

Stichting Icare

Werkafspraken

**Werkdocument taakherschikking**

**Opdrachtgever:** Management Icare JGZ  
**Auteurs:** Artsen en verpleegkundigen van  
team Elburg en team Zwolle  
Stadshagen, i.s.m. J. Benjamins,  
medisch adviseur  
**Versie:** 4.0  
**Datum:** augustus 2014

Achtergrond	4
Werkafspraken	4
Opbouw werkdocument	4
<i>Criteria toewijzing zorglijn A of zorglijn V</i>	<i>6</i>
Toewijzing pasgeborenen	7
Toewijzing oudere kinderen en planning	7
Registratie en planning KD+	8
Algemene afspraken samenwerking arts en verpleegkundige	9
Verantwoordelijkheden	9
<i>Bespreking onderzoeksitems per BTP code</i>	<i>10</i>
1. De huid	10
2. Hoofd/hals	11
3. De buik	11
4. Het steun- en bewegingsapparaat	13
5. De urinewegen en geslachtsorganen	14
6. Groei	15
7. Het ontwikkelingsonderzoek	16
8. De ogen	17
9. Hart- en vaatstelsel	18
10. Spraak- en taalproblemen	19
<i>Bijlage 1: Stroomschema zorglijnen A en V</i>	<i>20</i>
<i>Bijlage 2: Overzicht van medisch gerelateerde activiteiten in samenhang met contactmomenten</i>	<i>21</i>
<i>Bijlage 3: Voorbeeldschermen DDJGZ</i>	<i>23</i>

## Inleiding

Binnen Icare JGZ is een werkwijze ontwikkeld waarbij verpleegkundigen na een training meer contactmomenten uitvoeren dan voorheen: bij gezonde kinderen voert de verpleegkundige alle consulten vanaf de leeftijd van twee maanden uit. (Zie bijlage 1) Kinderen waarbij een medische reden is om de arts ook te betrekken worden door zowel arts als verpleegkundige gezien, afhankelijk van datgene wat op dat moment nodig is. De arts JGZ ziet kinderen dus alleen op indicatie en bepaalt beleid bij door de verpleegkundige gevonden afwijkingen. Hierdoor is de arts meer inzetbaar voor andere taken, passend bij het profiel van de jeugdarts. In dit document worden de werkafspraken en delegatiecriteria beschreven die daarvoor gemaakt zijn. Dit document is tot stand gekomen in een voorbereidingstraject met de artsen en verpleegkundigen van de teams die de werkwijze in een pilot getest hebben en later aangepast op basis van opgedane ervaringen. De besproken items sluiten aan bij de productcodes van het basistakenpakket (BTP).

### Achtergrond

De ontwikkeling van deze nieuwe werkwijze is een aanzet geweest om aan te sluiten bij lopende ontwikkelingen in den lande, die vragen om een andere inrichting van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ). Ten eerste heeft de JGZ te maken met een veranderende vraag van de klant met meer aandacht voor psychosociale problematiek, ten tweede veranderen door opleiding competenties van medewerkers. (Veel artsen zijn opgeleid tot jeugdarts KNMG en hebben in hun opleiding nieuwe vaardigheden opgedaan, maar voeren hun werk nog op dezelfde wijze uit als voorheen.) Tenslotte maakt de JGZ vanaf 2011 in elke gemeente deel uit van een Centrum voor Jeugd en Gezin waarin verschillende organisaties samenwerken om ouders en jongeren te ondersteunen in hun vragen rondom opgroeien en opvoeden. De dienstverlening van de JGZ was te midden van deze ontwikkelingen niet essentieel veranderd. Inmiddels is er ook een beweging gaande om de timing en invulling van contactmomenten steeds meer op maat aan te sluiten bij de behoefte van de ouder en het kind. Deze ontwikkeling, flexibilisering van contactmomenten kan niet los gezien worden van het implementatietraject van taakherschikking

