzen bestaat uit twee delen:

1. Het ontwikkelen van een methodiek door een landelijke expertgroep en klankbordgroep om te bepalen welke aandoeningen bij kinderen in aanmerking komen voor rechtstreekse verwijzing naar de 2^e lijn en onder welke voorwaarden rechtstreekse verwijzing het beste kan plaatsvinden.
2. Pilot waarin de ontwikkelde methodiek is uitgetest.

3 Samenvatting

3.1 Aanleiding voor het project

Jaarlijks worden zo'n 80-85.000 kinderen van 0-6 jaar vanuit de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) verwezen naar de huisarts als poortwachter voor de 2^e lijn. Een groot deel van deze verwijzingen is bestemd de medisch specialist. De huisarts verwijst de meeste kinderen die verwezen zijn door de JGZ-arts dan ook door naar de 2^e lijn.

De vraag rijst of de verwijzroute via de huisarts de optimale verwijzroute is voor alle kinderen die door de JGZ-arts doorgestuurd worden. Mogelijk biedt rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de medisch specialist voor bepaalde kinderen met bepaalde aandoeningen meerwaarde. Dit zou kunnen leiden tot een efficiëntere en kortere verwijzroute die minder belastend is voor ouders, kinderen en huisartsen.

3.2 Het project rechtstreeks verwijzen

In het project rechtstreeks verwijzen is nagegaan óf en voor welke aandoeningen directe verwijzing vanuit de JGZ naar de 2^e lijn meerwaarde kan hebben. Het project bestond uit twee delen:

Deel 1: Het ontwikkelen van een methodiek voor rechtstreeks verwijzen door een landelijke expertgroep en klankbordgroep. In de methodiek zijn de voorwaarden geformuleerd waaronder rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de medisch specialist kan plaatsvinden. Tevens zijn enkele verwijzredenen geselecteerd voor de pilot en is een Verwijsbrief JGZ ontworpen die geschikt is voor verwijzing naar huisarts, medisch specialist of andere hulpverleners.

Deel 2: Pilot waarin de ontwikkelde methodiek is uitgetest.

Het project 'Rechtstreeks Verwijzen' is tot stand gekomen dankzij een bijdrage van het Fonds OGZ.

3.3 Deel 1 Samenvatting van de Methodiek rechtstreeks verwijzen

De methodiekontwikkeling heeft plaatsgevonden van september 2004 tot april 2005. De methodiek rechtstreeks verwijzen is ontwikkeld door een expertgroep van JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen, huisartsen, medisch specialisten en vertegenwoordigers van de ziektekostenverzekeraars. De methodiek beschrijft de optimale verwijzroute en de randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing naar de 2^e lijn.

3.3.1 *Optimale verwijzroute en randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing*

- De JGZ verwijst kinderen met medische problemen in principe naar de huisarts. Als de huisarts geen mogelijkheden heeft voor aanvullend onderzoek en/of behandeling wordt rechtstreeks verwezen naar de 2^e lijn.
- De huisarts wordt geïnformeerd over alle verwijzingen van de JGZ naar de 2^e lijn door middel van een kopie van de verwijsbrief van de JGZ-arts aan de specialist. De huisarts ontvangt tevens een afschrift van de brief van de specialist aan de JGZ-arts.
- Bij complexe en acute situaties en bij situaties waarbij het protocol geen uitsluitel biedt of anderszins twijfel aanwezig is, vindt overleg plaats tussen JGZ-arts en huisarts en eventueel JGZ-arts en specialist alvorens rechtstreekse verwijzing naar de 2^e lijn plaatsvindt.

- Rechtstreekse verwijzing vindt plaats op basis van standaarden, protocollen en interdisciplinaire werkafspraken.
- Rechtstreekse verwijzing vindt alleen plaats door JGZ-artsen die minimaal één jaar werkervaring hebben in de JGZ en die voldoen aan de wettelijke opleidingseisen
- Alleen aandoeningen binnen de medische competentie van de JGZ komen in aanmerking voor rechtstreekse verwijzing.

Medische competentie van de JGZ:

De Jeugdgezondheidszorg heeft competentie op medisch- en psychosociale gebied én op het gebied van opvoedingsondersteuning van ouders van kinderen van 0-19 jaar. De medische competentie van de JGZ omvat:

1. Vroegopsporing van (aangeboren) aandoeningen door:
 - Screeningsonderzoek (CHT/AGS/PKU (hielprik), gehoorstoornissen, aangeboren hartafwijkingen, dysplastische heupontwikkeling, niet ingedaalde testes, scoliose, visusafwijkingen)
 - Ontwikkelingsonderzoek
 - Biometrie
2. Preventie, diagnose en behandeling van:
 - Voedingsproblemen
 - (Kleine) kwalen b.v. sommige huidproblemen en maagdarfstoornissen
 - Enkelvoudige ontwikkelingsproblemen, b.v. voorkeurshouding, licht vertraagde motorische ontwikkeling
 - Functiestoornissen b.v. overmatig huilen zuigeling, enuresis, encopresis

3.4 Deel 2 De Pilot Rechtstreeks verwijzen

De pilot rechtstreeks verwijzen is gehouden in het adherentiegebied van het ziekenhuis Bernhoven (Oss, Veghel) in Noordoost-Brabant. Het adherentiegebied van het Maasziekenhuis (Boxmeer) fungeerde als controleregio. De pilot vond plaats van juni 2005 tot en met februari 2006 bij kinderen van 0 tot 6 jaar oud. Tijdens de pilot is volgens de Methodiek rechtstreeks verwezen naar de volgende medische specialisten:

- Oogarts (visusafwijkingen)
- Radioloog/orthopeed (dysplastische heupontwikkeling)
- Kinderarts (hartafwijkingen, groei- en ontwikkelingsstoornissen, voedingsproblemen, niet ingedaalde testikels)

3.4.1 Onderzoeksopzet

Voor de pilot rechtstreeks verwijzen is middels vragenlijsten een nulmeting en nameting gedaan bij 104 ouders, 27 JGZ-artsen, 43 medisch specialisten en 107 huisartsen. De nulmeting vond plaats voorafgaand aan de pilot, de nameting na afloop ervan. Zowel nul- als nameting zijn gedaan in de pilotregio en in de controleregio.

Respons op de vragenlijsten tijdens de nul- en nameting varieerde van 39% tot 91%. Respons was bij alle onderzoeksgroepen tijdens de nulmeting hoger dan tijdens de nameting. Respons was het hoogst bij ouders, gevolgd door JGZ-artsen, medisch specialisten en huisartsen.

Voor de registratie van het aantal kinderen dat voorafgaand aan en tijdens de pilot is verwezen door de JGZ-arts naar de huisarts en medisch specialist is gebruik gemaakt van het elektronische registratiesysteem van de Thuiszorg (MLCAS).

3.4.2 Onderzoeksvragen

In de pilot is onderzocht of rechtstreekse verwijzing leidt tot sneller onderzoek door de medische specialist, betere terugrapportage door de specialist alsmede grotere tevredenheid van ouders, JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialist (zie tabel 1).

Tabel 1 Onderzoeksvragen van de pilot rechtstreeks verwijzen

Onderzoeksvragen	
1	Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op het aantal verwijzingen van de JGZ naar de 2 ^e lijn?
2	Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de periode tussen verwijzing en bezoek van ouders/kind aan de medisch specialist?
3	Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de terugrapportage door huisarts en medisch specialist aan de JGZ?
4	Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de tijdsinvestering van ouders?
5	Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de mening van ouders over de verwijzing door de JGZ-arts?
6	Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op het aantal keer (telefonisch) contact tussen JGZ-arts enerzijds en huisarts en medisch specialist anderzijds?
7	Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de mening van JGZ-arts, huisarts en medisch specialist over de onderlinge samenwerking?
8	Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de kwaliteit van de verwijzing en verwijsbrief van de JGZ volgens huisarts en medisch specialist?
9	Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de mening van JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten over rechtstreeks verwijzen door de JGZ-arts?
10	Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de tijdsinvestering van JGZ-arts, huisarts en medisch specialist?
11	Wat vindt de huisarts, JGZ-arts en medisch specialist van de modelverwijsbrief JGZ?
12	Wat vindt de huisarts, JGZ-arts en medisch specialist van de randvoorwaarden uit de Methodiek rechtstreeks verwijzen?
13	Wat vindt de huisarts, JGZ-arts en medisch specialist van de realisatie van de randvoorwaarden tijdens de pilot?

3.4.3 *Resultaten van de pilot*

Tijdens de pilot zijn 182 kinderen rechtstreeks verwezen. Dit is 30% van alle kinderen in de pilotregio die door de JGZ-arts zijn verwezen om medische redenen. De pilot is zonder noemenswaardige problemen verlopen.

De meerwaarde van de verwijsroute via de huisarts lijkt beperkt. Tijdens de nulmeting stuurde de huisarts 95% van de kinderen die door de JGZ-arts naar hem waren verwezen, door naar de oogarts, kinderarts of radioloog.

In tabel 2 worden onderzoeksvragen uit de pilot beknopt beantwoord.

Tabel 2 Beknopte antwoorden op de onderzoeksvragen van de pilot rechtstreeks verwijzen.

Antwoorden op de onderzoeksvragen	
1	Er is geen effect van rechtstreeks verwijzen op het aantal verwijzingen van de JGZ-arts naar de 2e lijn geconstateerd.
2	Door rechtstreekse verwijzing hoeven ouders niet meer eerst naar de huisarts. Dat scheelt in de meeste gevallen maximaal 3 dagen, maar er is geen effect aangetoond van rechtstreekse verwijzing op de tijd tussen verwijzing en bezoek aan de medisch specialist
3	Terugrapportage door medisch specialisten aan de JGZ-arts, met name de radiologen, is significant verbeterd tijdens de pilot.
4	Tijdsinvestering van ouders is afgenomen door rechtstreekse verwijzing omdat ze niet meer eerst naar de huisarts hoeven. 9% van de ouders hoeft hierdoor niet meer vrij te nemen van hun werk.
5	Ouders zijn tevreden over de verwijzing door de JGZ-arts en vinden rechtstreeks verwijzen (nagenoeg) allemaal praktischer dan verwijzing via de huisarts.
6	Er is geen effect van rechtstreekse verwijzing op het aantal keer telefonisch contact tussen JGZ-arts, huisarts en medisch specialist.
7	JGZ-artsen zijn tijdens de pilot mogelijk positiever geworden over de samenwerking met oogarts/orthoptist en radioloog/orthopeed. De mening van JGZ-artsen over de samenwerking met de kinderartsen is (zeer) goed gebleven. De mening van de medisch specialisten is tijdens de pilot niet veranderd. Medisch specialisten beoordeelden hun samenwerking met de JGZ in het algemeen als goed. Huisartsen zijn tijdens de pilot mogelijk iets negatiever geworden over hun samenwerking met de JGZ. JGZ-artsen zijn positiever over de samenwerking met de huisarts en vinden deze niet veranderd tijdens de pilot.
8	Medisch specialisten beoordeelden de kwaliteit van de JGZ-verwijzingen en de verwijsbrief JGZ tijdens de nulmeting als goed, tijdens de nameting als voldoende tot goed (verschil niet significant). De mening van de huisartsen over de kwaliteit van de JGZ-verwijzingen en de verwijsbrief JGZ was tijdens voor- en nameting onveranderd voldoende tot goed.
9	Tijdens de pilot zijn de medisch specialisten en JGZ-artsen (zeer) positief gebleven over rechtstreekse verwijzing. Ongeveer de helft van de huisartsen staan negatief tegenover rechtstreekse verwijzing. Huisartsen –vooral in de pilotregio- zijn tijdens de pilot mogelijk iets positiever geworden. Huisartsen staan in meerderheid (70%) positief tegenover rechtstreekse verwijzing naar de oogarts.
10	Tijdsinvestering van huisartsen tijdens de pilot is verminderd, die van de specialisten gelijk gebleven. Tijdsinvestering van de JGZ-artsen is mogelijk toegenomen maar dit effect is niet duidelijk aangetoond.
11	Huisartsen en medisch specialisten vinden de verwijsbrief JGZ (zeer) goed, JGZ-artsen voldoende. Allen vinden ze de verwijsbrief - met enige aanpassingen- goed bruikbaar.
12	Er is goede overeenstemming tussen huisartsen, JGZ-artsen en medisch specialisten over de randvoorwaarden uit de Methodiek Rechtstreeks verwijzen. Allen vinden het van het grootste belang dat de huisarts een kopie ontvangt van de correspondentie tussen JGZ-arts en medisch specialist.
13	JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten zijn in het algemeen tevreden over de realisatie van de randvoorwaarden tijdens de pilot.

3.5

Conclusies

- Rechtstreekse verwijzing naar de oogarts (bij visusstoornissen), kinderarts (bij hartafwijkingen, groei-, ontwikkelingsstoornissen en voedingsproblemen) en

radioloog/orthooped (bij dysplastische heupontwikkeling) is goed mogelijk zonder dat het aantal verwijzingen door de JGZ-arts toeneemt.

- Rechtstreekse verwijzing bespaart ouders en huisartsen tijd. Van alle verwijzingen naar de huisarts bestaat 30% uit de verwijzingen die in dit project zijn onderzocht. Dit betekent dat tijdens de pilot het aantal verwijzingen naar de huisarts met 30% is afgenomen ten gevolge van rechtstreeks verwijzen.
- Rechtstreekse verwijzing leidt tot betere terugrapportage van medisch specialisten aan de JGZ-arts. Betere terugrapportage leidt waarschijnlijk tot kwaliteitsverbetering van de verwijzing door de JGZ-arts.
- JGZ-artsen, ouders en medisch specialisten zijn zeer tevreden over rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts.
- Ongeveer de helft van de huisartsen staat negatief tegenover rechtstreekse verwijzing. Tijdens de pilot lijkt de mening van de huisartsen -m.n. in de pilotregio- te zijn verbeterd.
- Een ruime meerderheid van de huisartsen staat positief tegenover rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ naar de oogarts.
- JGZ-artsen en medisch specialisten zijn (zeer) tevreden over de onderlinge samenwerking.
- JGZ-artsen zijn tevreden over de samenwerking met de huisarts. Huisartsen zijn minder tevreden over de samenwerking met de JGZ-arts.
- Er is goede overeenstemming tussen JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten over het belang van de randvoorwaarden voor rechtstreeks verwijzen.

3.6 Aanbevelingen

1 Invoering van rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de medisch specialist is wenselijk. De ontwikkeling van een implementatieplan voor de invoering ervan in Nederland is aan te bevelen. Het is raadzaam bij implementatie rekening te houden met de volgende zaken:

- Rechtstreekse verwijzing van de JGZ naar de 2^e lijn is alleen zinvol als verwijzing via de huisarts geen meerwaarde biedt wat betreft diagnostiek en behandeling. Het moet plaatsvinden onder duidelijke voorwaarden. De 'Methodiek rechtstreeks verwijzen' kan hiervoor als uitgangspunt dienen.
- Het is van essentieel belang dat de huisarts ook bij rechtstreekse verwijzing goed op de hoogte blijft van de verwijzing en dat er voldoende overleg en afstemming plaatsvindt tussen huisarts en JGZ-arts.
- Rechtstreekse verwijzing naar de oogarts (bij visusstoornissen), kinderarts (bij hartafwijkingen, groei-, ontwikkelingsstoornissen en voedingsproblemen) en radioloog/orthooped (bij dysplastische heupontwikkeling) is aan te bevelen.
- Alle onderwerpen binnen het medische domein van de JGZ komen mogelijk voor rechtstreekse verwijzing in aanmerking. Het is hierbij belangrijk dat er een redelijke consensus bestaat op landelijk niveau over o.a. de optimale verwijsroute.
- Invoering van een landelijke JGZ-verwijsbrief -spoedig gevolgd door een digitale verwijsbrief- is raadzaam. De in dit project ontwikkelde Modelverwijsbrief JGZ is hierbij -met enkele aanpassingen- bruikbaar.
- Bij rechtstreekse verwijzing moeten regionaal goede afspraken gemaakt worden met ziektenkostenverzekeraars. Tevens moeten regionaal interdisciplinaire afspraken gemaakt worden tussen betrokken artsen. Er moet ruim aandacht besteed worden aan voorlichting van alle betrokkenen.
- Nader onderzoek naar de (langere termijn) gevolgen van rechtstreekse verwijzing voor de tijdsinvestering van de JGZ-arts én de rol van de huisarts is wenselijk.

- 2 Samenwerking tussen huisarts en JGZ-arts verdient verbetering om de zorg rondom ouders en kinderen te optimaliseren. Een Landelijke Eerste Lijns Afspraak (LESA) tussen de huisartsen en JGZ-artsen kan hiertoe een belangrijke bijdrage leveren.. Nader onderzoek naar de mogelijkheden hiertoe is gewenst.

4 Deel 1 Methodiekontwikkeling

4.1 Werkwijze van de expertgroep

De methodiek rechtstreekse verwijzing van de JGZ naar de 2^e lijn is ontwikkeld door een expertgroep. De expertgroep bestond uit onderzoekers TNO, stafarts JGZ- 0-4 jaar, onderzoeker VU-MC, JGZ-arts 4-19 jaar, JGZ-verpleegkundige, een medewerker van het College van Zorgverzekeringen (CZ) en een huisarts (bijlage A). De expertgroep is ondersteund door een klankbordgroep van betrokken beroepsbeoefenaren. Deelname aan de expertgroep en klankbordgroep vond plaats op persoonlijke titel.

Voor de ontwikkeling van de methodiek is de expertgroep 3 keer bijeengeweesst tussen januari en maart 2005.

De expertgroep heeft de onderzoekers gesteund bij:

- Beschrijving/ literatuurstudie van de huidige situatie rondom verwijzingen in de JGZ (Deel 1a)
- Ontwikkeling Methodiek 'rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn' (Deel 1b) en selecteren verwijfsredenen voor de pilot rechtstreeks verwijzen (Deel 1c)
- Ontwikkeling Modelverwijsbrief JGZ (Bijlage B)

Bij de ontwikkeling van de Modelverwijsbrief JGZ is tevens gebruik gemaakt van de expertise van de JGZ-artsen in Noordoost-Brabant.

4.2 Deel 1a Literatuuronderzoek Verwijzingen in de JGZ 2004

4.2.1 *Inleiding*

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) richt zich sinds 100 jaar op alle 0-19 jarigen in Nederland. Het doel van de JGZ is 'om binnen het netwerk van welzijnswerk en gezondheidszorg, jeugdigen van 0-19 jaar zodanig longitudinaal sociaal-medisch te begeleiden, dat ieder individu als jeugdige en volwassene een optimaal niveau en maatschappelijk functioneren kan bereiken'. De JGZ-arts is medisch deskundig op het gebied van groei, ontwikkeling, functioneren en gedrag van het normale kind. De JGZ-arts heeft kennis van de verwijfsmogelijkheden (sociale kaart) in haar werkgebied

De inhoud van de Jeugdgezondheidszorg in Nederland is beschreven in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (VWS 2002).

Het bereik van de JGZ is zeer hoog. Op belangrijke ontwikkelingsmomenten komt 90-100% van de kinderen en hun ouders voor preventief gezondheidsonderzoek. Door o.a. het geven van vaccinaties en voorlichting en advisering vindt primaire preventie plaats van ziekten en aandoeningen zoals wiegendood en rachitis. Secundaire preventie vindt plaats door vroegopsporing van ziekten en aandoeningen door diverse screenings en gericht gezondheids- en ontwikkelingsonderzoek. Voorbeelden hiervan zijn gehoor- en visusstoornissen en afwijkingen op het gebied van groei en ontwikkeling. Ook de opsporing van psychosociale problematiek neemt in de JGZ een belangrijke plaats in.

Als in de JGZ een aandoening of ziekte wordt vermoed óf nadere hulp gewenst lijkt, worden kinderen en/of hun ouders verwezen.

4.2.2 *Verwijsfunctie en verwijfsadviesfunctie JGZ*

'Een verwijfsing is een advies van de JGZ om elders zorg/hulp in te roepen in verband met een gesignaleerd probleem of vermoeden daarvan. Een verwijfsing omvat informatie aan jeugdigen en/of ouders/verzorgers over de instantie waarnaar verwezen wordt, de overdracht van de bevindingen van de JGZ aan deze instantie, en de follow-up procedure' (Platform JGZ 2004).

In de JGZ wordt veelvuldig verwezen naar een uiteenlopend scala van hulp- en zorgverleners. Hierbij spelen zowel de JGZ-arts als de sociaal verpleegkundige een rol. Doel van een verwijzing vanuit de JGZ is ofwel nadere diagnostiek ofwel behandeling c.q. hulpverlening.

Psychosociale verwijzingen van ouders en jongeren naar hulpverlenings- en welzijnsinstellingen zoals maatschappelijk werk en Bureau Jeugdzorg geschieden meestal rechtstreeks, hetzij door JGZ-arts, hetzij door sociaal verpleegkundigen. Ouders kunnen ook zelf rechtstreeks contact opnemen met de betreffende instelling om een afspraak te maken. De JGZ heeft hier een directe verwijzfunctie. Verwijzingen naar de (para-)medici in de 2^e-lijns gezondheidszorg geschieden in het algemeen via de huisarts. Binnen het JGZ-team is de JGZ-arts verantwoordelijk voor deze verwijzingen. De JGZ heeft hier dan geen directe verwijzfunctie maar een verwijsadviesfunctie.

Op de verwijsadviesfunctie van de JGZ t.a.v. de 2^e lijn zijn enkele uitzonderingen waarbij op dit moment rechtstreeks wordt verwezen:

- Bij verdenking op kinderspsychiatrische aandoeningen worden kinderen in de regel direct verwezen naar de geestelijke gezondheidszorg.
- Bij afwijkingen bij de hielprik (screening op AGS, PKU, CHT) wordt rechtstreeks verwezen naar de kinderarts (afwijkingen CHT) of universitair centrum (AGS en PKU).
- Bij afwijkingen bij de neonatale gehoorscreening worden kinderen rechtstreeks verwezen naar de audiologische centra.
- Bij afwijkingen bij het oogonderzoek bij particulier verzekerde kinderen wordt soms rechtstreeks verwezen naar de oogarts

In de beschrijving van de huidige praktijk van verwijzing in de JGZ worden deze buiten beschouwing gelaten.

Verwijzingen vanuit de JGZ naar de huisarts vinden meestal schriftelijk plaats. Soms wordt een doordruk of kopie van de verwijsbrief meegegeven ten behoeve van de specialist. Via de verwijsbrief wordt de huisarts en/of specialist gevraagd om terugrapportage over het vervolg van de verwijzing.

4.2.3 *Wettelijk kader*

In de Ziekenfondswet is de poortwachtersfunctie van de huisarts naar de 2^e lijn geregeld. Alleen als de huisarts of medisch specialist en verloskundige verwijst, worden de kosten die voortvloeien uit deze verwijzing vergoed door de ziektenkostenverzekering. Sinds 1 januari 2004 hebben ook de bedrijfsartsen een wettelijke verwijzfunctie, mits hierover contractafspraken zijn gemaakt met de ziektekostenverzekeraars.

Verstrekkingsbesluit ziektenkostenverzekering artikel 12, 2^e lid

‘Op de zorg, ..., bestaat slechts aanspraak op verwijzing van de huisarts van de verzekerde, op verwijzing van een bedrijfsarts of op verwijzing van de specialist naar wie de verzekerde werd verwezen. Indien het verloskundige zorg betreft bestaat eveneens aanspraak op die zorg op verwijzing van de verloskundige.

Voor verwijzingen naar AWBZ (Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten) gefinancierde specialisten of instellingen, b.v. de psychiatrie is sinds 1-1-2004 geen sprake meer van een wettelijke verwijzfunctie naar de 2^e lijn. In de AWBZ zijn de zogenaamde functiegerichte aanspraken opgenomen die gefinancierd zullen gaan worden via Diagnosebehandelcombinaties (DBC's)

Per 1 januari 2006 treedt de nieuwe Zorgverzekeringswet (www.minvws.nl) in werking. In de Zorgverzekeringswet is de exclusieve verwijzfunctie van bedrijfsarts en huisarts niet meer opgenomen. Zorgverzekeraars kunnen onder de nieuwe Zorgverzekeringswet

zelf afspraken maken met instellingen en beroepsgroepen over de voorwaarden waaronder verwijzing naar de 2^e lijn kan plaatsvinden. Er zijn dan geen wettelijke belemmeringen meer voor rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ naar de 2^e lijn. Om rechtstreeks verwijzing daadwerkelijk te realiseren zullen afspraken gemaakt moeten worden tussen JGZ-instellingen en de Ziektenkostenverzekeraars.

Zorgverzekeringswet (memorie van toelichting 17-9-2004)

Het is derhalve aan de zorgverzekeraar om hierover regels te stellen.....Hetzelfde geldt bijvoorbeeld voor de vraag of, voor welke vormen van zorg de verzekerde, op straffe van verlies van het recht op een verzekerde prestatie, vooraf een verwijzing van een arts of een toestemming van zijn zorgverzekeraar dient te hebben. Dergelijke bijkomende onderwerpen zal de verzekeraar zelf in de zorgovereenkomst (..) kunnen regelen.

Nota bij verslag behandeling Zorgverzekeringswet vraag 156

'Op basis van artikel 11 wordt geregeld waar de verzekerde recht op heeft, indien het verzekerde risico zich voordoet. De verdere invulling vindt plaats in de modelovereenkomst, de zorgverzekeringsovereenkomst en daarmee in de zorgpolis. In dit verband heeft de zorgverzekeraar de bevoegdheid om te regelen voor welke vormen van zorg hij een vorm van toetsing wil. De zorgverzekeraar kan bijvoorbeeld voor sommige vormen van medisch-specialistische zorg een verwijzing door een andere zorgaanbieder voorschrijven of bepalen dat voor vormen van zorg voorafgaande toestemming van de verzekeraar nodig is. De verzekeraars kunnen aan deze bevoegdheid om verwijzing of voorafgaande toestemming voor bepaalde vormen van zorg voor te schrijven, een verschillende invulling geven. Indien een verzekeraar naar de mening van zijn verzekerden in te veel gevallen verwijzing of toestemming vooraf eist, zullen verzekerden uitkijken naar een andere verzekeraar die dergelijke vereisten minder vaak voorschrijft.

4.3 Verwijzingen in de JGZ naar de huisarts

4.3.1 Hoeveel kinderen worden verwezen?

In de JGZ worden zeer regelmatig kinderen naar de huisarts verwezen. Gemiddeld is dit +/- 8% per jaar voor kinderen tot ongeveer 6 jaar. Jonge kinderen worden het vaakst verwezen: ongeveer 20% van de zuigelingen bezoekt op advies van de JGZ-arts de huisarts. Bij peuters is dit +/- 7% van de populatie per jaar (Buiting 2001). Kinderen ouder dan 4 jaar worden niet meer jaarlijks door de JGZ gezien. In de meeste gevallen krijgen zij een PGO voordat zij naar groep 3 gaan. Ieder preventief gezondheidsonderzoek in de JGZ 4-19 jaar leidt tot +/- 6% verwijzingen (Janssen 1992, Assies 1983, Wiegersma 1994, Breedem 1993, Lucht 1992).

Het bereik van de JGZ is ongeveer 90-95% van alle kinderen. In de groep kinderen van 0-6 jaar betreft dit ruim één miljoen kinderen per jaar. De JGZ verwijst jaarlijks zo'n 80.000 van hen naar de huisarts.

4.3.2 Welke kinderen worden verwezen?

Ongeveer 2/3 van alle verwijzingen vanuit de JGZ naar de huisarts betreft verwijsadviezen naar de (para-) medisch specialisten naar aanleiding van specifieke kennisgebieden van de JGZ, te weten screeningsonderzoek, ontwikkelingsonderzoek en biometrie. De overige verwijzingen betreffen diverse klachten, kwalen of ziekten waarvoor ouders in het algemeen de huisarts consulteren. Voorbeelden hiervan zijn luchtweg- en urineweginfecties, astmaklachten en hardnekkige huidaandoeningen (Buiting 2002).

Jonge kinderen, kinderen uit de (binnen)stad (Buiting 2001, Wiegersma 1994) en jongens (Gehrmann-Bax 1981, Voorhoeve 1992, Gehrmann-Bax 1981, Leeuw 1997, Buiting 2001) worden het vaakst verwezen vanuit de JGZ. De relatie tussen sociaal economische status en etniciteit en verwijzingen uit de JGZ is minder eenduidig (v/d Wal 1995, Wiegersma 1994, Herngreen 1993, Jansen 1992).

De verwijfsredenen wisselen per leeftijdsgroep (tabel 3 en tabel 4).

Tabel 3 Top-10 belangrijke verwijfsredenen vanuit de JGZ 0-6 jaar

Zuigelingen 0-1 jaar	Peuters 1-4 jaar	Kleuters 4-6 jaar
Bewegingsapparaat	Ogen	Ogen
Ogen	Bewegingsapparaat	Gehoor
Huid	Gedrag/ontwikkeling	Bewegingsapparaat
Gedrag/ontwikkeling	KNO	Leer- en gedragsstoornissen
Maag-darm	Hart	Genitalia
Hart	Urogenitaal	Groei en ontwikkeling
KNO	Huid	overig
Groei	Luchtwegen	
Luchtwegen	Groei	
Urogenitaal	Maag-darm	

Tabel 4 Aantal verwijzingen en leeftijd bij verwijzen in JGZ 0-4 jaar (1094 verwijzingen bij 10528 kinderen 0-4 jaar) (Buiting 2001).

Code	Omschrijving	Verwijzingen (n)	%	Gemiddelde leeftijd bij verwijzing (jaar)
1	L13 Verdenking heupdysplasie	200	18,3	0,44
2	F91 Visustest	154	14,1	3,80
3	F95 TOV-onderzoek	87	8,0	1,90
4	P29 Taal/ spraakontwikkeling	87	8,0	3,13
5	P24 Ontwikkeling motorisch/ algemeen	70	6,4	1,54
6	L28 Voorkeurshouding	60	5,5	0,37
7	K81 Hartgeruis	42	3,8	1,44
8	S89 Luieruitslag	37	3,4	0,53
9	T04 Voedingsproblemen	31	2,8	0,83
10	T10 Lengte en gewicht	27	2,5	1,56
11	D20 Spruw	18	1,6	0,36
12	R96 Astma-klachten	18	1,6	0,84
13	H02 Gehoor	16	1,5	1,32
14	P22 Gedrag	15	1,4	2,99
15	L14 Beenlengte	14	1,3	2,72
	overig	218	19,9	
	totaal	1094	100,0	

4.3.3 Worden verwijfsadviezen JGZ opgevolgd?

Verwijzingen vanuit de JGZ naar de huisarts worden in het algemeen goed opgevolgd. Slechts ongeveer 3-5% van de ouders of jeugdigen volgt het advies van de JGZ niet op (Buiting 2001, Gehrmann-Bax 1981, Breeden 1994).

4.3.4 *Hoe is de terugrapportage na verwijzing uit de JGZ?*

De JGZ vraagt bij verwijzing standaard om terugrapportage van huisarts en/of specialist. De huisarts rapporteert in ongeveer de helft van de gevallen terug, vaker indien een herinneringsbrief wordt verstuurd (40-84%) (Buiting 2001, Leeuw 1997, Voorhoeve 1992, Vernooy 1991, Breeden 1994, Lucht 1992, Oost 1987, Pijpers 1985).

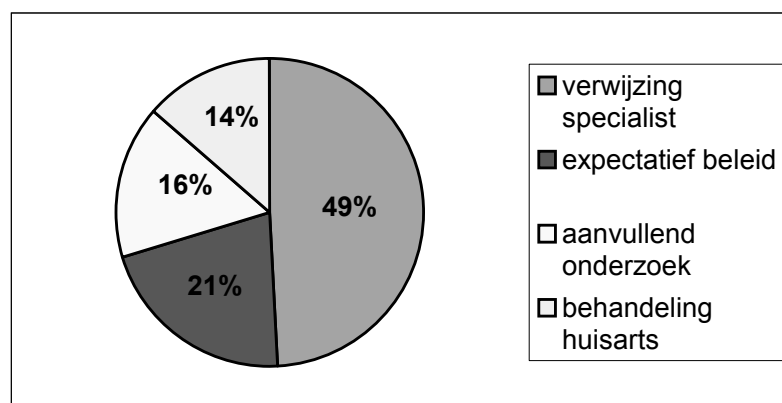
Ook specialistenbrieven bereiken niet altijd de JGZ. Waar 50% van de kinderen die de JGZ verwijst terecht komt bij de specialist, krijgt de JGZ-arts slechts over zo'n 18% bericht (Buiting 2001). Terugrapportage van de specialist aan de JGZ geschiedt dan ook bij minder dan 40% van de kinderen die vanuit de JGZ de 2^e lijn bereiken.

Naast huisarts en specialist zijn de ouders van het verwezen kind een belangrijke bron voor informatie voor de JGZ-arts. In zo'n 20% van de verwijzingen zijn zij de enige informatiebron voor de JGZ (Buiting 2001, Leeuw 1997). Het aandeel van de terugrapportage door ouders is het grootst op de zuigelingenleeftijd en neemt sterk af met de leeftijd en het aantal reguliere contacten met de JGZ.

Terugrapportage door huisartsen en (para-)medisch specialisten wordt door JGZ-artsen in het algemeen als onvoldoende beschouwd. Hierdoor krijgen JGZ-artsen onvoldoende feedback op hun handelen. Ook kan onvoldoende gevolgd worden of kinderen het onderzoek of behandeling krijgen die zij nodig hebben. In sommige gevallen maakt de JGZ-arts een extra controle-afspraken om via ouders of jeugdige feedback te krijgen.

4.3.5 *Wat doet de huisarts na verwijzing uit de JGZ?*

Bij 74-84% van de verwijzingen uit de JGZ onderneemt de huisarts actie (Buiting 2001, Voorhoeve 1992, Vernooy 1991). Ongeveer 50% van de kinderen wordt verwezen naar de 2^e lijn (47-76%) (Buiting 2001, Voorhoeve 1992, Gehrmann-Bax 1981, Lucht 1992). Zo'n 14% van de kinderen wordt door de huisarts zelf behandeld en bij 16% van hen vraagt de huisarts aanvullend onderzoek aan, m.n. echoscopie van de heupen (Buiting 2001, Voorhoeve 1992). In ongeveer één op de vijf (13-33%) verwijsadviezen is het beleid van de huisarts expectatief en wijkt af van het verwijsadvies van de JGZ (Buiting 2001, Jutmann 2001, Voorhoeve 1992, Pijpers 1985) (figuur 1). Het is niet altijd bekend waarom de huisarts een expectatief beleid voert na een verwijsadvies vanuit de JGZ. Mogelijk is het verwijsadvies van de JGZ voor de huisarts niet altijd duidelijk. Er is overigens verschil in doorverwijsbeleid van de huisarts bij diverse verwijsredenen. Zo verwijst de huisarts bijvoorbeeld 90% van de kinderen (0-4 jaar) die naar aanleiding van het visusonderzoek vanuit de JGZ zijn verwezen, door naar de oogarts. Voor voedingsproblemen is dit 87%, VOV-onderzoek 75%, screening op hartafwijkingen 70%, ontwikkelingsstoornissen 65%, en biometrie (lengte en gewicht) 64% (Buiting 2001).



Figuur 1 Beleid van de huisarts na verwijzing vanuit het consultatiebureau (Buiting 2001)

4.3.6 *Het kind bij de huisarts*

Kinderen van 0-4 jaar bezoeken gemiddeld 4,3 keer per jaar de huisarts. Bij kinderen van 5-14 jaar is dit 2,7 keer. Veel voorkomende diagnoses die de huisarts stelt bij kinderen (0-11 jaar) zijn luchtweginfecties, otitis media acuta, hoesten, astma en constitutioneel eczeem.

Huisartsen verwijzen bij 3,3% van de contacten met kinderen (0-19 jaar) door naar fysiotherapie/ oefentherapie (0,8%) en 2^e lijn (2,5%). De huisarts verwijst kinderen (0-19 jaar) vooral naar de KNO-arts (24%), kinderarts (20%), dermatoloog (15%), oogarts (11%) en chirurg (9%). Daarna volgen verwijzingen naar orthopeed, neuroloog, internist, plastisch chirurg, uroloog (allen <5%) (Cardol 2004).

Ongeveer 2% van alle contacten met de huisarts vindt plaats als gevolg van een verwijzing door de JGZ (van Suijlekom 1994). Bij kinderen van 0-14 jaar is dit 6-7% (Bruijnzeels 1993, Herngreen 1993). Van alle verwijzingen van de huisarts naar de 2^e lijn is 14% geïnitieerd door de JGZ (van Suijlekom 1994).

4.4 **Kwaliteit in de JGZ**

4.4.1 *Kwaliteit verwijsproces in de JGZ*

Bij een methodische verwijzing vanuit de JGZ (Romeijn, 2000) wordt naar aanleiding van een hulpvraag of geconstateerd probleem samen met de patiënt en/of zijn ouders een probleem gedefinieerd. Pas als er overeenstemming is over de probleemdefinitie volgt eventueel een verwijs gesprek. In dit verwijs gesprek worden de verwijs mogelijkheden besproken, de beslissing tot verwijzing genomen en informatie gegeven over de instantie waarnaar verwezen wordt. Daarnaast wordt afgesproken hoe terugkoppeling van informatie plaatsvindt en of een follow-up contact wenselijk is. Bij eenvoudige verwijzingen, b.v. naar aanleiding van het visusonderzoek, wordt dit proces veelal in korte tijd doorlopen. Complexere verwijzingen, bijvoorbeeld bij gedragsproblematiek, vragen meer tijd en aandacht van de JGZ.

Een optimale verwijzing kan alleen plaatsvinden als aan een aantal voorwaarden is voldaan (Schuiling 2003). 'Het traject van verwijzing is optimaal, als afwijkingen in de gezondheid en ontwikkeling bij 0-19 jarigen opgespoord worden en vervolgens door gerichte verwijzing gezondheidsschade voorkomen of beperkt kan worden'. Om dit te realiseren moet aan de volgende voorwaarden worden voldaan:

- Systematisch aanbieden van goed toegankelijke zorg
- Goede monitoring van gezondheidssituatie jeugd en de aangeboden zorg
- Deskundigheid JGZ-medewerkers
- Afstemming met andere professionals en organisaties over taakafbakening, verwijsprocedure en terugrapportage
- Evaluatie van activiteiten op niveau JGZ-medewerker en evaluatie van het aangeboden programma

4.4.2 *Kwaliteit van (screenings)onderzoek in de JGZ*

Vele onderdelen van de JGZ zijn onderzocht op hun effectiviteit (Raat 2001, Schuller 2004). Effectiviteit is o.a. aangetoond van de vaccinaties, de hielprik, screeningsonderzoek op aangeboren hartafwijkingen, screening op gehoorstoornissen, screening op niet-ingedaalde testikels, screening op dysplastische heupontwikkeling. Wat betreft screening op amblyopie, de biometrie en het ontwikkelingsonderzoek wordt effectiviteit in het algemeen aangenomen (practice based).

Alle onderdelen van de JGZ staan beschreven in het wettelijk verankerde Basistakenpakket JGZ. Landelijk wordt gewerkt met één uniform JGZ-dossier voor kinderen van 0 tot 19 jaar. Hierdoor is er in Nederland een vrij grote mate van overeenstemming in de aangeboden zorg. De inhoud van de aangeboden zorg is nader

uitgewerkt in het Handboek Eenheid van taal (Platform JGZ, 2004). Op verschillende plaatsen is inmiddels een elektronisch patiënten dossier in gebruik. Er wordt naar gestreefd op afzienbare termijn in heel Nederland met een elektronisch JGZ-dossier te gaan werken.

Sinds enige jaren is gestart met de ontwikkeling van Standaarden JGZ. 'JGZ-standaarden hebben tot doel kwaliteitsverbetering van de zorg door doeltreffende en doelmatige preventieprogramma's, gebaseerd op de bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek, op uniforme wijze uit te voeren en toe te passen'. (Wilde de, 2004). Inmiddels zijn er JGZ-Standaarden verschenen over de opsporing van gehoor- en visusafwijkingen in de JGZ. Een JGZ-Standaard over de opsporing van aangeboren hartafwijkingen en kindermishandeling is nagenoeg gereed.

Naast JGZ-standaarden wordt in de JGZ gebruik gemaakt van CBO-consensus met betrekking tot kleine lichaamslengte (CBO 1997) en niet-ingedaalde testikels (CBO 1986). Ook op het gebied van de diagnose en behandeling van voedselovergevoeligheid op het consultatiebureau bestaan landelijk interdisciplinaire afspraken (Voedingscentrum 2001). Voor de uitvoering van het ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau (JGZ 0-4 jaar) én door de kinderartsen wordt gebruik gemaakt van het uitgebreid gedocumenteerde Van Wiechenonderzoek. Met de kinderartsen zijn ook afspraken gemaakt op het gebied van de zorg rondom pré- en dysmaturen (Nederlandse Vereniging Jeugdgezondheidszorg/ Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde 1997).

Regionaal zijn er over het algemeen nog diverse aanvullende protocollen op het gebied van onderdelen van de JGZ die al dan niet in samenwerking met (para-)medici uit de 1^e en/of 2^e lijn ontwikkeld zijn. Nagenoeg iedere organisatie voor JGZ 0-4 jaar heeft een protocol opsporing dysplastische heupontwikkeling.