### Werkafspraken

Dit document legt werkafspraken en verwijscriteria vast die door een voorbereidingswerkgroep van artsen en verpleegkundigen zijn gemaakt rondom de door de verpleegkundige nieuw uit te voeren onderwerpen. Hiervoor is gebruik gemaakt van documenten die in soortelijke projecten in Almere en Groningen rondom nurse practitioners zijn gebruikt<sup>1,2,3</sup>. Voor terminologie is zoveel mogelijk geconformeerd aan het handboek "Eenheid van Taal in de Jeugdgezondheidszorg". Per item wordt aangegeven wat afwijkende bevindingen zijn waarvoor de arts JGZ geconsulteerd wordt. Verwijzing naar andere disciplines zal vrijwel altijd door de arts JGZ geschieden, in enkele gevallen is een alternatieve route beschreven. Aangezien niet alle artsen werkzaam bij Icare geregistreerd zijn als jeugdarts KNMG/ arts M&G wordt de term arts JGZ gebruikt om alle artsen aan te duiden. De werkafspraken zijn tijdens en na de pilot aangepast op basis van ervaringen van medewerkers en bevindingen van de stuurgroep die de regie over de pilot heeft gevoerd.

### Opbouw werkdocument

Dit document begint met een overzicht van de criteria die worden gebruikt om een kind toe te wijzen aan een van beide zorglijnen, alleen bij de verpleegkundige (V), of op bepaalde momenten ook bij de arts

---

<sup>1</sup> Werkdocument Nurse Practitioner en CB- artsen op het consultatiebureau, Stichting JGZ Groningen, november 2005

<sup>2</sup> Taakherschikking MANP, Ingrid Brocx, Almere 2005

<sup>3</sup> Inzet van Nurse Practitioners op het consultatiebureau, Mw. Drs. D Kuiper et al., Noordelijk Centrum voor Gezondheidsvraagstukken, sectie Toegepast Onderzoek, (UMCG) Februari 2007

(A), en een beschrijving van de werkwijze die gebruikt wordt om toe te wijzen c.q. toewijzing te registreren.

De hoofdstukken die volgen bespreken per BTP codering welke zaken beoordeeld worden in een consult, welke afwijkingen leiden tot consultatie van de arts en op welke termijn.

Uit de pilot is gebleken dat het niet mogelijk is om altijd te voorzien in een arts aanwezig op locatie. Deze werkwijze is geschreven vanuit de mogelijkheid ter plaatse een arts te consulteren. Waar dit in praktijk niet mogelijk is wordt gezocht naar een adequaat alternatief zoals telefonisch overleg met een arts of consultatiespreekuren/bureau waar men op zeer korte termijn terug kan komen. Het laatste liefst in samenhang met de mogelijkheid rechtstreeks te verwijzen naar de tweede lijn.

In bijlage 1 is de werkwijze schematisch weergegeven, bijlage 2 maakt zichtbaar aan welke contactmomenten de verschillende medische screeningen gekoppeld zijn en in bijlage 3 zijn voorbeeldschermen opgenomen van het contactmoment toewijzing zoals dit eruit ziet in KD+.

## Criteria toewijzing zorglijn A of zorglijn V

In onderstaande afwegingskaders staan 'medische risicofactoren beschreven, dat wil zeggen: factoren uit de voorgeschiedenis van moeder en/of kind die maken dat dit kind een grotere kans heeft op medische problemen dan een ander kind'. De bedoeling van het bepalen van dit 'medisch risicoprofiel' is, dat afgewogen wordt of het voor dit specifieke kind meerwaarde heeft dat het kind na de leeftijd van 1 maand ook door een arts gezien wordt (zorglijn A), en zo ja, wanneer dan. Daarbij is het vanuit oogpunt van coördinatie van zorg belangrijk te kijken naar het hele zorgplaatje van een kind.

Voorbeeld: *Bij een kind met syndroom van Down verloopt de ontwikkeling anders dan bij een gemiddeld kind. De beoordeling in hoeverre dat 'anders' nog aanvaardbaar is gaat verder dan het gewoon beoordelen van Van Wiechen items en gebeurt daarom bij voorkeur door een arts. Een kind met syndroom van Down is echter in het algemeen onder controle bij een Multi-disciplinair team met onder andere een kinderarts. Om te voorkomen dat er dubbelingen of hiaten optreden in het medische zorgaanbod is het in dat geval zaak voor toewijzing (!) af te stemmen met de kinderarts: wie doet wat? Is alle medische zorg belegd in de tweede lijn en blijft dat zo, dan kan de zorg op het CB door de verpleegkundige geboden worden. Zijn er medische zaken die ook op het CB opgepakt kunnen worden, of kan een kind helemaal overgedragen worden aan de JGZ, dan ligt hier een rol voor de jeugdarts.*

Als bij het huisbezoek al duidelijk is dat er sprake is van toewijzingscriteria die tweedelijnszorg vereisen vraagt de verpleegkundige toestemming aan ouders om af te stemmen met de tweede lijn (en natuurlijk met de ouders zelf) wie welke zorg verleent. Hiermee sluit de werkwijze niet alleen aan bij coördinatie van zorg, maar ook bij flexibilisering en zorg op maat.

Het besluit om een kind in te delen in verpleegkundige of gemengde zorglijn is een afweging die niet vooraf helemaal in criteria dichtgetimmerd kan worden. Onderstaand formulier, in KD+ opgenomen als 'contactmoment toewijzing', is een hulpmiddel.

### Afwegingskader toewijzing zorglijn A en zorglijn V

1. Complicaties zwangerschap, bevalling en eerste levensdagen	Toelichting (uitklapbaar)	ja	nee
Apgar < 7 na 5 min./ ernstige asfyxie / slechte start	In ontslagbrief ziekenhuis /door huisarts of verloskundige benoemde Apgarscore < 7 na 5 min, ernstige asfyxie of slechte start.		
Ernstig prematuur < 34w en/ of geboortegewicht < -2SD gewicht naar leeftijd	Kinderen geboren na een zwangerschap van minder dan 34 weken en/of met een geboortegewicht onder -2SD gewicht naar leeftijd		
Problemen eerste levensdagen	Perinatale infectie, icterus, failure to thrive		
2 Aangeboren afwijkingen			
Ernstige aangeboren afwijking	Afwijking leidend tot chronisch ziek zijn of handicap, zoals een hartafwijking, of syndroom		
Bij een of meer "ja": voorlopige conclusie is 'zorglijn A'			

Voorlopige conclusie verpleegkundige als deel 1 bij 2 weken wordt ingevuld:

- Zorglijn V
- Zorglijn A

## Deel 2:

Risico op medische problematiek	Toelichting (uitklapbaar)	Ja	Nee
Bijzondere bevindingen lichamelijk onderzoek	Afwijkingen hartonderzoek Geen goede fundusreflex Afwijkingen heuponderzoek Icterus Hypotonie Hypertonie Slecht groeien Afwijkende stand voeten		
Bijzonderheden Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek	Geen oogcontact Afwijkend bewegingspatroon Optrekken tot zit onvoldoende Door handen heen glippen		

Bijzonderheden anders*	Bijv. ouderfactoren met gevolgen voor de gezondheid van het kind.		
------------------------	---	--	--

Bij aanvinken 'bijzonderheden anders' dit toelichten in vakje toelichting onderaan het formulier'

Eindconclusie arts:

- Zorglijn A
- Zorglijn V

### Toewijzing pasgeborenen

Tijdens het tweeweken huisbezoek vult de verpleegkundige het eerste deel van het contactmoment 'toewijzing' in. Zij bespreekt met ouders haar bevindingen, legt deze werkwijze uit en laat een folder achter met informatie. De verpleegkundige geeft op het formulier aan of het kind op basis van de nu bekende gegevens ingedeeld kan worden in de verpleegkundige zorglijn of niet. Als op dit moment al duidelijk is dat er andere zorgverleners betrokken zijn wordt toestemming gevraagd om het zorgaanbod met hen af te stemmen op basis van wensen van ouders.

Bij het vierwekenconsult vult de arts het tweede deel van het contactmoment in. **NBI Hiervoor wordt het oorspronkelijke contactmoment heropend en geen nieuwe aangemaakt!** De arts bespreekt met ouders welke zorglijn wenselijk is, gemengd of verpleegkundig. Als arts en verpleegkundige verschillen van mening over de wenselijke indeling komt dit in de nabespreking aan de orde.

Het nu gebruikte schema waarin kinderen om en om bij arts en verpleegkundige komen is niet leidend voor de gemengde zorglijn. Leidend is de vraag welke zorg bij het volgend contactmoment nodig geacht wordt door ouder en professional. Als een arts bij vier weken een risico constateert kan het nodig zijn om een kind daarvoor bij twee maanden nogmaals te zien in plaats van bij drie maanden.