Voor de instellingen voor JGZ bestaat vanaf 2006 de verplichting te voldoen aan de eisen van de HKZ (Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector). Deze eisen staan beschreven in het Certificatieschema Jeugdgezondheidszorg (HKZ 2002, HKZ 2005)

4.4.3 *Opleiding JGZ-artsen*

De achtergrond van JGZ-artsen is divers. Waar voorheen veel huisartsen en kinderartsen werkzaam waren in de JGZ 0-4 jaar is dit de laatste jaren veel minder het geval. Inmiddels is ook de applicatiecursus voor cb-artsen geen integraal onderdeel meer van de huisartsenopleiding.

De meeste artsen op de consultatiebureaus (JGZ 0-4 jaar) werken uitsluitend in de JGZ. Hun opleiding varieert van basisarts met de applicatiecursus voor cb-artsen tot arts Maatschappij en Gezondheid (Domein JGZ). De laatste jaren hebben veel JGZ-artsen de 1-jarige scholing tot arts-JGZ gevolgd. Sommigen JGZ-artsen zijn van oorsprong huisarts of kinderarts. In de JGZ 4-19 jaar werken wat meer artsen M&G, hoewel er steeds vaker ook basisartsen werkzaam zijn die eventueel de 1-jarige scholing tot arts-JGZ hebben gevolgd.

Artsen JGZ kunnen zich registreren in het beroepsregister van de AJN mits ze minimaal 30% werkzaam zijn en jaarlijks 40 uur bij- en nascholing (inclusief InterCollegiale Toetsing) volgen. De titel arts voor M&G is een BIG-geregistreerde titel. Registratie wordt verzorgd door de SGRC (Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie).

Er wordt gewerkt aan een nieuw opleidingssysteem voor JGZ-artsen. Inmiddels wordt de applicatiecursus voor cb-artsen vervangen door een introductiecursus, verzorgd door de instellingen zelf. Waarschijnlijk komt er op korte termijn een verplichte 2 jarige opleiding tot arts JGZ voor alle artsen werkzaam in de JGZ. Deze opleiding kan vervolgd worden door de opleiding tot arts M&G (totaal 4 jaar) door artsen die in de JGZ leidinggevende of staffuncties willen gaan bekleden

4.5 Samenwerking JGZ, huisarts en 2^e lijn

4.5.1 *Communicatie, samenwerking en afstemming*

JGZ-artsen, huisartsen en (para-) medisch specialisten leveren zorg aan dezelfde kinderen. Een goede afstemming van deze zorg is dan ook van belang voor ouders en kind. Samenwerking wordt bevorderd door gelijkwaardige relaties, kennis van elkaars vakgebied en competenties, kwalitatief goede zorg, goede schriftelijke communicatierapportage, regelmatig telefonisch overleg, werk- en cliëntbesprekingen en gezamenlijke protocollen, werkafspraken en bijscholingen.

Op regionaal en individueel niveau wordt vaak uitstekend samengewerkt tussen JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten. Toch zijn er factoren die onderlinge samenwerking bemoeilijken.

Zo is de relatie tussen JGZ-arts, huisarts en medisch specialist in het algemeen asymmetrisch. De mate waarin de medische hiërarchie een rol speelt in de relatie tussen individuele JGZ-artsen, huisartsen en specialisten is wisselend. Kennis over elkaars mogelijkheden en competenties kan bijdragen tot een meer gelijkwaardige relatie, doch is niet altijd aanwezig.

Schriftelijke communicatie tussen JGZ-artsen, huisartsen en specialisten is sub-optimaal. Verwijsbrieven vanuit de JGZ aan de huisarts en medisch specialist zijn meestal kort, mede ten gevolge van de beperkt beschikbare tijd. Veelal wordt gebruikt gemaakt van voorgedrukte formulieren met weinig ruimte voor informatie. Bij het ontwikkelen van de verwijsbrieven vindt niet altijd afstemming plaats met huisarts of 2^e lijn (Schuiling 2001). Nogal eens wordt niet duidelijk gemaakt wat de JGZ reeds aan onderzoek gedaan heeft en wat hiervan de bevindingen waren. Ook relevante aanvullende gegevens en een precieze vraagstelling of advies ontbreken soms. Terugrapportage door (para-)medisch specialist of huisarts aan de JGZ geschiedt niet altijd en ook hier is er weinig afstemming over de gewenste inhoud ervan.

Van de mogelijkheid tot mondelinge communicatie tussen JGZ-arts, huisarts en/of (para-)medisch specialist wordt wisselend gebruik gemaakt. Telefonisch overleg tussen betrokken artsen wordt nogal eens bemoeilijkt door o.a. parttime banen en slechte telefonische bereikbaarheid.

Afstemming van beleid rondom individuele patiënten verloopt hierdoor minder dan mogelijk zou zijn. Vooral bij patiënten waarbij zowel kinderarts, JGZ-arts en huisarts betrokken zijn levert dit soms sub-optimale zorg op (van Suijlekom 1994). Moderne communicatiemiddelen worden in het algemeen nog beperkt gebruikt, hoewel er op dit gebied wel interessante ontwikkelingen zijn, o.a. in Leiden waar gebruik gemaakt wordt van een elektronisch communicatiesysteem tussen JGZ, huisarts en kinderarts (Vogels 2004).

Regulier werkoverleg en cliëntbesprekingen tussen JGZ-arts en kinderarts vinden plaats, met andere (para-)medisch specialisten en huisartsen is dit niet gebruikelijke.

Interdisciplinaire samenwerking wordt bevorderd door gezamenlijke protocollen en standaarden (voor een beschrijving hiervan zie 'Kwaliteit van onderzoek in de JGZ'). Ook gezamenlijke (bij-)scholingen en studiedagen dragen in het algemeen bij tot verbetering van de samenwerking. Hiertoe worden regelmatig landelijke en regionale initiatieven genomen. Tot voor kort volgden huisartsen en JGZ-artsen 0-4 jaar gezamenlijk de applicatiecursus tot consultatiebureau-arts.

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat er op verschillende terreinen samengewerkt wordt tussen JGZ, de huisarts en de (para-)medisch specialisten. Er zijn goede initiatieven om deze samenwerking te intensiveren, maar er zijn ook een aantal belemmeringen. Al met al wordt intercollegiale samenwerking dan ook sterk bepaald door regionale, locale en persoonlijke factoren.

4.5.2 *Samenwerking en communicatie met de huisarts*

Communicatie tussen de JGZ-arts en de huisarts verloopt vaak schriftelijk via een summiere verwijfsbrief. Soms overlegt de JGZ-arts voorafgaand aan verwijfsing, soms wordt een telefonische toelichting op de verwijfsing gegeven of overleg gevoerd over eventuele vervolgstappen.

De huisarts voldoet in ongeveer de helft van de verwijfsingen aan het verzoek om terugrapportage; dit wisselt overigens sterk per huisarts en per regio. Ook de terugrapportage van de huisarts is vaak summier.

De huisarts volgt niet altijd het advies van de JGZ-arts op. Mogelijk kiest de huisarts vanuit zijn rol als curatieve arts en poortwachter van de 2^e lijn vaker voor een afwachtend beleid vanuit zijn of haar ervaring dat veel kwalen en aandoeningen vanzelf weer over gaan en dat vroeg ingrijpen medicalisering in de hand kan werken. Deze visie sluit soms minder goed aan bij de visie van de JGZ waarbij vroegopsporing en vroegbehandeling een belangrijke plek innemen in de programmatische preventie. Een andere mogelijke oorzaak voor het niet altijd opvolgen van verwijfsadviezen van de JGZ door de huisarts is de matige sensitiviteit en specificiteit van sommige screeningsonderzoek van de JGZ. Zo heeft bijvoorbeeld het CAPAS-gehooronderzoek - inmiddels gelukkig grotendeels vervangen door de neonatale gehoorscreening- het vertrouwen van de huisarts in de JGZ geschaad door de vele vals-positieve verwijfsingen die er uit voortvloeiden.

De samenwerking tussen huisarts en JGZ-arts wordt mogelijk negatief beïnvloed door het huidige verwijfsbeleid zelf. Het niet opvolgen van een verwijfsadvies van de JGZ door de huisarts leidt tot irritatie van de JGZ-arts. Huisartsen geven aan zich door een verwijfsing uit de JGZ vaak 'voor het blok gezet' te voelen en aangetast in hun professionele autonomie.

Een enkele keer neemt de huisarts initiatief tot overleg of verwijft kinderen naar de JGZ voor onderzoek en advies, b.v. bij groeistoornissen. Met huisartsen is er soms regulier overleg of men komt elkaar tegen in een buurt- of ander zorgnetwerk. Soms zijn er gezamenlijke bijscholingen met JGZ-artsen en regionaal zijn er over wisselende onderwerpen samenwerkingsafspraken tussen de instellingen voor JGZ en de huisartsenverenigingen. Al deze ontwikkelingen bevorderen de samenwerking tussen huisarts en JGZ.

4.5.3 *Samenwerking en communicatie met de kinderartsen*

De JGZ en kinderartsen hebben vaak dezelfde kinderen in zorg. De meeste kinderartsen sturen een kopie van de ontslagbrief van kinderen die in het ziekenhuis worden geboren en die door de kinderarts worden gezien naar de JGZ-arts. Soms ook ontvangt de JGZ vervolfbrieven van de kinderarts over gezamenlijke patiënten c.q. cliënten. Als kinderen vanuit de JGZ via de huisarts naar de kinderarts worden verwezen ontvangt de JGZ-arts in principe terugrapportage. Als de huisarts gebruik maakt van een eigen verwijfsbrief en de verwijfsbrief van de JGZ niet meegeeft aan de ouders weet de kinderarts niet dat de verwijfsing geïnitieerd is door de JGZ en wordt de JGZ niet geïnformeerd. Soms beroepen kinderartsen zich op de wet op de privacy om de JGZ niet te informeren. Redenering is dat JGZ-artsen geen medebehandelaren kunnen zijn omdat ze hoofdzakelijk preventief en niet curatief werkzaam zijn. Inmiddels is dit idee door de meeste kinderartsen verlaten. Al met al wordt de JGZ-arts in 30% van de gevallen door de kinderarts geïnformeerd middels een kopie van de brief aan de huisarts (Wensing en Boereboonekamp 2005).

Afstemming van zorg rondom individuele kinderen vindt plaats op initiatief van zowel de kinderarts als de JGZ-arts. Soms is er ook overleg tussen verpleegkundigen uit het ziekenhuis en de wijkverpleegkundige JGZ, b.v. bij de afstemming van zorg voor pré- en dysmaturen of b.v. kinderen van verslaafde ouders. Als er regulier werkoverleg is tussen JGZ-artsen en kinderartsen, vindt dit meestal 1-2 keer per jaar plaats. Op

instellingsniveau is er contact en worden beleidsafspraken gemaakt tussen de managers/stafarts van de instellingen voor JGZ en kinderartsen. De afstemming van zorg voor pré- en dysmatuuren tussen kinderarts en JGZ is beschreven in een protocol (NVK/NVJG 1997).

4.5.4 *Samenwerking en communicatie met overige (para-) medici*

Samenwerking tussen JGZ-artsen en overige (para-)medisch specialisten is wisselend. Vanuit de JGZ wordt vooral -via de huisarts- verwezen naar oogartsen, orthopeden, urologen. Bij de paramedici zijn er veel verwijzingen naar kinderfysiotherapeut en logopedist. Met de oogartsen zijn landelijke afspraken gemaakt in het kader van het TOV-onderzoek (Tijdsige Opsporing Visuele stoornissen). Schriftelijke terugrapportage over vanuit de JGZ verwezen kinderen van de oogartsen aan de JGZ is in het algemeen redelijk goed, alhoewel ook hier weer grote regionale verschillen zijn. Afspraken met de urologen (en andere betrokkenen) zijn er op het gebied van de niet-scrotale testes. Met orthopeden bestaan er regelmatig op regionaal niveau afspraken rondom de opsporing van dysplastische heupontwikkeling. Schriftelijke terugkoppeling vanuit de urologen of orthopeden aan de JGZ geschiedt zelden. Er is in het algemeen weinig noodzaak tot onderlinge overleg op niveau van het betreffende kind, beleidsafspraken vinden plaats met managers of stafarts van de JGZ-instellingen.

Samenwerking tussen paramedici en de JGZ kan in het algemeen nog wel verbeterd worden maar ook hier zijn er grote regionale en individuele verschillen. Samenwerking kan bijvoorbeeld bestaan uit goede terugkoppeling ná verwijzing vanuit de JGZ, gezamenlijk beoordelen van gemeenschappelijke patiënten, mondelinge afstemming van beleid en werkafspraken.

4.6 **Wijs verwijzen?**

Een vraag die de afgelopen jaren steeds opkomt, is of de keten van JGZ-huisarts-2^e lijn in alle gevallen wel de meest efficiënte is. Moeten alle door de JGZ opgespoorde kinderen met een mogelijke ziekte of aandoening altijd eerst naar de huisarts? Bij ongeveer 1/3 van de verwezen kinderen is hier geen twijfel over, dit zijn b.v. kinderen die naar de huisarts verwezen worden voor behandeling van eczeem of luchtwegklachten. De overige 2/3 kinderen worden verwezen naar aanleiding van o.a. screeningsonderzoek, voedingsproblemen, biometrie en ontwikkelingsonderzoek. Dit zijn aandoeningen waarbij het onderzoek van de huisarts in het algemeen weinig toevoegt aan het onderzoek door de jeugdgezondheidszorg en de huisarts ook geen rol speelt in de behandeling. De weg langs de huisarts maakt de zorg in dat geval nodeloos duur en kan doctor's en/of patient's delay veroorzaken. De opbrengst van sommige onderzoeken in de JGZ is hierdoor mogelijk ook lager (Juttmann 2001) dan met een efficiëntere verwijzroute mogelijk zou zijn. Ook voor de ouders betekent het tijdsverlies. Een consult bij de huisarts kost extra tijd. Werkende ouders moeten vrije dagen opnemen wat ten koste gaat van de arbeidsproductiviteit.

De huidige verwijzstructuur waarborgt de rol van de huisarts als poortwachter van de 2^e lijn. De huisarts heeft goed zicht op de verwijzsmogelijkheden in de 2^e lijn en is als behandelend arts én gezinsarts goed uitgerust om zijn poortwachtersfunctie te vervullen. Door bij slechts 3% van al zijn contacten door te verwijzen naar de 2^e lijn (Carbol et al 2004) levert de huisarts een belangrijke bijdrage aan een efficiënt gebruik van de gezondheidszorg. Directe verwijzing door niet-huisartsen leidt mogelijk tot een verschuiving van het aantal en soort verwijzingen naar de 2^e lijn. Zolang hierbij sprake is van een kwaliteitsverbetering (minder onterecht niet verwezen kinderen en niet meer onterecht verwezen kinderen) is dit een positieve ontwikkeling die echter wel kan leiden tot een toename van wachtlijsten.

Als meerdere artsen gaan doorverwijzen naar de 2^e lijn kan onduidelijkheid ontstaan over onderlinge verantwoordelijkheden. Wie zorgt er voor eventuele controle en nabehandeling? Wie is er verantwoordelijk voor vervolgacties bij een afwijkende echo van de heupen van een kind dat verdacht wordt op een dysplastische heupontwikkeling? Eisen die gesteld worden aan de samenwerking en onderlinge communicatie van de JGZ met huisartsen en specialisten zullen toenemen.

In tabel 5 staan de mogelijke voor- en nadelen van een directe verwijzroute van de JGZ naar de 2^e lijn nog eens op een rij. In tabel 4 worden de sterke en zwakke punten van de JGZ-arts én de huisarts ten aanzien van de vroegopsporing van ziekten en aandoeningen bij kinderen weergegeven.

Tabel 5 Directe verwijzingen vanuit de JGZ naar de 2^e lijn: kansen en bedreigingen

Voor wie?	Kansen	Bedreigingen
Gezondheidszorg	Efficiëntere verwijzroute; route via huisarts draagt niet altijd bij aan kwaliteit van de verwijzing. Mogelijk hogere opbrengst screeningsonderzoek in de JGZ Efficiënter gebruik artsencapaciteit	Mogelijke verschuiving verwijzingen naar de 2 ^e lijn en toename wachtlijsten
Ouders en kinderen	Kortere verwijzroute, kost minder tijd Eenduidiger beleid	Huisarts als gezinsarts niet 'vanzelf' op de hoogte van de verwijzing Niet altijd meer 'second opinion' van huisarts
JGZ	Deskundigheid JGZ-arts goed benut Gelijkwaardigere relatie met huisarts Rechtstreeks contact met en feedback uit 2 ^e lijn	Meer werk en verantwoordelijkheid voor JGZ Controle verwijzingen door ziekenfondsen
Huisarts	Minder werk Gelijkwaardigere relatie met JGZ	Rol als poortwachter verdwijnt Niet 'vanzelf' meer op de hoogte van verwijzing

Tabel 6 Sterkte-Zwakte analyse JGZ en HA t.a.v. vroegopsporing van aandoeningen en verwijzing van kinderen 0-19 jaar naar de 2^e lijn

Sterkte JGZ-arts	JGZ Zwakte
Ziet alle (gezonde) kinderen	Niet altijd op de hoogte van problemen en medische voorgeschiedenis ouders/gezin
Veel kennis over biometrie, ontwikkeling, screeningsonderzoek en voeding	Minder kennis over ziekten, behandelingen e.d. en geen mogelijkheden voor behandeling en nazorg
Kennis sociale kaart in het algemeen goed	Weinig ervaring met directe verwijzingen naar de 2 ^e lijn, geen ervaring als 'poortwachter'
Coördinerende rol zorg kinderen 0-4 jaar	Grote verschillen in opleidingsniveau, onduidelijkheid over gewenst opleidingsniveau, veel JGZ-artsen m.n. in de 0-4 jarigenzorg zijn niet geregistreerd in beroepsregister
Doet zowel verwijzingen op psychosociaal terrein als medisch terrein	Nog weinig standaarden JGZ, standaarden niet altijd afgestemd op 1 ^e en 2 ^e lijn
JGZ-team van verpleegkundige en cb-arts waardoor ook goede kijk op opvoedkundig klimaat en opvoedkundige problemen	Samenwerking met 1 ^e en 2 ^e lijn op patiënt-, regionaal- en landelijk niveau kan verbeterd worden.
Contact met breed scala aan zorg- en hulpverleners rondom jeugd, inclusief peuterspeelzaal en school	Weinig tijd per kind
Monitoring o.a. verwijzingen op instellingsniveau	Niet altijd optimale terugkoppeling monitoring verwijzingen naar JGZ-artsen e.a. betrokkenen
Sterkte HA	Zwakte HA
Gezinsarts, heeft informatie over gehele gezin.	Ziet een geselecteerde patiëntenpopulatie: vooral zieke kinderen
Veel kennis over ziektes bij kinderen en behandelingsmogelijkheden	Beperkte kennis over gezonde kind, voeding, screeningsonderzoek bij kinderen, biometrie en ontwikkeling
Onderzoek, behandeling, verwijzing en nazorg in één hand	Werkt veelal monodisciplinair
Veel ervaring met verwijzingen naar de 2 ^e lijn	Samenwerking met 1 ^e en 2 ^e lijn op patiënt-, regionaal- en landelijk niveau kan verbeterd worden.
Goede kennis sociale kaart	Weinig contact met peuterspeelzaal en school
Goed opleidingsniveau, beroepsregister	Weinig tijd per kind
Goede poortwachter voor 2 ^e lijn	Minder zicht op opvoedkundig klimaat gezin
Veel NHG-standaarden met name over 'zieke kinderen'	Weinig NHG standaarden over preventie en vroegopsporing bij kinderen
Goede landelijk monitoring o.a verwijzingen	

4.6.1 Lokale Projecten direct verwijzen

Op vele plaatsen in Nederland wordt op dit moment in diverse projecten ervaring opgedaan met rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ naar de 2^e lijn. In deze projecten wordt veelal gekozen voor directe verwijzing voor enkele verwijfsredenen, zoals bijvoorbeeld het oogonderzoek, heuponderzoek of gehoor c.q. taal- en spraakproblemen.

Voorlopige ervaringen in deze projecten lijkt positief. Belangrijke voorwaarde voor het slagen van deze projecten is dat alle betrokken partijen (JGZ-artsen, huisartsen, 2^e lijns-artsen/paramedici, ziektekostenverzekeraars) goed op de hoogte zijn van het project, dat

er goede samenwerkingsafspraken zijn en dat er verwijzing geprotocolleerd gebeurt. (Buiting 2004).

4.7 Deel 1b Methodiek Rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ

4.7.1 *Competentie van de JGZ*

De medische competentie van de JGZ (tabel 7) omvat:

- vroegopsporing van aandoeningen en ziekten bij kinderen van 0-19 jaar door middel van periodiek gezondheidsonderzoek, screeningsonderzoeken, ontwikkelingsonderzoek en biometrie.
- preventie, diagnose en advisering bij / behandeling van lichte voedingsproblemen, ontwikkelingsproblemen, functiestoornissen en diverse 'kleine kwalen' bij kinderen van 0-19 jaar.

Naast medische competentie heeft de JGZ competentie op het gebied van psychosociale problematiek en opvoedingsondersteuning van ouders. Als begeleiding of behandeling elders wenselijk is, worden ouders en kinderen gericht verwezen.

Tabel 7 Medische competentie in de JGZ

<p>Screeningsonderzoek Vroegopsporing, opsporing van CHT/AGS/PKU (hielprik), (aangeboren) gehoorstoornissen, aangeboren hartafwijkingen, scoliose, visusstoornissen, niet-ingedaalde testikels en liesbreuken, dysplastische heupontwikkeling (DHO).</p> <p>Ontwikkelingsonderzoek Vroegopsporing gedrags- en ontwikkelingsstoornissen zoals motorische ontwikkelingsstoornissen (spastische parese), algemene ontwikkelingsstoornissen/retardatie, genetische syndromen, taalspraakontwikkelingsstoornissen en gedragsproblemen. Preventie, diagnose en (beperkte) behandeling van lichte taal-spraak-, motorische- en gedragsontwikkelingsproblemen</p> <p>Biometrie Vroegopsporing stoornissen, aandoeningen of ziekten die gepaard gaan met afwijkende lengtegroei, -gewichtstoename of - schedelgroei.</p> <p>Voeding Preventie, diagnose en behandeling van voedselovergevoeligheid, overgewicht, en (borst)voedingsproblemen.</p> <p>'Kleine kwalen' Preventie, diagnose en behandeling (beperkt) van diverse huidproblemen (smetplekken, luieruitslag, constitutioneel eczeem, seborrhoïsch eczeem), spruw, gastro-oesofageale reflux, obstipatie, diarree, traanbuisstenose, verkoudheden etc.</p> <p>Functiestoornissen Preventie, diagnose en behandeling van functiestoornissen bij kinderen: overmatig huilen zuigeling, slaapproblemen en zindelijkheidsproblematiek (enuresis/encopresis)</p>
--

4.7.2 *Verwijzing en de JGZ*

Verwijzing is een instrument dat tot de bagage van elke medicus behoort. Een goede verwijzing is zo gericht en efficiënt mogelijk en veroorzaakt zo min mogelijk delay. De

JGZ verwijst dagelijks naar een heel scala zorg- en hulpverleners. De JGZ-arts verwijst voor medische zaken in principe naar de huisarts. Als verwijzing naar de huisarts geen meerwaarde biedt wat betreft aanvullend onderzoek of behandeling verwijst de JGZ-arts rechtstreeks naar de 2^e lijn.

Bij complexe situaties, acute situaties en bij twijfel naar wie een kind verwezen moet worden, overlegt de JGZ-arts met huisarts en/of (para) medisch specialist.

Ouders en kinderen met vragen of problemen binnen het competentiegebied van de JGZ kunnen door huisartsen, specialisten en andere hulp- of zorgverleners naar de JGZ verwezen worden.

4.7.3 *Naar wie verwijzen?*

In de meeste gevallen verwijst de JGZ-arts na screeningsonderzoek, ontwikkelingsonderzoek en biometrie voor aanvullend onderzoek en eventuele behandeling door de (para-)medisch specialist of de huisarts. Bij sommige aandoeningen stelt de JGZ-arts zelf de diagnose en start de behandeling in de JGZ. Bij onvoldoende resultaat of bij ernstige klachten wordt verwezen.

Tabel 8 geeft een overzicht van verwijsredenen c.q. aandoeningen in de JGZ én de (para-)medicus waarnaar zonodig verwezen wordt.

Tabel 8 Naar wie wordt verwezen vanuit de JGZ?

Verwijsreden/ aandoening JGZ	Naar wie verwijzen?
Afwijkingen Screeningsonderzoek	
Hielprik	Kinderarts 2 ^e en 3 ^e lijn
Neonatale gehoorscreening	Audiologisch Centrum.
Gehoorstoornissen	Huisarts, KNO-arts en/of Audiologisch centrum
Aangeboren hartafwijkingen	Kinderarts
Visusstoornissen	Oogarts en orthoptist
Niet-ingedaalde testikels	Kinderarts en eventueel uroloog
Liesbreuk	Kinderarts en eventueel chirurg
Dysplastische Heup Ontwikkeling	Radioloog en eventueel orthooped
Afwijkingen Ontwikkelingsonderzoek	
Motorische ontwikkelingsstoornis	Kinderarts, zn. VTO-team/Integrale Vroeghulp
Algemene ontwikkelingsstoornis/ mentale retardatie	Kinderarts, zn. VTO-team/Integrale Vroeghulp
Verdenking syndroom/genetische afwijking	Kinderarts
Vertraagde motorische ontwikkeling	Fysiotherapeut
Voorkeurhouding zuigeling	Fysiotherapeut
Enkelvoudig taalspraakprobleem	Logopedist
Complexe taalspraakstoornis	Audiologisch centrum
Psychiatrische (gedrags-) problemen ¹	GGZ, Bureau Jeugdzorg
Afwijkingen Biometrisch onderzoek	
Groeistoornissen	Kinderarts
Obesitas	Kinderarts
Voedingsproblemen	
Ernstige voedselovergevoeligheid	Kinderarts
Complexe voedingsstoornissen	Kinderarts
Enkelvoudige stoornis mondmotoriek	(Pré)logopedie
Enkelvoudige voedingsstoornissen	Diëtist
(Kleine) Kwalen	
Ernstige huidproblemen	Huisarts
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
Funciestoornissen	
Overmatig huilen zuigeling	Huisarts, Bureau Jeugdzorg, GGZ e.a.
Ernstige slaapproblemen	Huisarts, Bureau Jeugdzorg of GGZ e.a.
Ernstige zindelijkheidsproblemen	Kinderarts

¹ Gedragsproblemen 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 (niet psychiatrische) medische oorzaak van de gedragsproblemen wordt verwezen naar de kinderarts.

4.8 Randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing JGZ - 2^e lijn

4.8.1 *Communicatie JGZ-arts en ouders*

Als de JGZ-arts een probleem of afwijking constateert, bespreekt de JGZ-arts dit met kind/ jeugdige en/of ouders om tot een gezamenlijke probleemdefinitie te komen. Hierna vindt een advies- en eventueel een verwijsgesprek plaats. In dit verwijsgesprek komen de verwijsmogelijkheden aan bod, wordt de beslissing tot verwijzing genomen en informatie gegeven over de instantie waarnaar verwezen wordt. Er wordt afgesproken hoe terugkoppeling van informatie plaatsvindt en of een follow-up contact wenselijk is. De JGZ-arts geeft de verwijsbrief mee aan ouders in een open enveloppe.

4.8.2 *Communicatie JGZ-arts, huisarts en specialist*

Een efficiënte en effectieve verwijzing vanuit de JGZ is alleen mogelijk als er sprake is van goede ketenzorg en communicatie tussen de betrokkenen over het traject voor, tijdens en ná verwijzing. Dit geldt overigens niet alleen voor verwijzing van de JGZ-arts naar de (para-)medisch specialist. Ook bij verwijzingen van de JGZ naar b.v. de GGZ of Bureau Jeugdzorg valt of staat een geslaagde verwijzing bij een goede verwijsbrief, werkafspraken en tijdig overleg.

4.8.2.1 *Verwijsbrief*

De JGZ-arts maakt bij verwijzing gebruik van een verwijsbrief. De verwijsbrief bevat informatie over de reden van de verwijzing, anamnese, risicofactoren, lichamelijk onderzoek, aanvullend onderzoek (o.a. groei en ontwikkeling), behandeling/adviezen tot op heden, bespreking, diagnose, eventuele overige gegevens, vraagstelling en procedurevoorstel. Voor een voorbeeld van een verwijsbrief JGZ, zie bijlage B. Voor verwijzing van de JGZ naar de oogarts bestaan speciale verwijsbrieven met antwoordstrook voor oogarts/orthoptist. De inhoud hiervan is ontwikkeld door de Stichting TOV (Tijds Op sporing Visuele Stoornissen) in overleg met oogartsen en orthoptisten.

De verwijsbrief wordt aan ouders mee gegeven in een open enveloppe. Bij rechtstreekse verwijzing naar (para-) medisch specialist/hulpverlener wordt de huisarts van de verwijzing op de hoogte gebracht middels een kopie van de verwijsbrief. De (para-) medisch specialist/ hulpverlener wordt verzocht de brief met de uitslag van aanvullend onderzoek en eventueel behandeling zowel naar de JGZ als de huisarts te sturen.

4.8.3 *Verantwoordelijkheden en werkafspraken*

Als de JGZ naar de 2^e lijn verwijst voor aanvullend onderzoek moeten er duidelijke afspraken zijn tussen JGZ, huisarts en specialist over het traject ná onderzoek: wie zorgt voor eventuele behandeling en nazorg?

De JGZ-arts volgt door haar verwezen kinderen totdat huisarts, hulpverlener of (para-) medisch specialist onderzoek en behandeling inzet (voorkeur). Bij (voortijdige) beëindiging van het onderzoek en/of de behandeling informeert de huisarts, hulpverlener of (para-)medisch specialist de JGZ-arts, waarna de JGZ-arts de zorg voor deze kinderen weer op zich neemt (achterdeur).

4.8.3.1 *Overleg*

Bij twijfel en in acute en complexe situaties overlegt de JGZ-arts met huisarts/andere hulpverleners/(para-)medisch specialist voorafgaand aan verwijzing. De JGZ-arts is telefonisch en/of per e-mail bereikbaar voor overleg.

Bij parallelle zorg door JGZ, hulpverleners, medisch specialisten (m.n. kinderarts) en huisarts vindt cliënt/patiëntgebonden afstemming en overleg plaats. De JGZ kan hierbij een taak vervullen m.b.t. zorgcoördinatie.

Naast patiënt- en cliëntgebondenoverleg is er regelmatig overleg tussen JGZ, huisartsen, (para-)medisch specialisten en hulpverleners voor taakafbakening en werkafspraken. Waar mogelijk vindt gezamenlijke bijscholing plaats.

4.8.4 *Protocollering*

Verwijsredenen die in aanmerking komen voor rechtstreekse verwijzing van de JGZ naar (para-) medisch specialist zijn in principe geprotocolleerd. In aanmerking komen CBO-consensus, JGZ-Standaarden, NHG-standaarden, instellingsprotocollen, landelijke of regionale transmurale afspraken e.d. Het spreekt vanzelf dat de inhoud van de protocollen bij de diverse betrokkenen bekend moet zijn en dat volgens protocol gewerkt wordt.

Minimaal zijn het onderzoek door de JGZ en de verwijscriteria beschreven, bij voorkeur in een landelijke standaard of CBO-consensus. Regionaal of lokaal worden zo nodig aanvullende afspraken gemaakt met huisartsen, hulpverleners en (para-) medisch specialisten over de rol van iedere partner in de keten.

4.8.5 *Deskundigheid JGZ-arts*

Verwijzing behoort tot de dagelijkse werkzaamheden van de (JGZ-)arts. Alle JGZ-artsen zijn hiertoe voldoende uitgerust door hun opleiding tot basisarts, eventuele aanvullende opleidingen, hun werkervaring in de JGZ en continue bij- en nascholing.

Rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar (para-) medici in de 1^e en 2^e lijn is mogelijk als de JGZ-arts minstens één jaar werkzaam is in de JGZ en goed is ingewerkt. In het eerste jaar dat artsen werkzaam zijn in de JGZ verwijst de JGZ-arts onder supervisie van een ervaren collega.

Registratie in het beroepsregister van de AJN en bijscholing op het gebied van methodisch verwijzen strekt zeer tot aanbeveling.

In de toekomst zal de opleiding van artsen in de JGZ bestaan uit een introductie cursus gevolgd door een 2-jarige opleiding tot jeugdarts of een 4-jarige opleiding tot arts maatschappij en gezondheid. Het verdient aanbeveling in de nieuwe opleidingen aandacht te besteden aan methodisch verwijzen vanuit de JGZ.

4.9 **Deel 1c Verwijsredenen pilot rechtstreeks verwijzen**

4.9.1 *Inleiding*

Een overzicht van verwijsredenen in het medische competentiegebied van de JGZ waarvoor verwezen wordt naar huisarts of 2^e lijn is gegeven in tabel 6. Voor een aantal verwijsredenen is het verwijstraject nader uitgewerkt in verband met de pilot 'rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn'.

De expertgroep/klankbordgroep rechtstreeks verwijzen heeft de verwijsredenen voor de pilot gekozen. De volgende criteria waren van doorslaggevend belang; Wordt er regelmatig voor deze aandoening verwezen vanuit de JGZ 0-6 jaar? Is er meerwaarde te verwachten bij rechtstreekse verwijzing naar de 2^e lijn? En zijn er goede en geaccepteerde protocollen beschikbaar waarin het onderzoek in de JGZ, verwijscriteria en de rol van de ketenpartners beschreven staat?

De expertgroep heeft de volgende verwijsredenen gekozen:

- Naar Radioloog/ orthopeed: kinderen met verdenking op dysplastische heupontwikkeling (DHO), voor nadere diagnostiek en eventuele behandeling.
- Naar Oogarts/ orthoptist: kinderen met verdenking op visusproblemen voor nadere diagnostiek en eventuele behandeling.

- Naar Kinderarts: kinderen met verdenking op aangeboren hartafwijkingen, niet-ingedaalde testikels, ontwikkelingsstoornissen, groeistoornis, ernstige voedings(gerelateerde)problemen.

Hieronder wordt voor de verwijssredenen uit de pilot achtereenvolgens beschreven; het gezondheidsprobleem, het doel van vroegopsporing en behandeling, de onderzoeks- of screeningsmethode in de JGZ, protocollering, meerwaarde van verwijzing via de huisarts én de optimale verwijssroute.

4.9.2 *Verwijzing DHO naar radioloog/orthooped*

4.9.2.1 *Omschrijving gezondheidsprobleem*

Dysplastische heupontwikkeling (DHO) komt bij 2-5% van de zuigelingen voor. Heupluxatie wordt gezien bij 1 op de 1000-1500 kinderen. De aandoening komt familiair voor, vaker bij meisjes dan bij jongens. Ook kinderen die geboren worden in stuitligging en kinderen met aangeboren afwijkingen aan het bewegingsapparaat hebben een verhoogd risico op DHO.

DHO is een aangeboren aandoening die meestal in de loop van het eerste levensmaanden - levensjaar zichtbaar wordt bij lichamelijk onderzoek of beeldvormend onderzoek van de heupen.

4.9.2.2 *Doel van vroegopsporing en behandeling*

Vroege opsporing van kinderen met DHO is van belang, omdat een tijdig begin van de behandeling (optimale leeftijd voor behandeling is 3-6 maanden) in het algemeen de beste resultaten geeft. Late behandeling leidt tot ingrijpendere en langdurigere behandelingsmethoden met risico op ernstige complicaties (femurkopnecrose na heupoperatie). Als er geen of te late behandeling plaatsvindt, kan dat bij kinderen leiden tot mank lopen of versnelde heupslijtage op jongvolwassen leeftijd.

4.9.2.3 *Screeningsmethode*

Tot het einde van het 1^e levensjaar maar vooral in de eerste levensmaanden worden zuigelingen op de consultatiebureaus herhaaldelijk onderzocht op een mogelijk dysplastische heupontwikkeling (DHO). Kern van het screeningsonderzoek op DHO in de JGZ is dat er door middel van herhaald lichamelijk onderzoek (abductie heupen, beenlengte/ kniehoogte), gerelateerde aangeboren afwijkingen én anamnese (stuitbevalling, familie-anamnese) een groep kinderen geselecteerd wordt met een verhoogd risico op dysplastische heupontwikkeling.

Ongeveer 1 op de 7 kinderen die vanuit de JGZ wordt verwezen heeft een DHO die behandeld moet worden. Sensitiviteit van het screeningsonderzoek in de JGZ (tot de leeftijd van 6 maanden) op DHO is 86%, specificiteit 82% (Boere-Boonekamp 1996).

4.9.2.4 *Wat gebeurt er na verwijzing van de JGZ?*

Kinderen met een verhoogd risico op DHO worden verwezen voor beeldvormend onderzoek (echoscopie heupen en/ óf röntgenfoto heupen).

Als er via echoscopie en röntgenfoto sprake blijkt te zijn van een DHO worden kinderen doorverwezen naar de orthooped voor behandeling. Behandeling van DHO op jonge leeftijd vindt in het algemeen plaats met behulp van een spreidbroek, spreidspalk of Pavlik-bandage gedurende enkele maanden. Hierbij worden de benen gefixeerd in abductiestand zodat de femurkop in het acetabulum wordt gereponeerd. De effectiviteit van conservatieve behandeling gestart vóór de leeftijd van 6 maanden is 80% (bij heupluxatie) tot 95% (bij DHO of sublaxatie). Soms is een gipskorset noodzakelijk. Tijdige opsporing en behandeling van DHO kan nagenoeg altijd chirurgisch ingrijpen voorkomen.

4.9.2.5 *Protocollering*

Er is geen landelijke JGZ-standaard voor de opsporing van DHO. De Werkgroep Kinder Orthopedie heeft in 2002 (WKO 2002) enkele aanbevelingen gedaan. Deze aanbevelingen, aangevuld met adviezen uit de JGZ (Boere-Boonekamp 2002) komen terug in regionale protocollen. In Noord-Brabant wordt gewerkt met een provinciaal protocol 'Opsporing van dysplastische heupontwikkeling in de JGZ' (Provinciale Contactgroep Noord Brabant 2003). In dit protocol staat het onderzoek in de JGZ beschreven en worden verwijscriteria gegeven. Er is geen NHG-Standaard specifiek over dit onderwerp. Wel wordt het heuponderzoek genoemd in de NHG-Standaard 'Onderzoek pasgeborene' (NHG 2001). Er zijn geen discrepanties tussen de NHG-Standaard en het Noord-Brabantse protocol.

4.9.2.6 *Huidige verwijfsroute via huisarts*

Verwijzing bij verdenking op DHO vindt op dit moment via de huisarts plaats. Ongeveer 7% van alle zuigelingen wordt om deze reden verwezen door de JGZ (Buiting 2001).

Bij het grootste deel van de kinderen vraagt de huisarts beeldvormend onderzoek aan, soms verwijft hij naar de orthooped. Bij ongeveer 1 op de 5 van alle JGZ-verwijzingen op verdenking van DHO wordt in eerste instantie door de huisarts een expectatief beleid gevoerd (Buiting 2001). Er is niet bekend wat er vervolgens met deze kinderen gebeurt. Mogelijk wordt een deel van hen in een later stadium opnieuw vanuit de JGZ verwezen.

4.9.2.7 *Optimale verwijfsroute opsporing DHO*

Het screeningsonderzoek op DHO vereist veel kennis en ervaring. Symptomen van DHO komen veel voor o.a. bij kinderen met een voorkeurshouding en zijn soms aspecifiek. Ook veranderen de symptomen in de loop van de tijd. Als de symptomen niet heel duidelijk zijn is herhaling van het onderzoek aangewezen alvorens besloten wordt dat beeldvormend onderzoek noodzakelijk is. Onnodige verwijzing moet voorkomen worden om ouders niet teveel te belasten, doch tijdige opsporing van DHO is belangrijk om ingrijpende behandelingen te voorkomen. De huisarts heeft in het algemeen weinig kennis en ervaring in het uitvoeren van screening op DHO en heeft geen mogelijkheden voor aanvullend onderzoek of behandeling.

Rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ naar de radioloog voor beeldvormend onderzoek is aan te bevelen. Optimale leeftijd voor verwijzing bij verdenking op DHO is 3-4 maanden. Indien uit beeldvormend onderzoek blijkt dat er daadwerkelijk sprake is van DHO verwijft de radioloog door naar de orthooped voor behandeling. Bij kinderen ouder dan 6 maanden met verdenking op DHO wordt rechtstreeks verwezen van de JGZ naar de orthooped. Dit is ook het geval bij kinderen die al eerder verwezen zijn op verdenking van een DHO, maar waarbij de echo en/of de röntgen-foto van de heupen aanvankelijk geen afwijkingen liet zien.

Bij verwijzing naar de afdeling radiologie of rechtstreeks naar de orthooped kan gebruik gemaakt worden van de algemene verwijsbrief JGZ (zie bijlage B). De huisarts ontvangt hiervan een kopie.

Indien sprake is van een DHO ontvangt de huisarts én de JGZ bericht van radioloog en behandelende orthooped.

4.9.3 *Verwijzing visuele stoornissen naar oogarts*

4.9.3.1 *Omschrijving gezondheidsprobleem*

Strabismus en refractieafwijkingen zijn veel voorkomende visuele stoornissen (2-6%) bij kinderen jonger dan 6 jaar, die kunnen leiden tot amblyopie. Amblyopie is slecht gezichtsvermogen in één oog doordat het oog zich in de kinderjaren (<9 jaar) niet optimaal heeft kunnen ontwikkelen ('lui oog'). Prevalentie van amblyopie is 2-5%.