Het is na elk contactmoment mogelijk om op goede gronden te wijzigen van de ene zorglijn naar het andere. (Dan wordt een nieuw contactmoment toewijzing aangemaakt, ingevuld door de discipline die het kind ziet, eigen conclusie en toewijzingsstatus, na te bespreken met de collega van de andere discipline) Ook kan de verpleegkundige een eenmalig consult bij de arts laten plannen op indicatie. Het kind blijft dan in de oorspronkelijke zorglijn.

### Toewijzing oudere kinderen en planning

De kinderen die al in zorg zijn worden eveneens verdeeld. Vanaf aanvang van de trainingsfase van een nieuw implementerend team ontvangt elke ouder op het CB de informatiefolder over de nieuwe werkwijze. Bij het laatste consult voorafgaand aan de uitvoeringsfase van het implementatietraject wordt met behulp van het toewijzingskader beoordeeld of indeling in de gemengde zorglijn geïndiceerd

is. Deze beoordeling geschiedt door de professional die het contactmoment uitvoert en wordt in de nabespreking afgestemd met de andere collega. **In het contactmoment worden de eigen conclusie en de toewijzingsstatus ingevuld, zo nodig de toelichting.**

Na de trainingsfase van vier maanden zijn een aantal peuters nog niet toegewezen. De kinderen die dan nog bij de arts gepland staan komen bij de verpleegkundige. Als in dat consult bijzonderheden geconstateerd worden wordt zo nodig een extra consult op indicatie gepland bij de arts.

#### **Redenen om van de verpleegkundige zorglijn over te stappen naar zorglijn A:**

- Hartafwijking die follow-up behoeft op het consultatiebureau
- Afwijkende groei
- (vermoeden) koemelkeiwitallergie
- Astma/ recidiverende luchtwegproblemen
- Ontwikkelingsachterstand (Incl. STO)
- Vermoeden psychiatrische problematiek
- Er was medische zorg in de tweede lijn, maar deze wordt overgedragen aan de jeugdarts

#### **Redenen om van zorglijn A over te stappen naar de zorglijn V:**

- De bijzonderheid die leidde tot toewijzing aan het gemengde schema is niet meer aanwezig
- De bijzonderheid die leidde tot toewijzing aan het gemengde schema bestaat nog, maar heeft niet zoveel invloed op het functioneren van het kind dat er nog follow-up door de arts nodig is
- Het kind is voor de medische problematiek onder controle bij de tweede lijn en follow-up door de JGZ- arts biedt geen meerwaarde

#### **Registratie en planning KD+**

Het contactmoment Toewijzing is opgenomen in het DDJGZ en wordt op twee momenten ingevuld. (Zoals gezegd bij oudere kinderen op één moment). Voor de toewijzing is een apart contactmoment gemaakt, wat na het gewone contactmoment geopend en ingevuld wordt. Arts en verpleegkundige gebruiken hetzelfde contactmoment, de arts **heropent** het door de verpleegkundige gestarte contactmoment. De conclusie wordt als signaal opgenomen in het kindbeeld, dus altijd zichtbaar voor de volgende medewerker die contact heeft met deze klant. Altijd wordt de laatst gegeven signalering actief gemaakt. (zie bijlage 3 voor voorbeeldschermen) Wordt tussentijds van schema gewisseld, dan wordt opnieuw een contactmoment toewijzing ingevuld. Dit contactmoment kan in KD+ ontstaan naast het contactmoment passend bij de leeftijd van het kind. De assistente kan dit vooraf aan het consult al aanmaken. Na afloop van elk consult bespreekt de uitvoerende met de ouder wat het volgend consult zal zijn en wie dit uitvoert. De ouder geeft dit door aan de assistente. De assistente noteert in het groeiboek wanneer en bij welke discipline de volgende afspraak is. Bij verzetten van afspraken door de organisatie of door de ouder wordt een nieuwe afspraak gepland bij hetzelfde discipline waar de oude afspraak gepland stond. Bij NVZB wordt de daarvoor gebruikelijke procedure gehanteerd en bepaalt de medewerker van het team al dan niet na overleg met de ouder wat het gewenste vervolg is. NB! In verband met een nieuwe benadering van planning van peuters (met ingang van medio september 2013) worden deze niet meer standaard opgeroepen dmv een brief met afspraak, maar ouders ontvangen een uitnodiging om zelf telefonisch een afspraak te maken. Aansluitend aan het consult op het CB noteert de assistente voor de ouder in het groeiboekje wanneer en bij wie ze de volgende keer komen, conform de afspraak die de ouder daarover gemaakt heeft tijdens het consult. Als de ouder naar aanleiding van een ontvangen brief met het CAS belt voor een afspraak is in het groeiboekje terug te vinden bij wie de afspraak gepland moet worden. Daarnaast wordt voor die kinderen die in de A-lijn zitten een planningsnotitie aangemaakt! Als er geen planningsnotitie is gemaakt gaat CAS uit van planning in de V-lijn.



### **Algemene afspraken samenwerking arts en verpleegkundige**

Tijdens bureauezittingen van de verpleegkundige is veelal een arts aanwezig om te consulteren bij gevonden afwijkingen. Er worden binnen het team duidelijke afspraken gemaakt hoe en op welk tijdstip er contact kan worden opgenomen met welke arts JGZ indien er geen arts aanwezig is tijdens een bureauezitting. Als onmiddellijke consultatie niet nodig is, is dat in deze beschrijving van werkafspraken aangegeven. Na afloop van elke bureauezitting bespreken arts en verpleegkundige(n) de bijzonderheden na, evenals de toewijzingen die tijdens het spreekuur gedaan zijn. Doen arts en verpleegkundige niet samen bureau, dan worden in het team afspraken gemaakt over alternatieve mogelijkheden om na te bespreken.

### **Verantwoordelijkheden**

De verpleegkundige werkt zelfstandig en is zelf verantwoordelijk voor haar handelen. Daarbij werkt ze conform landelijke of binnen Icare geldende richtlijnen en protocollen. Ze moet wel bij gevonden afwijkingen een beroep kunnen doen op een arts JGZ voor consultatie en bepalen van verder beleid. Deze consultatie geschiedt waar mogelijk ter plaatse, maar kan ook telefonisch of op een later moment plaatsvinden. Voor enkele afwijkende bevindingen geldt dat onmiddellijke consultatie dan wel verwijzing naar een huisarts noodzakelijk is, in dat geval is dit in de werkafspraken aangegeven.

## Bespreking onderzoeksitems per BTP code

### 1. De huid

<b>Activiteit</b>	U1.1.2.2 Huid / hygiëne
<b>Doel</b>	Het observeren van de relevante uiterlijke kenmerken van de huid, de haren en de nagels; het benoemen van de normale kenmerken of het signaleren van niet/normale kenmerken, waardoor op het juiste moment (preventieve) begeleiding of verwijzing mogelijk is.
<b>Werkwijze</b>	Het geneeskundig onderzoek van de huid op het CB impliceert de volgende onderdelen: <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Inspectie</i>: PROVOKE: Plaats, Rangschikking (circumscrip, gedissemineerd, difuus etc), Omvang (in cm), Vorm, Omtrek / grens (scherp, onscherp, wisselend), Kleur, Efflorescentie</li><li>• <i>Palpatie</i>: verheven / niet verheven</li></ul>

#### **Binnen Icare beschikbare gerelateerde protocollen**

- Landelijke standaard “Voor de diagnose, behandeling en preventie van voedselallergie bij zuigelingen op het consultatiebureau”,
- Allergie - richtlijn voor droge huid en eczeem, Icare
- Landelijke JGZ- richtlijn ‘huid’

#### **Consultatie arts JGZ**

- Bij twijfels over huidafwijkingen/-verschijnselen
- Meer dan 6 cafe-au-lait vlekken (consultatie niet meteen noodzakelijk)
- Grote hemangiomen (zeker in het gelaat) of meer dan 6 hemangiomen
- Grote naevus