Amblyopie kan negatieve gevolgen hebben voor de ooghandcoördinatie en is na de leeftijd van 7-9 jaar niet meer te behandelen.

Aangeboren oogafwijkingen, zoals congenitaal cataract en primair congenitaal glaucoom, zijn zeldzaam maar kunnen bij te late onderkenning leiden tot ernstige visuele handicaps. Retinoblastoom kan zelf levensbedreigend zijn.

4.9.3.2 *Doel van vroegopsporing en verwijzing*

Vroege opsporing en behandeling van amblyopie, bij voorkeur vóór de leeftijd van 5-6 jaar, geeft waarschijnlijk de gunstigste behandelingsresultaten. Ook is amblyopie-behandeling (afplakken 'goede oog') waarschijnlijk eenvoudiger bij jongere kinderen. Ongeveer 7-9% van de kinderen van 7 jaar of ouder heeft een bril nodig om optimaal te functioneren.

Vroegopsporing van aangeboren afwijkingen zoals congenitaal cataract, glaucoom of retinoblastoom kan in sommige gevallen ernstige visuele stoornissen voorkomen of verminderen.

4.9.3.3 *Screeningsmethoden*

- Het VOV of TOV-onderzoek ((Vroeg)Tijdige Opsporing Visuele stoornissen) en het Van Wiechenonderzoek worden gebruikt voor de opsporing van visuele stoornissen bij kinderen jonger dan 3 jaar. Het VOV-onderzoek (6 maanden-2 jaar) bestaat uit inspectie van het uitwendig aspect van het oog, de pupil en de pupilreacties, de fundusreflex, de oogstand en de volgbewegingen. De sensitiviteit van het VOV-onderzoek bij kinderen van 9 maanden is 100%, de specificiteit 96% en de voorspellende waarde van een positieve test is 43% (optimaal geschoold personeel, optimale omstandigheden).
- Oogonderzoek met Amsterdamse Plaatjes Kaart (3 jarigen) of Landolt-C-kaart (vanaf 3 jaar en 9 maanden)

4.9.3.4 *Protocollering*

Wetenschappelijke achtergrond van het oogonderzoek bij jonge kinderen, optimale uitvoering van het onderzoek en de verwijscriteria staan beschreven in de landelijke JGZ-Standaard 'Opsporing van visuele stoornissen in de JGZ 0-19 jaar (JGZ-Standaard 2002). Deze stroken grotendeels met de verwijscriteria van de huisarts zoals beschreven in de NHG-Standaard Refractieafwijkingen (NHG 2001). Alleen over de leeftijd waarop een kind met verdenking op een refractieafwijking nog door de oogarts moet worden gezien bestaat verschil van mening. De NHG-Standaard hanteert een leeftijdsgrens van > 6 jaar voor verwijzing naar de optometrist. In de JGZ-standaard wordt 10 jaar als leeftijdsgrens gehanteerd. De Nederlandse Vereniging voor Orthoptie en de Nederlandse Vereniging van Kinderoogartsen (het Donders Gezelschap voor Strabologie) hanteren eveneens een leeftijdsgrens van 10 jaar.

4.9.3.5 *Huidige verwijroute via huisarts*

Als kinderen naar aanleiding van het oogonderzoek op dit moment vanuit de JGZ verwezen worden naar de huisarts, stuurt de huisarts in een ruime meerderheid van de gevallen door naar de 2^e lijn. Kinderen die verwezen worden naar aanleiding van het visusonderzoek worden in 90% doorgestuurd naar de oogarts voor aanvullend onderzoek en zonodig behandeling (Buiting 2001). Bij verwijzingen naar aanleiding van het TOV-onderzoek betreft dit 70-75% van de kinderen (Jutmann 2001, Buiting 2001). Bij ongeveer 10-30% is het beleid van de huisarts expectatief. Er is niet bekend wat er vervolgens met deze kinderen gebeurt. Mogelijk wordt een deel van hen in een later stadium opnieuw vanuit de JGZ verwezen.

4.9.3.6 *Optimale verwijfsroute*

Oogonderzoek bij jonge kinderen vereist specifieke vaardigheden en ervaring. JGZ-artsen 0-4 jaar worden iedere 5-jaarlijks opnieuw geschoold in het doen van het VOV-onderzoek. Deze kennis en ervaring is bij de huisarts niet standaard aanwezig. De huisarts heeft geen mogelijkheden voor aanvullend onderzoek en behandeling ná een verwijfsing op verdenking van visusstoornissen door de JGZ-arts.

Rechtstreekse verwijfsing vanuit de JGZ naar de oogarts lijkt de optimale verwijfsroute. Voor verwijfsing naar aanleiding van het oogonderzoek zijn door de Stichting TOV speciale verwijfsbrieven ontwikkeld. De huisarts ontvangt een kopie van deze verwijfsbrief (bijlage B)

4.9.4 *Verwijfsingen naar de kinderarts*

4.9.4.1 *Inleiding*

Vanuit de JGZ wordt om verschillende redenen naar de kinderarts verwezen. De volgende aandoeningen/screeningonderzoeken komen in de pilot in aanmerking voor rechtstreeks verwijfsing:

- A. Screeningsonderzoek op aangeboren hartafwijkingen
- B. Screeningsonderzoek op niet-ingedaalde testikels
- C. Ontwikkelingsonderzoek volgens Van Wiechen (opsoren motorische ontwikkelingsstoornis/ spastische parese en algemene ontwikkelingsstoornis/ retardatie)
- D. Biometrisch onderzoek (opsporing onvoldoende of te snelle lengtegroei, onvoldoende gewichtstoename, te sterke/zwakke groei schedelomtrek, obesitas)
- E. Diverse ernstige voedings(gerelateerde) stoornissen

4.9.4.2 *A. Screeningsonderzoek op aangeboren hartafwijkingen*

Omschrijving gezondheidsprobleem

Zes tot acht per duizend kinderen heeft een aangeboren hartafwijking zoals b.v. een ventrikelseptumdefect (VSD), atrium septumdefect (ASD), persistente ductus arteriosus (PDA), aortastenose (AS), coarctatio aortae (CA) of tetralogie van Fallot. Er is een verhoogde kans op aangeboren hartafwijkingen bij 1^e graads familieleden met een aangeboren hartafwijking en bij genetische syndromen zoals het syndroom van Down.

Doel van vroegopsporing en verwijfsing

Doel van tijdige opsporing en behandeling van aangeboren hartafwijkingen is het voorkomen van complicaties zoals hartfalen en zuurstofgebrek. Ongeveer de helft van alle aangeboren hartafwijkingen wordt ontdekt vóór het eerste bezoek aan het consultatiebureau op de leeftijd van 1 maand. Bij een optimale uitvoering van de screening op aangeboren hartafwijkingen kan het aantal 'te laat' ontdekte kinderen met een hartafwijking worden teruggebracht van 58% naar 17%. Bij ernstige hartafwijkingen is operatieve behandeling meestal noodzakelijk. Kinderen met een hartafwijking hebben een grotere kans op endocarditis na een tandheelkundige of operatieve ingreep. Door adequate antibioticaprofylaxe vermindert dit risico.

Screeningsmethoden

(Herhaald) Lichamelijk onderzoek en anamnese bij zuigelingen en jonge kinderen tot 4 jaar. Het onderzoek bestaat uit beoordeling van gewicht- en lengtegroei, inspanningstolerantie, inspectie huid en slijmvliezen, auscultatie van hart en longen,

palpatie van de arteriae femoralis. Bij verdenking op een aangeboren hartafwijking wordt een volledige anamnese en verder cardiaal onderzoek verricht, o.a. palpatie van lever, milt en borstkas kind (thrill).

De sensitiviteit van de opsporing van aangeboren hartafwijkingen wordt geschat op 57%, de specificiteit op 98,5% en de positief voorspellende waarde op 13%. Bij een getrapte volledige screening stijgt de sensitiviteit naar 89% (Juttmann 1999)

Protocollering

Wetenschappelijke achtergrond van het onderzoek op aangeboren afwijkingen in de JGZ, optimale uitvoering van het onderzoek én de verwijscriteria staan beschreven in de landelijke JGZ-Standaard 'Vroegtijdige opsporing aangeboren hartafwijkingen' (JGZ-Standaard 2005).

Er is geen NHG-Standaard specifiek gericht op de vroegopsporing van aangeboren hartafwijkingen. In de NHG-Standaard 'Onderzoek pasgeborene' (NHG 2001) is het onderzoek naar hartafwijkingen beperkt tot het beoordelen van de kleur en de hart- en ademhalingsfrequentie van de neonat. Er zijn geen discrepanties tussen de NHG-Standaard en de JGZ-Standaard.

Huidige verwijroute via huisarts

Als kinderen naar aanleiding van onderzoek op aangeboren hartafwijkingen vanuit de JGZ verwezen worden naar de huisarts, stuurt de huisarts op dit moment ongeveer 70% door naar de 2^e lijn (Buiting 2001). Bij de overige kinderen is het beleid van de huisarts expectatief. Er is niet bekend wat er vervolgens met deze kinderen gebeurt. Sommige kinderen houdt de huisarts waarschijnlijk zelf onder controle of worden in een later stadium opnieuw vanuit de JGZ verwezen.

De huisarts heeft geen mogelijkheden voor aanvullende diagnostiek of behandeling na verwijzing door de JGZ-arts van kinderen met een mogelijke hartafwijking.

Optimale verwijroute

Rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ naar de kinderarts voor aanvullend onderzoek en eventueel behandeling van aangeboren hartafwijkingen lijkt de optimale verwijroute. Voor verwijzing kan gebruik gemaakt worden van de algemene verwijsbrief JGZ (bijlage B) + kopie van de groeicurve. De huisarts ontvangt een kopie van de verwijsbrief. De kinderarts bericht zowel de JGZ als de huisarts over zijn bevindingen.

4.9.4.3 B. Screeningsonderzoek op niet-scrotale testes

Omschrijving gezondheidsprobleem

De prevalentie van niet-scrotale testes bij á terme geboren jongens is 2-3%. Bij premature jongens met een geboortegewicht van 2000-2.500 gram is dit 17%, oplopend tot 100% bij jongens met een geboortegewicht kleiner dan 900 gram. In het eerste levensjaar dalen bij een groot aantal van hen de testes alsnog in. Bij 0,7-1,0% van de jongens ouder dan 1 jaar blijven de niet-scrotale testes bestaan. Meestal is sprake van unilaterale niet scrotale testes (3-5 keer vaker dan bilateraal).

Niet-scrotale testes kunnen worden ingedeeld in retractiele testes, geretineerde testes en ectopische testes. Retractiele testes zijn volledig ingedaalde en normaal ontwikkelde testes die door een sterke contractie van de musculus cremaster vanaf de leeftijd van enkele weken gedurende kortere of langere tijd uit hun scrotale positie worden getild. Geretineerde testes zijn onvolledig ingedaalde testes die wel in de normale indalingsweg liggen, maar niet in het scrotum te brengen zijn. Ectopische testes zijn onvolledig ingedaalde testes gelegen buiten de normale indalingsweg.

Retractiele testes behoeven geen behandeling. Een testbehandeling met pregnyl kan helpen bij de differentiaal diagnose. Bij geretineerde of ectopische testes geeft orchidopexie vóór de leeftijd van 2 jaar waarschijnlijk de beste resultaten wat betreft fertiliteit en/of het voorkomen van maligniteit. Opereren ná de leeftijd van 2 jaar en voor de puberteit lijkt weinig meerwaarde te hebben terwijl de kans op beschadiging van de testes groter is. In 1994 werden in Nederland ruim 5 maal meer orchidopexiën verricht dan op grond van de prevalentiecijfers voor geretineerde of ectopische testes verwacht mocht worden. Minder dan 20% van de operaties vonden plaats bij jongens < 2 jaar.

Doel van vroegopsporing en verwijzing

Vroegtijdige opsporing en behandeling voor de leeftijd van 2 jaar van kinderen met geretineerde - en ectopische testes. Voorkomen van onnodige orchidopexie bij kinderen met retractiele testes door goede registratie van de ligging van de testes bij het onderzoek van de jongste zuigelingen .

Screeningsmethode

Inspectie en palpatie testes bij jonge zuigelingen en kinderen. Bij zorgvuldige inspectie en palpatie is de effectiviteit van de onderzoeksmethode 100% (Aendekerk et al 2002).

Verwijscriteria

Jongens waarbij gedurende herhaald onderzoek in het 1^e levensjaar één of beide testikels niet aanwezig zijn in het scrotum, worden op de leeftijd van 1 jaar verwezen naar de kinderarts voor aanvullend onderzoek. Indien sprake is van een afwijkende ligging van de testikel(s) wordt verwezen naar de uroloog voor operatie.

Protocollering

Wetenschappelijke achtergrond van het beleid bij niet-scrotale testes, onderzoeksmethode en verwijscriteria staan beschreven in een CBO-consensus uit 1987 (CBO 1987). Hoewel inmiddels meer dan 15 jaar oud is de inhoud van de consensus uit 1987 onverminderd actueel (Aendekerk et al 2002).

Huidige verwijfsroute via huisarts

Het huidige beleid van de huisarts ná verwijzing door de JGZ-arts bij jongetjes met een niet-ingedaalde testikel is niet bekend.

De huisarts heeft geen mogelijkheden voor aanvullend onderzoek en behandeling van jongetjes die door de JGZ-arts verwezen worden met een niet-ingedaalde testikel.

Optimale verwijfsroute

Rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ naar de kinderarts voor nader onderzoek en vervolgens zo nodig verwijzing naar de uroloog voor een operatieve ingreep lijkt de optimale verwijfsroute. Voor verwijzing kan gebruik gemaakt worden van de verwijsbrief JGZ (bijlage B). De huisarts ontvangt een kopie van de verwijsbrief. De kinderarts bericht zowel de JGZ als de huisarts over zijn bevindingen.

4.9.4.4 C Ontwikkelingsonderzoek

Omschrijving gezondheidsprobleem

Ontwikkelingsproblemen en -stoornissen bij kinderen omvatten een breed scala aan verschijningsvormen. Oorzaken kunnen genetisch zijn, perinataal ontstaan of een gevolg zijn van ziektes of zintuiglijke handicaps. Daarnaast kunnen onderstimulatie en/of kindermishandeling leiden tot vertraagde of verstoorde ontwikkeling. Ontwikkelingsstoornissen kunnen (kunstmatig) min of meer onderscheiden worden van

ernstige ontwikkelingsproblemen. Ernstige ontwikkelingsstoornissen zijn o.a. spastische parese en mentale retardatie. Ontwikkelingsproblemen zijn in het algemeen minder ernstig en/of tijdelijk van aard, zoals bijvoorbeeld een tijdelijk vertraagde motorische ontwikkeling ('billenschuiver') of voorkeurshouding.

Ongeveer 30 van de 1000 pasgeborenen hebben één of meer aangeboren afwijkingen, 30 blijken mentaal geretardeerd en 5 op de 1000 lijden reeds in de kindertijd aan een erfelijke ziekte. Slechts ongeveer 60% van alle aangeboren afwijkingen bij kinderen wordt bij de geboorte onderkend, 20% in de loop van het eerste levensjaar en nog eens 20% ná het 1^e jaar. Spastische parese of infantiele encephalopathie komt voor bij 3 op de 1000 kinderen (van den Brande 1998).

Doel van vroegopsporing en verwijzing

Tijdige opsporing en behandeling/begeleiding van motorische ontwikkelingsstoornissen (spastische parese) en algemene ontwikkelingsstoornis/ mentale retardatie. Genetische advisering ouders bij erfelijke ziekten en syndromen.

Onderzoeksmethoden

Herhaald ontwikkelingsonderzoek met behulp van het Van Wiechenonderzoek bij jonge zuigelingen en kinderen (0 tot 4 jaar) i.c.m. periodiek gezondheidsonderzoek (PGO) bestaande uit lichamelijk onderzoek en anamnese en biometrie door de JGZ-arts.

Bij peuters en kleuters wordt eventueel aanvullende informatie verkregen via kinderdagverblijf, peuterspeelzaal of school. Zo nodig gaat de JGZ-verpleegkundige op huisbezoek om nader inzicht te krijgen in de gezinssituatie. Er is geen onderzoek gedaan naar de effectiviteit van de onderzoeksmethoden.

Verwijscriteria

Bij ernstige afwijkingen bij het Van Wiechenonderzoek en PGO die kunnen wijzen op (ernstige) motorische ontwikkelingsstoornissen (spastische parese), algemene ontwikkelingsstoornis/mentale retardatie en/of erfelijke aandoeningen of syndromen wordt verwezen naar de kinderarts voor nader onderzoek en behandeling.

Protocollering

De wetenschappelijke achtergrond, de uitvoering, beoordeling, interpretatie van het ontwikkelingsonderzoek volgens Van Wiechen en eventuele te ondernemen acties na negatieve scores staan beschreven in het boek 'Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau' (Brouwers 2000). Er is geen consensus over het ontwikkelingsonderzoek bij oudere kinderen. Het PGO staat beschreven in het Basistakenpakket JGZ (MinVWS 2002) en het Handboek Eenheid van taal (Platform JGZ 2004). Er is geen NHG-Standaard over dit onderwerp.

Huidige verwijfsroute via de huisarts

Als kinderen naar aanleiding van ontwikkelingsonderzoek vanuit de JGZ verwezen worden naar de huisarts stuurt de huisarts ongeveer 65% door naar de 2^e lijn (Buiting 2001). Bij de overige kinderen is het beleid van de huisarts expectatief. Er is niet bekend wat er vervolgens met deze kinderen gebeurt. Sommige kinderen houdt de huisarts zelf onder controle of worden in een later stadium opnieuw vanuit de JGZ verwezen.

Optimale verwijfsroute

Ontwikkelingsonderzoek bij jonge kinderen vereist veel kennis en ervaring waarover de huisarts in het algemeen niet beschikt. De huisarts heeft geen mogelijkheden voor aanvullende diagnostiek en behandeling. Wel kunnen gezinsomstandigheden een rol

spelen bij de ontwikkeling van kinderen. Overleg van de JGZ-arts met de huisarts voorafgaand aan verwijzing naar de kinderarts is dan ook sterk aan te bevelen. Rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ naar de kinderarts -ná overleg met de huisarts- voor aanvullend onderzoek lijkt de optimale verwijzroute. Voor verwijzing kan gebruik gemaakt worden van de algemene verwijfsbrief JGZ (bijlage B), een kopie van het Van Wiechenonderzoek en eventueel de groeicurve. Zonodig kan telefonisch een toelichting gegeven worden op de aard van het probleem. De huisarts ontvangt een kopie van de verwijfsbrief. De kinderarts bericht zowel de JGZ als de huisarts over zijn bevindingen.

4.9.4.5 *D. Biometrisch onderzoek*

Omschrijving gezondheidsprobleem

Vele aandoeningen kunnen leiden tot een afwijkende groei (lengte en/of gewicht). Groeiafwijkingen komen voor bij stofwisselingsziekten, allergieën/coeliakie, erfelijke ziekten (b.v. syndroom van Turner 1: 2500 meisjes), groeihormoonstoornissen (1: 3000 kinderen), pubertas praecox, verkeerd voedingsgedrag, voedingsstoornissen, verwaarlozing en mishandeling. Obesitas komt in toenemende mate voor bij jonge kinderen (>2 % 4 jarigen).

Afwijkende hoofdomtrek kan wijzen op microcephalus, stofwisselingsziekten, schedelafwijkingen, hydrocephalus of andere intracranieële drukverhogende processen. Hydrocephalus komt voor bij 3-8/10.000 nieuwgeborenen.

Doel van vroegopsporing en verwijzing

Tijdige opsporing van onvoldoende of te snelle lengtegroei, onvoldoende gewichtstoename, te sterke/zwakke groei schedelomtrek, obesitas. Na aanvullend onderzoek naar de oorzaak óf de gevolgen (obesitas) van de te snelle of langzame groei kan in sommige gevallen behandeling plaatsvinden, b.v. bij groeihormoondeficiëntie, voedingsstoornissen of verkeerd voedingsgedrag, sommige stofwisselingsziekten, allergieën/coeliakie, pubertas praecox, hydrocephalus.

Het is niet bekend in hoeverre de opsporingsmethode van (schedel)groeiafwijkingen effectief is. Effectiviteit is wel plausibel.

Screeningsmethode

Herhaaldelijk meten van lengte en gewicht bij jonge kinderen. Bij zuigelingen wordt tevens de hoofdomtrek gemeten. Tevens wordt de lengte van de (biologische) ouders gemeten. Zo nodig gaat de JGZ-verpleegkundige op huisbezoek om nader inzicht te krijgen in de gezinssituatie.

Protocollering

De uitvoering van het biometrisch onderzoek staat beschreven in het boek 'Groeidiagrammen' (Fredriks 2004). Verwijscriteria voor afwijkende schedelgroei en onvoldoende gewichtstoename bij jonge kinderen zijn niet eenduidig (Buiting 2004). Wel beschreven zijn verwijscriteria voor te kleine lichaamslengte (CBO 1997, TNO 2004) en criteria voor vroegopsporing van overgewicht en obesitas (Bulk 2004).

Huidige verwijzroute via huisarts

Als kinderen naar aanleiding van biometrie vanuit de JGZ verwezen worden naar de huisarts, stuurt de huisarts ongeveer 65% door naar de 2^e lijn (Buiting 2001). Bij de overige kinderen doet de huisarts (beperkt) aanvullend onderzoek of is het beleid expectatief. Er is niet bekend wat er vervolgens met deze kinderen gebeurt. Sommige kinderen houdt de huisarts zelf onder controle of worden in een later stadium opnieuw vanuit de JGZ verwezen.

Optimale verwijzroute

Beoordeling van de groei van kinderen vereist veel kennis en ervaring waarover de huisarts in het algemeen niet beschikt. De huisarts heeft in het algemeen weinig mogelijkheden voor aanvullende diagnostiek en behandeling. Gezinsomstandigheden kunnen een rol spelen bij de groei van kinderen. Overleg van de JGZ-arts met de huisarts voorafgaand aan verwijzing naar de kinderarts bij groeiafwijkingen is dan ook sterk aan te bevelen.

Rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ naar de kinderarts (ná overleg met de huisarts en eventueel kinderarts) voor aanvullend onderzoek lijkt de optimale verwijzroute. Voor verwijzing kan gebruik gemaakt worden van de algemene verwijzbrief JGZ (bijlage B) + kopie van de groeicurve en eventueel Van Wiechenonderzoek. Eventueel kan telefonisch een toelichting gegeven worden op de aard van het probleem. De huisarts ontvangt een kopie van de verwijzbrief + groeicurve. De kinderarts bericht zowel de JGZ als de huisarts over zijn bevindingen.

4.9.4.6 *E. Voedings(gerelateerde)stoornissen***Omschrijving gezondheidsprobleem**

Lichte voedings- en voedingsgerelateerde stoornissen zoals gastro-oesofageale reflux, (peuter-)diarree, obstipatie en afwijkend voedingsgedrag komen veelvuldig voor bij zuigelingen en jonge kinderen. Ook voedselovergevoeligheid bij zuigelingen en jonge kinderen (2-6% van alle kinderen) is niet zeldzaam.

Doel van verwijzing

Voedselovergevoeligheid, voedingsproblemen, obstipatie, (peuter-)diarree en gastro-oesophageale reflux worden in principe behandeld en begeleid in de 1^e lijn. Begeleiding in de JGZ wordt gegeven door de JGZ-arts en de JGZ-verpleegkundige. Nogal eens zijn ook de huisarts, lactatiekundige, diëtist en/of de logopedist betrokken bij de problematiek. Als behandeling in de 1^e lijn onvoldoende blijkt of sprake is van ernstige stoornissen wordt verwezen naar de kinderarts voor nader onderzoek en behandeling.

Onderzoeksmethoden

Periodiek Gezondheidsonderzoek (lichamelijk onderzoek, anamnese, biometrie) en ontwikkelingsonderzoek door de JGZ-arts. Bij verdenking op voedselovergevoeligheid: eliminatie verdacht voedingsmiddel, belasting en reëliminatie. Observatie voedingsgedrag ouder en kind en/of onderzoek gezinssituatie door de JGZ-verpleegkundige.

Protocollering

Achtergrond, onderzoeksmethoden, behandeling en verwijzcriteria voor voedselovergevoeligheid staan beschreven in de 'Landelijke Standaard voor de diagnose en behandeling van voedselovergevoeligheid bij zuigelingen op het consultatiebureau' (Voedingscentrum 2004). Er is een NHG-standaard 'Voedselovergevoeligheid bij zuigelingen uit 1995. Deze komt op hoofdlijnen overeen met de Landelijke Standaard, maar is enigszins gedateerd.

Achtergronden, behandeling en verwijzcriteria van voedingsproblemen bij jonge kinderen staan beschreven in 'Voedingsadviesing bij kinderen' (Donkers 1999) en regionale samenwerkingsprotocollen (Buiting et al 2004).

Huidige verwijzroute via huisarts

Als kinderen naar aanleiding van voedingsproblemen en voedselovergevoeligheid door de JGZ naar de huisarts worden verwezen, stuurt de huisarts ongeveer 85% door naar de 2^e lijn (Buiting 2001). Bij de overige kinderen doet de huisarts aanvullend onderzoek of is het beleid expectatief. Er is niet bekend wat er vervolgens met deze kinderen gebeurt.

Sommige kinderen houdt de huisarts zelf onder controle of worden in een later stadium opnieuw vanuit de JGZ verwezen.

Optimale verwijfsroute

De huisarts heeft beperkte mogelijkheden voor aanvullend onderzoek en behandeling van obstipatie/diarree, gastro-oesophageale reflux en voedselovergevoeligheid. De JGZ-arts, JGZ-verpleegkundige en/of de diëtiste hebben bij deze problematiek vaak een zinvolle rol in de begeleiding van ouders. Overleg en afstemming tussen JGZ en huisarts is belangrijk tijdens de behandeling en begeleiding en voorafgaand aan verwijfsing naar de kinderarts. Rechtstreekse verwijfsing bij ernstige voedingsproblemen, voedselovergevoeligheid, obstipatie, gastro-oesophageale reflux en zindelijkheidsproblematiek van de JGZ naar de kinderarts voor aanvullend onderzoek en behandeling lijkt de optimale verwijfsroute. Voorafgaand overleg met de huisarts en eventueel kinderarts is wenselijk.

Voor verwijfsing kan gebruik gemaakt worden van de algemene verwijfsbrief JGZ (bijlage B) + een kopie van de groeicurve. De huisarts ontvangt een kopie van de verwijfsbrief. De kinderarts bericht zowel de JGZ als de huisarts over zijn bevindingen.

5 Deel 2 Pilot Rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn

5.1 Doelstelling van de pilot

In de pilot rechtstreeks verwijzen is onderzocht of rechtstreekse verwijzing van de JGZ naar de 2^e lijn meerwaarde biedt voor ouders, kinderen en betrokken artsen. Er is gekeken of de door de expertgroep ontwikkelde methodiek voor rechtstreekse verwijzing van de JGZ naar de 2^e lijn en de verwijfsbrief JGZ voldoet. Onderzoek is gedaan naar het effect van rechtstreeks verwijzen op het aantal verwijzingen van de JGZ naar de 2^e lijn, het verwijfsproces en de mening van ouders/kinderen, JGZ-artsen, huisartsen en specialisten.

5.2 Onderzoeksvragen

- 1 Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op het aantal verwijzingen van de JGZ naar de 2^e lijn?
- 2 Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de periode tussen verwijzing en bezoek van ouders/kind aan de medisch specialist?
- 3 Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de terugrapportage door huisarts en medisch specialist aan de JGZ?
- 4 Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de tijdsinvestering van ouders?
- 5 Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de mening van ouders over de verwijzing door de JGZ-arts?
- 6 Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op het aantal keer (telefonisch) contact tussen JGZ-arts enerzijds en huisarts en medisch specialist anderzijds?
- 7 Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de mening van JGZ-arts, huisarts en medisch specialist over de onderlinge samenwerking?
- 8 Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de kwaliteit van de verwijzing en verwijfsbrief van de JGZ volgens huisarts en medisch specialist?
- 9 Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de mening van JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten over rechtstreeks verwijzen door de JGZ-arts?
- 10 Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de tijdsinvestering van JGZ-arts, huisarts en medisch specialist?
- 11 Wat vindt de huisarts, JGZ-arts en medisch specialist van de modelverwijfsbrief JGZ?
- 12 Wat vindt de huisarts, JGZ-arts en medisch specialist van de randvoorwaarden uit de Methodiek rechtstreeks verwijzen?
- 13 Wat vindt de huisarts, JGZ-arts en medisch specialist van de realisatie van de randvoorwaarden tijdens de pilot?

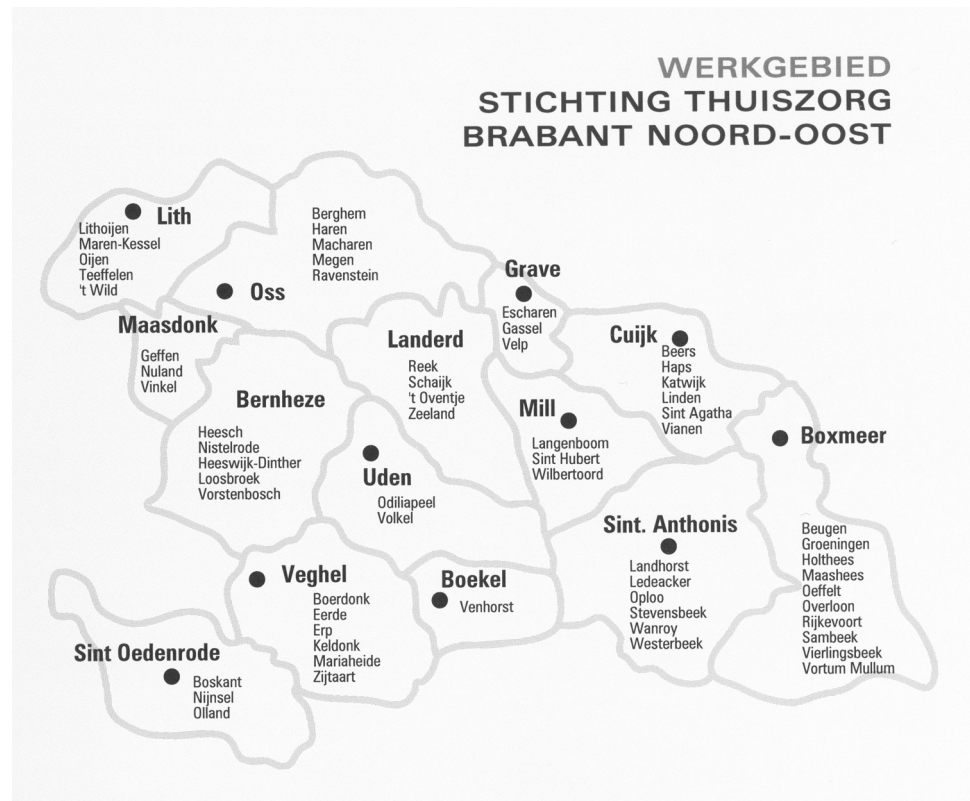
5.3 Verwijsredenen in de pilot

In de pilot zijn kinderen van 0 tot en met 6 jaar door de Jeugdgezondheidszorg-arts (JGZ-arts) volgens de Methodiek rechtstreeks verwezen naar 3 medische specialisten (zie ook Deel 1):

- 1 Radioloog/orthopeed in verband met verdenking op dysplastische heupontwikkeling
- 2 Oogarts in verband met verdenking op visuele stoornissen
- 3 Kinderarts in verband met verdenking op aangeboren hartafwijkingen, niet-ingedaalde testikels, ernstige ontwikkelingsstoornissen, groeistoornissen en voedingsgerelateerde problemen.

5.4 Onderzoekregio en onderzoekspopulatie

De pilot heeft plaatsgevonden in de regio Noordoost-Brabant (zie figuur 2) bij kinderen van 0-6 jaar. Zowel de Stichting Thuiszorg Brabant Noordoost (STBNO) als de GGD Hart voor Brabant hebben deelgenomen aan de pilot. In de regio wonen totaal ongeveer 24.000 kinderen van 0-6 jaar. Jaarlijks worden ongeveer 2700 van hen door de JGZ-arts verwezen naar de (para-)medisch specialist.



Figuur 2 Regio Noordoost Brabant

Er de regio zijn 2 streekziekenhuizen; het Maasziekenhuis in Boxmeer en het Ziekenhuis Bernhoven in Oss en Veghel. Hier zijn 43 medisch specialisten werkzaam die betrokken waren bij de pilot (9 oogartsen, 5 orthoptisten, 8 radiologen, 8 orthopeden en 13 kinderartsen). Daarnaast zijn er in aangrenzende regio's nog enkele streekziekenhuizen (Helmond, Eindhoven, Den Bosch, Nijmegen, Venray) en één academisch ziekenhuis (Nijmegen) waar kinderen uit Noordoost-Brabant soms heen gaan.

In Noordoostbrabant zijn 107 huisartsen werkzaam, waarvan 66 in de pilotregio en 41 in de controleregio. Er werken 27 JGZ-artsen waarvan 19 in de JGZ 0-4 jaar.

De pilot werd gehouden in het adherentiegebied van het ziekenhuis Bernhoven (gemeente Oss, Maasdonk, Lith, Bernheze, Landerd, Uden, Veghel, Boekel, St. Oedenrode). Hier wonen ongeveer 16.600 kinderen van 0-6 jaar. Het adherentiegebied van het Maasziekenhuis met ongeveer 7.400 kinderen van 0-6 jaar fungeerde als controleregio (gemeenten Grave, Mill, Cuijk, Boxmeer, St. Anthonis).

Periodiek Gezondheids Onderzoek (PGO) in de JGZ in Noordoost Brabant vindt plaats volgens de landelijke richtlijn contactmomenten (Platform JGZ 2003) (tabel 9). Bij 20% van de consulten worden zo nodig 1-3 vervolgspraken gemaakt voor aanvullend onderzoek, controle, begeleiding of verwijzing.

Tabel 9 Contactmomenten JGZ Noordoost-Brabant 0-6 jaar

Leeftijd kind	JGZ-arts	JGZ-verpleegkundige
1 maand	X	
2 maanden		X
3 maanden	X	
4 maanden		X
6 maanden	X	
7,5 maanden		X
9 maanden	X	
11 maanden		X
14 maanden	X	
18 maanden		X
2 jaar	X	
3 jaar		X
3 jaar 9 maanden	X	
5-6 jaar (groep 2)	X	

5.5 Onderzoekperiode

De pilot rechtstreeks verwijzen vond plaats van 27 juni 2005 tot en met 28 februari 2006.

5.6 Informatievoorziening

Bij de pilot rechtstreeks verwijzen zijn de volgende regionale partijen betrokken:

- Regionale ziektekostenverzekeraars (VGZ, CZ en OZ)
- JGZ-instellingen (Thuiszorg en GGD)
- JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen
- Huisartsen
- Medisch specialisten Bernhovenziekenhuis en Maasziekenhuis

Ongeveer 90% van de bevolking in Noordoost-Brabant is verzekerd bij de ziektekostenverzekeraars VGZ, CZ en OZ. Door het College Tarieven Geneeskunde is toestemming verleend aan deze ziektekostenverzekeraars om mee te werken aan de pilot. Dit betekent dat kosten voortvloeiend uit verwijzing door de JGZ-arts naar de 2^e lijn tijdens de pilot zijn vergoed. Ook management en directie van de JGZ-instellingen (Thuiszorg als de GGD) hebben toestemming verleend voor de pilot.

Huisartsen, JGZ-artsen en medisch specialisten uit de regio zijn -o.a. via expertgroep en klankbordgroep- betrokken geweest bij de ontwikkeling van de 'Methodiek rechtstreeks verwijzen' (deel 1) en de Modelverwijsbrief JGZ (bijlage B). Huisartsen zijn geïnformeerd via de website van de Regionale Ondersteunings Structuur Eerstelijnszorg Noordoost Brabant (Rose-NOB) en diverse informatiebulletins. (zie bijlage E). In juni 2005 hebben zij persoonlijk meermaals schriftelijke informatie ontvangen (bijlage D, E, F, G).

Oogartsen, kinderartsen en radiologen/orthopeden van het Bernhovenziekenhuis zijn schriftelijk en via contactpersonen geïnformeerd. Met de contactpersonen zijn werkafspraken gemaakt.

Daarnaast zijn de volgende partijen geïnformeerd over het project:

- Artsenvereniging Jeugdgezondheid Nederland (AJN)
- Platform JGZ/ Rijks Instituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM)
- Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)/ Z-Org

- Landelijke Vereniging GGD-en, GGD Nederland
- Landelijk Huisartsen Vereniging (LHV) en Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK)
- Ziektekostenverzekeraars Nederland (ZN) en College voor Zorgverzekeringen (CvZ)
- College Tarieven Gezondheidszorg (CTG)
- Ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport (VWS)

5.7 Methodiek rechtstreeks verwijzen

Bij de pilot is gebruik gemaakt van de Methodiek Rechtstreeks verwijzen door de JGZ-arts naar de 2^e lijn (zie Deel 1). In de Methodiek zijn randvoorwaarden geformuleerd voor rechtstreekse verwijzing op het gebied van communicatie met ouders, de verwijsbrief, overleg, protocollering en de deskundigheid van de JGZ-arts. Voor alle verwijsredenen van de pilot is hetvolgende beschreven: het gezondheidsprobleem, het doel van de opsporing en behandeling, de screeningsmethode, protocollering, de optimale verwijzroute etc. Voor de pilot is de methodiek vertaald in een Handleiding voor de JGZ-arts waarin de verwijsprocedure JGZ stap voor stap uitgewerkt is. Hierin zijn per verwijsreden de werkafspraken, overlegmomenten, registratieafspraken etc. opgenomen. Tevens is verwijsinformatie toegevoegd van het Ziekenhuis Bernhoven (bijlage C). De Handleiding is voorafgaand aan de pilot met de JGZ-artsen besproken. In de methodiek rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn zijn ook randvoorwaarden opgenomen op het gebied van de deskundigheid van JGZ-artsen. Alle JGZ-artsen werkzaam in de pilot- en controleregio bij STBNO en de GGD Hart voor Brabant voldoen aan de wettelijke/ CAO opleidingseisen die voor JGZ-artsen gesteld zijn (BIG-registratie en applicatiecursus JGZ, opleiding arts-JGZ of arts maatschappij en gezondheid). Inschrijving in het beroepsregister van de AJN is gestimuleerd. Alle JGZ-artsen die deelnamen aan het onderzoek waren minimaal één jaar werkzaam in de JGZ. Bijscholing heeft in de loop van 2004-2005 plaatsgevonden op het gebied van ontwikkelingsonderzoek, visusonderzoek (introductie JGZ-standaard), dysplastische heupontwikkeling, biometrie, voedingsproblemen bij kinderen, aangeboren hartafwijkingen, diagnose en behandeling van kleine kwalen, overgewicht, niet-scrotale testes, de verwijsbrief JGZ en rechtstreeks verwijzen in de JGZ.

5.8 Verwijsbrief JGZ

Ouders van kinderen die verwezen zijn vanuit de JGZ vóór juni 2005 kregen een verwijsbrief mee bestemd voor de huisarts + een kopie van de verwijsbrief bestemd voor de medisch specialist. Eén kopie was bestemd voor het JGZ-dossier van het verwezen kind. Huisarts en/of medisch specialist werden verzocht om terugrapportage. Vanaf juni 2005 is de oude verwijsbrief in de gehele regio (pilot- en controleregio) vervangen door de Verwijsbrief JGZ (bijlage B). Ook de Verwijsbrief JGZ heeft 3 kopieën; één voor medisch specialist, één voor de huisarts en één voor in het JGZ-dossier.

5.9 Onderzoeksopzet

Voor de evaluatie van de pilot rechtstreeks verwijzen is gebruik gemaakt van het registratiesysteem (MLCAS) van STBNO. In dit systeem staan alle kinderen die bij de Thuiszorg bekend zijn geregistreerd. Van deze kinderen zijn o.a. naam, adres en woonplaatsgegevens bekend. Het registratiesysteem wordt gebruikt voor afsprakenplanning, tevens worden enkele bijzonderheden geregistreerd, o.a. verwijzingen naar derden. Bij verwijzing wordt de verwijsdatum genoteerd en de hulpverlener waarnaar

verwezen is. Voorafgaand aan de pilot konden JGZ-artsen hun verwijzingen naar huisarts, oogarts/orthoptist, radioloog/ orthopeed en kinderarts registreren als:

- Verwijzing naar huisarts
- Verwijzing naar huisarts-orthopeed
- Verwijzing naar huisarts-oogarts
- Verwijzing naar huisarts-kinderarts

Tijdens de pilot bleven deze categorieën bestaan met als toevoeging:

- Rechtstreekse verwijzing radioloog/orthopeed
- Rechtstreekse verwijzing oogarts
- Rechtstreekse verwijzing kinderarts

Voor de pilot is gebruik gemaakt van de verwijsregistratie in de periode van 1 juni 2004 tot en met 28 februari 2005 (nulmeting) én 1 juni 2005 tot en met 28 februari 2006 (nameting).

Er heeft vragenlijstonderzoek plaatsgevonden bij ouders, JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten. Dit vragenlijstonderzoek is gedaan voorafgaand aan de pilot (nulmeting) én na afloop van de pilot (nameting) in zowel de pilotregio als de controleregio.