## 2. Hoofd/hals

<b>Activiteit</b>	U1.1.2.3. Hoofd/hals
<b>Doel</b>	Het observeren van de relevante waarneembare kenmerken van hoofd en hals; het benoemen van de normale uiterlijke kenmerken of het signaleren van niet-normale uiterlijke kenmerken waardoor op het juiste moment (preventieve) begeleiding of verwijzing mogelijk is.
<b>Werkwijze</b>	Het geneeskundig onderzoek van het hoofd en de hals op het CB impliceert de volgende onderdelen: <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Anamnese</i>: algemene anamnese en eventueel de speciale anamnese.</li><li>• <i>Fysiologisch diagnostisch onderzoek</i>, bestaande uit inspectie en palpatie.</li><li>• <i>Beoordelen curve schedelgroei</i> (zie verder hoofdstuk 6, groei).</li><li>• <i>Inspectie</i>:<ul style="list-style-type: none"><li>○ Schedel: asymmetrie, vervorming schedelbeenderen, zwellingen</li><li>○ Mond: kleur lippen, tanden</li><li>○ Oor: afwijkingen oorschelp</li><li>○ Hals: scheefstand (torticollis)</li></ul></li><li>• <i>Palpatie</i>: Fontanellen</li><li>• <i>Onderzoek van keel en oren geschiedt door de arts en alleen op indicatie.</i></li></ul>

### **Binnen Icare beschikbare gerelateerde protocollen**

Protocol "Voorkeurshouding"

Protocol "Hoofdomtrek bij zuigelingen"

Protocol "Mondgezondheid"

### **Consultatie arts JGZ**

- Loopoor, oorpijn\*
- Verdenking luchtweginfectie (ernstig)\*
- Te kort tongriempje en voedingsprobleem
- Lymfeklieren groter dan 2 cm en/of niet losliggend
- Fontanel gesloten voor 6 maanden
- Asymmetrie en/of vormafwijking schedel, zonder voorkeurshouding

\*geen arts aanwezig: beoordelen of verwijzen naar de huisarts nodig is, in overleg met ouders

### **Volgende afspraak bij arts JGZ, bij twijfel overleg (evt. telefonisch)**

- Afwijkingen lippen en gehemelte (indien nog niet bekend)
- Vormafwijkingen als een bijootje (indien nog niet bekend)
- Ondanks adviezen aanhoudend mond ademen of open monddrag
- Voorkeurshouding of scheefstand hoofd ontstaan na 6 maanden

### **Rechtstreeks verwijzen extern**

- Voorkeurshouding, niet verbeterend ondanks advies, evt met afplatting: fysiotherapie
- Te kort tongriempje en spraakprobleem: logopedie (in regio's waar deze directe lijn niet mogelijk is, via de arts JGZ)
- Spruw direct naar de huisarts verwijzen tenzij de mogelijkheid inmiddels bestaat om op CB te behandelen

## 3. De buik

**Activiteit** U1.1.2.4 Romp / buik

**Doel** Het observeren van de relevante waarneembare kenmerken van romp en buik; het benoemen van de normale waarneembare kenmerken of het signaleren van niet-normale kenmerken waardoor op het juiste moment (preventieve) begeleiding of verwijzing mogelijk is.

**Werkwijze**

Het onderzoek van de romp en de buik op het CB impliceert de volgende onderdelen:

- *Anamnese*: algemene anamnese, voedingsanamnese, en eventueel de speciële anamnese.
- *Lichamelijk onderzoek*, bestaande uit:
  - Inspectie vorm borstkas
  - Longen
    - *Inspectie*: Aanspanning hulpademhalingsspieren, neusvleugelen, intrekkingen tussen de ribben, symmetrie ademhaling, frequentie en diepte van de ademhaling, hoorbare ademhaling, cyanose, hoesten.
    - NB: auscultatie longgeluiden wordt op indicatie gedaan, en vereist een aparte vaardigheid. Hiervoor wordt de arts geconsulteerd zo nodig. De verpleegkundige voert wel de auscultatie van het hart uit, en kan daarbij 'toevallig' een bijzonder ademgeruis opmerken en daarvoor de arts consulteren.
  - Buik
    - *Inspectie*: Navelgranuloom, navelbreuk, asymmetrische opzetting.
  - Mammae
    - *Inspectie*: borstvorming bij kinderen.