Voor de nulmeting zijn aselect 104 ouders geselecteerd van kinderen van 0 tot en met 4 jaar die door de JGZ-arts tussen juni 2004 en februari 2005 verwezen zijn via de huisarts naar de oogarts/orthoptist, radioloog/orthopeed en kinderarts. Bij de nameting zijn eveneens 104 ouders geselecteerd. Zij zijn verwezen tussen juni 2005 en februari 2006. In de pilotregio is hierbij geselecteerd onder ouders van rechtstreeks verwezen kinderen, in de controleregio onder ouders wiens kinderen via de huisarts verwezen waren naar oogarts/orthoptist, radioloog/orthopeed en kinderarts. Het is door problemen met het registratiesysteem van de GGD niet gelukt om tijdig ouders te selecteren van kinderen van 4 - 6 jaar. Nul- en nameting hebben dan ook alleen plaatsgevonden bij ouders van kinderen van 0-4 jaar oud. De nulmeting bij ouders vond plaats tussen juni 2005 en september 2005, de nameting in maart en april 2006. De vragenlijsten voor de nul- en nameting zijn ingevuld door JGZ-verpleegkundigen met behulp van informatie uit het JGZ-dossier van het kind én telefonische interviews met ouders.

Alle huisartsen, medisch specialisten en JGZ-artsen die werkzaam zijn in de regio Noordoost-Brabant hebben een vragenlijst ontvangen voorafgaand én na afloop van de pilot. Vragenlijsten voor huisartsen en medisch specialisten zijn opgestuurd naar het praktijkadres van de betrokken arts, voorzien van een antwoordenvolp. Vragenlijsten voor JGZ-artsen zijn uitgedeeld tijdens overleggen of verspreid via de e-mail. Vragenlijsten zijn anoniem ingevuld en waren niet te herleiden tot individuele artsen. Er heeft geen koppeling op individueel niveau plaatsgevonden van de gegevens van de nulmeting en de nameting. De nulmeting bij artsen heeft plaatsgevonden in juni 2005, de nameting in maart 2006. De vragenlijsten die tijdens de nul- en nameting gebruikt zijn, zijn te vinden in bijlagen J tot en met Q.

5.10 Analyse

Voor de analyse van de onderzoeksresultaten zijn gegevens van de verschillende onderzoeksgroepen uit de pilotregio en de controleregio tijdens de nul- en nameting met elkaar vergeleken. Bij de analyse is er steeds gekeken of er verschil was in resultaten van pilot- en controleregio. Waar er geen verschil was in pilot- en controleregio zijn deze als één groep beschouwd. Als er wel verschil was tussen controleregio en pilotregio zijn de pilot- en controleregio tijdens nul- en nameting afzonderlijk vergeleken.

Bij de statistische analyse is gebruik gemaakt van ordinale regressie analyse (bij ordinale data) of chi-kwadraat analyse/ Fisher's exact analyse (categorale data).

Personen die geen mening hadden zijn niet meegenomen bij de analyse. Er is aangenomen dat de groep die deelgenomen heeft aan de nulmeting en de groep van de nameting niet dezelfde personen waren.

5.11 Onderzoeksgroep en respons

Respons op de vragenlijsten bij huisartsen, JGZ-artsen en medisch specialisten (tezamen) bij nul- en nameting varieerde van 39% tot 70% (tabel 10).

Respons bij verschillende medisch specialisten varieerde van 22 tot 85%. Respons bij de kinderartsen was het hoogst (nulmeting en nameting respectievelijk 85% en 70%, N=13), gevolgd door orthoptisten (80% en 80%, N=5), radiologen (75% en 50%, N=8), orthopeden (25% en 62%, N=8) en oogartsen (44% en 22%, N=9).

Respons van de huisartsen in de nameting was in de controleregio (46%, N=41) hoger dan in de pilotregio (35%, N=66). Bij de JGZ-artsen en medisch specialisten was er geen verschil.

Er zijn geen opvallende verschillen tussen controle- en pilotregio wat betreft de samenstelling van de onderzoeksgroepen.

Tabel 10 Respons en kenmerken huisartsen, JGZ-artsen en medisch specialisten Noordoost-Brabant.

	Huisartsen (N=107)	JGZ-artsen (N=19)	Medisch specialisten (N=43)
Respons nulmeting	54%	70%	65%
Respons nameting	39%	70%	55%
Man / vrouw	66% / 33%	7% / 93%	50% / 50%
Aantal jaar ervaring (nulmeting - nameting)	15 -18 jaar	16 -19 jaar	12-14 jaar
Ervaring in de JGZ?	33%	n.v.t.	12%

Er zijn 104 door de JGZ-arts verwezen kinderen geselecteerd voor zowel de nul- als de nameting. Hiervan woonde ongeveer 60% in de pilotregio, 40% in de controleregio. Tijdens de nulmeting is 91% (n=95) van de vragenlijsten voor ouders geretourneerd, tijdens de nameting 69% (n=72). Kinderen uit de pilotregio waren zowel tijdens de nul- als de nameting oververtegenwoordigd: ongeveer 80% van de verwezen kinderen waarover een vragenlijst is geretourneerd woont in de pilotregio, slechts 20% in de controleregio. Ruim 40% van de kinderen is verwezen naar oogarts, iets minder dan 40% naar de radioloog/orthooped en ongeveer 20% naar de kinderarts. Hierbij is er geen verschil tussen nulmeting en nameting, noch tussen pilot en controleregio. Jongens worden vaker verwezen door de JGZ-arts dan meisjes (53-54% versus 47-46%), vooral naar de kinderarts. Meisjes worden vaker verwezen naar de radioloog. Gemiddelde leeftijd van de verwezen kinderen was 1,1 jaar tijdens de nulmeting en 1,5 jaar tijdens de nameting.

5.12 Verloop van de pilot rechtstreeks verwijzen

In de pilotregio zijn tijdens de pilot 604 kinderen van 0-4 jaar verwezen naar de huisarts en/of medisch specialist. Hiervan zijn 182 kinderen rechtstreeks verwezen naar de oogarts (n=89), radioloog/orthooped (n=60) en kinderarts (n=33). Dit is 30% van het totale aantal verwijzingen in de pilotregio. Het is niet bekend hoeveel kinderen van 4-6 jaar rechtstreeks zijn verwezen.

De introductie van de pilot verliep vlot, ondanks dat informatievoorziening voor huisartsen en medisch specialisten niet eenvoudig bleek. Enige oneffenheden hebben zich voorgedaan bij rechtstreekse verwijzing naar de radioloog/orthooped. Enkele

kinderen zijn teruggestuurd naar de huisarts voor een verwijfsbrief en niet alle kinderen die daarvoor aanmerking kwamen zijn volgens afspraak door de radioloog doorgestuurd naar de orthopeed voor behandeling van een dysplastische heupontwikkeling. JGZ-artsen moesten ook wennen aan het feit dat zij geacht werden ouders te informeren over de uitkomst van het echo-onderzoek of röntgenonderzoek bij verdenking op dysplastische heupontwikkeling. Ouders vonden dit soms erg lang duren. Deze aanloopproblemen zijn gaandeweg de pilot opgelost. Rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de kinderarts en oogarts is zonder noemenswaardige problemen verlopen.

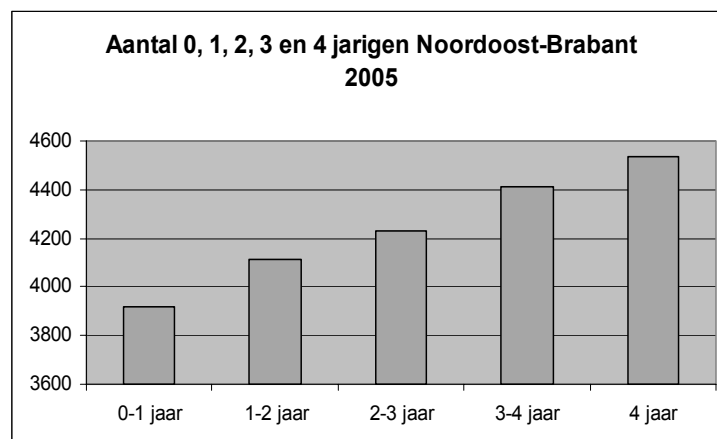
5.13 Resultaten

De resultaten van de pilot rechtstreeks verwijzen worden beschreven aan de hand van de onderzoeksvragen van de pilot. Hiervoor zijn de resultaten gebruikt van zowel de nul- als de nameting. Bij de beschrijving van de resultaten wordt gebruikt gemaakt van de notatie N en n (aantal). De hoofdletter 'N' wordt gebruikt om de totale groep te benoemen, de kleine letter 'n' betreft een deelgroep. Niet alle vragen zijn door alle respondenten ingevuld waardoor de aantallen respondenten per onderzoeksvraag kunnen wisselen.

1. Wat is het effect van rechtstreekse verwijzing op het aantal verwijzingen van de JGZ naar medisch specialist?

Van juni 2004 tot en met februari-2005 zijn er 1113 kinderen van 0-4 jaar door de JGZ-arts naar de huisarts verwezen. 61% van deze verwijzingen vond plaats in de pilotregio, 39% in de controleregio. De verwijzingen waren bestemd voor de huisarts, de oogarts, de orthopeed of de kinderarts. In dezelfde periode in 2005-2006 zijn er 989 kinderen verwezen, waarvan wederom 61% in de pilotregio en 39% in de pilotregio. Verwijzingen in 2005-2006 zijn zowel in de controle- als in de pilotregio met 11% afgenomen ten opzichte van 2004-2005. Waarschijnlijk wordt deze afname deels verklaard door het afnemende aantal kinderen/ geboortes in de afgelopen jaren in Noordoost-Brabant (figuur 3). Afname van het aantal geboortes is ongeveer 5% per jaar. Voorafgaand aan de pilot zijn in de hele regio een aantal nieuwe verwijfsprotocollen geïmplementeerd. Mogelijk heeft dit ook bijgedragen aan de afname van het aantal verwijzingen tijdens de pilot.

Er is geen effect van de pilot rechtstreeks verwijzen op het aantal verwijzingen van de JGZ naar de medisch specialist geconstateerd.



Figuur 3 Aantal 0, 1, 2 en 3-jarigen JGZ 0-4 jaar regio Noordoost-Brabant (Bron CBS 27-2-2006²)

² Centraal Bureau voor de Statistiek. Maandcijfers per gemeente en overige regionale indelingen en Bevolking per regio naar leeftijd, geslacht en burgerlijke staat. Statline, Voorburg/Heerlen 27-2-2006.

Helaas is er voorafgaand aan de pilot door diverse JGZ-teams anders geregistreerd dan tijdens de pilot. Voorafgaand aan de pilot zijn veel verwijzingen via de huisarts naar de oogarts, (radioloog)/orthooped en kinderarts geregistreerd als verwijzingen naar de huisarts. Tijdens de pilot is dit niet het geval geweest. Een vergelijking van de cijfers per soort verwijzing voorafgaand aan en tijdens de pilot is dan ook helaas niet mogelijk.

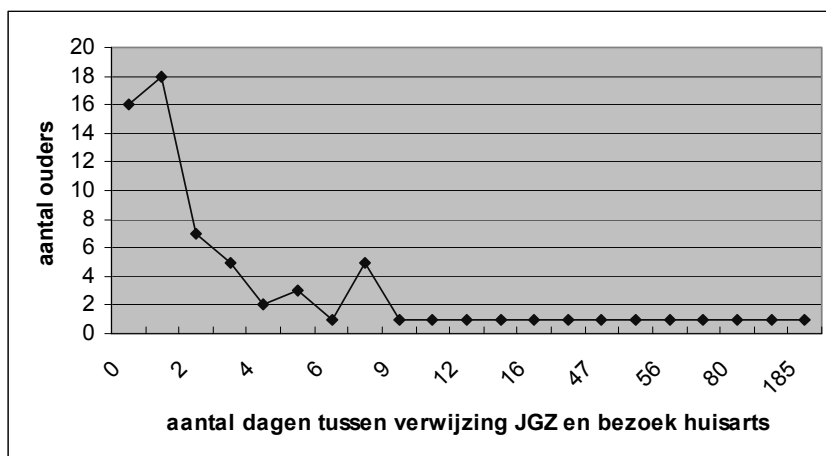
2. Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de periode tussen verwijzing en bezoek van ouders/kind aan medisch specialist?

Uit de nulmeting bleek dat ouders na verwijzing door de JGZ-arts bijna allemaal actie ondernomen hebben: 99% (N=88) volgde de verwijzing op. 87% ging naar de huisarts, 12% rechtstreeks naar de medisch specialist, dit overigens ondanks het advies van de JGZ-arts om eerst de huisarts te bezoeken.

Na verwijzing door de JGZ-arts gingen de meeste ouders snel naar de huisarts, 2/3 binnen 3 dagen (figuur 4).

De huisarts deed geen onderzoek bij 1/3 deel van de kinderen die door de JGZ-arts naar hem verwezen waren. Kinderen die verwezen waren naar de kinderarts (84%, N=19) en radioloog (81%, N=27) werden meestal door de huisarts onderzocht. Bij verwijzing naar de oogarts was dit minder dan de (48% (N=29)). Deze verschillen zijn significant ($p=0,007$).

De huisarts verwees tijdens de nulmeting 95% (N=76) van de kinderen die door de JGZ-arts waren verwezen, door naar de medisch specialist.



Figuur 4 Wanneer bezoeken ouder de huisarts na een verwijzing van de JGZ? (nulmeting) (N=70).

Van alle kinderen die door de JGZ-arts verwezen zijn tijdens de nulmeting heeft 93% (N=86) van de kinderen de medisch specialist bezocht. 6 kinderen hebben de medisch specialist niet bezocht omdat de huisarts dit niet nodig vond ($n=2$), de ouders dit niet nodig vonden ($n=2$) of het bezoek nog moest plaatsvinden ten tijde van het afnemen van de vragenlijst ($n=2$). Bij de nameting heeft 94% van de kinderen (N=72) de medisch specialist bezocht. 2 kinderen hadden wel een afspraak maar waren nog niet geweest. Van 2 kinderen is niet bekend waarom ze niet bij de specialist zijn geweest.

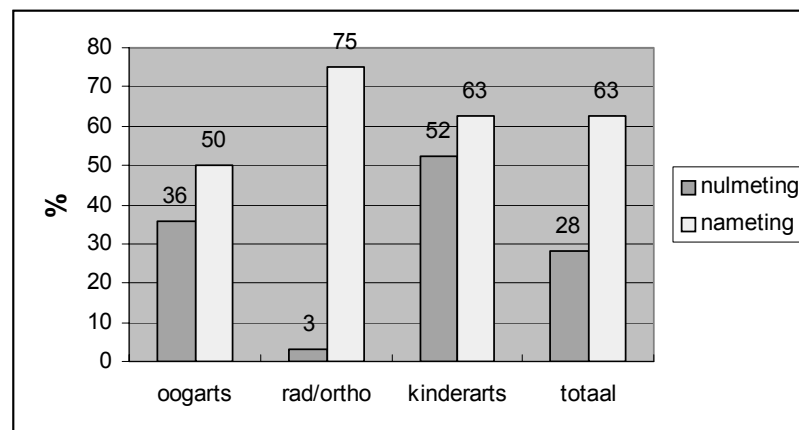
Tijdens de nulmeting bezochten ouders in de pilotregio gemiddeld 37 dagen ná verwijzing door de JGZ-arts de medisch specialist, tijdens de nameting was dit voor rechtstreeks verwezen kinderen 35 dagen. In de controleregio is de tijd tussen verwijzing en bezoek aan de medisch specialist nog sterker afgenomen tijdens de pilot; van gemiddelde 43 naar 29 dagen. Een direct effect van rechtstreekse verwijzing op de tijd tussen verwijzing en bezoek aan de medisch specialist is hiermee niet aangetoond.

Wel is het natuurlijk zo dat de tijd die het kost voor ouders om de huisarts te bezoeken (figuur 4), bij rechtstreekse verwijzing wegvalt.

3. Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de terugrapportage door huisarts en medisch specialist aan de JGZ?

Tijdens de nulmeting is over 23% (N=93) van de verwijzingen terugrapportage ontvangen van de huisarts en over 28% van de medisch specialist. Er is geen verschil tussen de controle- en de pilotregio. Bij de nameting is van 63% (N=56) van de rechtstreekse verwijzingen terugrapportage ontvangen van de medisch specialist. Dit verschil is significant ($p < 0,001$).

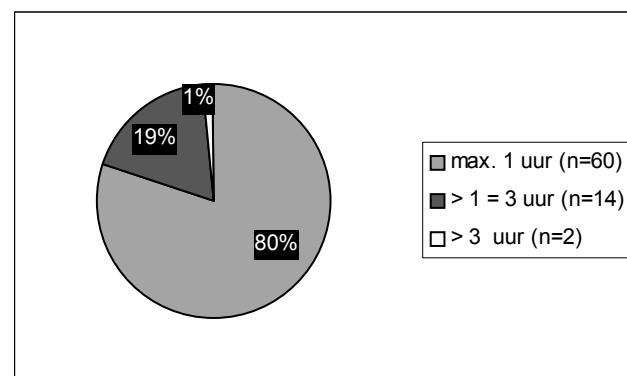
Tijdens de nulmeting rapporteerde de kinderarts het vaakst terug, gevolgd door oogarts en radioloog/orthopeed. Bij de rechtstreekse verwijzing tijdens de nameting is dit beeld veranderd. Radiologen/orthopeden rapporteren significant vaker terug ($p < 0,001$). Terugrapportage bij oogarts en kinderarts tijdens de pilot is mogelijk ook iets verbeterd, doch niet significant (figuur 5).



Figuur 5 Terugrapportage (%) door medisch specialist aan de JGZ-arts tijdens nulmeting en nameting (rechtstreekse verwijzingen).

4. Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de tijdsinvestering van ouders?

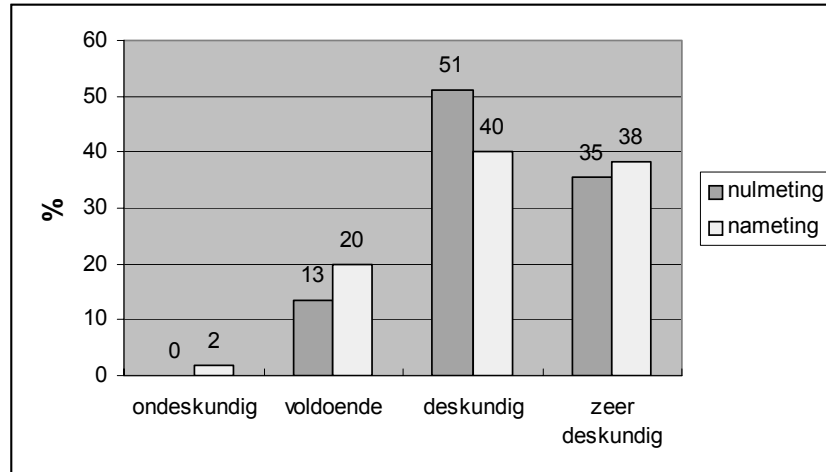
Tijdens de nulmeting moest 9% van de ouders vrij nemen om de huisarts te bezoeken. 4/5 van alle ouders besteedde maximaal één uur aan het bezoek aan de huisarts, de rest meer dan een uur (figuur 6) Door rechtstreekse verwijzing viel deze tijdsbesteding voor ouders tijdens de pilot weg.



Figuur 6 Hoeveel tijd besteedden ouders bij de nulmeting aan het bezoek aan de huisarts? (N=76)

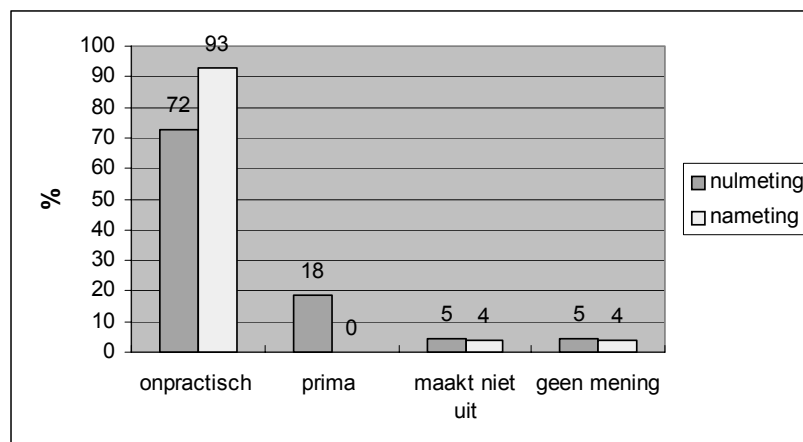
5. Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de mening van ouders over de verwijzing door de JGZ-arts?

Ouders is gevraagd wat ze vonden van de kwaliteit van de verwijzing van de JGZ-arts. In de nulmeting vonden alle ouders de verwijzing voldoende tot (zeer) deskundig. Tijdens de nameting vond 98% van de ouders dit ook (figuur 7). De mening van ouders over de kwaliteit van de verwijzing door de JGZ-arts is niet wezenlijk veranderd tijdens de pilot.



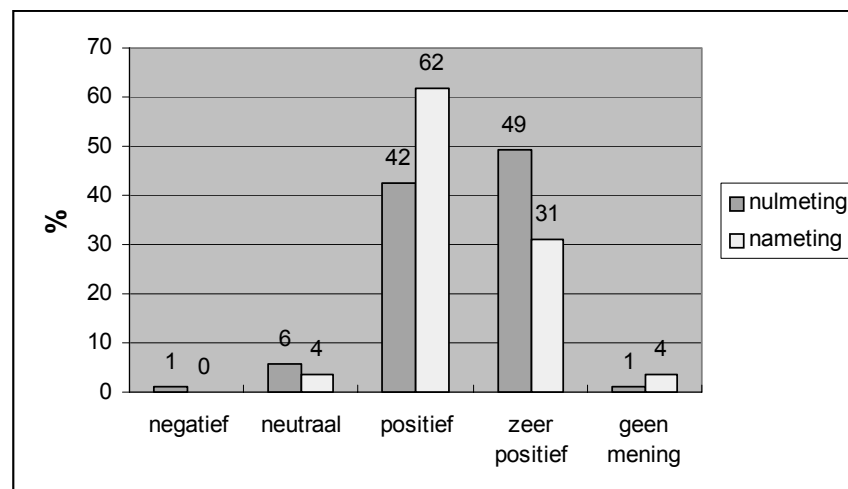
Figuur 7 Wat vonden ouders van de kwaliteit van de verwijzing door de JGZ-arts tijdens de nulmeting (N=87) en de nameting (rechtstreeks verwezen ouders, N=54)?

Ouders is gevraagd wat ze ervan vonden dat ze eerst naar de huisarts moesten ná verwijzing door de JGZ-arts. Bij de nulmeting vond 72% van de ouders dit onpraktisch. Bij de nameting was 93% van alle rechtstreeks verwezen ouders deze mening toegedaan. Bij de nulmeting vond nog 18% van de ouders het prima om eerst naar de huisarts te gaan, omdat de huisarts dan nog eens mee kon kijken en goed op de hoogte was van de verwijzing. Bij de nameting had geen van de ouders deze mening (figuur 8). Deze verschillen zijn significant ($p=0,001$). De mening van ouders over de verwijfsroute via de huisarts is daarmee tijdens de pilot negatiever geworden dan daarvoor.



Figuur 8 Mening van ouders tijdens de nulmeting (N=82) en nameting (N=55) over verwijzing van de JGZ-arts naar de medisch specialist via de huisarts.

Ouders waren (zeer) positief over rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts. Bij de nulmeting was 91% (zeer) positief, bij de nameting 93%(figuur 9).



Figuur 9 Wat is de mening van ouders over rechtstreekse verwijzing van de JGZ naar de medisch specialist tijdens nulmeting (N=85) en nameting (N=55) ?

Ouders zagen veel voordelen van rechtstreekse verwijzing. Zowel tijdens de nulmeting als tijdens de nameting noemden ouders meer voordelen dan nadelen. Ouders noemden gemiddeld 1,5 (nameting) tot 1,7 (nulmeting) voordeel en 0,2 (nameting) tot 0,3 (nulmeting) nadeel.

Meeste genoemde voordelen hadden betrekking op praktische zaken zoals tijdwinst, minder vertraging, efficiëntieverhoging en/of kostenbesparing. Dit soort voordelen zijn genoemd door 95% van de ouders. Meest genoemde nadeel -door 14% van de ouders- betrof het feit dat het voor de huisarts moeilijker is overzicht en regie te houden als de JGZ-arts rechtstreeks verwijst. Er was geen wezenlijk verschil in genoemde voor- en nadelen tijdens de nulmeting en de nameting (tabel 11).

Tabel 11 Voor- en nadelen van rechtstreeks verwijzen door JGZ-arts volgens ouders tijdens nulmeting (N=92)

Voordelen rechtstreeks verwijzen volgens ouders	Aantal keer genoemd	% ouders
Tijdwinst, efficiëntieverhoging en/of kostenbesparing	87	95%
Grotere waardering en verantwoordelijkheid JGZ-arts	29	32%
Ontlasting huisarts/ huisarts geeft geen extra resultaat	18	20%
Ontlasting kind en gezin	8	9%
totaal	142	
Nadelen rechtstreeks verwijzen volgens ouders	Aantal keer genoemd	% ouders
Moeilijker voor huisarts om overzicht en regie te houden	13	14%
Huisartsen kent kind, gezinssituatie én curatieve mogelijkheden beter	8	9%
JGZ-artsen verwijzen soms te snel naar de 2 ^e lijn	7	8%
totaal	28	

Samenvattend:

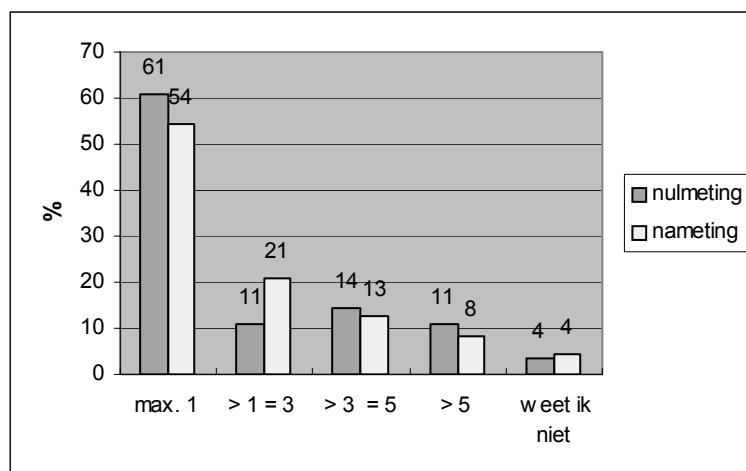
- De mening van ouders over de kwaliteit van de verwijzing door de JGZ-arts is niet veranderd tijdens de pilot.

- De mening van ouders over de verwijfsroute van de JGZ-arts naar de medisch specialist via de huisarts is tijdens de pilot negatiever geworden. Bijna alle ouders gaven aan dit onpraktisch te vinden.
- De mening van ouders over rechtstreekse verwijfsing door de JGZ-arts naar de medisch specialist is tijdens de pilot niet veranderd. Ouders staan hier bijna allemaal onverminderd positief of zeer positief tegenover.
- Ouders zien meer voordelen dan nadelen van rechtstreekse verwijfsing door de JGZ-arts, vooral op het gebied van tijdwinst, efficiency en/of kostenbesparing. Belangrijkste nadeel vinden ze dat het moeilijker wordt voor de huisarts om overzicht en regie te houden.

6. Wat is het effect van rechtstreeks verwijfsen op het aantal keer (telefonisch) contact tussen JGZ-arts en huisarts en medisch specialist?

Er is niet veel telefonisch contact tussen JGZ-arts en medisch specialist. Het meeste telefonisch contact tijdens nulmeting en nameting vond plaats tussen kinderarts en JGZ-arts; iets meer dan de helft van de JGZ-artsen en kinderartsen geeft aan meer dan 3 keer telefonisch contact per jaar te hebben. Het minste telefonisch contact vond plaats tussen JGZ-arts en radioloog/orthopeed.

De pilot rechtstreeks verwijfsen heeft nauwelijks invloed gehad op de frequentie van het telefonische contact (figuur 10). De subjectieve beleving van medisch specialisten stemde hiermee overeen. Alle medisch specialisten uit de pilotregio (N=13) gaven aan dat volgens hen het aantal keer telefonisch contact met de JGZ-arts tijdens de pilot niet veranderd was ten opzichte van daarvoor. Ook de JGZ-artsen waren deze mening toegedaan.



Figuur 10 Hoe vaak is er volgens de medisch specialist telefonisch contact geweest tussen medisch specialist en JGZ-arts tijdens nulmeting (N=28) en nameting (N=24)?

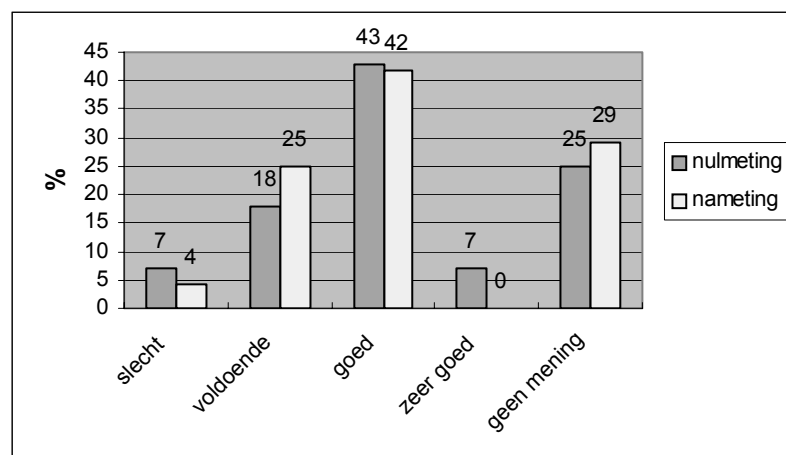
Bij de huisartsen zien we een vergelijkbaar beeld. Ook zij geven aan dat er weinig telefonisch contact is tussen JGZ-arts en huisarts, in het algemeen minder dan 3 keer per jaar. Er is geen verschil tussen de nulmeting en de nameting. De subjectieve beleving van JGZ-artsen en huisartsen uit de pilotregio sluit hierbij aan; noch huisartsen, noch JGZ-artsen hebben het idee dat het aantal keer telefonisch contact veranderd is door de pilot.

7. Wat is het effect van rechtstreeks verwijfsen op de onderlinge samenwerking?

De meeste medisch specialisten beoordeelden zowel tijdens de nulmeting als de nameting de samenwerking met de JGZ-artsen als voldoende tot goed (figuur 11). De mening van medisch specialisten over de samenwerking met de JGZ-arts is tijdens de pilot niet veranderd. Er is wel verschil in opvatting tussen de verschillende specialisten:

- Orthopeden en radiologen hadden vaak geen mening over de samenwerking met de JGZ-arts. Tijdens de nulmeting was dit 63% (N=8), tijdens de nameting 44% (N=9). De overigen waren in het algemeen positief over de samenwerking.
- Oogartsen en orthoptisten beoordeelden de samenwerking in de nulmeting in 75% (N=8) als voldoende tot zeer goed, in de nameting in 50% (N=6). De rest had veelal geen mening.
- Kinderartsen beoordeelden zowel in de in de nulmeting (N=11) als in de nameting (N=9) allemaal de samenwerking met de JGZ-arts als voldoende tot (zeer) goed.

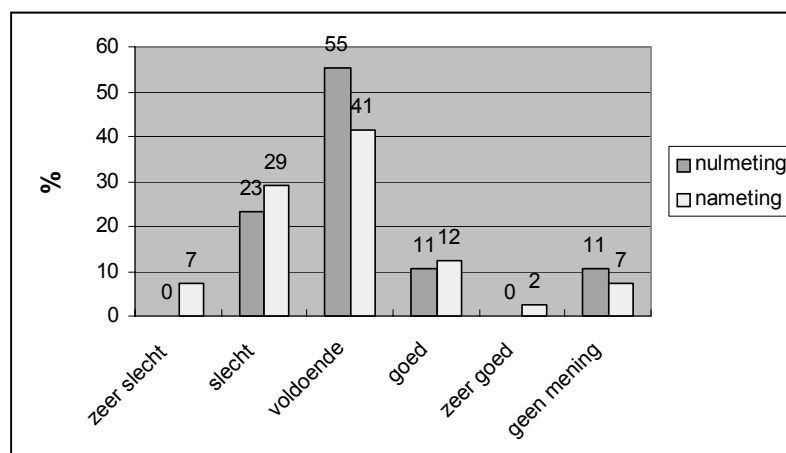
Er is geen verschil tussen pilot- en controleregio. De gevonden verschillen tussen nulmeting en nameting zijn niet significant.



Figuur 11 Mening van de medisch specialisten over de samenwerking met de JGZ-arts tijdens nulmeting (N=28) en nameting (N=24).

Huisartsen beoordeelden zowel tijdens de nulmeting als de nameting de samenwerking met de JGZ-arts negatiever dan de medisch specialisten. De meeste huisartsen beoordeelden de samenwerking als voldoende, maar ook veel huisartsen gaven aan ontevreden te zijn. Tijdens de nulmeting vond 23% van de huisartsen de samenwerking (zeer) slecht, tijdens de nameting was dit 36% (figuur 12).

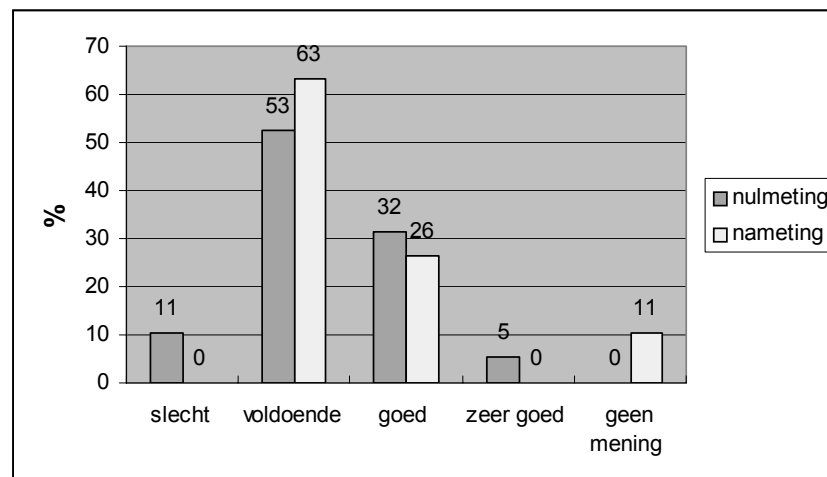
Verskil tussen de nul- en nameting is niet significant. Er is wat betreft de samenwerking ook geen verschil tussen de pilot- en controleregio.



Figuur 12 Mening van de huisarts over de samenwerking met de JGZ tijdens nulmeting (N=56) en nameting (N=41).

JGZ-artsen waren positiever over de samenwerking met de huisarts dan vice versa. Zowel tijdens de nulmeting- als tijdens de nameting beoordeelden de JGZ-artsen de samenwerking als voldoende tot goed (figuur 13).

Er is geen verschil tussen de pilot- en controleregio. De mening van de JGZ-arts over de samenwerking met de huisarts is tijdens de pilot niet veranderd.



Figuur 13 Mening van de JGZ-arts over de samenwerking met de huisarts tijdens de nulmeting (N=19) en de nameting (N=19).

Bij de JGZ-artsen was er verschil in oordeel over de samenwerking met de verschillende medisch specialisten:

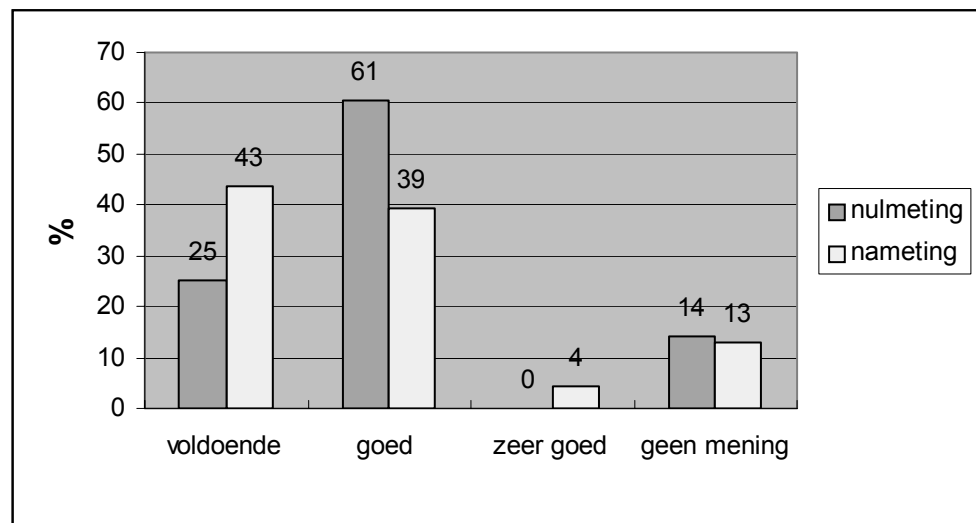
- JGZ-artsen waren het positiefst over de samenwerking met de kinderarts, zowel tijdens de nulmeting als tijdens de nameting vonden alle JGZ-artsen de samenwerking met de kinderarts voldoende tot zeer goed.
- Tijdens de nulmeting had 3/4 van de JGZ-artsen geen mening over de samenwerking met de radiologen en orthopeden. Tijdens de nameting vond een kleine meerderheid van de JGZ-artsen de samenwerking voldoende tot zeer goed.
- Ruim 40% van de JGZ-artsen had tijdens de nulmeting geen mening over de samenwerking met de oogarts/orthoptist. Tijdens de nameting was dit wel het geval. Ruim 70% van de JGZ-artsen vond de samenwerking nu voldoende tot goed.

Er is geen verschil tussen pilot- en controleregio. De gevonden verschillen tussen nulmeting en nameting zijn niet significant.

Samenvattend lijkt de kwaliteit van de samenwerking tussen JGZ-artsen en medisch specialisten tijdens de pilot gelijk te zijn gebleven of mogelijk iets te zijn verbeterd. Dit geldt met name voor samenwerking van JGZ-arts met radiologen/orthopeden en oogartsen/orthoptisten. De kwaliteit van de samenwerking met de huisarts is wat betreft de JGZ-artsen gelijk gebleven tijdens de pilot, maar volgens de huisartsen mogelijk verslechterd. Gevonden verschillen zijn niet significant

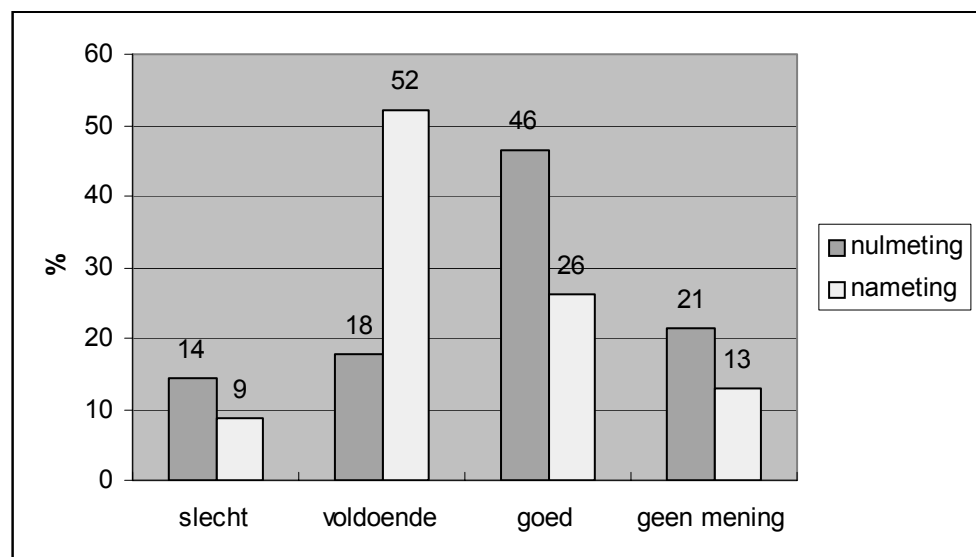
8. Wat is het effect van de pilot rechtstreeks verwijzen op de kwaliteit van de verwijzing en verwijsbrief van de JGZ?

Er is enig (niet significant) verschil in de beoordeling van de kwaliteit van de verwijzing van de JGZ-arts door de medisch specialist tijdens de nul- en nameting (figuur 14). Tijdens de nulmeting beoordeelden de medisch specialisten de kwaliteit van de JGZ-verwijzingen overwegend als goed, tijdens de nameting als voldoende tot goed. Er is geen verschil tussen de pilot- en de controleregio.



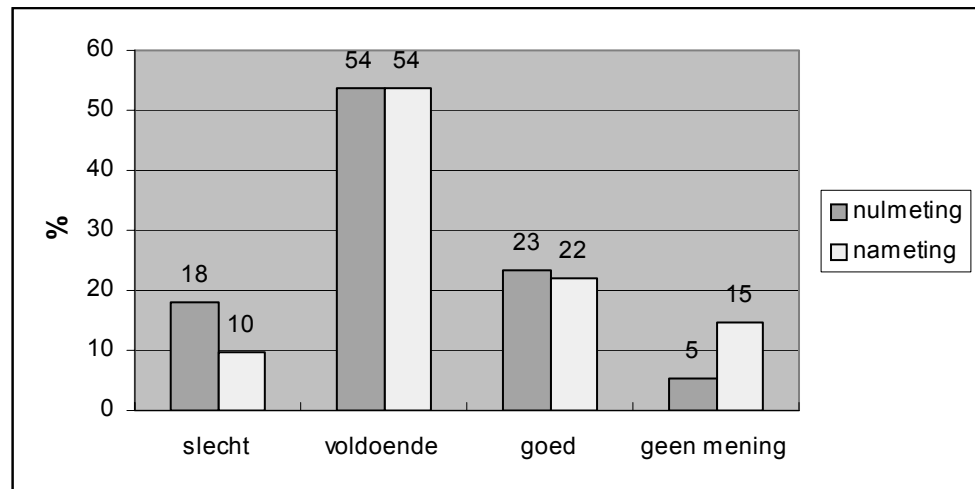
Figuur 14 Mening van de medisch specialist over de kwaliteit van de verwijzingen van de JGZ-arts tijdens nulmeting (N=28) en de nameting (N=23).

Er is ook enig verschil (niet significant) in de beoordeling door de medisch specialist van de verwijsbrief in de nulmeting en de nameting (figuur 15). Tijdens de nulmeting werd de verwijsbrief van de JGZ-arts voornamelijk als goed tot zeer goed beoordeeld, tijdens de nameting overwegend als voldoende tot goed. Er is geen verschil tussen pilot- en controleregio.



Figuur 15 Mening van de medisch specialisten over verwijsbrief van de JGZ-arts tijdens nulmeting (N=28) en nameting (N=23).

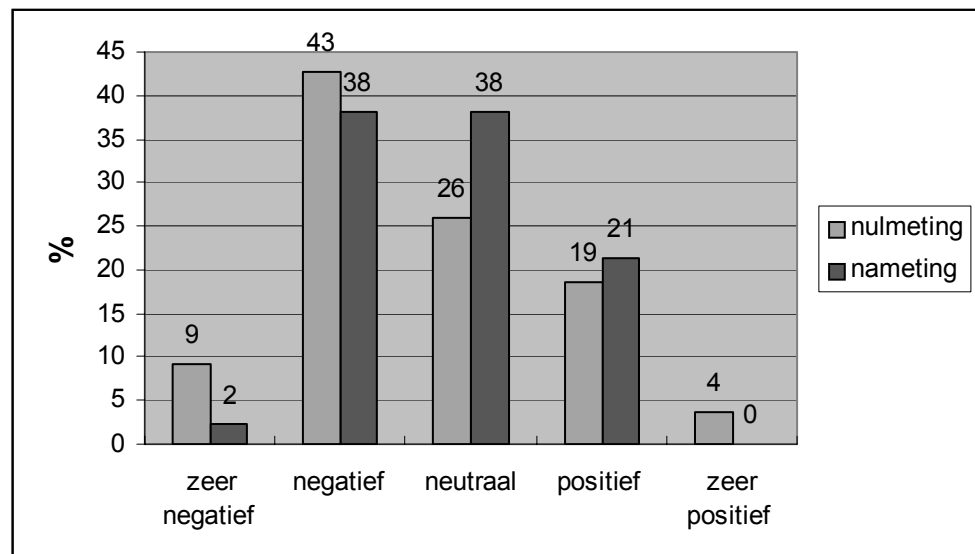
De mening van de huisarts over de kwaliteit van de verwijzing door de JGZ-arts is niet veranderd tijdens de pilot. 3/4 van de huisartsen vond de kwaliteit van de verwijzingen van de JGZ-arts voldoende tot goed (figuur 16). Dit gold ook voor de mening van de huisarts over de verwijsbrief. Ook hier vond 3/4 van de huisartsen de verwijsbrief van de JGZ-arts voldoende tot goed, zowel tijdens de nulmeting als tijdens de nameting. Er is geen verschil tussen de pilot- en de controleregio.



Figuur 16 Mening van de huisarts over de kwaliteit van de verwijzingen van de JGZ-arts tijdens nulmeting (N=56) en nameting (N=41).

9. Wat is het effect van rechtstreeks verwijzen op de mening van JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten over rechtstreeks verwijzen?

Tijdens de nulmeting stond meer dan de helft van de huisartsen (zeer) negatief tegenover rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts. Tijdens de nameting was dit 40% (figuur 17). Dit verschil is niet significant.



Figuur 17 Mening van huisartsen over rechtstreeks verwijzen van de JGZ-arts naar de medisch specialist tijdens nulmeting (N=57) en nameting (N=42).

Er was verschil bij de nulmeting tussen de pilotregio- en de controleregio wat betreft de mening van de huisartsen. In de pilotregio leek de mening van de huisartsen tijdens de nulmeting negatiever dan in de controleregio (niet significant). Tijdens de nameting was de mening van de huisartsen mogelijk iets verbeterd t.o.v. de nulmeting (niet significant, $p=0,06$). Hierdoor was er tijdens de nameting geen verschil meer tussen pilot- en controleregio (tabel 12). Huisartsen in de pilotregio geven overigens aan zelf niet het idee te hebben dat hun mening tijdens de pilot is veranderd. 75% (N=16) vond dat hun mening over rechtstreekse verwijzing naar de medisch specialist gelijk is gebleven, de overige meningen waren verdeeld.

Tabel 12 Mening van huisartsen over rechtstreeks verwijzen naar de medisch specialist in pilotregio en controleregio.

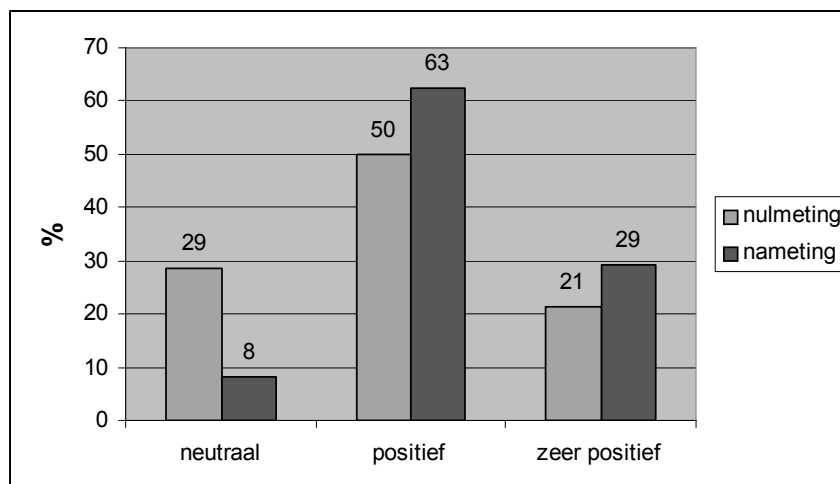
pilotregio	nulmeting (N=33)	nameting (N=23)	controleregio	nulmeting (N=21)	nameting (N=19)
zeer negatief	15%	0%	zeer negatief	0%	5%
negatief	48%	39%	negatief	33%	37%
neutraal	21%	52%	neutraal	33%	21%
positief	12%	9%	positief	29%	37%
zeer positief	0%	0%	zeer positief	5%	0%
geen mening	3%	0%	geen mening	0%	0%
totaal	100%	100%	totaal	100%	100%

Huisartsen dachten verschillend over rechtstreekse verwijzing naar de verschillende specialisten:

- Huisartsen waren in het algemeen positief over rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de oogarts. Tijdens de nulmeting was 70% (zeer) positief, tijdens de nameting 57%. Dit verschil is niet significant.
- Ongeveer 25% van de huisartsen stond tijdens de nulmeting en de nameting positief tegenover rechtstreekse verwijzing naar de radioloog/orthopeed.
- Ongeveer 10% van de huisartsen stond positief tegenover rechtstreekse verwijzing naar de kinderarts tijdens nulmeting en nameting.

De meeste medisch specialisten staan positief tegenover rechtstreekse verwijzing naar hun eigen specialisme. Tijdens de nulmeting was 71% (zeer) positief, tijdens de nameting 92% (figuur 18). Dit verschil is niet significant. Er is ook geen verschil tussen pilot- en controleregio.

De medisch specialisten in de pilotregio is gevraagd of zij het idee hadden dat hun mening over rechtstreeks verwijzen was veranderd door de pilot. 31% (N=13) gaf aan dat hun mening positiever was geworden, bij 61% was hun mening gelijk gebleven (8% 'weet niet').



Figuur 18 Mening van medisch specialisten over rechtstreeks verwijzen van de JGZ-arts naar eigen specialisme tijdens nulmeting (N=28) en nameting (N=24).

Er is verschil tussen kinderartsen, oogartsen/orthoptisten en radiologen/orthopeden wat betreft hun mening over rechtstreekse verwijzing van de JGZ naar hun eigen discipline.

Tijdens de nulmeting waren de radiologen en orthopeden het positiefst (100% (zeer) positief), gevolgd door oogartsen/orthoptisten (75%) en kinderartsen (45%). Dit verschil was significant ($p=0,005$).

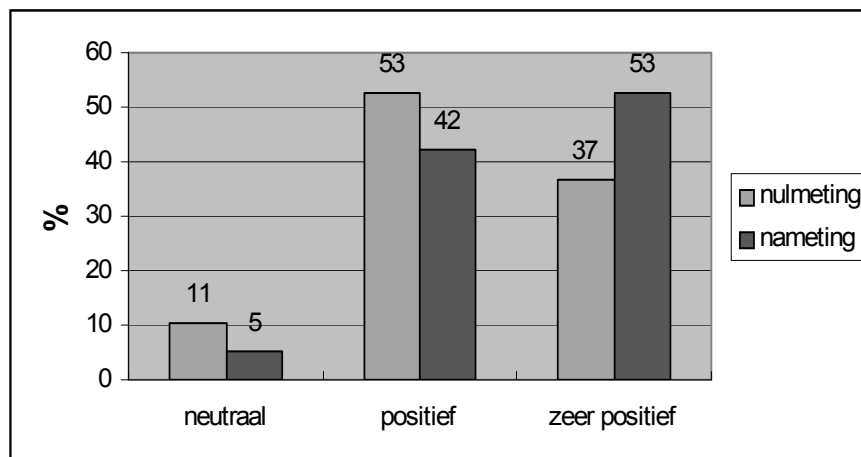
Tijdens de nameting waren juist de kinderartsen het positiefst (100% (zeer) positief), gevolgd door radiologen/orthopeden (89%) en oogartsen/orthoptisten (88%) (tabel 13). De mening van de kinderartsen is significant verbeterd tijdens de pilot ($p=0,01$).

Tabel 13 Mening van medisch specialisten over rechtstreekse verwijzing naar eigen discipline

Oogarts/orthoptist	Nulmeting (N=8)	Nameting (N=6)
Neutraal	25%	17%
Positief	25%	33%
Zeer positief	50%	50%
Kinderarts	Nulmeting (N=11)	Nameting (N=9)
Neutraal	55%	0%
Positief	45%	89%
Zeer positief	0%	11%
Radioloog/orthopeed	Nulmeting (N=8)	Nameting (N=9)
Neutraal	0%	11%
Positief	75%	56%
Zeer positief	25%	33%

JGZ-artsen zijn tijdens de pilot mogelijk nog iets positiever geworden over rechtstreekse verwijzing van de JGZ-arts naar de medisch specialist (figuur 19). Het verschil is niet significant. Er is geen verschil tussen pilot en controleregio.

Tijdens de nulmeting was 99% van de JGZ-artsen (zeer) positief over rechtstreekse verwijzing naar de oogarts/orthoptist, 100% over rechtstreekse verwijzing naar radioloog/orthopeed en 88% over rechtstreekse verwijzing naar de kinderarts. Tijdens de nameting was dit respectievelijk 100% (oogarts), 89% (radioloog/orthopeed) en 84% (kinderarts). Deze verschillen zijn niet significant.



Figuur 19 Mening van JGZ-artsen over rechtstreeks verwijzen van de JGZ-arts naar de medisch specialist tijdens nulmeting (N=19) en nameting (N=19).

JGZ-artsen, medisch specialisten en huisartsen is gevraagd of zij voor- en/of nadelen zagen aan rechtstreekse verwijzing (zie tabel 14 en 15).

(Bijna) alle JGZ-artsen zagen tijdens nulmeting en nameting één of meer voordelen van rechtstreekse verwijzing. Dit was ook het geval bij de medisch specialisten. Het aantal

medisch specialisten en JGZ-artsen dat één of meer nadelen ziet in rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts is tijdens de pilot iets afgenomen (bij de specialisten van 59% tot 45%, bij de JGZ-artsen van 84% naar 74%). Bij de huisartsen zag ruim 60% één of meer voordelen en ruim 90% één of meer nadelen van rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts. Er was bij hen geen verschil tussen nulmeting en nameting.

Meest genoemde voordelen betroffen tijdswinst, efficiëntieverhoging en/of kostenbesparing. Op de 2^e plaats stond grotere waardering en verantwoordelijkheid voor de JGZ-arts. Meest genoemde nadelen waren dat JGZ-artsen te vaak en te snel naar de 2^e lijn verwijzen en dat de huisarts meer kennis heeft over kind, gezin en curatieve mogelijkheden dan de JGZ-arts.

Tabel 14 Voordelen rechtstreeks verwijzen volgens JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten tijdens de nulmeting.

Voordelen (aantal keer genoemd) rechtstreeks verwijzen volgens:	JGZ-arts (N=19)	Huisarts (N=55)	Specialist (N=27)	Totaal (N=101)
Tijdswinst, efficiëntieverhoging en/of kostenbesparing	16 (84%)	30 (55%)	22 (81%)	68 (67%)
Grotere waardering en verantwoordelijkheid JGZ-arts	8 (42%)	2 (4%)	11 (41%)	21 (21%)
Ontlasting kind en gezin	4 (21%)	4 (7%)	5 (19%)	13 (13%)
Ontlasting van de huisarts	3 (16%)	5 (9%)	3 (11%)	11 (11%)
Geen verschil van mening JGZ-arts en huisarts	2 (11%)			2 (2%)
Feedback van medisch specialist op JGZ-arts	1 (5%)	2 (4%)		3 (3%)
totaal	34	43	41	118

Tabel 15 Nadelen rechtstreeks verwijzen volgens JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten tijdens de nulmeting.

Nadelen (aantal keer genoemd) rechtstreeks verwijzen volgens	JGZ-arts (N=19)	Huisarts (N=55)	Specialist (N=27)	Totaal (N=101)
JGZ-artsen verwijzen te vaak en te snel naar de 2 ^e lijn	4 (21%)	28 (51%)	10 (37%)	42 (42%)
Moelijk voor HA om overzicht en regie te houden	2 (11%)	16 (29%)	5 (19%)	23 (23%)
Huisarts kent kind, gezinssituatie én curatieve mogelijkheden beter		21 (38%)		21 (21%)
JGZ-artsen hebben onvoldoende kennis en ervaring		14 (25%)		14 (14%)
Verantwoordelijkheden worden onduidelijk	2 (11%)	5 (9%)		7 (7%)
Positie van de huisarts wordt ondermijnd		6 (11%)		6 (6%)
Verslechtering relatie huisarts/ JGZ-arts	5 (26%)			5 (5%)
Ervaring huisarts met kinderen neemt af	2 (11%)		1 (4%)	3 (3%)
Kost JGZ-arts meer tijd	1 (5%)			1 (1%)
Totaal	16	90	16	122

Samenvattend:

- Ongeveer de helft van de huisartsen stond bij de nulmeting negatief tegenover rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts. Huisartsen in de pilotregio leken negatiever dan huisartsen in de controleregio. De mening van huisartsen in de pilotregio is mogelijk iets positiever geworden (niet significant, $p=0,06$), in de controleregio gelijk gebleven. De meeste huisartsen stonden positief tegenover rechtstreekse verwijzing naar de oogarts, veel negatiever tegenover rechtstreekse verwijzing naar radioloog/orthopeed en vooral kinderarts.
- Medisch specialisten stonden zowel bij de nul- als bij de nameting positief tegenover rechtstreekse verwijzing naar hun eigen specialisme. Tijdens de pilot is hun mening iets positiever geworden. Bij de kinderartsen is dit verschil significant.

- JGZ-artsen stonden zowel bij de nul- als bij de nameting positief tegenover rechtstreekse verwijzing van de JGZ-arts naar de medisch specialist. Hun mening is tijdens de pilot mogelijk iets positiever geworden.

10. Wat is het effect van de pilot rechtstreekse verwijzing op de tijdsinvestering van JGZ-arts, huisarts en medisch specialist?

Rechtstreeks verwezen kinderen bezoeken de huisarts niet meer voorafgaand aan het bezoek aan de medisch specialist. Tijdens de pilotperiode betrof dit 182 kinderen c.q. huisartsenconsulten ofwel 30% van het totaal aantal JGZ-verwijzingen (N=604). Hierdoor is de tijdsinvestering van de huisarts afgenomen. Zie tabel 11 voor een overzicht van de tijdsinvestering van de huisarts bij JGZ-verwijzingen. Huisartsen hadden natuurlijk nog wel tijd nodig om kennis te nemen van de verwijfsbrief JGZ en de specialistenbrief en om deze administratie te verwerken.

Wat betreft de tijdsinvestering van medisch specialist, huisarts en JGZ-arts is er weinig verschil tussen nulmeting en nameting (tabel 16). Niet alle kinderen zijn tijdens de pilot rechtstreeks verwezen. Tijdsinvestering van de huisarts is bij niet-rechtstreeks verwezen kinderen gelijk gebleven.

Huisartsen, JGZ-artsen en medisch specialisten in de pilotregio is gevraagd of zij zelf het idee hadden dat de tijdsinvestering per verwijzing veranderd was tijdens de pilot. 35% (N=17) van de huisartsen had het idee dat ze minder tijd kwijt waren aan verwijzing van de JGZ-arts, 12% wist het niet en 53% merkte geen verschil. Dit laatste was ook het geval bij de meeste medisch specialisten. De JGZ-artsen hadden wel het gevoel meer tijd kwijt te zijn aan een verwijzing tijdens de pilot; bij 87% (N=15) was dit het geval.

Tabel 16 Wat is de tijdsinvestering (in minuten) van huisarts, medisch specialist en JGZ-arts per JGZ-verwijzing tijdens nulmeting en nameting?

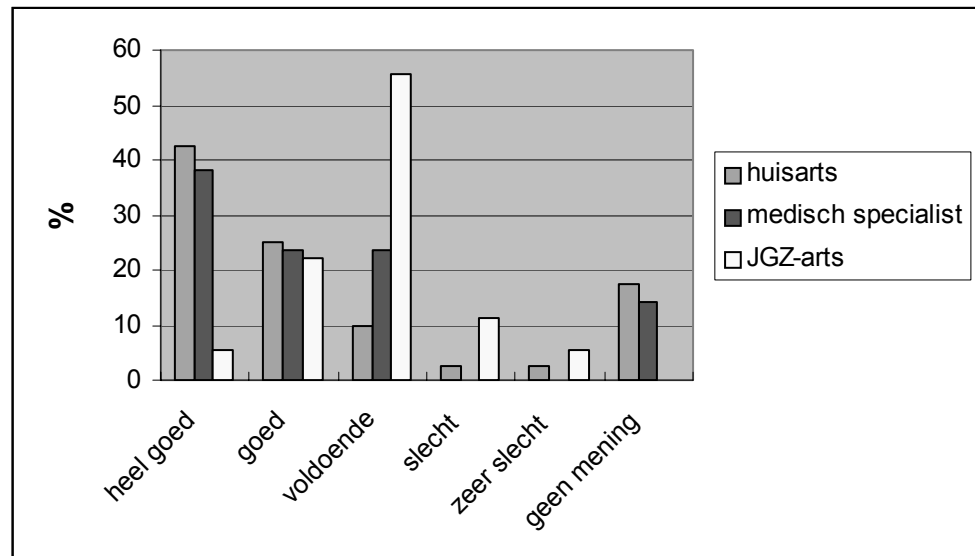
Huisarts	Nulmeting (N=57)	Nameting (N=42)
≤ 10	70%	76%
>10 ≤ 20	25%	10%
>20 ≤ 30	0%	7%
>30	2%	0%
weet niet	4%	7%
Medisch specialist	Nulmeting (N=28)	Nameting (N=24)
≤ 10	18%	21%
>10 ≤ 20	18%	17%
>20 ≤ 30	25%	33%
>30	21%	13%
weet niet	18%	17%
JGZ-arts	Nulmeting (N=19)	Nameting (N=19)
≤10	84%	84%
>10 ≤ 20	11%	16%
>20	0%	0%
weet niet	5%	0%

11 Wat vindt de JGZ-arts, huisarts en medisch specialist van de modelverwijsbrief JGZ?

Huisartsen en medisch specialisten zijn tevreden over de modelverwijsbrief JGZ, een meerderheid vond de verwijsbrief (heel) goed. JGZ-artsen vonden de verwijsbrief in het algemeen voldoende (figuur 20). Verschillen in mening tussen huisarts en JGZ-arts ($p < 0,001$) én medisch specialist en JGZ-arts ($p=0,003$) zijn significant.

Veel JGZ-artsen gaven commentaar op de verwijsbrief. Dit commentaar betrof vooral de lay-out. Men vond dat er niet genoeg ruimte was voor m.n. adresgegevens, anamnese en lichamelijk onderzoek. Ook vonden JGZ-artsen dat ze een aantal zaken dubbel moesten invullen.

Huisartsen en medisch specialisten gaven een enkele keer commentaar op de verwijsbrief. Zij gaven aan graag een getypte of digitale verwijsbrief te willen. Zij vonden de ruimte voor anamnese en lichamelijk onderzoek krap. Niet alle verwijsbrieven die zij ontvingen waren ingevuld zoals bedoeld en men miste de mogelijkheid voor terugrapportage op de verwijsbrief JGZ.



Figuur 20 Wat vindt de huisarts, JGZ-arts en medisch specialist van de modelverwijsbrief JGZ (nameting) ?

12 Wat vindt de huisarts, JGZ-arts en medisch specialist van de randvoorwaarden uit de Methodiek rechtstreeks verwijzen?

Er is goede overeenstemming tussen huisartsen, JGZ-artsen en medisch specialisten over de randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts (tabel 17). Zowel JGZ-artsen, huisartsen als medisch specialisten vinden het zeer belangrijk dat de huisarts een kopie ontvangt van de correspondentie tussen JGZ-arts en medisch specialist. Overleg wordt ook belangrijk geacht, in complexe situaties meer dan bij twijfel. Huisartsen hebben duidelijke voorkeur voor overleg tussen JGZ-arts en huisarts boven overleg tussen JGZ-arts en medisch specialist. Bij de specialisten is deze voorkeur minder duidelijk en bij JGZ-artsen afwezig.

Huisartsen en JGZ-artsen hechten veel belang aan interdisciplinaire afspraken, medisch specialisten vinden dit iets minder belangrijk. Bijna alle huisartsen vinden het ook belangrijk dat volgens protocollen verwezen wordt, bij medisch specialisten en JGZ-artsen is dit iets minder het geval.

Tabel 17 Welke randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing vinden huisartsen, JGZ-artsen en medisch specialisten (zeer) belangrijk (nulmeting)?

Randvoorwaarde	Medisch specialist	Huisarts	JGZ-arts
Huisarts ontvangt kopie specialistenbrief	100%	100%	100%
Huisarts ontvangt kopie brief JGZ-arts	89%	95%	100%
JGZ-arts moet in complexe situatie overleggen met huisarts	89%	98%	95%
JGZ-arts moet in complexe situaties overleggen met specialist	79%	49%	95%
JGZ-arts is bereikbaar voor overleg	75%	86%	84%
JGZ-arts moet bij twijfel overleggen met specialist	57%	29%	84%
JGZ-arts moet bij twijfel overleggen met huisarts	68%	92%	84%
Rechtstreeks verwijzen alleen met interdisciplinaire afspraken	57%	90%	90%
Rechtstreekse verwijzing alleen bij geprotocol. aandoeningen	54%	74%	42%

In de 'Methodiek rechtstreeks verwijzen' zijn 5 onderwerpen geselecteerd voor rechtstreekse verwijzing naar de kinderarts (hartafwijkingen, niet-ingedaalde testikels, ontwikkelingsstoornissen, groeistoornissen en voedingsproblemen). Huisartsen, JGZ-artsen en kinderartsen is in de nameting gevraagd wat zij vonden van deze onderwerpen voor rechtstreekse verwijzing naar de kinderarts.

Huisartsen zijn over geen enkele onderwerp positief, JGZ-artsen over de meeste onderwerpen. Kinderartsen zijn positief over rechtstreekse verwijzing bij groeistoornissen, hartafwijkingen en ontwikkelingsstoornissen. Minder enthousiast zijn de kinderartsen over rechtstreekse verwijzingen vanuit de JGZ in verband met voedingsproblemen en niet- ingedaalde testikels (tabel 18). Wat betreft de niet- ingedaalde testikels vroegen enkele kinderartsen zich af of deze verwijzingen wel bij hen thuishoorden.

Tabel 18 Percentage Huisartsen, JGZ-artsen en kinderartsen dat (zeer) positief staat tegenover rechtstreekse verwijzing naar de kinderarts voor de diverse onderwerpen uit de Methodiek rechtstreeks verwijzen.

Onderwerp	huisarts (N=42)	JGZ-arts (N=19)	Kinderarts (N=9)
hartafwijkingen	29%	84%	100%
niet ingedaalde testikels	33%	89%	33%
ontwikkelingstoornissen	21%	77%	75%
groeistoornissen	26%	89%	100%
voedingsproblemen	29%	74%	44%

13 Wat vindt de huisarts, JGZ-arts en medisch specialist van de realisatie van de randvoorwaarden tijdens de pilot?

In de 'Methodiek rechtstreeks verwijzen' zijn randvoorwaarden geformuleerd. De volgende randvoorwaarden zijn getoetst tijdens de nameting bij de artsen in de pilotregio en worden hieronder besproken:

- 1 Huisarts ontvangt kopie specialistenbrief
- 2 Huisarts ontvangt kopie brief JGZ-arts
- 3 JGZ-arts overlegt in complexe situatie met huisarts
- 4 JGZ-arts overlegt in complexe situatie met de medisch specialist
- 5 JGZ-arts overlegt bij twijfel met medisch specialist

- 6 JGZ-arts overlegt bij twijfel met huisarts
- 7 JGZ-arts is bereikbaar voor overleg
- 8 Rechtstreeks verwijzen vindt alleen plaats met interdisciplinaire afspraken
- 9 Rechtstreeks verwijzen vindt alleen plaats bij geprotocolleerde aandoeningen

Ad 1. Huisarts ontvangt kopie specialistenbrief

Medisch specialisten uit de pilotregio (N=13) hebben volgens eigen melding in 69% altijd een kopie van hun brief aan de JGZ-arts naar de huisarts gestuurd. (23% 'weet niet', 8% 'soms')

Ad 2. Huisarts ontvangt kopie brief JGZ-arts

93% van de JGZ-artsen uit de pilotregio (N=14) heeft volgens eigen melding meestal/altijd kopieën van hun verwijsbrief aan de specialist naar de huisarts gestuurd. (7% 'soms')

Ad 3. JGZ-arts overlegt in complexe situatie met de huisarts

79% van de JGZ-artsen en 69% (N=16) van de huisartsen geeft aan dat er weinig (bijna nooit of soms) overlegd is in complexe situaties. 21% van de JGZ-artsen geeft aan wel bijna altijd met de huisarts overlegd te hebben in complexe situaties, 6% van de huisartsen deelt deze mening.

Ad 4. JGZ-arts overlegt in complexe situaties met de medisch specialist

43% van de JGZ-artsen en 23% van de medisch specialisten zegt dat er vaak onderling overleg plaats vindt in complexe situaties. 50% van de JGZ-artsen en 33% van de specialisten zegt dat dit zelden gebeurt. De overige JGZ-artsen en medisch specialisten geven aan deze vraag niet goed te kunnen beantwoorden ('weet niet').

Ad 5. JGZ-arts overlegt bij twijfel met medisch specialist

Slechts 1 specialist (7%) en 28% van de JGZ-artsen vindt dat de JGZ-arts bij twijfel vaak overlegt met de specialist. 54% van de medisch specialisten en 57% van de JGZ-artsen vindt dat de JGZ-arts bij twijfel zelden overlegt. 38% van de specialisten en 14% van de JGZ-artsen heeft geen mening.

Ad 6. JGZ-arts overlegt bij twijfel met huisarts

Geen van de huisartsen en 36% van de JGZ-artsen vindt dat de JGZ-arts vaak met de huisarts overlegt bij twijfel. 88% van de huisartsen en 57% van de JGZ-artsen vindt dat de JGZ-arts bij twijfel zelden met de huisarts overlegt.

Ad 7. JGZ-arts is bereikbaar voor overleg

77% van de medisch specialisten en 81% van de huisartsen weet niet of de JGZ-arts bereikbaar is voor overleg. De overige 23% van de medisch specialisten vindt dat de JGZ-arts meestal wel bereikbaar is. 13% van de huisartsen deelt deze mening, 1 huisarts (6%) vindt dat de JGZ-arts zelden bereikbaar is.

Ad 8. Rechtstreeks verwijzen mag alleen met interdisciplinaire afspraken

38% van de medisch specialisten en 32% van de huisartsen gaf aan op de hoogte te zijn van de interdisciplinaire afspraken. Bij de JGZ-artsen was dit 100%. 78% van de JGZ-artsen was grotendeels tevreden over de afspraken en 86% vond dat ze goed zijn nagekomen tijdens de pilot. Huisartsen en medisch specialisten die op de hoogte waren van de afspraken waren in het algemeen tevreden over de afspraken en het nakomen ervan.

Ad 9. Rechtstreekse verwijzing mag alleen bij geprotocolleerde aandoeningen 62% van de medisch specialisten, 43% van de huisartsen en 93% van de JGZ-artsen was bekend met de inhoud van de protocollen. Geen van de JGZ-artsen en medisch specialisten was ontevreden over de inhoud of naleving van de protocollen. Bij 25% (inhoud) en 15% (naleving) van de huisartsen was dit wel het geval.

Al met al kan gesteld worden dat medisch specialisten en vooral JGZ-artsen de huisarts meestal -doch helaas niet altijd- op de hoogte hebben gehouden van de verwijzing door middel van een kopie van de verwijsbrief JGZ en/of de specialistenbrief. Overleg door de JGZ-arts met huisarts en/of medisch specialist heeft weinig plaatsgevonden. Dit is overigens ook vice versa het geval; de meest huisartsen en medisch specialisten wisten niet of de JGZ-arts al dan niet bereikbaar was voor overleg. Huisartsen waren slecht op de hoogte van de protocollen en interdisciplinaire afspraken, medisch specialisten matig en JGZ-artsen goed. Desondanks hebben de protocollen en werkafspraken in het algemeen voldaan tijdens de pilot.

5.14 Bespreking

De pilot rechtstreeks verwijzen heeft geen grote problemen gekend bij invoering en tijdens de looptijd, hoewel informatievoorziening van huisartsen en medisch specialisten niet altijd eenvoudig was. Medewerking van de regionale ziektenkostenverzekeraars en toestemming van het College Tarieven Gezondheidszorg was essentieel voor het welslagen van de pilot.

De pilot is gehouden in een plattelandsregio met één stad (Oss, 76.000 inwoners) en enkele grote plaatsen (Uden en Veghel, 40.000 inwoners) bij kinderen van 0-6 jaar. Mogelijk dat regionale omstandigheden van invloed zijn geweest op enkele uitkomsten van de pilot, maar er zijn geen aanwijzingen dat er verschil is tussen het verloop van de pilot in de dorpen en in de stad Oss.

De gemiddelde leeftijd van de kinderen waarover een vragenlijst is ingevuld tijdens nul- en nameting was laag, iets ouder dan 1 jaar. Verklaring hiervoor ligt in het feit dat alle vragenlijsten zijn afgenomen bij kinderen van maximaal 4 jaar oud én dat verreweg de meeste verwijzingen naar de radioloog/orthopeed en de kinderarts plaats vinden op de zuigelingenleeftijd. Er zijn tijdens de pilot overigens geen belemmeringen ervaren die uitbreiding naar andere leeftijdsgroepen in de weg zouden kunnen staan.

Het vragenlijstonderzoek van de nul- en nameting heeft geen grote problemen gegeven. De respons onder alle betrokkenen was tijdens de nulmeting iets beter dan bij de nameting. Er zijn bij nulmeting én nameting meer interviews gehouden met ouders uit de pilotregio dan uit de controleregio. Er zijn geen aanwijzingen dat dit de resultaten heeft beïnvloed. Bij de nulmeting was er geen verschil in respons tussen de verschillende onderzoeksgroepen in pilotregio of controleregio, bij de huisartsen was dit in de nameting mogelijk wel het geval. Het is niet duidelijk of er hierbij sprake is van selectieve non-respons. Dit is zeker niet ondenkbaar. Mogelijk is er een relatie tussen de mening van de huisarts over rechtstreeks verwijzen en het al dan niet invullen en retourneren van de vragenlijst.

De interviews met ouders zijn gehouden door JGZ-verpleegkundigen waarmee de ouders in veel gevallen nog een zorgrelatie hadden. Mogelijk heeft dit de mening van ouders beïnvloed.

In verband met de einddatum van het project, heeft de nameting bij ouders plaatsgevonden in een korter tijdsbestek dan de nulmeting. Ook vond de nameting sneller ná verwijzing plaats. Tussen verwijzing en het afnemen van de vragenlijst voor

de nulmeting zat minimaal 4 maanden en maximaal 15 maanden, tussen verwijzing en het afnemen van de nameting minimaal 1 maand en maximaal 10 maanden. Dit kan invloed hebben gehad op de onderzoeksresultaten, b.v. op het aantal kinderen dat de medisch specialist al bezocht had op het moment van het afnemen van de vragenlijst. Ook is het mogelijk dat de antwoorden bij de nulmeting in sommige gevallen minder accuraat waren door de grotere tijd tussen verwijzing en afname van de vragenlijst.

Pilotregio en controleregio bestonden uit de adherentiegebieden van 2 verschillende ziekenhuizen en vormden ook geografisch afzonderlijke regio's. Dit heeft waarschijnlijk enkele resultaten van de pilot beïnvloed. Er waren verschillen in de pilot- en controleregio met betrekking tot de tijd tot het bezoek aan de medisch specialist en de mening van de huisartsen over rechtstreeks verwijzen. Deze verschillen kunnen mogelijk verklaard worden door regionale of ziekenhuisgebonden omstandigheden. Verder zijn er geen verschillen tussen de onderzoeksgroepen in de pilot- en controleregio geconstateerd, noch wat betreft de samenstelling van de onderzoeksgroep, noch wat betreft de onderzoeksresultaten. Hierdoor was vergelijking van de pilot- met de controleregio voor de meeste onderzoeksvragen toch mogelijk.

Voor de statistische analyse is er vanuit gegaan dat de onderzoeksgroep bij de nulmeting en de nameting uit andere personen bestond. Voor de ouders is inderdaad zo, voor de medisch specialisten, JGZ-artsen en huisartsen is dit slechts ten dele het geval. Het was niet mogelijk nulmeting en nameting te herleiden tot individuele artsen. Mogelijk is hierdoor sprake van enige vertekening van de onderzoeksresultaten.

Bespreking; resultaten van de pilot

Tijdens de pilot zijn 182 kinderen rechtstreeks verwezen van de JGZ-arts naar de oogarts (n=89), de radioloog/orthopeed (n=60) en kinderarts (n=33) voor welomschreven en goed geprotocolleerde aandoeningen volgens de 'Methodiek rechtstreeks verwijzen'. Dit is 30% van alle verwezen kinderen in de pilotregio. De overige kinderen in de pilotregio zijn naar de huisarts verwezen.

De meerwaarde van het bezoek aan de huisarts bij verwijzing door de JGZ-arts lijkt gering terwijl het ouders wel tijd kost. Tijdens de nulmeting verwees de huisarts 95% van de kinderen die de JGZ-arts naar hem verwees, door naar de medisch specialist. Bij 1/3 van de kinderen vond geen onderzoek plaats door de huisarts. 12% van de door verwezen kinderen ging tijdens de nulmeting op eigen initiatief rechtstreeks naar de medisch specialist en sloeg het consult van de huisarts over. Het bezoek aan de huisarts kostte de meeste ouders tijdens de nulmeting minder dan één uur, 1/5 van de ouders was meer dan 1 uur kwijt. 9% moest vrij nemen om de huisarts te bezoeken.

Het aantal verwijzingen van de JGZ-arts naar de huisarts, oogarts, radioloog/orthopeed en kinderarts is tijdens de pilot niet veranderd. Huisartsen, medisch specialisten en in mindere mate JGZ-artsen en ouders hebben aangegeven dat zij vrezen dat de JGZ-arts door rechtstreekse verwijzing vaker en sneller naar de specialist zal gaan verwijzen. Dit is niet gebleken tijdens de pilot.

Hoewel ouders door rechtstreekse verwijzing niet meer naar de huisarts hoeven en dit in de meeste gevallen zo'n 3 dagen scheelt, is er geen effect van de pilot op de tijd tussen verwijzing en bezoek van ouder en kind aan de medisch specialist geconstateerd. In de controleregio is tijdens de pilot de tijd tot het bezoek aan de medisch specialist zelfs meer afgenomen dan in de pilotregio. Waarschijnlijk is een succesvol wachttijdenbeleid van de betrokken ziekenhuizen hiervoor verantwoordelijk. De pilot heeft ook geen invloed gehad op het aantal kinderen dat de medisch specialist bezoekt ná verwijzing door de JGZ-arts. Zowel in de nulmeting als in de nameting was dit meer dan 93%.

Door rechtstreekse verwijzing is het aantal verwijzingen van de JGZ naar de huisarts in de pilotregio afgenomen met zo'n 30% waardoor de tijdsbesteding van de huisarts is verminderd. JGZ-artsen hebben het gevoel meer tijd kwijt te zijn aan hun verwijzingen, maar dit gevoel is niet geobjectiveerd. Bij medisch specialisten is de tijdsbesteding gelijk gebleven.

Het lijkt erop dat de pilot positief heeft uitgedaagd voor de samenwerking tussen JGZ-arts en medisch specialist. Vooral de terugrapportage door de medisch specialist aan de JGZ-arts is duidelijk verbeterd, van gemiddeld 28% tot 63%. Met name de radiologen zijn vaker gaan terugrapporteren. Mogelijk leidt deze toegenomen feedback tot een kwaliteitsverbetering van de verwijzingen door de JGZ-arts.

JGZ-artsen waren na afloop van de pilot vaker tevreden over de samenwerking met de radioloog en oogarts (niet significant) dan daarvoor. Samenwerking met de kinderarts werd onverminderd als (zeer) goed beoordeeld en de samenwerking met de huisarts als voldoende tot goed. Huisartsen waren minder tevreden over de samenwerking met de JGZ-arts en hun mening is tijdens de pilot mogelijk nog iets verslechterd. De mening van de medisch specialisten over de samenwerking met de JGZ-arts is tijdens de pilot goed gebleven.

De pilot heeft geen invloed gehad op het aantal keer telefonisch contact tussen de JGZ-arts enerzijds en de huisarts en medisch specialist anderzijds. Zowel vóór als tijdens de pilot was er weinig onderling contact. Het meeste telefonisch contact was er tussen JGZ-arts en kinderarts.

De mening van medisch specialisten en huisartsen over de kwaliteit van de JGZ-verwijzingen en de verwijsbrief lijkt tijdens de pilot veranderd van overwegend goed naar voldoende tot goed (verschil is niet significant).

Iets meer dan de helft van de huisartsen stond tijdens de nulmeting negatief tegenover rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de medisch specialist. Tijdens de nameting was dit 40% (verschil niet significant). Huisartsen in de pilotregio waren tijdens de nulmeting iets negatiever dan huisartsen in de controleregio (niet significant). Tijdens de nameting lijkt de mening van huisartsen in de pilotregio positiever te zijn geworden waardoor er geen verschil meer was tussen pilot- en controleregio. Respons tijdens de nameting was in de pilotregio overigens lager dan tijdens de nulmeting en ook lager dan in de controleregio. Het kan zijn dat er hier sprake is van selectieve non-respons; huisartsen in de pilotregio die negatiever staan tegenover rechtstreeks verwijzen hebben mogelijk minder vaak een vragenlijst ingevuld dan huisartsen die er positiever tegenover staan.

Huisartsen staan trouwens niet onverdeeld negatief tegenover rechtstreekse verwijzing. 60% van de huisartsen ziet ook voordelen en de meeste huisartsen (70%) staan positief tegenover rechtstreekse verwijzing naar de oogarts,

De pilot rechtstreeks verwijzen heeft plaatsgevonden in een woelige periode voor de huisartsen. De nulmeting vond plaats in juni 2005, in dezelfde maand staakten de huisartsen tegen de invoering van de nieuwe Zorgverzekeringswet per 1-1-2006 en andere ontwikkelingen in de zorg. De nameting vond plaats in maart 2006. De ophef rondom de nieuwe Zorgverzekeringswet was toen nog niet geluwd. Mogelijk dat een deel van de negatieve reacties van de huisartsen op de pilot verklaard kan worden uit de onzekere positie waarin ze ten tijden van de pilot verkeerden. Andere verklaring kan liggen in het feit dat de huisarts en JGZ-arts -beiden werkzaam in de 1^e lijn- de laatste jaren weinig aandacht aan elkaar besteed hebben. Tot voor enkele jaren deden vele huisartsen consultatiebureau en was de applicatiecursus voor consultatiebureau-artsen onderdeel van de huisartsenopleiding. De laatste jaren is dit niet meer het geval. De Jeugdgezondheidszorg en de Huisartsengeneeskunde hebben gescheiden

ontwikkelingen doorgemaakt waarbij zowel de Jeugdgezondheidszorg als de Huisartsengeneeskunde zich verder hebben geprofessionaliseerd.