**Binnen Icare beschikbare gerelateerde protocollen**

Protocol "Navelgranuloom"

Obstipatie richtlijn

Richtlijnen voor kinderen met luchtwegklachten

**Consultatie arts JGZ**

- Afwijkende ademhaling
- Langdurig hoesten
- Koorts, sufheid, cyanose, dyspnoe\* (direct ter beoordeling aan de arts JGZ of acuut verwijzing als dat nodig is)
- Palpabele lymfeklieren die niet los beweeglijk in de onderhuid liggen
- Lymfeklieren groter dan 2 cm doorsnede
- Afwijkende vorm borstkas (kan ook een volgend consult)
- Liesbreuk of zwelling in de lies
- Grote navelbreuken
- Asymmetrische opgezette buik
- Spugen in combinatie met afbuigende gewichtscurve of pijnklachten\*
- Obstipatie die niet verbetert na gegeven adviezen (conform obstipatie richtlijn)
- Projectiel braken\*
- Diarree met gevaar voor uitdroging\*
- Verdenking KEA

\* geen arts aanwezig: beoordelen of direct verwijzen naar de huisarts nodig is.

#### 4. Het steun- en bewegingsapparaat

<b>Activiteit</b>	U1.1.2.5 Extremiteten en wervelkolom
<b>Doel</b>	Het monitoren van de relevante waarneembare kenmerken van het bewegingsapparaat; het benoemen van de normale waarneembare kenmerken of het signaleren van niet-normale kenmerken waardoor op het juiste moment (preventieve) begeleiding of verwijzing mogelijk is.
<b>Werkwijze</b>	Het onderzoek van de extremiteten en de houding op het CB impliceert de volgende onderdelen: <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Anamnese</i>: heupafwijkingen familie, stuitligging laatste deel zwangerschap</li><li>• <i>Inspectie</i>: houding en beweging, van de romp en van de extremiteten.</li><li>• Heuponderzoek</li></ul>

#### **Binnen Icare beschikbare gerelateerde protocollen**

Protocol "Congenitale heupafwijkingen"

Visser, J.D., Kinderorthopedie: Pluis of niet pluis.

Een leidraad voor de eerste lijnsgezondheidszorg"

#### **Consultatie arts JGZ**

- Afwijkend heuponderzoek
- Houdingsafwijkingen rug

#### **Consultatie arts JGZ op een later moment**

- Niet-soepele platvoet
- Afwijkende voetstand
- 1 ½ a 2 jaar persisteren of optreden van O-benen
- Asymmetrisch O- of X-stand
- 18 mnd of ouder en nog niet lopen

#### **Rechtstreeks verwijzen extern**

- Kind struikelt onophoudelijk
- 2 jaar met voornamelijk tenengang

## 5. De urinewegen en geslachtsorganen

<b>Activiteit</b>	U1.1.2.6 Genitalia U3.1.1.5 Maldescensus testis
<b>Doel</b>	Het monitoren van de relevante waarneembare kenmerken van de genitalia; het benoemen van de normale waarneembare kenmerken of signaleren van niet-normale kenmerken waardoor op het juiste moment (preventieve) begeleiding of verwijzing mogelijk is. Het op gestandaardiseerde wijze onderzoeken en registreren van de ligging van beide testes.
<b>Werkwijze</b>	Het onderzoek van de genitalia op het CB impliceert de volgende onderdelen: <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Anamnese:</i><ul style="list-style-type: none"><li>○ algemene vragen mictie</li><li>○ screening risico meisjesbesnijdenis conform gespreksprotocol.</li></ul></li><li>• <i>Inspectie:</i> lagere urinewegen en geslachtsorganen, liezen, anus</li><li>• <i>Palpatie:</i> testes, scrotum</li></ul>

### **Binnen Icare beschikbare gerelateerde protocollen**

Bijlsma-Schlosser, J.F.M., Arts JGZ, "Voorkomen meisjesbesnijdenis"

Protocol "Niet scrotale testes"

Multidisciplinaire richtlijn niet scrotale testes, 2013

### **Consultatie arts JGZ**

- Hydrokele/liesbreuk/zwelling lies (toename of nog niet bekend)\*
- Vragen over of problemen bij plassen (en evt zindelijkheidsproblemen)
- Bij nog niet eerder vastgestelde afwijkingen zoals hypospadie en epispadie
- Klachten door phimosis
- Verkleefde schaamlippen met klachten
- Niet-scrotale testes
- Fissuren rond de anus

\*Indien geen arts aanwezig: beoordelen of er sprake is van verdenking bekleemde liesbreuk, dan verwijzen huisarts.