Medisch specialisten zijn (zeer) positief over rechtstreekse verwijzing naar hun eigen specialisme en zijn tijdens de pilot mogelijk nog iets positiever geworden. Dit geldt in ieder geval voor de kinderartsen. JGZ-artsen zijn tijdens de pilot positief gebleven.

Ook ouders staan nagenoeg allemaal (zeer) positief tegenover rechtstreekse verwijzing van de JGZ-arts naar de medisch specialist. De pilot heeft hier geen wezenlijke verandering in gebracht. Ouders ervaren de verwijzing van de JGZ-arts als (zeer) deskundig en vinden rechtstreekse verwijzing praktischer en efficiënter. Dit laatste geldt in nog sterkere mate voor rechtstreeks verwezen ouders dan voor ouders die via de huisarts zijn verwezen. Ouders vinden het wel belangrijk dat de huisarts op de hoogte gesteld wordt van de verwijzing zodat hij overzicht houdt en zo nodig regie kan voeren.

Tijdens de pilot is rechtstreeks verwezen naar de kinderarts voor 5 onderwerpen. JGZ-artsen en kinderartsen waren in grote meerderheid tevreden over rechtstreekse verwijzing in verband met hartafwijkingen, ontwikkelingsstoornissen en groeistoornissen. Kinderartsen waren minder te spreken over rechtstreekse verwijzing in verband met voedingsproblemen en niet-ingedaalde testikels.

Medisch specialisten en huisartsen zijn (significant) meer tevreden over de modelverwijsbrief JGZ dan de JGZ-artsen, maar alle partijen vinden de modelverwijsbrief- met enige aanpassingen- bruikbaar.

Er is ook goede overeenstemming tussen de huisarts, JGZ-arts en medisch specialist over de randvoorwaarden uit de methodiek rechtstreeks verwijzen. Alle betrokken artsen vinden het erg belangrijk dat de huisarts geïnformeerd wordt over de rechtstreekse verwijzing, zowel door de JGZ-arts als door de medisch specialist. Ook onderling overleg wordt belangrijk geacht. Huisartsen geven er wel de voorkeur aan dat de JGZ-arts met hen overlegt en niet -of niet alleen- met de medisch specialist.

In het algemeen zijn de betrokken artsen -voor zover op de hoogte- ook redelijk tevreden over de realisatie van de randvoorwaarden tijdens de pilot. Wel is er weinig telefonisch contact geweest tussen JGZ-arts en huisarts en in iets mindere mate tussen JGZ-arts en medisch specialist voor overleg bij twijfel of complexe situaties. Het is mogelijk dat er tijdens de pilot zelden reden voor telefonisch contact was over rechtstreekse verwijzingen omdat de verwijsredenen goed geprotocolleerd waren. Maar het kan ook zijn dat er toch andere barrières bestaan voor JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten om elkaar telefonisch te consulteren.

5.15 Conclusies

- Rechtstreekse verwijzing naar de oogarts (bij visusstoornissen), kinderarts (bij hartafwijkingen, groei-, ontwikkelingsstoornissen en voedingsproblemen) en radioloog/orthooped (bij dysplastische heupontwikkeling) is goed mogelijk zonder dat het aantal verwijzingen door de JGZ-arts toeneemt. Tijdens de pilot zijn 182 kinderen rechtstreeks verwezen. Ondanks de enigszins beperkte informatievoorziening aan medisch specialisten en met name huisartsen is de pilot zonder al te grote problemen verlopen.
- Toestemming van het College Tarieven Gezondheidszorg en medewerking van de regionale ziektenkostenverzekeraars was van essentieel belang voor het welslagen van de pilot.
- Rechtstreekse verwijzing bespaart ouders en huisartsen tijd. Het aantal verwijzingen naar de huisarts is tijdens de pilot met 30% afgenomen. Waarschijnlijk kost

rechtstreekse verwijzing JGZ-artsen iets meer tijd doch dit is niet duidelijk naar voren gekomen in de pilot.

- Rechtstreekse verwijzing leidt tot betere terugrapportage van medisch specialisten aan de JGZ-arts. Betere terugrapportage leidt waarschijnlijk tot kwaliteitsverbetering van de verwijzing door de JGZ-arts.
- JGZ-artsen, ouders en medisch specialisten zijn zeer tevreden over rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts. De tevredenheid is tijdens de pilot op een aantal punten gelijk gebleven of toegenomen.
- Ongeveer de helft van de huisartsen staat negatief tegenover rechtstreekse verwijzing. Tijdens de pilot lijkt de mening van de huisartsen -m.n. in de pilotregio- over rechtstreeks verwijzen te zijn verbeterd. Een ruime meerderheid van de huisartsen staat positief tegenover rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ naar de oogarts.
- JGZ-artsen en medisch specialisten zijn (zeer) tevreden over de onderlinge samenwerking, met name wat betreft de samenwerking tussen JGZ-arts en kinderarts. De samenwerking van de JGZ-arts met de oogarts/orthoptist en radioloog/orthooped is tijdens de pilot mogelijk iets verbeterd. JGZ-artsen zijn tevreden over de samenwerking met de huisarts. Huisartsen zijn minder tevreden over de samenwerking met de JGZ.
- Er is overeenstemming tussen betrokken artsen over het belang van de randvoorwaarden uit de Methodiek rechtstreeks verwijzen. De randvoorwaarden uit de methodiek rechtstreeks verwijzen lijken tijdens de pilot voldoende gerealiseerd. Onduidelijk is of dit ook geldt voor het telefonisch contact tussen JGZ-arts en huisarts en/of medisch specialist bij twijfel of in complexe situaties

5.16 Aanbevelingen

1. Invoering van rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar medisch specialist is wenselijk. De ontwikkeling van een implementatieplan voor de invoering ervan in Nederland is aan te bevelen. Het is raadzaam bij implementatie rekening te houden met de volgende zaken:
 - Rechtstreekse verwijzing van de JGZ naar de 2^e lijn is zinvol als verwijzing via de huisarts geen meerwaarde biedt wat betreft diagnostiek en behandeling. Het moet plaatsvinden onder duidelijke voorwaarden. De 'Methodiek rechtstreeks verwijzen' kan hiervoor als uitgangspunt dienen.
 - Het is van essentieel belang dat de huisarts ook bij rechtstreekse verwijzing goed op de hoogte blijft van de verwijzing en dat er voldoende overleg en afstemming plaatsvindt tussen huisarts en JGZ-arts.
 - Rechtstreekse verwijzing naar de oogarts (bij visusstoornissen), kinderarts (bij hartafwijkingen, groei-, ontwikkelingsstoornissen en voedingsproblemen) en radioloog/orthooped (bij dysplastische heupontwikkeling) is aan te bevelen. Ook andere onderwerpen binnen het medische domein van de JGZ komen mogelijk voor rechtstreekse verwijzing in aanmerking. Het is hierbij belangrijk dat er een redelijke consensus bestaat op landelijk niveau over o.a. de optimale verwijzroute.
 - De Modelverwijsbrief JGZ is bruikbaar bij (rechtstreekse) verwijzing van de JGZ naar derden. Enkele aanpassingen zijn gewenst. Invoering van een landelijke JGZ-verwijsbrief -spoedig gevolgd door een digitale verwijsbrief- is raadzaam.
 - Bij rechtstreekse verwijzing moeten regionaal goede afspraken gemaakt worden met ziektenkostenverzekeraars.
 - Bij rechtstreekse verwijzing moeten regionaal interdisciplinaire afspraken gemaakt worden tussen betrokken artsen. Er moet ruim aandacht besteed worden aan voorlichting van alle betrokkenen.

- Nader onderzoek naar de (langere termijn) gevolgen van rechtstreekse verwijzing voor de tijdsinvestering van de JGZ-arts én de rol van de huisarts is wenselijk.
2. Samenwerking tussen huisarts en JGZ-arts verdient verbetering om de zorg rondom ouders en kinderen te optimaliseren. Een Landelijke Eerste Lijns Afspraak (LESA) tussen de huisartsen en JGZ-artsen kan hiertoe een belangrijke bijdrage leveren.. Samenwerking kan verbeterd worden door goede taakafbakening en werkafspraken, gezamenlijke bij- en nascholing, samenwerking in gezondheidscentra c.q. centra voor jeugd en gezin en regelmatig werkoverleg. Nader onderzoek naar de mogelijkheden hiertoe is gewenst.

6 Literatuur

ACADEMISCH ZIEKENHUIS MAASTRICHT Polikliniek voor Leerstoornissen AZM. Folder voor verwijzers. Maastricht, september 2002.

AENDEKERK RPP, LEERDAM FJM van, HIRASING RA. Niet-scrotale testes: beleid voor de eerste lijn. Ned Tijdschr Geneesk 2002;146(12);557-61.

AENDEKERK RPP, LEERDAM FJM van, HIRASING RA. Niet-scrotale testes. In: Bonnet-Breusers AJM, Hirasings RA, Rensen HBH, Wagenaar-Fischer MM, red. Praktijkboek Jeugdgezondheidszorg. Maarsse 2002; Elseviers gezondheidszorg; I 2.9-12.9-16.

AJN. Werkgroep Onderwijs en opleiding. Beroepsprofiel arts MG, werkzaam in de JGZ. 27-11-2003.

AJN. Brief Beroepsregister voor artsen die werkzaam zijn in de JGZ. Lisse. 6 mei 2004.

AJN. Informatieboekje Accreditatie ICT. Lisse, 2003. AJN. Werkgroep Onderwijs en opleiding. Competentieprofiel van de arts MG, uitstroomprofiel in de JGZ. Lisse.

AJN. Werkgroep Onderwijs en opleiding. Profielprogramma voor de arts MG, toegespitst op de rol van medisch deskundige. Lisse, 22-1-2004.

ANEMA JR, AMSTEL RJ, VENEMA A, VROOME EJ, PUTTEN DJ, NAUTA AP, OVERZIER P, VERBEEK JH. Een stap vooruit op een lange weg: de samenwerkingsprojecten tussen huis- en bedrijfsartsen in 10 regio's: effecten op het proces van samenwerken, gedragsverandering van artsen en tevredenheid van patiënten. Hoofddorp: TNO Arbeid, 2003. Rapp.nr 14372.

ASIES HW. Verwijzingen en terugrapportage. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1983;15;9-11.

ASJES-TYDEMAN W. Brief met conclusies onderzoek 'haalbaarheid en wenselijkheid van een directe verwijsrelatie van cb-arts of schoolarts naar orthoptist'. Zwolle, februari 2004.

BERG MJ van den, KOLTHOF ED, BAKKER DH de, ZEE J van der. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk: de werkbelasting van huisartsen. Utrecht: NIVEL, 2004.

BOERMANS GL. Verwijzingen op cb's. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1981; 13;50-51.

BOERE-BOONEKAMP M. 'Screening op dysplastische heupontwikkeling bij zuigelingen'. Proefschrift Universiteit van Twente 1996.

BOERE-BOONEKAMP M. Reactie op voorstel protocol vanuit de kinderorthopedie juli 2002. 9 oktober 2002. www.ajn.artsennet.nl.

BRANDE JL van den, HEIJMANS HSA, MONNENS LAH. Kindergeneeskunde. Elsevier Bunge 1998.

BREEDEN RA. Verwijzingsevaluatie in JGZ. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1994. Scriptie Opleiding Jeugdgezondheidszorg.

BROUWERS-DE JONG, BURGMEIJER R, LAURENT DE ANGULO. Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau. Handboek bij het vernieuwde van Wiechenonderzoek. 2^e dr. Assen: Van Gorcum 2000.

BUITING E., HIRASING R. Direct verwijzen door de JGZ naar de 2^e lijn. TSG 2005;83(3)48.

BUITING E, ROODBERGEN J, VAN LEEUWEN-GROZNIK MARIJA, VAN DER WOP ALBERTINE. Rechtstreeks verwijzen in Nederland. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2004;36:98-101.

BUITING, E, JANSEN M, ORIE M, EIJKELenkAMP I. Protocol Wanneer verwijzen naar de kindersprekuren VODI? STBNO Divisie JGZ en afdeling VODI, Uden, 18 oktober 2004.

BUITING E, VERKERK P, PIJPERS FIM. Grote hoofden op het consultatiebureau. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2004;36(2)26-28.

BUITING E, OGIER J. Kleine kwalen op het consultatiebureau. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2003;35(5)88-92.

BUITING E, PIJPERS FIM. Wijs verwijzen. Tijdschrift voor Kindergeneeskunde. Supplement 1. Samenvatting 24^e Congres Kindergeneeskunde 5,6 en 7 november 2003; 30.

BUITING E, PIJPERS FIM. Verwijzingen vanuit het consultatiebureau; en wat daarna? Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2002;6;114-117.

BUITING E, PIJPERS FIM. Wijs verwijzen: van het consultatiebureau rechtstreeks naar de 2^e lijn. Medisch Contact 2002;19;757-758.

BUITING E. Verwijzingen vanuit het consultatiebureau: een onderzoek naar verwijzingen vanuit het consultatiebureau en het vervolg ervan. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2001.

BUITING-VAN DER ZON CICM. Richtlijn informatieuitwisseling tussen huisarts en specialist bij verwijzing. NHG in samenwerking met COSIM, CSIZ december 2000.

BULK-BUNSCHOTEN A. Sociaal-medische registratie jeugdgezondheidszorg 0-schoolgaand. Augustus 1994. Kruiswerk Amstelland Meerlanden.

BULK-BUNSCHOTEN AMW, RENDERS CM, LEERDAM FMJ van, HIRASING RA Signaleringsprotocol Overgewicht in de Jeugdgezondheidszorg. VUmc Amsterdam, 2004.

BUREAU RICHTLIJNEN NVAB. Richtsnoer Handelen van de bedrijfsarts bij het verwijzen van werknemers + hulpmiddelen. Versie 1 januari 2004.

BURGMEIJER RJF. Jaarrapportage Ouder & Kindzorg 0- schoolgaand, 1990/1991. Bunnik: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, 1993;55.

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, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.

CBO. Consensus kleine lichaamslengte 1997.

CBO. Consensus beleid bij de niet in het scrotum gelegen testis. Muinck Keizer-Schrama SMPF de. Ned Tijdschr Geneesk 1987;131:1817-21.

CBS. Statline. Beroepsbevolking naar geslacht. Bruto arbeidsparticipatie 2003. Statline 10-1-2006.

CBS Statline. Beroepsbevoking per gemeente. Bruto arbeidsparticipatie 2002-2004 Bernheze, Boxmeer, Cuijk, Grave, Laarbeek, Landerd, Maasdonk, Mill en St Hubert, Oss, St Anthonis, St. Oedenrode, Son en Breughel, Veghel, Uden. Statline 10-1-2006.

DONKERS E, DOUWES A, HAMMELINK J. Voedingsadvisering bij jonge kinderen. Assen: Van Gorcum, 1999.

FERON FJM, HENDRIKSEN JGM, VLES JSH. Transmuraal ADHD-spreekuur jeugdgezondheidszorg: een samenwerkingsmodel in de regio Zuidelijk Zuid-Limburg. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2002;34;46-50.

FLEUREN M. Afwijkingen van het bewegingsapparaat bij kinderen: verschillen in werkwijze en taakopvattingen bij basisgezondheidszorg, 1^e en 2^e lijn. TSG 1991;69:88-94.

FREDRIKS AM, BUUREN S van, BURGMEIJER RJF, VERLOOVE-VANHORICK SP, WIT JM. Groeidiagrammen. Handleiding bij het wegen en meten van kinderen en het invullen van groeidiagrammen. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2004. 3^e herz. dr.

GEHRMANN-BAX J, WAEL-NEEFS JMFG de, VAANDRAGER GJ. Verwijzingen op cb's II. Verspreid over Nederland. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1981;13;51-53.

HARMONISATIE KWALITEITSBEOORDELING IN DE ZORG (HKZ). Certificatieschema Thuiszorg. Utrecht 2002.

HARMONISATIE KWALITEITSBEOORDELING IN DE ZORG (HKZ). Addendum Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Utrecht 2005.

HERNGREEN WP, REERINK JD. SMOCK: epidemiologisch onderzoek in de jeugdgezondheidszorgonderzoek, Leiden NIPG TNO, 1993.

HERNGREEN WP, REERINK JD. Interventies vanuit het consultatieburo voor zuigelingen en peuters. Leiden, NIPG, 1993. Publ. nr. 93.015.

HEYNINGEN J van. De verwijzing van de schoolarts, wat gebeurt er eigenlijk mee? Leiden: NIPG, 1995.

HIRASING RA, BOLK-BINNINK L. Enuresis Nocturna. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1995.

HIRASING RA. Onze toekomst: een gezonde jeugd. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van het ambt van hoogleraar jeugdgezondheidszorg aan de faculteit der Geneeskunde van de Vrije Universiteit Amsterdam op 12 oktober 2001. Amsterdam: VU, 2001.

HOMBERGH P van den, BASTIAANSEN M et al. Werkdocument van de werkgroep verwijfsfunctie. Werkgroep Verwijfsfunctie bedrijfsarts. s.a.

JANSEN PM, JANSEN W, HAZEBROEK-KAMPSCHREUR AAJM. Longitudinale begeleiding in de JGZ: een evaluatief onderzoek. Rotterdam: GGD Rotterdam e.o.1994. Rapport JZ 94.01.

JANSEN W, OERS JAM van, HAZEBROEK-KAMPSCHREUR AAJM. Intercollegiale verschillen bij schoolartsen; vormen sociaal-economische kenmerken van de onderzochte populatie en ervaring van de arts een verklaring? TSG 1993 ;70:684-8.

JANSEN W, HAZEBROEK-KAMPSCHREUR A. Basisschoolleerlingen, ons een zorg? Rotterdam: GGD Rotterdam en omstreken, 1992. Rapport JZ 92-01.

JGZ-Standaard Opsporing Visuele Stoorissen JGZ 0-19 jaar. Werkgroep opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar/AJN. Redactie Velzen-Mol HWM. Bohn Stafleu van Loghum, Diemen/Houten 2002.

JUTTMAN RE. Screening for congenital heart malformations in child health centres. Rotterdam: Department of Public Health, Erasmus University, 1999.

JUTTMANN R. The Rotterdam Amblyopia Screening Effectiveness Study (RAMSES): compliance and predictive value in the first 2 years. Br J Ophthalmol 2001;85:1332-1335.

KONING HJ, JUTTMAN RE, PANMAN J, VERZIIL JG, MEULMEESTER JF, OORTMARSSSEN GJ, BRUYN DE AE, MAAS van der PJ. Kosten-effectiviteitsanalyse in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen: methode en mogelijkheden. Rotterdam: Instituut Maatschappelijke Gezondheidszorg Erasmus Universiteit ,1992.

LANDELIJK INFORMATIE NETWERK HUISARTSEN. Aantal verwijzingen naar de fysiotherapeut per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd, geslacht en verzekeringsvorm, 1997-2002. www.nivel.nl. Update 6 oktober 2003.

LANDELIJK INFORMATIE NETWERK HUISARTSEN. Aantal verwijzingen naar de GGZ per 1000 ingeschreven patiënten 2001-2002. www.nivel.nl. Jaarcijfers 2002.

LANDELIJK INFORMATIE NETWERK HUISARTSEN. Particulier verzekerden; Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd 1997-2002. www.nivel.nl. Update 4 november 2003.

LANDELIJK INFORMATIE NETWERK HUISARTSEN. Ziekenfondsverzekerden; Aantal nieuwe verwijzingen naar de medisch specialist per 1000 ingeschreven patiënten per jaar naar leeftijd 1997-2002. www.nivel.nl. Update 4 november 2003.

LCOKZ/GGD-Nederland. Integraal Dossier Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Gebruikershandleiding. Bunnik, augustus 2001.

LEERDAM FJM. Enuresis, a major problem or a simple developmental delay? Amsterdam, VU, 2005.

LEEUW JGM. van der, VOORHOEVE HWA. De top-tien van het consultatieburowerk. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1997;4;52-54.

LIM-FEIJEN J. / LCOKZ. Definities Ouder- en KindZorg. Januari 2000.

LINDERT H van, DROOMERS M, WESTERT GP. Tweede Nationale Studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Een kwestie van verschil: verschillen in zelfgerapporteerde leefstijl, gezondheid en zorggebruik. Utrecht; Bilthoven: NIVEL, Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu, 2004.

LUCHT F van der, MEZA-EVERY B, BEEK JWAM van et al. Verwijzingen door schoolarts en terugrapportage. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1992;24;8-11.

MEZA-EVERY BA de. Verwijzingen door de schoolarts. Groningen 1990. SG&E rapport 90-SK-45.

MINISTERIE VAN VWS. Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag, maart 2002.

MINISTERIE VAN VWS. Langer gezond leven: ook een kwestie van gezond gedrag. Den Haag, Ministerie van VWS, 2003.

NVAB. Statement NVAB over de verwijsfunctie van de bedrijfsarts. www.nvab.nl. Kenmerk ma/ep 2002-189 dd 30 oktober 2002.

NHG-Standaard. Refractieafwijkingen M12. NHG juli 2001.

NHG-Standaard. Onderzoek van de pasgeborene. 2001.

NHG-Standaard Voedselovergevoeligheid bij zuigelingen. april 1995

NHG. Verwijsbrief. 20-11-2003.

NVK, NVJG, Protocol Nazorg pre en/of dysmature zuigelingen. Utrecht/Nieuwegein 1997.

OOST J van. De responsie op verwijzing door schoolarts. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1987; 19;69-70.

PIJPERS FIM, LINDEN HAGM. Evaluatie van verwijzingen in de Jeugdgezondheidszorg. TSG;1985;14;615-616.

PLATFORM JEUGDGEZONDHEIDSZORG. Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar. Den Haag, 25 juni 2003.

PLATFORM JGZ. Handboek Eenheid van taal. Juli 2004.

PRINS de LF, PEERSMAN WP, MAESENEER JM de. Lager opgeleid, meer naar de huisarts? Een analyse in Vlaanderen. Huisarts en Wetenschap 1998;41(4);173-178.

PROVINCIALE CONTACTGROEP NOORD BRABANT. Protocol vroegopsporing dysplastische heupontwikkeling 2003.

RAAT H, JUTTMANN RE, LEERDAM FJM van, HIRASING RA. Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg. Deel 2 Verslag van het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van JGZ-activiteiten uit het basispakket JGZ. Rotterdam/Leiden, maart 2001.

REERINK J. et al Congenitale afwijkingen in het eerste levensjaar. NTvG, 1993;137:504-9.

ROMEIJN MA. Wijzer verwijzen, een Delphi-onderzoek naar het verwijzproces binnen de JGZ in Amsterdam. TvJGZ 2002;34(4)74-76.

SCHAAPVELD K, HIRASING RA. Preventiegids: een praktisch overzicht van preventieprogramma's voor huisartsen, verloskundigen en medewerkers van de jeugdgezondheidszorg. Assen: Van Gorcum 1997.

SCHUILING C. Wijs Verwijzen in de Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2003. Scriptie Jeugdgezondheidszorg.

SCHULLER AA, BURGMEIJER RJF, DIJKSTRA NS, JUTTMANN R, LEERDAM FJM van, RAAT H, VERLOOVE-VANHORICK SP, HIRASING RA. De Jeugdgezondheidszorg. Activiteiten onderbouwd. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2004.

STAATSBLAD van het Koninkrijk der Nederlanden. 452 Besluit van 27 oktober 2003, houdende wijziging van het Verstrekkingenbesluit ziekenfondsuitkering en het Vergoedingenbesluit particulier verzekerden in verband met de invoering van een verwijzfunctie van de bedrijfsarts. SDU, 's Gravenhage 2003.

STEENBREEK R., KOOL RB, VISSER E., PUTTEN DJ van. De Juiste verwijzing: evaluatieonderzoek verwijzfunctie bedrijfsarts. Eerste meting: stand van zaken vóór de invoering en de eerste ontwikkelingen ná de invoering. Hoofddorp TNO-arbeid, Prismant, Market/Concern, 2004.

SUYLEKOM-SMIT L, CRONE-KRAAYEVELD E. Het zieke kind, een zorg voor huisarts en kinderarts. Proefschrift Erasmus Universiteit Rotterdam, Faculteit Geneeskunde en Gezondheidswetenschappen, Afdeling Huisartsgeneeskunde/Kindergeneeskunde 1994.

TITS MHL van, PARDOEL CAM. Cliënt content?! Benchmark 2002 JGZ(0-4 jaar) Noord-Brabant. IVA Tilburg november 2002.

UITERS EH, DEVILLÉ W, WESTERT GP, VERHEIJ RA, FOETS M, GROENEWEGEN PP. Etnische verschillen in zorggebruik. Tijdschr Gezondheidswetenschappen 2003;81(4)middenkatern: p.20.

TNO-PG/LUMC/Erasmus MC. Interimvoorstel Verwijscriteria naar 1^e/2^e lijn op basis van kleine lengte. Leiden/Rotterdam 2-3-2004.

VEENSTRA MG, RIKKEN F. Rapport Verwijsfunctie bedrijfsarts. Op 27 september 2002 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Publicatienummer 120. Amstelveen: CvZ september 2002.

VERLOOVE-VANHORICK SP. Ouder -en kindzorg; medische effectiviteit. Ned Tijdschr Geneesk 1996;140:974-8.

VERNOOY-ELSHOVE JM. Verwijzingen op het consultatiebureau. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1991;23(1)5-6.

VOEDINGSCENTRUM. Landelijke standaard voor de diagnose en behandeling van voedselovergevoeligheid bij zuigelingen op het consultatiebureau. Den Haag: Voedingscentrum 2004.

VOGELS AGC. Notitie 'Verbetering transmurale samenwerking 0^e, 1^e en 2^e lijnsgezondheidszorg. Korte projectomschrijving. Leiden: TNO PG, 2004.

VOORHOEVE H, DAMEN MWL, LAMME-WOLTERS JM. Verwijzingen door een cb-arts en terugrapportage, Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1992;24:23-26.

WAGENAAR M, VERKERK P. Subsidieaanvraag 'Direct Verwijzen' Fonds OGZ. Leiden, TNO PG januari 2004.

WAL MF van der, PAUW-PLOMP H. Screening op visuele stoornissen; onduidelijke testuitslagen. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 1993;25:56-8.

WAL MF. van der, PAUW-PLOMP H. Interventies vanuit de schoolgezondheidszorg in Amsterdam; sociaal-demografische en intercollegiale verschillen. Tijdschr. Jeugdgezondheidsz 1995;27(4)63-66.

WIEGERSMA PA. Verwijzingen naar de huisarts door JGZ. TSG 1994;72:143-148.

WILDE JA de, red. Vroegtijdige opsporing aangeboren hartafwijkingen. Leiden, werkgroep JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar. Lisse: Artsen Jeugdgezondheidszorg, 2005

WILDE de J et al. Methodiek ontwikkeling van JGZ-Standaarden, eerste herziene versie 13-9-2004.

WINTERBERG DH, KROL LJ. Effectief geruststellen. Hoe artsen de zorgen van patiënten kunnen verminderen. Medisch Contact 2005;60(7)271-274.

WKO (werkgroep kinderorthopedie). Voorstel protocol vanuit de Kinderorthopedie: een discussiestuk Screening op CHD (Congenitale Heupdyplasie). Ledenbulletin NVJG juli 2002. www.ajn.artsennet.nl.

ZOMERDIJK J, SCHUIL PB. Visitatie van artsen op cb's voor zuigelingen: een onderzoek naar de kwaliteit van het medische handelen op het zuigelingenconsultatiebureau TSG 1992;70:679-683.

A Samenstelling Expertgroep en Klankbordgroep

Samenstelling Expertgroep rechtstreeks verwijzen vanuit de JGZ naar de 2^e lijn

- Dhr. W. Tjon A Ten (Kinderarts Maxima Medisch Centrum)
- Mevr. Drs M. van Leeuwen (arts M&G),
- Mevr. Drs. A. Kesler (stafarts Amsterdam),
- Mevr. A. Zijlstra (nurse practitioner i.o., verpleegkundige JGZ),
- Mevr. Dr. A. Bulk (VU-MC),
- Mevr. Mr. M. Kroes (CvZ),
- Dhr. Dr. H. Geboers (huisarts MCC NOB),

Klankbordgroep rechtstreeks verwijzen vanuit de JGZ naar de 2^e lijn

- Drs. J. Roodbergen (cb-arts), Drs. C. Wensing (arts M&G, JGZ 0-4 jaar, bestuur AJN), Drs. A. van der Worp (arts M&G, JGZ 4-19 jaar), Drs. C. Schuiling (arts M&G, JGZ 4-19 jaar) leden AJN Werkgroep Wijs Verwijzen
- Drs. J. Vosters (arts M&G), Drs. S. van der Harst (stafarts JGZ 0-4, Thuiszorg Den Haag), Drs. E. van Vroonhoven (cb-arts Schiedam), Drs. M. Damen (stafarts Icare), Drs. A. Ablas (cb-arts Lisse en Noordwijk), Drs. M. Haagmans (arts JGZ, werkzaam in 4-19 jr zorg), Drs. M Mulder (cb-arts), Drs. J. van Eijck (arts M&G, hoofd JGZ GGD Hart voor Brabant), Drs. M. Schutte (cb-arts)
- Keur (WV-JGZ 0-4 Amsterdam), C. de Brouwer (WV-JGZ 0-4 STBNO), C. Brogt (Verpleegkundige 0-4 Haarlem),
- Drs N. Ceelie (cb-arts en kinderarts), Drs. G. Slabbers (kinderarts Bernhoven Ziekenhuis)
- Dr. L. van Rijn (kinderroogarts VUMC)
- Drs. A. Martens (ZN)
- Drs. P. Pulles (HAIO in opleiding bij Drs. Vonk, huisarts Uden)
- Drs. P. ten Ham (arts infectieziektenbestrijding)
- Drs. S. Hoedjes (Min. VWS), Mevr. H. Bakker (Min VWS, Operatie Jong), Dr. Hanny Groenewoud (onderzoeker RAMSES-onderzoek, Erasmus MC, afdeling Maatschappelijke Gezondheidszorg), Mr. N. Wytzes (Platform JGZ).
- Mevr. M. Eliel (coördinator TRAF0, West Friesland)



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 ¹ <input type="checkbox"/> Specialist/Overige hulpverlener	
Naam huisarts ⁴	_____	Naam:	_____
Adres huisarts:	_____	Naam/adres instelling:	_____
Reden verwijzing: klacht / hulpvraag of screeningsonderzoek			
Klacht/hulpvraag <input type="checkbox"/>	_____		
Screening <input type="checkbox"/>	_____		
Anamnese, risicofactoren, lichamelijk onderzoek			
Anamnese	_____		
Risicofactoren <input type="checkbox"/>	_____		
Familie-anamnese <input type="checkbox"/>	_____		
Voorgeschiedenis <input type="checkbox"/>	_____		
Lichamelijk onderzoek	_____		
Aanvullend onderzoek			
Ontwikkeling <input type="checkbox"/>	_____		
Groei (zie bijlage) <input type="checkbox"/>	_____		
Overig <input type="checkbox"/>	_____		
Wat is er tot nu toe gedaan? bespreking, diagnose			
Wat is tot nu toe gedaan?	_____		
Bespreking	_____		<i>Altijd invullen</i>
Conclusie of diagnose	_____		<i>Altijd invullen</i>
Overige gegevens			
Medicatie <input type="checkbox"/>	_____		
Overig <input type="checkbox"/>	_____		
Vraagstelling en procedurevoorstel			
Nader onderzoek <input type="checkbox"/>	_____		<i>Altijd invullen</i>
Behandeling <input type="checkbox"/>	_____		

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

C Handleiding rechtstreeks verwijzen voor de JGZ-arts

Inleiding

In deze handleiding 'rechtstreeks verwijzen voor de arts JGZ' vindt u praktische informatie over Rechtstreekse verwijzing van de JGZ naar de 2^e lijn.

Vragen en/of opmerkingen over de handleiding of over de pilot rechtstreeks verwijzen zijn welkom.

Elise Buiting, onderzoeker TNO Kwaliteit voor Leven

Prof. Dr. R. HiraSing, TNO KvL, / VU-MC

e-mail: AMT.Buiting@pg.tno.nl of elise.buiting@stbno.nl

tel: 071-5181818

De pilot 'Rechtstreeks verwijzen' is onderdeel van het project 'Rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn' en wordt uitgevoerd door TNO- Kwaliteit voor leven met subsidie van het Fonds OGZ. De pilot vindt plaats van 27-6-2005 tot en met 24-2-2006.

Verwijsproces van de JGZ naar de 2^e lijn

Verwijsgesprek

- 1 Stel de probleemdefinitie vast in overleg met de ouders van het te verwijzen kind.
 - Geef informatie over de aard van het probleem en de eventuele consequenties voor het kind en ouder
- 2 Geef informatie over de verwijsmogelijkheden
 - Rechtstreeks verwijzen is mogelijk:
 - Bij verwijzing naar radioloog/orthopeed (DHO), oogarts en naar de kinderarts (hartafwijkingen, niet-ingedaalde testes, groei- en ontwikkelingsproblemen, voedingsproblemen)
 - Als ouders naar het Bernhovenziekenhuis gaan
 - Als ouders verzekerd zijn bij één van de volgende Ziektekostenverzekeraars: VGZ, CZ of OZF/OZB
 - In alle andere gevallen verwijs je naar de huisarts
- 3 Neem samen met de ouder de beslissing om te verwijzen en naar wie
 - Geef informatie over de instantie/arts waarnaar verwezen wordt
 - Hoe maak je de afspraak?
 - Hoe lang is de wachttijd?
- 4 Geef informatie over de verwijspprocedure en wat te doen
 - Hoe wordt de huisarts geïnformeerd?
 - Welke arts doet wat ná de verwijzing? Wanneer moeten ouders naar de huisarts gaan en wanneer nemen ze contact op met de JGZ-arts? Wat kunnen ouders doen bij problemen tijdens de verwijzing en hoe kunnen ze contact op nemen?
- 5 Maak afspraken over de follow-up
 - Eventueel vervolcontact op initiatief JGZ-arts of ouder
- 6 Geef informatie over het project rechtstreeks verwijzen en vraag toestemming om eventueel begin 2005 een vragenlijst af te nemen over de verwijzing

Verwijsbrief

Welke verwijsbrief moet je gebruiken bij rechtreekse verwijzing?

- Gebruik de Verwijsbrief VOV (origineel + 3 kopiën) voor verwijzingen naar aanleiding van het VOV-onderzoek (JGZ 0-4 jaar)
- Gebruik de Verwijsbrief JGZ (origineel + 2 kopiën) voor alle overige verwijzingen

Wie krijgt welke verwijsbrief bij rechtstreekse verwijzing?

- Geef het origineel van de verwijsbrief + antwoordenvolpette in een open enveloppe mee aan ouders. Deze is bestemd voor de specialist.
- Stuur de 1^e kopie van de verwijsbrief op naar de huisarts
- Bewaar de 2^e kopie van de verwijsbrief JGZ in het JGZ-dossier

Overleg met huisarts of specialist

Overleg met de huisarts en/of specialist voorafgaand aan een verwijzing:

- In complexe situaties waarbij de huisarts mogelijk aanvullende informatie heeft over kind en/of gezin
- In acute situaties waarbij kinderen met spoed verwezen moeten worden
- Bij twijfel over de juiste verwijzroute
- Bij onduidelijkheden in het protocol

Verwijsredenen voor rechtstreekse verwijzing

De volgende verwijsredenen komen in aanmerking voor rechtstreekse verwijzing:

Radioloog/ orthopeed

- Verwijs kinderen 0-6 jaar met verdenking op dysplastische heupontwikkeling (DHO):
- volgens protocol 'Vroegopsporing Dysplastische heupontwikkeling. STBNO, Uden juli 2004 (bron: Provinciale contactgroep Noord Brabant. 'Protocol vroegopsporing dysplastische heupontwikkeling'. 2003)
- Verwijs:
 - ≤ 6 maanden naar de radioloog voor echo of röntgenfoto heupen
 - > 6 maanden naar de orthopeed
 - bij toename van de klinische symptomen van DHO én eerdere negatieve echo of X-heupen naar de orthopeed
- Overleg zonodig voorafgaand aan de verwijzing met huisarts en/of radioloog/orthopeed

Oogarts/ orthoptist

Verwijs kinderen 0-6 jaar met verdenking op visusproblemen

- volgens JGZ-Standaard Opsporing Visuele Stoornissen JGZ 0-19 jaar. Werkgroep opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar/AJN. Redactie Velzen-Mol HWM. Bohn Stafleu van Loghum, Diemen/Houten 2002
- Verwijs naar de oogarts voor nader onderzoek en behandeling. De oogarts stuurt zonodig door naar de orthoptist.
- Overleg zonodig voorafgaand aan de verwijzing met huisarts en/of oogarts

Kinderarts

Verwijs kinderen 0-6 jaar met verdenking op een aangeboren hartafwijking

- Volgens de JGZ-Standaard. Vroegtijdige opsporing aangeboren hartafwijkingen. Leiden, TNO KvL 2005.
- Rechtstreeks naar de kinderarts voor nader onderzoek en zonodig behandeling
- Overleg zonodig met de huisarts

Verwijs kinderen met niet-ingedaalde testikels:

- Volgens de CBO- Consensus beleid bij de niet in het scrotum gelegen testis.
- Muinck Keizer-Schrama SMPF de. CBO- Consensus beleid bij de niet in het scrotum gelegen testis. Ned Tijdschr Geneeskund 1987;131:1817-21
- Aendekerk RPP, Leerdam FJM van, Hirasing RA. Niet-scrotale testes; beleid voor de eerste lijn. Ned. Tijdschr. Geneesk 2002;146(12);557-61
- Verwijs jongens met niet-ingedaalde testes op de leeftijd van 12 tot uiterlijk 18 maanden rechtstreeks naar de kinderarts voor nader onderzoek. De kinderarts verwijst zonodig naar de uroloog voor operatieve behandeling. Eventuele operatieve behandeling moet plaatsvinden vóór de 2 verjaardag van het kind. (of in de puberteit).
- Overleg zonodig voorafgaand aan de verwijzing met huisarts en/of kinderarts

Verwijs kinderen met een ontwikkelingsstoornis:

- Volgens de aanbevelingen in het Handboek van Wiechenonderzoek (Brouwers-de Jong, Burgmeijer R, Laurent de Angulo. Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau. Handboek bij het vernieuwde van Wiechenonderzoek. 2^e druk. Assen. Van Gorcum 2000.)
- Verwijs rechtstreeks naar de kinderarts bij verdenking op:
 - (ernstige) motorische ontwikkelingsstoornis (spastische parese),
 - algemene ontwikkelingsstoornis/ mentale retardatie
 - verdenking genetische afwijkingen/syndroom
- Overleg voorafgaand aan de verwijzing met de huisarts en eventueel kinderarts

Verwijs kinderen met een verdenking op een groeistoornis

- Volgens de volgende richtlijnen:
 - CBO. Consensus kleine lichaamslengte 1997.
 - TNO-PG/LUMC/Erasmus MC. Interimvoorstel Verwijscriteria naar 1^e/2^e lijn op basis van kleine lengte. Leiden/Rotterdam 2-3-2004.
 - Fredriks AM, Buuren S van, Burgmeijer RJF, Verloove-vanhorick SP, Wit JM. Groeidiagrammen. Handleiding bij het wegen en meten van kinderen en het invullen van groeidiagrammen. TNO/LUMC. Leiden 2004)
 - Bulk-Bunschoten AMW, CM Renders FJM van Leerdam, RA HiraSing Signaleringsprotocol Overgewicht in de Jeugdgezondheidszorg. Vumc Amsterdam, november 2004.
- Verwijs rechtstreeks naar de kinderarts bij afwijkende groei schedelomtrek, zeer kleine of zeer grote lichaamslengte en obesitas
- Overleg zonodig voorafgaand aan de verwijzing met huisarts en/of kinderarts

Verwijs kinderen met voedings(gerelateerde) problemen:

- Volgens de volgende richtlijnen en protocollen:
 - Voedingscentrum. Landelijke Standaard voor de diagnose en behandeling van voedselovergevoeligheid bij zuigelingen op het consultatiebureau. Voedingscentrum Den Haag, 2004.

- Donkers E, Douwes A, Hammelink J. Voedingsadviesing bij jonge kinderen. Van Gorcum Assen 1999.
- Buiting, E, Jansen M, Orië M, Eijkelenkamp I. Protocol Wanneer verwijzen naar de kindersprekuren VODI? STBNO. Divisie JGZ en afdeling VODI. Uden, 18 oktober 2004
- Buiting E, Ogier J. Kleine kwalen op het consultatiebureau. TvJGZ oktober 2003;35;5;88-92
- Verwijs kinderen 0-6 jaar met ernstige voedselovergevoeligheid en ernstige (voedings-) gerelateerde problemen rechtstreeks naar de kinderarts
- Overleg met de huisarts en eventueel met de kinderarts voorafgaand aan de verwijzing

Registratie rechtstreeks verwijzen

Registratie van rechtstreeks en niet-rechtstreeks verwezen kinderen/ouders is van belang voor de nameting ná afloop van de pilot. Registratie in de JGZ 0-4 jarigenzorg vindt elektronisch plaats via het registratieformulier/MLCAS. Bij de JGZ 4-6 jaar is de elektronische registratie niet aangepast omdat vanuit de JGZ 4-6 jaar naar verwachting minder vaak rechtstreeks verwezen zal worden. In de JGZ 4-6 jaar moet iedere JGZ-arts zelf overzicht houden van rechtstreeks/niet-rechtstreeks verwezen kinderen/ouders m.b.v. bijvoorbeeld een kopie van de verwijsbrief.

- JGZ 0-4 jaar

Registreer of je een kind rechtstreeks (MLCAS code 50-51-52) of via de huisarts (MLCAS code 11 t/m 18) hebt verwezen in MLCAS via het registratieformulier JGZ

- JGZ 4-6 (19) jaar

Bewaar een kopie van de (rechtstreekse) verwijsbrief aan de specialist gedurende de looptijd van de pilot in een apart mapje.

Informatie ziekenhuis Bernhoven

Onderstaande informatie (en meer) is te vinden op: www.bernhoven.nl

Verwijzingsprocedure ziekenhuis Bernhoven

Patiënten die voor onderzoek en/of behandeling worden doorverwezen naar ziekenhuis Bernhoven, kunnen op diverse manieren een afspraak maken.

- De patiënt neemt zelf rechtstreeks telefonisch contact op met de desbetreffende polikliniek of onderzoeksafdeling. De patiënt beschikt daarbij over een verwijzingsbrief van de huisarts.
- De verwijzer maakt voor de patiënt een afspraak bij de desbetreffende polikliniek of onderzoeksafdeling.
- Bij een spoedconsult en/of behandeling, neemt de verwijzer zelf rechtstreeks contact op met de betrokken (dienstdoend) specialist. In overleg met de specialist wordt een afspraak gepland

Kindergeneeskunde

Kinderartsen

mw. I.J.M. Blokzijl-Boezeman, mw. W. van den Broek-Hotke, mw. Chr.L.M. Geesing, R.J. van Lemmen, mw. J.P. Leusink, mw. M.J. Louwers, mw. E.M.L. Rammeloo, G.H.P.R. Slabbers, A.E. Sluiter

Polikliniek Kindergeneeskunde locatie Oss

De poliklinieken zijn verdeeld over drie gebouwen: polikliniek 1, 2 en 3. De polikliniek Kindergeneeskunde bevindt zich op Poli 2.

U kunt van maandag tot en met vrijdag tussen 09.00 en 12.00 uur telefonisch een afspraak maken. Telefoonnummer: 0412 - 621541.

Polikliniek Kindergeneeskunde locatie Veghel

De polikliniek Kindergeneeskunde bevindt zich op routenummer 27.

U kunt van maandag tot en met vrijdag tussen 9.00 en 12.00 uur en tussen 14.00 en 16.00 uur telefonisch een afspraak maken. Telefoonnummer: 0413 - 381944.

Radiologie

Radiologen

A.J.M.C. Aarts, H.M.J.G. van der Bruggen, J.J.M. Dohmen, J.J.A. Fick, F.H.A.M. van Oorschot, L.J. Polman, dr. H.F.M. Smits

Afdeling Radiologie locatie Oss

De onderzoeksafdelingen zijn verdeeld over twee gebouwen: polikliniek 1 en 2. De afdeling Radiologie bevindt zich op Poli 1.

U kunt van maandag tot en met vrijdag tussen 08.30 en 17.00 uur telefonisch een afspraak maken. Telefoonnummer: 0412 - 621357.

Afdeling Radiologie locatie Veghel

De afdeling Radiologie bevindt zich op routenummer 50.

U kunt van maandag tot en met vrijdag tussen 08.30 en 17.00 uur telefonisch een afspraak maken. Telefoonnummer: 0413 - 381962.

Oogheelkunde

Oogartsen

mw. M.C. Ayuso Borges, R.C. Boon, mw. dr. H.A.M. van Diemen-van der Eerden, H.G. Jansen, R.J.G.M. Loyson, R.W.O. Stout, mw. Y-H. Yong

Polikliniek Oogheelkunde locatie Oss

De poliklinieken zijn verdeeld over drie gebouwen: polikliniek 1, 2 en 3. De polikliniek Oogheelkunde bevindt zich op Poli 1.

U kunt van maandag tot en met vrijdag tussen 09.00 en 12.00 uur een afspraak maken. Telefoonnummer: 0412 - 621035.

Polikliniek Oogheelkunde locatie Veghel

De polikliniek Oogheelkunde bevindt zich op routenummer 13.

U kunt van maandag tot en met donderdag tussen 9.00 en 12.00 uur en tussen 14.00 en 16.00 uur telefonisch een afspraak maken. Telefoonnummer: 0413 - 381956.

Orthopedie

Orthopedisch chirurgen

S.E. Brandt, K.W.A.P. van der Heijden, J.J.J. van der List, K.W.B.F. Scheepstra, R.E.F. Zick

Polikliniek Orthopedie locatie Oss

De poliklinieken zijn verdeeld over drie gebouwen: polikliniek 1, 2 en 3. De polikliniek Orthopedie bevindt zich op Poli 1.

U kunt van maandag tot en met donderdag tussen 09.00 en 12.00 uur telefonisch een afspraak maken. Telefoonnummer: 0412 - 621032.

Polikliniek Orthopedie locatie Veghel

De polikliniek Orthopedie bevindt zich op routenummer 1.

U kunt van maandag tot en met vrijdag tussen 9.00 en 12.00 uur en tussen 14.00 en 16.00 uur telefonisch een afspraak maken. Telefoonnummer: 0413 - 381971.

Wachttijden

Specialisme	Verwachte wachttijd in weken		
	1 ^e polikliniekbezoek	Dagbehandeling	Opname kliniek
Kindergeneeskunde	3	2	0
Oogheelkunde	2	8	0
Orthopedie	2	6	9

Afspraak maken; informatie voor ouders

Voor het maken van een afspraak neemt u op werkdagen rechtstreeks telefonisch contact op met de desbetreffende polikliniek of onderzoeksafdeling.

Verhinderd?

Bent u op de afgesproken dag en tijd verhinderd, neem dan zo spoedig mogelijk contact op met de desbetreffende polikliniek of afdeling. De tijd die vrijkomt kan dan worden gebruikt om een andere patiënt te ontvangen!

Wat neemt u mee?

Neem bij uw bezoek aan het ziekenhuis het volgende mee:

- ponsplaatje
- verwijfskaart of -brief van de huisarts
- verzekerings- / ziekenfondspapieren
- overzicht van medicijnen die u gebruikt
- (eventueel) een lijstje van vragen die u wilt stellen aan uw specialist

Het bezoek*Het ponsplaatje*

Voor elk bezoek aan de polikliniek heeft u een ponsplaatje nodig. Bij uw eerste bezoek aan de polikliniek wordt er bij Bureau Patiëntenregistratie een ponsplaatje voor u gemaakt. Het ponsplaatje is noodzakelijk voor de administratieve verwerking van uw bezoek. Voor het maken van het ponsplaatje moet u uw verzekeringspapieren meenemen. Heeft u al een ponsplaatje, kijk dan of al uw gegevens nog kloppen. Zo niet, laat deze dan bij Bureau Patiëntenregistratie veranderen. Kom in beide gevallen tien minuten vóór uw afspraak naar het ziekenhuis. Het Bureau Patiëntenregistratie bevindt zich:

- Locatie Oss: direct na de ingang van Polikliniek 1
- Locatie Veghel: direct na de polikliniekingang

Melden

U meldt zich bij de assistente van de polikliniek of onderzoeksafdeling waar u verwacht wordt. Na enkele administratieve handelingen vraagt de polikliniekassistent u plaats te nemen in de wachtkamer.

Wachten

De specialist probeert zich aan de afgesproken tijd te houden. Toch kan het gebeuren dat u langer moet wachten door bijvoorbeeld een onverwachte gebeurtenis of een spoedgeval. De polikliniekassistent informeert u dan over de eventuele uitloop van het spreekuur. U kunt hier natuurlijk ook zelf naar informeren bij de polikliniekassistent.

In de spreekkamer

De specialist probeert aan de hand van een gesprek en/of lichamelijk onderzoek de oorzaak van uw klachten te achterhalen. Begrijpt u iets niet of heeft u vragen, laat dat dan gerust weten. Mochten er na afloop nog vragen bij u opkomen, schrijf deze dan op voor een volgend bezoek. Voor dringende vragen kunt u altijd contact opnemen met de desbetreffende polikliniek. Ook voor u als patiënt is het van belang om dit gesprek goed voor te bereiden. Klik hier voor meer adviezen en tips.

Vervolgonderzoek

Het is mogelijk dat u voor nader onderzoek wordt verwezen naar een andere specialist of een onderzoeksafdeling. De polikliniekassistente maakt hiervoor een afspraak of informeert u hoe u eventueel zelf de afspraak kunt maken.

De meeste aanvullende onderzoeken vinden plaats op de Functie-afdeling en de afdeling Radiologie. Voor bloedprikken gaat u naar het Laboratorium. De onderzoeken worden zoveel mogelijk op elkaar aansluitend en op dezelfde dag gepland. Soms is dit echter niet mogelijk.

De uitslag

Van de meeste onderzoeken zijn de resultaten niet direct bekend. Alle onderzoeksgegevens worden doorgegeven aan de specialist of huisarts die het onderzoek heeft aangevraagd. Informeer bij uw behandelend arts hoe en wanneer u de uitslag van het onderzoek verneemt, dit is per specialisme anders. Naar aanleiding van het onderzoek komt de arts met een voorstel voor een eventuele behandeling. Hij/zij zal dit met u bespreken.

D Informatiebrief huisartsen (HAGRO's) en specialisten Noordoostbrabant

Aan: Huisartsen, oogartsen, orthoptisten, radiologen, kinderartsen en orthopeden in Noord-Brabant NO

CC: Dhr. Schunselaar (Zorgverzekeraar CZ), Mevr. E. Beuzenberg-Basters, Mevr. A. Koolen, Dhr. L. Jacobs (Zorgverzekeraar VGZ), Dhr. W. Lans (Zorgverzekeraar OZB/OZF), Mevr. A. van der Ven (STBNO), Dhr. J. van Eijck (GGD HvB), Mevr. M. Paes (Rose-NOB), Mevr. V. Swart

Betreft: Project rechtstreeks verwijzen van de Jeugdgezondheidszorg naar de 2^e lijn.

Leiden, 6 juni 2005

Geachte collega's,

Graag wil ik u, mede namens Prof. Dr. R.A. HiraSing, informeren over het TNO-project 'Rechtstreeks verwijzen van de Jeugdgezondheidszorg de 2^e lijn'.

Op dit moment verwijzen JGZ-artsen kinderen en ouders via de huisarts naar de medisch specialist. In het project 'Rechtstreeks verwijzen' wordt nagegaan of directe verwijzing van de JGZ-arts naar de 2^e lijn meerwaarde zou kunnen hebben, zowel voor ouders en kinderen als voor huisarts, JGZ-arts en medisch specialist.

Het project bestaat uit 2 delen (zie ook bijlage 1). Het eerste deel is inmiddels afgerond. Het bestond uit de ontwikkeling van een methodiek voor rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de 2^e lijn. Een samenvatting van de methodiek vindt u in bijlage 2. Het 2^e deel van het project betreft een pilot waarin de ontwikkelde methodiek voor rechtstreekse verwijzing uitgetest wordt. De pilot zal plaatsvinden van 27 juni 2005 tot en met 24 februari 2006 rondom het ziekenhuis Bernhoven (locatie Oss en Veghel). Het adherentiegebied van het Maasziekenhuis in Boxmeer dient als controleregio.

Bij het project zijn de Stichting Thuiszorg Brabant Noordoost, de GGD Hart voor Brabant, en de kinderartsen, radiologen, oogartsen en orthopeden uit het Bernhovenziekenhuis betrokken. De ziektekostenverzekeraars VGZ, CZ en OZB hebben instemming verleend.

Binnenkort zal een nulmeting plaatsvinden waarbij middels een vragenlijst uw mening over het project gevraagd zal worden. Na afloop van de pilot in maart 2006 ontvangt u wederom een vragenlijst. Wij vragen u vriendelijk om uw medewerking.

Mocht u nog vragen of opmerkingen hebben over het project, dan ben ik graag bereid deze te beantwoorden.

Met vriendelijke groet,

Elise Buiting, arts M&G, TNO-Kwaliteit van Leven, stafarts STBNO

Prof. Dr. R. HiraSing, TNO-KvL/VU-MC

Correspondentie-adres

AMT.Buiting@pg.tno.nl, tel 071-5181818

Bijlage 1 Informatie over het project rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn

Bijlage 2 Samenvatting van de methodiek rechtstreeks verwijzen

Bijlage 3 Samenstelling Expertgroep en Klankbordgroep

E Informatie over het project rechtstreeks verwijzen

www.rose-nob.nl vanaf maart 2005

Vergelijkbare informatie is opgenomen in het informatiebulletin van het MCC Noordoost-Brabant, en de website van de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland).

Als in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) vermoed wordt dat een kind een aandoening of ziekte heeft, verwijst de JGZ-arts naar de huisarts als poortwachter voor de 2^e lijn. Dit is jaarlijks het geval bij ruim 85.000 kinderen van 0-6 jaar. Na deze leeftijd wordt bij ieder contactmoment met de JGZ nog eens 5% van de kinderen verwezen.

Bij ongeveer één op de drie verwijzingen van de JGZ doet de huisarts aanvullend onderzoek of start een behandeling. Bij verwijzingen die voortvloeien uit specifiek screeningsonderzoek, biometrie of ontwikkelingsonderzoek wordt de huisarts verzocht kinderen door te verwijzen naar de 2^e lijn voor nader onderzoek en/of behandeling. Dit gebeurt niet altijd; bij ongeveer 20% van de door de JGZ-arts naar de 2^e lijn verwezen kinderen besluit de huisarts tot een expectatief beleid.

De vraag rijst of de huidige verwijsroute van de JGZ via de huisarts naar de 2^e lijn de meest efficiënte is. Mogelijk leidt deze weg tot hogere kosten en dokter's en/of patiënt's delay. De opbrengst van screenings in de JGZ is door de extra tussenstap in het verwijsproces mogelijk sub-optimaal. Ook ouders en kinderen ervaren verwijzing via de huisarts nogal eens als een onnodige stap.

In het project rechtstreeks verwijzen gaan we na óf en voor welke aandoeningen directe verwijzing vanuit de JGZ naar de 2^e lijn meerwaarde kan hebben. Het project bestaat uit twee delen:

- Het ontwikkelen van een methodiek door een landelijke expertgroep en klankbordgroep om te bepalen welke aandoeningen bij kinderen van 0-6 jaar in aanmerking komen voor rechtstreekse verwijzing naar de 2^e lijn en onder welke voorwaarden rechtstreekse verwijzing het beste kan plaatsvinden.
- Pilot waarin de ontwikkelde methodiek uitgetest wordt om antwoord te krijgen op de volgende onderzoeksvragen: Leidt directe verwijzing tot sneller onderzoek en behandeling door de specialist, betere terugrapportage door de specialist aan JGZ, grotere tevredenheid van ouder en kind? En wat is de tijdsinvestering en tevredenheid van de JGZ-arts, de huisarts en specialist?

De methodiekontwikkeling is in september 2004 gestart en zal in april 2005 klaar zijn. Dr. Harry Geboers (huisarts) van het MCC Noordoostbrabant neemt deel aan de landelijke expertgroep die verder bestaat uit een verpleegkundige, jeugdarts, stafarts JGZ 0-4 jaar, kinderarts, huisarts, medewerker VU en een medewerker van het College voor zorgverzekeringen. Namens de GGD Hart voor Brabant neemt Drs. Jan van Eijck (arts M&G) deel aan de klankbordgroep. Ook de Thuiszorg en specialisten uit het Bernhovenziekenhuis zijn vertegenwoordigd in de klankbordgroep (voor een volledig overzicht van de expertgroep en klankbordgroep zie www.ajn.artsennet.nl).

De pilot rechtstreeks verwijzen zal met toestemming van de Ziektekostenverzekeraars VGZ, CZ en OZB/OZF plaatsvinden van eind juni 2005 tot eind februari 2006 in Noordoost Brabant in het adherentiegebied van het ziekenhuis Bernhoven. Zowel de Thuiszorg als de GGD Hart voor Brabant nemen deel. Op 1 juli 2006 is het project afgerond.

Het project 'Rechtstreeks Verwijzen' is tot stand gekomen dankzij een bijdrage van het Fonds OGZ. Projectleiding; Elise Buiting, TNO-PG/STBNO en Prof. Dr. R. HiraSing, TNO-PG/ VU-MC. Voor meer informatie kunt u contact opnemen met AMT.Buiting@pg.tno.nl.

F Samenvatting methodiek rechtstreeks verwijzen

Methodiek rechtstreeks verwijzen

De methodiek rechtstreeks verwijzen is ontwikkeld door een expertgroep van JGZ-artsen en -verpleegkundigen, huisartsen, medisch specialisten en vertegenwoordigers van de ziektekostenverzekeraars. De methodiek beschrijft de optimale verwijzroute van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) naar de 1^e en 2^e lijnsgezondheidszorg. Ook zijn de randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing naar de 2^e lijn beschreven.

Samenvatting Methodiek

De JGZ verwijst kinderen met medische problemen in principe naar de huisarts. Als de huisarts geen mogelijkheden heeft voor aanvullend onderzoek en/of behandeling wordt rechtstreeks verwezen naar de 2^e lijn. Bij twijfel en in complexe situatie vindt voorafgaand aan de verwijzing door de JGZ-arts, overleg plaats met huisarts en/of specialist. Alleen aandoeningen binnen de medische competentie van de JGZ komen in aanmerking voor rechtstreekse verwijzing.

Medische competentie van de JGZ:

De Jeugdgezondheidszorg heeft competentie op medische- en psychosociale gebied bij kinderen van 0-19 jaar en op het gebied van opvoedingsondersteuning van ouders. De medische competentie van de JGZ omvat:

1. Vroegopsporing van (aangeboren) aandoeningen door:
 - Screeningsonderzoek (CHT/AGS/PKU (hielprik), gehoorstoornissen, aangeboren hartafwijkingen, dysplastische heupontwikkeling, niet ingedaalde testes, scoliose, visusafwijkingen)
 - Ontwikkelingsonderzoek
 - Biometrie
2. Preventie, diagnose en behandeling van:
 - Voedingsproblemen
 - (Kleine) kwalen b.v. sommige huidproblemen en maagdarfstoornissen
 - Enkelvoudige ontwikkelingsproblemen, b.v. voorkeurshouding, licht vertraagde motorische ontwikkeling
 - Functiestoornissen b.v. overmatig huilen zuigeling, enuresis, encopresis

Randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing van de JGZ naar de 2e lijn

- Rechtstreekse verwijzing vindt alleen plaats door JGZ-artsen die minimaal één jaar werkervaring hebben in de JGZ en die voldoen aan de wettelijke opleidingseisen.
- De huisarts wordt geïnformeerd over alle verwijzingen van de JGZ naar de 2^e lijn door middel van een kopie van de verwijsbrief van de JGZ-arts aan de specialist. De huisarts ontvangt tevens een afschrift van de brief van de specialist aan de JGZ-arts.
- Bij complexe situaties, acute situaties, situaties waarbij protocol geen uitsluitel biedt én bij twijfel vindt overleg plaats tussen JGZ-arts en huisarts en eventueel JGZ-arts en specialist alvorens rechtstreekse verwijzing naar de 2^e lijn plaatsvindt.
- Rechtstreekse verwijzing vindt plaats op basis van standaarden, protocollen en interdisciplinaire werkafspraken.

Pilot Rechtstreeks verwijzen

Voor welke aandoeningen wordt verwezen in de Pilot rechtstreeks verwijzen?

- Oogarts (visusafwijkingen)
- Radioloog/orthopeed (dysplastische heupontwikkeling)
- Kinderarts (hartafwijkingen, groei- en ontwikkelingsstoornissen, ernstige voedingsproblemen en voedselovergevoeligheid, niet ingedaalde testikels)

Belangstellenden kunnen de Methodiek Rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2e lijn opvragen bij AMT.Buiting@pg.tno.nl. Tevens is een recent literatuuroverzicht 'Verwijzingen in de JGZ 2004' beschikbaar.

G **Brief huisartsen bij 1^e rechtstreekse verwijzing in pilot**

BijlRetouradres: postbus 2215, 2301 CE Leiden

Leiden/Uden Juni 2005

Onderwerp

pilot rechtstreekse verwijzing van de JGZ 0-6 jaar naar de 2e lijn

Geachte collega,

In de regio Noord-Oost Brabant vindt tussen 27 juni 2005 en 24 februari 2006 een pilot plaats waarbij rechtstreeks verwezen wordt van de Jeugdgezondheidszorg naar de oogarts, de radioloog/orthopeed en kinderarts voor een aantal geprotocolleerde verwijsredenen. U bent hierover in een eerder stadium geïnformeerd.

Vandaag heb ik één van uw patiënten rechtstreeks verwezen naar de 2^e lijn. In de bijlage vindt u een kopie van de verwijsbrief bestemd voor de medisch specialist. De medisch specialist is verzocht u als huisarts en mij als verwijzer op de hoogte te stellen van het resultaat van de verwijzing.

Ik hoop u hiermee voldoende te hebben geïnformeerd. Mocht u naar aanleiding van deze of toekomstige verwijzingen vragen hebben, dan verzoek ik u vriendelijk contact met me op te nemen.

Met vriendelijke groet,

De heer/mevrouw, JGZ-arts

Telefoon

e-mail

Het project 'Rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn' wordt uitgevoerd door TNO Kwaliteit van Leven met subsidie van het Fonds OGZ

Projectleiding:

Elise Buiting, arts M&G, onderzoeker TNO KvL, stafarts STBNO

Prof.dr. RA HiraSing, TNO-KvL/VUmc

e-mail: AMT.buiting@pg.tno.nl, tel. 0413 – 33 37 59 of 06 – 10 85 23 72

H Informatie voor de JGZ over de vragenlijst ouders (nulmeting)

De vragenlijst 'nulmeting rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn voor JGZ-artsen' is onderdeel van de pilot 'rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn van TNO-Kwaliteit van leven.

Hoe vindt de nulmeting ouders plaats?

Iedere JGZ-arts neemt voor de nulmeting van de pilot 'rechtstreeks verwijzen in de JGZ' 5-8 keer een vragenlijst af bij ouders van kinderen die tussen juni 2004 en februari 2005 verwezen zijn naar radioloog/ orthopeed (echo/foto heupen), oogarts of kinderarts. Daarnaast wordt informatie uit het JGZ-dossier van het verwezen kind gevraagd.

Selectie van deelnemers aan de nulmeting

De namen van de verwezen kinderen 0-6 jaar worden at random gekozen uit het registratiesysteem van de Thuiszorg of GGD HvB. Hiervoor ontvangen de JGZ-artsen overzichten met verwijzingen gedaan tussen juni 2004 en februari 2005. Om te bepalen over welke kinderen de vragenlijst moet worden ingevuld telt de JGZ-arts het aantal verwijzingen. Als een JGZ-arts ≥ 50 verwijzingen heeft gedaan neemt hij/zij bij 8 ouders vragenlijsten af. Bij < 50 verwijzingen zijn dat er 5. Het totaal aantal verwijzingen wordt gedeeld door 5 (< 50 verwijzingen) of 8 (≥ 50 verwijzingen). De uitkomst hiervan (X) wordt gebruikt om te bepalen over welke verwijzing de vragenlijst wordt ingevuld. Bij iedere X-ste verwijzing wordt een vragenlijst ingevuld.

Voorbeeld 1:

- 0 Een JGZ-arts heeft 71 kinderen verwezen in de betreffende periode. Dit betekent dat hij/zij 8 vragenlijsten (≥ 50 verwijzingen) afneemt. 71 verwijzingen / $8 = 9$ (afgerond). Over iedere 9^e verwijzing op de lijst wordt een vragenlijst afgenomen.
- 0 Een JGZ-arts heeft 17 kinderen verwezen in de betreffende periode. Dit betekent dat hij/zij 5 vragenlijsten (< 50 verwijzingen) afneemt. 17 verwijzingen / $5 = 3$ (afgerond). Over iedere 3^e verwijzing op de lijst wordt een vragenlijst afgenomen.

Als een JGZ-dossier van een verwezen kind niet te vinden is of ouders na minstens 3 pogingen tot contact op verschillende momenten (ook ná de schoolvakantie...) onbereikbaar zijn kan natuurlijk geen vragenlijst ingevuld worden over deze verwijzing. De vragenlijst wordt dan ingevuld over de volgende verwijzing op de lijst. Als ouders medewerking weigeren dan wordt de vragenlijst ingevuld tot en met vraag 10 en ingestuurd.

Wie neemt de vragenlijst af?

In het eerste deel van de vragenlijst wordt informatie uit het JGZ-dossier gevraagd. Dit gebeurt bij voorkeur door de JGZ-arts. Daarna wordt contact opgenomen met ouders. Bij voorkeur gebeurt dit door de JGZ-assistente. De kans op wenselijke antwoorden is dan waarschijnlijk het kleinst. Het is aan te raden dat de JGZ-arts voorafgaand aan het afnemen van de vragenlijst, de vragenlijst eenmalig doorneemt met de JGZ-assistente om eventuele onduidelijkheden te verhelderen.

Hoe wordt de vragenlijst afgenomen?

Het afnemen van de vragenlijst gebeurt in principe telefonisch. Ouders worden gebeld en er wordt in het kort uitleg gegeven over het onderzoek. Daarna wordt gevraagd of ouders willen meewerken. Als ouders toestemming geven wordt de vragenlijst meteen

afgenomen. Dit kost ongeveer 5-10 minuten. Als ouders wel willen meewerken maar op dat moment geen tijd hebben wordt een afspraak gemaakt om terug te bellen. Bij vragen of opmerkingen kunt u contact opnemen.

Elise Buiting, arts maatschappij en gezondheid, TNO-KvL,
e-mail AMT.Buiting@pg.tno.nl of 071-5181818
Prof. Dr. RA HiraSing, TNO-KvL/VU-MC

I Informatie voor de JGZ over de vragenlijst ouders (nameting)

De 'vragenlijst rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn. Nameting voor ouders' is onderdeel van de pilot 'rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn van TNO-Kwaliteit van leven.

Hoe vindt de nameting ouders plaats?

Iedere JGZ-team neemt voor de nameting van de pilot 'rechtstreeks verwijzen in de JGZ' 5-8 keer een vragenlijst af bij ouders van kinderen die tussen juni 2005 en februari 2006 verwezen zijn naar radioloog/ orthopeed (echo/foto heupen), oogarts of kinderarts. Daarnaast wordt informatie uit het JGZ-dossier van het verwezen kind gevraagd.

Selectie van deelnemers aan de nameting

De namen van de verwezen kinderen 0-4 jaar worden at random gekozen uit het registratiesysteem van STBNO. Hiervoor ontvangen de JGZ-teams via de cb-arts overzichten met verwijzingen gedaan tussen juni 2005 en februari 2006. JGZ-teams in de pilotregio nemen vragenlijsten af bij ouders van rechtstreeks verwezen kinderen, JGZ-teams in de controleregio bij ouders die verwezen zijn naar de huisarts. Een JGZ-arts die zowel werkzaam is in de controle- al in de pilotregio zorgt voor een evenredige verdeling van rechtstreekse en niet-rechtstreekse verwijzingen.

Controleregio:

- Gemeente Cuijk (Beers, Haps, Katwijk, Linden, St. Agatha, Vianen)
- Gemeente Grave (Escharen, Gassel, Velp)
- Gemeente Boxmeer (Beugen, Groeningen, Holthees, Maashees, Oeffelt, Overlon, Rijkevoort, Sambeek, Vierlingsbeek, Vortem Mullem)
- Gemeente St. Anthonis (Landhorst, Ledeaeker, Oploo, Stevensbeek, Wanroy, Westerbeek)
- Gemeente Mill (Langenboom, St Hubert, Wilbertsoord)

Pilotregio

- Gemeente Boekel (Venhorst)
- Gemeente Veghel (Boerdonk, Eerde, Erp, Keldonk, Mariaheide, Zijtaart)
- Gemeente St. Odenrode (Boskant, Nijnsel, Olland)
- Gemeente Uden (Odiliapeel, Volkel)
- Gemeente Landerd (Reek, Schaijk, 't Oventje, Zeeland)
- Gemeente Bernheze (Heesch, Nistelrode, Heeswijk-Dinter, Loosbroek, Vorstenbosch)
- Gemeente Maasdonk (Geffen, Nuland, Vinkel)
- Gemeente Oss (Berghem, Haren, Mascharen, Megen, Ravenstein)
- Gemeente Lith (Lithoijen, Maren-Kessel, Oijen, Teeffelen, 't Wild)

Om te bepalen over welke kinderen de vragenlijst moet worden ingevuld telt het de JGZ-arts in de controleregio het aantal verwijzingen naar HA/kinderarts, HA/orthopeed en HA/oogarts. De JGZ-arts in de pilotregio telt het aantal rechtstreekse verwijzingen.

Als een JGZ-arts ≥ 50 verwijzingen heeft gedaan via de huisarts (controleregio) of 16 rechtstreeks (pilotregio) neemt hij/zij bij 8 ouders vragenlijsten af. Bij < 50 verwijzingen via de huisarts of < 16 rechtstreeks zijn dat er 5. Het totaal aantal verwijzingen wordt gedeeld door 5 (< 50 verwijzingen of 16 rechtstreeks) of 8 (≥ 50

verwijzingen of ≥ 16 rechtstreeks). De uitkomst hiervan (X) wordt gebruikt om te bepalen over welke verwijzing de vragenlijst wordt ingevuld. Bij iedere X-ste verwijzing wordt een vragenlijst ingevuld.

Voorbeeld:

- Een JGZ-arts in de controleregio heeft 71 kinderen verwezen in de betreffende periode. Dit betekent dat hij/zij 8 vragenlijsten (≥ 50 verwijzingen) afneemt. 71 verwijzingen / $8 = 9$ (afgerond). Over iedere 9^e verwijzing op de lijst wordt een vragenlijst afgenomen.
- Een JGZ-arts in de pilotregio heeft 14 kinderen rechtstreeks verwezen in de betreffende periode. Dit betekent dat hij/zij 5 vragenlijsten (<16 rechtstreekse verwijzingen) afneemt. 14 verwijzingen / $5 = 3$ (afgerond). Over iedere 3^e verwijzing op de lijst wordt een vragenlijst afgenomen

Als je minder dan 5 rechtstreekse verwijzingen hebt gedaan en je werkzaam bent in de pilotregio dan neem je de vragenlijsten af bij de ouders van de rechtstreeks verwezen kinderen. De rest van de vragenlijsten neem je af bij ouders van kinderen die verwezen zijn naar de HA/kinderarts, HA/oogarts of HA/orthooped.

Als een JGZ-dossier van een verwezen kind niet te vinden is of ouders na minstens 3 pogingen tot contact op verschillende momenten onbereikbaar zijn kan natuurlijk geen vragenlijst ingevuld worden over deze verwijzing. De vragenlijst wordt dan ingevuld over de volgende verwijzing op de lijst. Als ouders medewerking weigeren dan wordt de vragenlijst ingevuld tot en met vraag 10 en ingestuurd.

Wie neemt de vragenlijst af?

In het eerste deel van de vragenlijst wordt informatie uit het JGZ-dossier gevraagd. Dit gebeurt bij voorkeur door de JGZ-arts. Daarna wordt contact opgenomen met ouders. Bij voorkeur gebeurt dit door de WV-JGZ.

Hoe neem je de vragenlijst af?

Het afnemen van de vragenlijst gebeurt in principe telefonisch. Ouders worden gebeld en er wordt in het kort uitleg gegeven over het onderzoek. Daarna wordt gevraagd of ouders willen meewerken. Als ouders toestemming geven wordt de vragenlijst meteen afgenomen. Dit kost ongeveer 10 minuten. Als ouders wel willen meewerken maar op dat moment geen tijd hebben wordt een afspraak gemaakt om terug te bellen.

Succes met het invullen van de vragenlijsten!

Elise Buiting, arts maatschappij en gezondheid, TNO-KvL,
e-mail AMT.Buiting@pg.tno.nl
tel. 0413-333777 of 071-5181818
Prof. Dr. RA HiraSing, TNO-KvL/VU-MC

J Vragenlijst ouders nulmeting

Vragenlijst ouders pilot rechtstreeks verwijzen (nulmeting)

De vragenlijst 'nulmeting rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn voor JGZ-artsen' is onderdeel van de pilot 'rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn van TNO-Kwaliteit van leven. De vragenlijst wordt (bij voorkeur) ingevuld door de JGZ-arts (gegevens JGZ-dossier) en de JGZ-assistente (telefonische vragenlijst voor ouders).

Gegevens uit het JGZ-dossier/ vragen aan de JGZ-arts

1. Wat is de woonplaats van het verwezen kind?

2. Wat is de geboortedatum van het verwezen kind?

Dd-mm.jjjj, _____

Onbekend

3. Wat is het geslacht van het verwezen kind?

M

V

Onbekend

4. Wanneer heeft u het kind verwezen?

Dd-mm-jjjj, _____

Onbekend

5. Naar wie is het kind verwezen?

Huisarts/oogarts

Huisarts/radioloog of huisarts/orthopeed

Huisarts/kinderarts

Onbekend

6. Heeft u terugrapportage (mondeling of schriftelijk) van de huisarts ontvangen?

Ja

Nee, ga naar vraag 8

Niet van toepassing (ga naar vraag 8) , omdat

Onbekend

7. Wanneer heeft u terugrapportage van de huisarts ontvangen?

Dd-mm-jjjj (datum brief of telefoongesprek),

Onbekend

8. Heeft u terugrapportage (mondeling of schriftelijk) ontvangen van de specialist?

Ja

Nee, ga naar vraag 10

Niet van toepassing (ga naar vraag 10), omdat

Onbekend

9. Wanneer heeft u terugrapportage ontvangen van de specialist?

Dd-mm-jjjj (datum brief of telefoongesprek),

Onbekend

Vragenlijst voor ouders van een door de JGZ-arts verwezen kind*Inleiding voor ouders:*

Op dd.mm.jjjj is 'roepnaam kind' verwezen door de consultatiebureau-arts/ schoolarts naar de huisarts. Het advies aan de huisarts was om uw kind door te verwijzen naar de medisch specialist. Graag stel ik u in verband met een onderzoek van TNO Kwaliteit van Leven een paar vragen over de verwijzing. Dit kost ongeveer 10 minuten.

Toestemming

Wilt u het antwoord van keuze van de ouder s.v.p. aankruisen?

10. Wilt u meewerken aan het afnemen van de vragenlijst?

Ja, ga naar vraag 11

Nee, omdat _____

Vragen over het bezoek aan de huisarts

11. Bent u naar de huisarts gegaan naar aanleiding van de verwijzing door de consultatiebureau-arts of schoolarts?

Ja, ga naar vraag 13

Nee

Niet van toepassing, omdat

Onbekend, ga door naar vraag 18

12. Als u niet naar de huisarts bent gegaan; wat is daarvan de reden? (ga naar vraag 18)

geen tijd, is er niet van gekomen

was volgens mij niet nodig

ik ben rechtstreeks naar de medisch specialist gegaan

anders, namelijk, _____

onbekend

13. Wanneer bent u naar de huisarts gegaan?

Dd-mm-jjjj, _____

Onbekend

14. Moest u vrij nemen van uw werk om naar de huisarts te gaan?

- Ja
- Nee
- Niet van toepassing, omdat

Onbekend

15. Hoeveel tijd heeft u in het totaal ongeveer besteed aan het bezoek aan de huisarts? (dus inclusief het maken van de afspraak, de reistijd, wachttijd, consulten bij de huisarts, ophalen verwijsbriefje etc.)

- ≤ 1 uur
- > 1 ≤ 3 uur
- > 3 ≤ 5 uur
- > 5 uur
- onbekend

16. Heeft de huisarts uw kind onderzocht naar aanleiding van de verwijzing van de JGZ-arts?

- Ja
- Nee
- Onbekend

17. Wat heeft de huisarts geadviseerd naar aanleiding van de verwijzing van de JGZ-arts?

- Huisarts heeft geadviseerd niets te doen
- Huisarts heeft een controle afgesproken
- Huisarts heeft mijn kind zelf behandeld
- Huisarts heeft verwezen naar (para-)medisch specialist
- Anders,
namelijk _____

Onbekend

18. Wat vindt u ervan dat u eerst naar de huisarts moet als de JGZ-arts u naar de medisch specialist verwijst?

- prima, zo kan de huisarts nog eens mee kijken is en is hij of zij goed op de hoogte van wat er met mijn kind gebeurt
- maakt me niet uit
- onpraktisch, dit kost onnodig veel tijd. Als de JGZ-arts mijn kind onderzocht heeft, is het overdreven dat de huisarts mijn kind ook nog eens nakijkt alvorens het naar de medisch specialist verwezen wordt.
- geen mening

Vragen over het bezoek aan de medisch specialist

Wilt u het antwoord van keuze van de ouder s.v.p. aankruisen?

19. Bent u met uw kind bij de medisch specialist geweest naar aanleiding van de verwijzing van de JGZ-arts?

- Ja, ga naar vraag 21
- Nee
- Niet van toepassing (ga naar vraag 26), omdat

- Onbekend

20. Als u niet met uw kind bij de medisch specialist bent geweest wat is daarvan de reden? (ga naar vraag 26)

- geen tijd, is er niet van gekomen
- was volgens mij niet nodig
- was volgens de huisarts niet nodig
- ik heb wel een afspraak, maar ben nog niet geweest
- anders, namelijk,

- onbekend

21. Wanneer bent u voor het eerst met uw kind bij de medisch specialist geweest?

- Dd-mm-jjjj, _____
- Onbekend

22. Wat heeft de medisch specialist geadviseerd naar aanleiding van de verwijzing van de JGZ-arts?

- Medisch specialist heeft geadviseerd niets te doen, ga naar vraag 25
- Medisch specialist heeft een controle afgesproken, ga naar vraag 25
- Medisch specialist heeft mijn kind behandeld, ga naar vraag 24
- Mijn kind is doorverwezen naar een andere (para-)medisch specialist, ga naar vraag 23
- Nog niet bekend, het onderzoek is nog niet afgerond, ga naar vraag 26
- Anders,
namelijk _____
- Onbekend

23. Wat heeft de 2^e (para-) medisch specialist geadviseerd naar aanleiding van de verwijzing van de JGZ-arts?

- (Para-)Medisch specialist heeft geadviseerd af te wachten, ga naar vraag 25
- (Para-)Medisch specialist heeft een controle afgesproken, ga naar vraag 25
- (Para-)Medisch specialist heeft mijn kind behandeld, ga naar vraag 24
- Nog niet bekend, het onderzoek is nog niet afgerond, ga naar vraag 26
- Anders,
namelijk _____
- Onbekend

24. Wanneer is de behandeling door de (para-)medisch specialist gestart?

- Dd.mm.jjjj, _____
- Onbekend

*Heeft u meer ruimte nodig voor de beantwoording van vraag 31, 32 en 33?
Gebruik gerust de achterzijde van het vragenformulier.*

31. Ziet u voordelen van rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de medisch specialist?

- Nee
- Ja, te weten

32. Zie u nadelen van rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de 2^e lijn?

- Nee
- Ja, te weten

33. Heeft u nog op- of aanmerkingen?

Naam JGZ-arts

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

Elise Buiting, arts maatschappij en gezondheid, TNO-KvL,
e-mail AMT.Buiting@pg.tno.nl of 071-5181818
Prof. Dr. RA HiraSing, TNO-KvL/VU-MC

Wilt u deze vragenlijst invullen en vóór 1 september 2005 retourneren aan:

Elise Buiting, Antwoordnummer 43, 5400 WB Uden (u kunt gebruik maken van
bijgevoegde antwoordenveloppe)

K Vragenlijst ouders nameting

De vragenlijst 'ouders nameting' is nagenoeg geheel vergelijkbaar met de vragenlijst 'ouders nulmeting'. In verband met de omvang van het rapport is de volledige vragenlijst niet in het rapport opgenomen. Belangstellenden kunnen een exemplaar van de vragenlijst 'ouders nameting' opvragen bij amt.buiting@pg.tno.nl.

L Vragenlijst huisartsen nulmeting

De vragenlijst 'huisartsen nulmeting' is nagenoeg gelijk aan het eerste gedeelte van de vragenlijst 'huisartsen nameting'. In verband met de omvang van het rapport is de volledige vragenlijst niet in het rapport opgenomen. Belangstellenden kunnen een exemplaar van de vragenlijst 'huisartsen nulmeting' opvragen bij amt.buiting@pg.tno.nl.

M Vragenlijst huisartsen nameting

Vragenlijst rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn
Nameting voor huisartsen

Geachte collega,

Van juni 2005 tot en met februari 2006 is in de regio Uden/Veghel/Oss in een pilot rechtstreeks verwezen van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) naar de oogarts, radioloog/orthopeed en kinderarts. De regio Land van Cuijk was controleregio.

In juni 2005 heeft u voorafgaand aan de pilot deelgenomen aan een nulmeting. Deze vragenlijst betreft een nameting. Zou u zo vriendelijk willen zijn de vragenlijst nogmaals in te vullen en vóór 15 maart 2006 retourneren aan: Elise Buiting, Antwoordnummer 43, 5400 WB Uden?

De pilot 'rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn' is onderdeel van het project rechtstreeks verwijzen van de JGZ naar de 2^e lijn van TNO-Kwaliteit van leven.

Alvast hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

Met vriendelijke groet,

Elise Buiting, arts maatschappij en gezondheid, TNO-KvL,

e-mail AMT.Buiting@pg.tno.nl of 071-5181818

Prof. Dr. RA HiraSing, TNO-KvL/VU-MC

Algemene informatie

Huisarts te: _____ (plaats invullen)

Aantal jaren werkzaam : _____ jaar

Geslacht : M / V *

Zelf ooit in de JGZ gewerkt? : ja/nee *

Tijdsinvestering bij verwijzingen door JGZ-arts

Wilt u het antwoord van uw keuze s.v.p. aankruisen?

1. Hoeveel verwijsbrieven (inclusief kopieën van rechtstreekse verwijzingen) van de JGZ-arts heeft u tussen februari 2005 en februari 2006 (bij benadering) ontvangen?

≥ 0 en ≤ 10

>10 en ≤ 20

>20 en ≤ 30

>30 keer

weet ik niet

* s.v.p. antwoord van keuze omcirkelen

	Zeer negatief	Negatief	Neutraal	Positief	Zeer Positief	Geen mening
15. Hoe staat u tegenover rechtstreekse verwijzing van kinderen met voedings(gerelateerde) problemen door de JGZ-arts naar de kinderarts?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Methodiek rechtstreeks verwijzen en verwijsbrief JGZ

Wilt u het antwoord van uw keuze s.v.p. aankruisen?

Heeft u meer ruimte nodig voor de toelichting op vraag 16 tot en met 20? Gebruik gerust de achterzijde van het vragenformulier.

16. Wat vindt u van de modelverwijsbrief JGZ (zie bijlage)?

- Ik vind de modelverwijsbrief JGZ heel goed
- Ik vind de modelverwijsbrief JGZ goed, maar er zijn enkele verbeteringen mogelijk
- Ik vind de modelverwijsbrief JGZ voldoende, maar er zijn verbeteringen nodig.
- Ik vind de modelverwijsbrief JGZ slecht, er zijn veel verbeteringen nodig.
- Ik vind de modelverwijsbrief JGZ zeer slecht, hij moet helemaal aangepast worden
- Geen mening

Toelichting (u kunt uw commentaar ook in de modelverwijsbrief JGZ (zie bijlage) aangeven),

17. Ziet u voordelen van rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de 2^e lijn?

- Nee
- Ja, te weten

18. Ziet u nadelen van rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de 2^e lijn?

- Nee
 Ja, te weten
-
-

19. Heeft u nog op- of aanmerkingen?

Werkt u in het Land van Cuijk (controleregio)? Dan is dit voor u het einde van de vragenlijst. Wilt u deze vragenlijst invullen en vóór 15 maart 2006 retourneren aan: Elise Buiting, Antwoordnummer 43, 5400 WB Uden. Hartelijk bedankt voor uw bijdrage!

- Gemeente Cuijk (Beers, Haps, Katwijk, Linden, St. Agatha, Vianen)
- Gemeente Grave (Escharen, Gassel, Velp)
- Gemeente Boxmeer (Beugen, Groeningen, Holthees, Maashees, Oeffelt, Overlon, Rijkevoort, Sambeek, Vierlingsbeek, Vortem Mullem)
- Gemeente St. Anthonis (Landhorst, Ledeaeker, Oploo, Stevensbeek, Wanroy, Westerbeek)
- Gemeente Mill (Langenboom, St Hubert, Wilbertsoord)

Werkt u in de Regio Uden/Veghel, Oss? Dan zijn er nog een aantal vragen over uw ervaringen met rechtstreekse verwijzingen van de JGZ-arts op de volgende bladzijden.

- Gemeente Boekel (Venhorst)
- Gemeente Veghel (Boerdonk, Eerde, Erp, Keldonk, Mariaheide, Zijtaart)
- Gemeente St. Odenrode (Boskant, Nijnsel, Olland)
- Gemeente Uden (Odiliapeel, Volkel)
- Gemeente Landerd (Reek, Schaijk, 't Oventje, Zeeland)
- Gemeente Bernheze (Heesch, Nistelrode, Heeswijk-Dinter, Loosbroek, Vorstenbosch)
- Gemeente Maasdonk (Geffen, Nuland, Vinkel)
- Gemeente Oss (Berghem, Haren, Mascharen, Megen, Ravenstein)
- Gemeente Lith (Lithoijen, Maren-Kessel, Oijen, Teeffelen, 't Wild)

Alleen voor huisartsen in de pilotregio (Uden/Veghel/Oss)*Wilt u het antwoord van uw keuze s.v.p. aankruisen ?*

20. Hoeveel kopiën van verwijsbrieven over rechtstreekse verwijzingen van de JGZ naar de 2^e lijn heeft u tijdens de pilot (juni 2005 tot en met februari 2006) (ongeveer) ontvangen?
-

21. Is het aantal verwijzingen van de JGZ-arts bij kinderen in uw praktijk (zowel rechtstreeks naar de specialist als niet rechtstreeks) volgens u veranderd tijdens de pilot rechtstreeks verwijzen (juni 2005 t/m februari 2006)?

- Ik heb meer verwijzingen van de JGZ-arts gezien tijdens de pilot
 Ik heb evenveel verwijzingen van de JGZ-arts gezien tijdens de pilot
 Ik heb minder verwijzingen van de JGZ-arts gezien tijdens de pilot
 Weet ik niet

22. Is het aantal keer dat u telefonisch contact hebt gehad met de JGZ-arts volgens u veranderd tijdens de pilot rechtstreeks verwijzen (juni 2005 t/m februari 2006)?

- Ik heb meer telefonisch contact met de JGZ-arts gehad tijdens de pilot
 Ik heb evenveel verwijsbrieven van de JGZ-arts tijdens de pilot
 Ik heb minder telefonisch contact met de JGZ-arts gehad tijdens de pilot
 Weet ik niet

23. Is de tijd die u besteedde per verwijzing (rechtstreeks én niet-rechtstreeks) van de JGZ-arts volgens u veranderd tijdens de pilot rechtstreeks verwijzen (juni 2005 t/m februari 2006)?

- Ik heb meer tijd besteed per verwijzing door de JGZ-arts tijdens de pilot
 Ik heb evenveel tijd besteed per verwijzing door de JGZ-arts tijdens de pilot
 Ik heb minder tijd besteed per verwijzing door de JGZ-arts tijdens de pilot
 Weet ik niet

Samenwerking en Kwaliteit van verwijzingen van de JGZ-arts*Wilt u het antwoord van uw keuze s.v.p. aankruisen ?*

24. Is de kwaliteit van de samenwerking met de JGZ-arts volgens u veranderd tijdens de pilot rechtstreeks verwijzen?

- De kwaliteit van de samenwerking is verbeterd tijdens de pilot
 De kwaliteit van de samenwerking is niet veranderd tijdens de pilot
 De kwaliteit van de samenwerking is verslechterd tijdens de pilot
 Weet ik niet

25. Is de kwaliteit van de verwijzingen van de JGZ-arts volgens u veranderd tijdens de pilot rechtstreeks verwijzen?

- De kwaliteit van de verwijzingen van de JGZ-arts is verbeterd tijdens de pilot
 De kwaliteit van de verwijzingen van de JGZ-arts is niet veranderd tijdens de pilot
 De kwaliteit van de verwijzingen van de JGZ-arts is verslechterd tijdens de pilot
 Weet ik niet

26. Is de kwaliteit van de verwijsbrieven van de JGZ-arts volgens u veranderd tijdens de pilot rechtstreeks verwijzen?
- De kwaliteit van de verwijsbrieven van de JGZ-arts is verbeterd tijdens de pilot
 - De kwaliteit van de verwijsbrieven van de JGZ-arts is niet veranderd tijdens de pilot
 - De kwaliteit van de verwijsbrieven van de JGZ-arts is verslechterd tijdens de pilot
 - Weet ik niet

Mening over rechtstreeks verwijzen door de JGZ-arts naar de 2^e lijn

Wilt u het antwoord van uw keuze s.v.p. aankruisen ?

27. Is uw mening over rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de 2^e lijn in het algemeen veranderd tijdens de pilot rechtstreeks verwijzen?
- Mijn mening is positiever geworden tijdens de pilot
 - Mijn mening is niet veranderd tijdens de pilot
 - Mijn mening is negatiever geworden tijdens de pilot
 - Weet ik niet
28. Is uw mening over rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de kinderarts veranderd tijdens de pilot rechtstreeks verwijzen?
- Mijn mening is positiever geworden tijdens de pilot
 - Mijn mening is niet veranderd tijdens de pilot
 - Mijn mening is negatiever geworden tijdens de pilot
 - Weet ik niet
29. Is uw mening over rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de radioloog/orthopeed veranderd tijdens de pilot rechtstreeks verwijzen?
- Mijn mening is positiever geworden tijdens de pilot
 - Mijn mening is niet veranderd tijdens de pilot
 - Mijn mening is negatiever geworden tijdens de pilot
 - Weet ik niet
30. Is uw mening over rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de oogarts veranderd tijdens de pilot rechtstreeks verwijzen?
- Mijn mening is positiever geworden tijdens de pilot
 - Mijn mening is niet veranderd tijdens de pilot
 - Mijn mening is negatiever geworden tijdens de pilot
 - Weet ik niet

Realisatie randvoorwaarden rechtstreekse verwijzing*Wilt u het antwoord van uw keuze s.v.p. aankruisen?*

Hoe zijn de onderstaande samenwerkingsafspraken volgens u tijdens de pilot nagekomen?

	(Bijna) Nooit	Soms	Regelmatig	Meestal	(Bijna) altijd	Weet ik niet
31. Ik heb tijdens de pilot kopiën gekregen van de verwijsbrief van de JGZ-arts aan de medisch specialist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Ik heb tijdens de pilot kopiën gekregen van de brief van de medisch specialist aan de JGZ-arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. De JGZ-arts was tijdens de pilot bereikbaar voor overleg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. De JGZ-arts heeft in complexe situaties met mij overlegd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35. De JGZ-arts heeft bij twijfel over een verwijzing met mij overlegd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

*Heeft u meer ruimte nodig voor de toelichting op de vragen? Gebruik gerust de achterzijde van het vragenformulier.*36. Er is rechtstreeks verwezen door de JGZ-arts naar de 2^e lijn volgens protocollen. Was de inhoud van deze protocollen u bekend?

- Ja
 Ten dele
 Nee, ga naar vraag 39
 Weet ik niet

37. Er is rechtstreeks verwezen door de JGZ-arts naar de 2^e lijn volgens protocollen. Was u tevreden over de inhoud van de protocollen?

- Ja
 Ten dele
 Nee
 Weet ik niet

Toelichting,

38. Er is rechtstreeks verwezen door de JGZ-arts naar de 2^e lijn volgens protocollen. Zijn deze protocollen goed nagekomen tijdens de pilot?

- Ja
- Ten dele
- Nee
- Weet ik niet

Toelichting,

39. Er zijn interdisciplinaire afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheden in het vervolgtraject na rechtstreekse verwijzing. Was u op de hoogte van deze afspraken?

- Ja
- Ten dele
- Nee, ga naar vraag 42
- Weet ik niet

40. Er zijn interdisciplinaire afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheden in het vervolgtraject na rechtstreekse verwijzing. Was u tevreden over deze afspraken?

- Ja
- Ten dele
- Nee
- Weet ik niet

Toelichting,

41. Er zijn interdisciplinaire afspraken gemaakt over de verantwoordelijkheden in het vervolgtraject na rechtstreekse verwijzing. Zijn deze afspraken goed nagekomen tijdens de pilot??

- Ja
- Ten dele
- Nee
- Weet ik niet

Toelichting,

42. Heeft u nog op- of aanmerkingen?

Hartelijk dank voor het invullen van de vragenlijst!

Voor vragen naar aanleiding van de vragenlijst kunt u contact opnemen met: Elise Buiting, arts maatschappij en gezondheid, TNO-KvL, e-mail AMT.Buiting@pg.tno.nl of 071-5181818 Wilt u deze vragenlijst invullen en vóór 15 maart 2006 retourneren aan: Elise Buiting, Antwoordnummer 43, 5400 WB Uden (u kunt gebruik maken van bijgevoegde antwoordenveloppe)

N Vragenlijst JGZ-artsen nulmeting

De vragenlijst 'JGZ-artsen nulmeting' is grotendeels gelijk aan het eerste gedeelte van de vragenlijst 'huisartsen nulmeting'. In verband met de omvang van het rapport is de volledige vragenlijst niet in het rapport opgenomen. Belangstellenden kunnen een exemplaar van de vragenlijst 'JGZ-artsen nulmeting' opvragen bij amt.buiting@pg.tno.nl.

O Vragenlijst JGZ-artsen nameting

De vragenlijst 'JGZ-artsen nameting' is grotendeels gelijk aan de vragenlijst 'huisartsen nameting'. In verband met de omvang van het rapport is de volledige vragenlijst niet in het rapport opgenomen. Belangstellenden kunnen een exemplaar van de vragenlijst 'JGZ-artsen nulmeting' opvragen bij amt.buiting@pg.tno.nl.

P Vragenlijst medisch specialisten nulmeting

De vragenlijst 'medisch specialisten nulmeting' is grotendeels gelijk aan het eerste gedeelte van de vragenlijst 'huisartsen nulmeting'. In verband met de omvang van het rapport is de volledige vragenlijst niet in het rapport opgenomen. Belangstellenden kunnen een exemplaar van de vragenlijst 'JGZ-artsen nulmeting' opvragen bij amt.buiting@pg.tno.nl.

Q Vragenlijst medisch specialisten nameting

De vragenlijst 'medisch specialisten nameting' is grotendeels gelijk aan de vragenlijst 'huisartsen nameting'. In verband met de omvang van het rapport is de volledige vragenlijst niet in het rapport opgenomen. Belangstellenden kunnen een exemplaar van de vragenlijst 'JGZ-artsen nulmeting' opvragen bij amt.buiting@pg.tno.nl.

R Verslag nulmeting rechtstreeks verwijzen

Pilot rechtstreeks verwijzen

De pilot rechtstreeks verwijzen is onderdeel van het project 'Rechtstreeks verwijzen van de Jeugdgezondheidszorg naar de 2e lijn' van TNO Kwaliteit van Leven. De pilot heeft plaatsgevonden in Noordoost-Brabant van 27 juni 2005 tot en met 28-2-2006 in de regio rond het Ziekenhuis Bernhoven (Lith, Oss, Maasdonk, Bernheze, Landerd, Uden, Veghel, Boekel, St. Oedenrode). Het Land van Cuijk (Grave, Mill, Cuijk, St. Anthonis en Boxmeer) was controleregio.

Voorafgaand aan de pilot is informatie verzameld onder ouders, JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten in de zogenaamde nulmeting. De resultaten van de nulmeting vindt u in dit verslag.

Nulmeting

In de regio Noordoost-Brabant zijn 43 medisch specialisten, 108 huisartsen en 27 JGZ-artsen werkzaam. Allen hebben een vragenlijst -nulmeting - gekregen. De respons was respectievelijk 65% (medisch specialisten), 54% (huisartsen) en 70% (JGZ-artsen). Tevens is bij 95 (91%) van 104 aselekt geselecteerde ouders van kinderen 0-4 jaar een vragenlijst afgenomen door het JGZ-team. Deze ouders zijn tussen juni 2004 en februari 2005 door de JGZ-arts via de huisarts verwezen naar kinderarts, radioloog/orthopeed of oogarts/ orthoptist.

Samenwerking met de JGZ

Tijdsinvestering en telefonisch contact

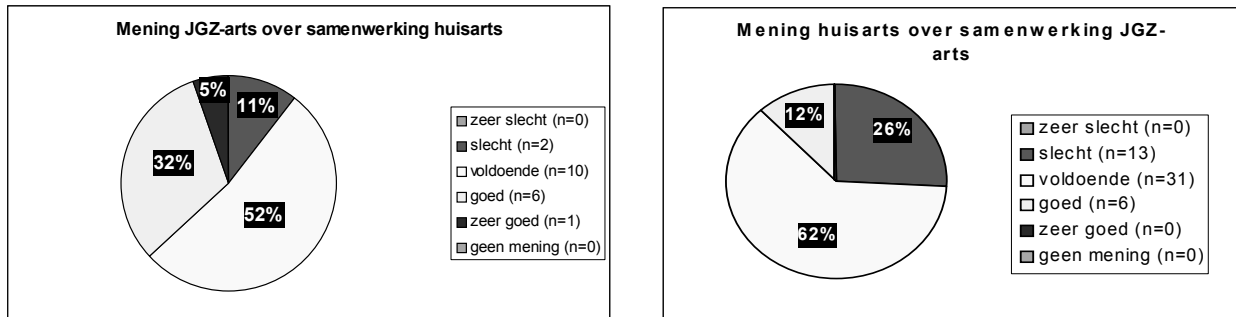
Er is weinig telefonisch contact tussen JGZ-arts, huisarts en medisch specialist. De meeste (95%) huisartsen spreken maximaal 3 keer per jaar met een JGZ-arts. Radiologen/orthopeden en oogartsen/orthoptisten zelden tot nooit. Er is iets meer contact tussen de JGZ-arts en de kinderarts. De meeste kinderartsen (55%) hebben in 2004 vaker dan 3 keer telefonisch contact gehad met de JGZ-arts. Er is geen verschil tussen de controle- en pilotregio.

Samenwerking

Huisartsen beoordelen de samenwerking met de JGZ-arts als matig. JGZ-artsen zijn vaker tevreden over de samenwerking met de huisarts (figuur 1). Kinderartsen en JGZ-artsen zijn tevreden over de onderlinge samenwerking en beoordelen deze als goed (figuur 2)

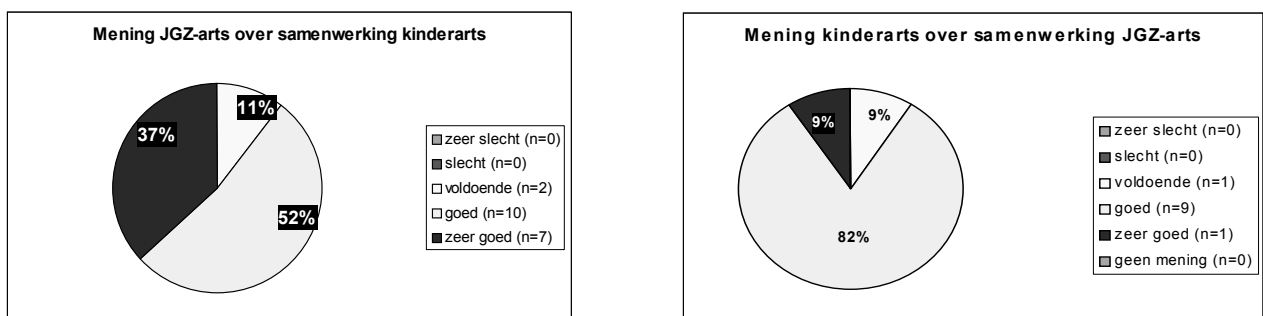
Er is niet vaak contact tussen oogartsen/orthoptisten en JGZ-artsen. 25% van de oogartsen en 42% van de JGZ-artsen heeft hierover geen mening over de kwaliteit van de samenwerking. De artsen die wel een mening hebben vinden de samenwerking oogarts/orthoptist - JGZ-arts in het algemeen goed. Tussen radiologen/orthopeden en JGZ-artsen is nog minder contact dan tussen JGZ-arts en oogarts. De meerderheid (63%) van de radiologen en orthopeden en JGZ-artsen (75%) heeft dan ook geen mening over de samenwerkingsrelatie. De overigen beoordelen de samenwerking wisselend.

Er is wat betreft de onderlinge samenwerking geen verschil tussen de controle- en pilotregio.



Figuur 1 Mening van JGZ-artsen over de samenwerking met huisartsen en vice versa

Figuur 2 Mening JGZ-artsen over samenwerking met kinderartsen en vice versa



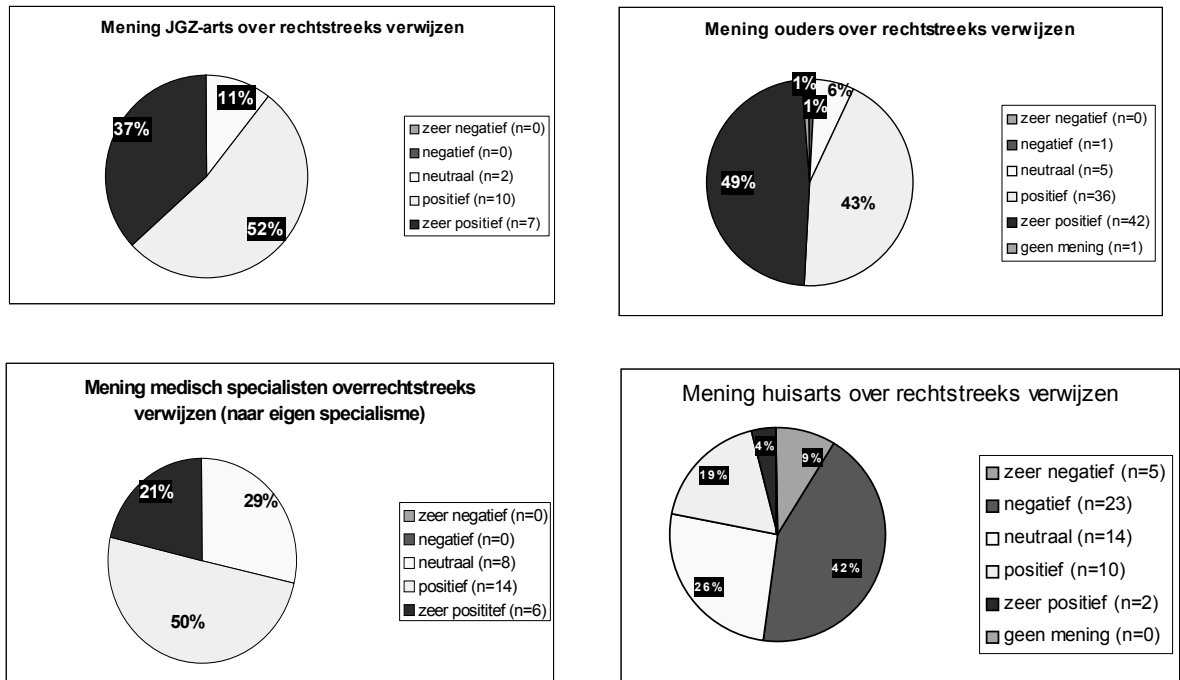
Kwaliteit van de verwijzingen van de JGZ

Huisartsen beoordelen de kwaliteit van de verwijzingen van de JGZ-arts in het algemeen als voldoende. Dit geldt ook voor de verwijsbrief JGZ. Medisch specialisten en ouders beoordelen de kwaliteit van de verwijzingen en de verwijsbrief van de JGZ-arts als goed.

Ouders zijn tevreden over de verwijzing door de JGZ-arts. 87% van hen vindt de verwijzing (zeer) deskundig. Er is geen verschil tussen de controle- en pilotregio.

Mening over rechtstreeks verwijzen

Een kleine meerderheid van de huisartsen staat (zeer) negatief tegenover rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts in het algemeen. Deze mening wordt niet gedeeld door JGZ-artsen, medisch specialisten en ouders. Zij staan in het algemeen positief (medisch specialisten), positief tot zeer positief (JGZ-artsen) of zeer positief (ouders) tegenover rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts. Er is verschil tussen de mening van huisartsen in de controleregio en in de pilotregio. 66% van de 32 huisartsen in de pilotregio staat (zeer) negatief tegenover rechtstreeks verwijzen. In de controleregio betreft dit 33% (N=21) (χ^2 toets, $p=0,02$).



Figuur 3 Mening van JGZ-artsen, ouders, medisch specialisten en huisartsen over rechtstreekse verwijzing

Huisartsen zijn wel overwegend (71%) positief over rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de oogarts (tabel 1). Ook JGZ-artsen, oogartsen/orthoptisten en ouders staan hier bijna allemaal (zeer) positief tegenover.

Huisartsen staan negatief tegenover rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de radioloog/orthopeed. Radiologen en orthopeden delen deze mening niet. Zij zijn allen (zeer) positief evenals bijna alle ouders en alle JGZ-artsen.

Huisartsen staan negatief tot zeer negatief tegenover rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de kinderarts. Kinderartsen zijn neutraal tot positief, ouders en JGZ-artsen positief tot zeer positief (tabel 1).

Tabel 1 Mening van ouders, huisartsen, JGZ-artsen en medisch specialisten over rechtstreekse verwijzing naar oogarts, radioloog/orthopeed en kinderarts

% (zeer) positief	Rechtstreekse verwijzing naar oogarts	Rechtstreekse verwijzing naar radioloog/orthopeed	Rechtstreekse verwijzing naar kinderarts
Ouders	97% (n=76, N=79))	96% (n=76, N=80)	93% (n=71, N=76)
Huisartsen	71% (n=40, N=57)	28% (n=16, N=57)	11% (n=6, N=57)
Medisch specialisten	75% (n=6, N=8)	100% (n=8, N=8)	45% (n=5, N=11)
JGZ-artsen	100% (n=19, N=19)	100% (n=19, N=19)	84% (n=16, N=19)

Randvoorwaarden rechtstreeks verwijzen

Er is redelijke tot goede overeenstemming tussen de mening van huisartsen, JGZ-artsen en medisch specialisten over de randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts.

Er is enig verschil in opvatting tussen JGZ-artsen, huisartsen en specialisten over met wie overlegd moet worden bij twijfel en in complexe situaties. JGZ-artsen vinden dat ze even vaak moeten overleggen met huisarts als met de specialist, specialisten vinden dat JGZ-artsen iets vaker moeten overleggen met de huisarts dan met hen en huisartsen

vinden dat de JGZ-arts bijna altijd met hen moet overleggen en veel minder vaak met de specialist (zie tabel 2).

Tabel 2 Welke randvoorwaarden voor rechtstreekse verwijzing vinden huisartsen, JGZ-artsen en medisch specialisten (zeer) belangrijk?

Randvoorwaarde arts	Medisch specialist	Huisarts	JGZ-arts
Huisarts ontvangt kopie specialistenbrief	100%	100%	100%
Huisarts ontvangt kopie brief JGZ-arts	89%	95%	100%
JGZ-arts moet in complexe situatie overleggen met huisarts	89%	98%	95%
JGZ-arts moet in complexe situaties overleggen met specialist	79%	49%	95%
JGZ-arts is bereikbaar voor overleg	75%	86%	84%
JGZ-arts moet bij twijfel overleggen met specialist	57%	29%	84%
JGZ-arts moet bij twijfel overleggen met huisarts	68%	92%	84%
Rechtstreeks verwijzen alleen met interdisciplinaire afspraken	57%	90%	90%
Rechtstreekse verwijzing alleen bij geprotocol. aandoeningen	54%	74%	42%

Voordelen rechtstreeks verwijzen

Alle JGZ-artsen, medisch specialisten en bijna alle ouders (95%) zien voordelen in rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts. Gemiddeld zien JGZ-artsen en ouders 1,8 voordeel en specialisten 1,5 voordeel (tabel 3). Ook 64% van de huisartsen ziet voordelen (gemiddeld 1,3 voordeel). Meest genoemd voordeel bij alle betrokkenen is tijdwinst, kostenbesparing en efficiëntie, gevolgd door grotere waardering voor de JGZ-arts, ontlasting van de huisarts en ontlasting van kind en gezin.

Tabel 3 Voordelen rechtstreeks verwijzen volgens ouders, JGZ-artsen, huisartsen en specialisten

Voordelen (aantal keer genoemd) rechtstreeks verwijzen volgens:	JGZ-arts (n=19)	Huisarts (n=37)	Specialist (n=27)	Ouders (n=81)	Totaal (N=164)
Tijdwinst, efficiëntieverhoging en/of kostenbesparing	16	30	22	87	155
Grotere waardering en verantwoordelijkheid JGZ-arts	8	2	11	29	50
Ontlasting kind en gezin	4	4	5	8	21
Ontlasting van de huisarts	3	5	3	18	29
Geen verschil van mening JGZ-arts en huisarts	2	0	0	0	2
Feedback van medisch specialist op JGZ-arts	1	2	0	0	3
totaal	34	43	41	142	260
Aantal voordelen per arts	34/19 (1,8)	43/37(1,3)	41/27(1,5)	142/81(1,8)	260/164(1,6)

Bijna alle huisartsen (93%) zien nadelen van rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts. Gemiddeld zien ze 1,7 nadeel (tabel 4). Ook JGZ-artsen (84%), medisch specialisten (60%) en ouders (28%) zien nadelen van rechtstreekse verwijzing, maar minder dan huisartsen (gemiddeld 1-1,2 nadeel per persoon).

Tabel 4 Nadelen rechtstreeks verwijzen volgens ouders, JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten

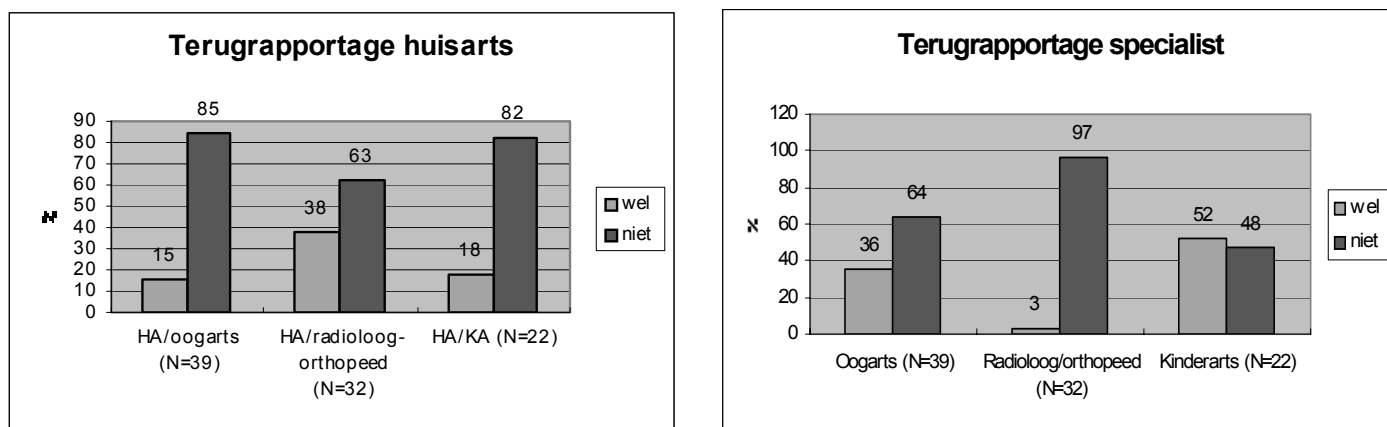
Nadelen (aantal keer genoemd) rechtstreeks verwijzen volgens	JGZ-arts (n=16)	Huisarts (n=52)	Specialist (n=16)	Ouders (n=24)	Totaal (N=108)
JGZ-artsen verwijzen te vaak/ te snel naar de 2e lijn	4	28	10	7	49
Huisartsen kent kind, gezinssituatie én curatieve mogelijkheden beter	0	21	0	8	29
Moelijker voor HA om overzicht en regie te houden	2	16	5	13	36
JGZ-artsen hebben onvoldoende kennis en ervaring	0	14	0	0	14
Positie van de huisarts wordt ondermijnd	0	6	0	0	6
Verslechtering relatie huisarts/ JGZ-arts	5	0	0	0	5
Ervaring huisarts met kinderen neemt af	2	0	1	0	3
Kost JGZ-arts meer tijd	1	0	0	0	1
Verantwoordelijkheden worden onduidelijk	2	5	0	0	7
Totaal	16	90	16	28	150
Aantal nadelen per arts	16/16 (1,0)	90/52 (1,7)	16/16 (1,0)	28/24 (1,2)	150/108 (1,4)

Wat gebeurt er na een verwijzing door de JGZ-arts?

In de nulmeting is de 95 geïnterviewde ouders niet alleen gevraagd naar hun mening over de JGZ en rechtstreeks verwijzen maar is ook informatie verzameld over het vervolgtraject na verwijzing door de JGZ tussen juni 2004 en februari 2005. Er zijn meer jongens (53%) verwezen dan meisjes (47%). De gemiddelde leeftijd van de verwezen kinderen was 1,1 jaar.

Terugrapportage door huisarts en medisch specialist aan JGZ-arts

Over 45% van de verwijzingen heeft de JGZ terugrapportage ontvangen van huisarts en/of medisch specialist. Huisartsen rapporteren het vaakst terug aan de JGZ-arts bij verwijzingen naar de radioloog/orthopeed, het minst bij verwijzingen naar de kinderarts (figuur 4). Van de medisch specialisten rapporteren kinderartsen het vaakst en radiologen/orthopeden het minst vaak terug aan de JGZ-arts.

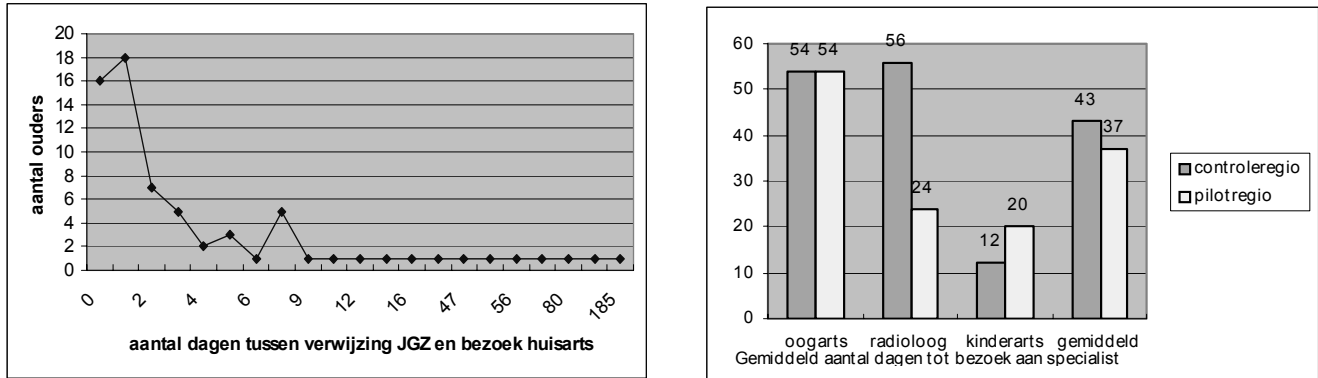


Figuur 4 Terugrapportage door huisarts en medisch specialist aan de JGZ-arts

Wanneer gaan ouders naar huisarts of specialist?

Ouders bezoeken snel na verwijzing door de JGZ-arts de huisarts, het merendeel binnen enkele dagen (figuur 5). 9% van de ouders moet vrij nemen voor het bezoek aan de huisarts.

Bezoek aan de medisch specialist duurt langer, gemiddeld 40 dagen. Het snelst kunnen ouders bij de kinderarts terecht, het langst moeten ze wachten voor de oogarts. Er is verschil tussen de pilot en de controleregio wat betreft de tijd tot het 1^e het bezoek aan de radioloog/orthopeed. Dit verschil is significant ((independent t-test, $p=0,013$)).



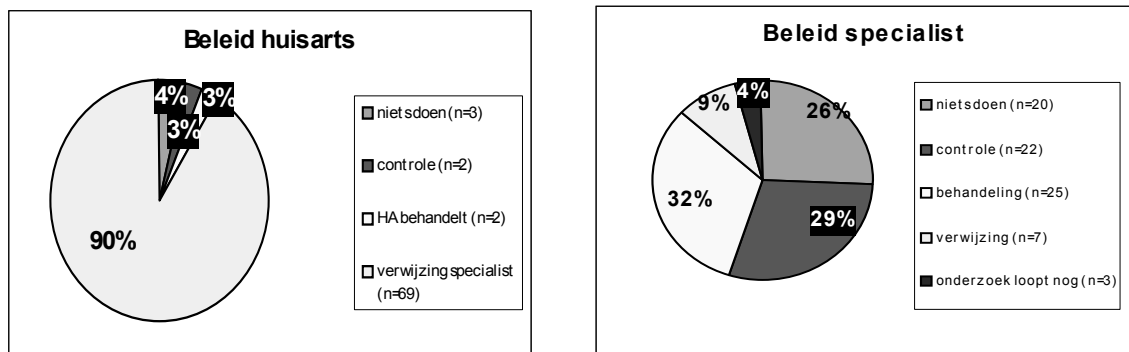
Figuur 5 Wanneer bezoeken ouders na verwijzing door de JGZ-arts de huisarts of specialist?

Beleid van de huisarts en medisch specialist na verwijzing van de JGZ-arts

Alle ouders op één na hebben de verwijzing door de JGZ-arts opgevolgd. 12% is - ondanks het advies van de JGZ-arts om eerst naar de huisarts te gaan- rechtstreeks naar de specialist gegaan. 87% ($n=77$) is naar de huisarts gegaan.

De huisarts verwijst 90% van de kinderen na verwijzing door de JGZ-arts meteen door naar de medisch specialist (figuur 6). Van de 7 kinderen die hij aanvankelijk zelf behandelt of onder controle houdt, zijn 3 kinderen later alsnog naar de medisch specialist verwezen. Uiteindelijk is 95% van de kinderen die door de JGZ via de huisarts verwezen zijn naar kinderarts, oogarts/orthoptist en radioloog/orthopeed door de huisarts doorverwezen.

Van 86 kinderen is informatie verkregen over het bezoek aan de specialist. 93% van hen heeft de specialist bezocht, 6 hebben dit niet gedaan. Ouders hebben de specialist niet bezocht omdat ze dat niet nodig vonden ($n=2$), de huisarts dat niet nodig vond ($n=2$) of dat het bezoek nog moet plaatsvinden ($n=2$). In figuur 6 wordt ook het beleid van de medisch specialist weergegeven. In veel gevallen heeft de specialist 'niets gedaan'. Dit betreft nogal eens kinderen die verwezen zijn naar radioloog/orthopeed i.v.m. verdenking op een dysplastische heupontwikkeling (DHO). Indien bij radiologisch onderzoek geen DHO wordt vastgesteld wordt niet behandeld, doorverwezen of gecontroleerd door de medisch specialist.



Figuur 6 Beleid van de huisarts en medisch specialist na verwijzing door de JGZ-arts (N=76)

Samenvatting

Respons op de nulmeting door ouders, JGZ-artsen, specialisten en huisartsen was goed waardoor de nulmeting een goed beeld geeft van de situatie in Noordoost-Brabant.

- Huisartsen zijn niet allemaal tevreden over de samenwerking met de JGZ. Ruim een kwart van hen vindt de samenwerking onvoldoende. JGZ-artsen zijn iets tevredener. Kinderartsen en JGZ-artsen vinden de onderlinge samenwerking goed tot zeer goed. Tussen oogartsen en JGZ-artsen en radiologen/orthopeden en JGZ-artsen is er minder samenwerking. Samenwerking tussen JGZ-arts en oogarts/orthoptist wordt beter beoordeeld dan de samenwerking tussen radioloog/orthopeed en JGZ-arts.
- Er is een verschil in opvatting tussen huisartsen enerzijds en JGZ-artsen, ouders en specialisten anderzijds over de wenselijkheid van rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts naar de 2e lijn. Huisartsen -vooral in de pilotregio- zijn negatief over rechtstreeks verwijzen, behalve naar de oogarts. Ouders, medisch specialisten en JGZ-artsen zijn positief. Het positiefst zijn ouders, JGZ-artsen en specialisten over rechtstreekse verwijzing naar oogarts en de radioloog/orthopeed, bij rechtstreekse verwijzing naar de kinderarts is er sprake van wat meer terughoudendheid, vooral bij kinderartsen.
- Er is goede overeenstemming tussen JGZ-artsen, huisartsen en medisch specialisten over de randvoorwaarden waaronder rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts moet plaatsvinden.
- Er is op de meeste onderzochte items weinig verschil tussen de controle- en pilotregio. Wel zijn de huisartsen in de pilotregio negatiever over rechtstreekse verwijzing door de JGZ-arts en duurt het in de controleregio langer voor kinderen bij de radioloog/orthopeed terechtkunnen.
- 12% van de ouders die via de huisarts naar de oogarts, kinderarts of radioloog/orthopeed verwezen wordt ging in 2004 op eigen initiatief rechtstreeks naar de specialist. Als ouders via de huisarts gaan moet 9% van de ouders hiervoor vrij nemen. 95% van de ouders wordt door de huisarts doorverwezen naar de specialist.

Conclusies en aanbevelingen

Samenwerking tussen huisarts en JGZ-arts behoeft aandacht. Er is weinig onderling contact en overleg waardoor er mogelijk onvoldoende kennis is over elkaar vakgebied en mogelijkheden. Het kan zijn dat de matige samenwerking tussen huisarts en JGZ-arts heeft bijgedragen tot de negatieve mening van de huisarts over rechtstreeks verwijzen.

De nulmeting is afgenomen in juni 2005, ten tijde van de huisartsenprotesten tegen de nieuwe Zorgverzekeringswet. Mogelijk is de uitkomst van de nulmeting hierdoor beïnvloed.

Hoewel de samenwerking tussen JGZ-artsen en oogartsen/orthoptisten en radiologen/orthopeden beperkt is zijn ook hier verbetermogelijkheden. Samenwerking met de kinderarts verloopt naar tevredenheid.

Bijna alle kinderen die volgens de JGZ-arts bij de oogarts, kinderarts of radioloog/orthopeed thuishoren zijn in 2004 door de huisarts doorverwezen naar de 2e lijn. Meerwaarde van het bezoek aan de huisarts in deze gevallen lijkt dan ook beperkt.