## 6. Groei

<b>Activiteit</b>	U1.1.3.1 Lengte naar leeftijd
	U1.1.3.2 Gewicht naar leeftijd
	U1.1.3.3 Hoofdomtrek
	U1.1.3.4 Gewicht naar lengte

### Doel

1. Het monitoren van de lengtegroei: het benoemen van de normale groei of het signaleren van een niet-normaal verlopende groei, waardoor op het juiste moment (preventieve) begeleiding of verwijzing mogelijk is.
2. Het monitoren van de groei en voedingstoestand in het eerste levensjaar; het benoemen van de normale groei of het signaleren van een niet-normaal verlopende groei, waardoor op het juiste moment (preventieve) begeleiding of verwijzing mogelijk is.
3. Het monitoren van de schedelgroei in het eerste levensjaar; het benoemen van de normale groei of het signaleren van een niet-normaal verlopende groei, waardoor op het juiste moment (preventieve) begeleiding of verwijzing mogelijk is.
4. Het monitoren van de groei vanaf het tweede levensjaar; het benoemen van de normale groei of het signaleren van een niet-normaal verlopende groei, waardoor op het juiste moment (preventieve) begeleiding of verwijzing mogelijk is.

**Werkwijze:** Het onderzoek van lengte, gewicht en schedelgroei impliceert de volgende onderdelen:

- Anamnese en inspectie
- Ouderlengte van beide ouders wordt liefst gemeten, anders gevraagd en genoteerd
- Palpatie fontanel
- Vanaf 2 jaar berekenen BMI (automatisch door DDJGZ)

### Binnen Icare beschikbare protocollen

JGZ-richtlijn kleine lichaamslengte, RIVM 2010.

Protocol "Hoofdomtrek bij zuigelingen".

Protocol "Gezond gewicht op het cb".

Vragen en antwoorden bij de introductie van het nieuwe protocol Gezond Gewicht op het cb, 2009.

Protocol "Wegen en meten op het cb/iijken van weegschalen".

JGZ richtlijn 'overgewicht' mei 2012.

### Consultatie arts JGZ

- Sterk afbuigende lengtecurve (doorkruisen SD-lijnen)
- Lengte conform richtlijn te kleine lengte (zie toelichting hieronder)
- Achterblijvende gewichtscurve
- Slechte voedingstoestand
- Schedelomvang:  $> + 2SD$  en/of  $> 2$  cm toename per maand
- Schedelomvang:  $< - 2SD$
- Afbuigende schedelcurve omhoog of omlaag.
- BMI hoger dan afkappunt obesitas

## 7. Het ontwikkelingsonderzoek

<b>Activiteit</b>	U1.1.4.1 Psychische ontwikkeling U1.1.4.2 Motorische ontwikkeling U1.1.4.3 Cognitieve ontwikkeling U1.1.4.4 Sociale ontwikkeling
<b>Doel</b>	Het monitoren van de psychische, motorische, cognitieve en sociale ontwikkeling; het benoemen van de normale ontwikkeling of het signaleren van een niet-normaal verlopende ontwikkeling, waardoor op het juiste moment (preventieve) begeleiding of verwijzing mogelijk is.
<b>Hulpmiddelen</b>	Het gestandaardiseerde Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek met de daarbij behorende blokjes, stoof, poppetje, bal, pen en papier.
<b>Werkwijze</b>	Het ontwikkelingsonderzoek op het CB impliceert de volgende onderdelen: <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>Anamnese</i>: algemene anamnese en eventueel de speciële anamnese.</li><li>• <i>Inspectie</i>: volgens het ontwikkelingschema van Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek</li><li>• <i>Afnemen van de items conform protocol Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek</i></li></ul>

### **Binnen Icare beschikbare gerelateerde protocollen/boeken**

M.S. Laurent de Angelo, Ontwikkelingsonderzoek in de Jeugdgezondheidszorg. Het Van Wiechenonderzoek en de Baecke-Fassaert Motoriektest, 2005  
Van Wiechenonderzoek, protocol en verwijscriteria, Icare april 2014

### **Consultatie arts JGZ**

(zie ook 'Van Wiechenonderzoek, protocol en verwijscriteria', Icare april 2014)

- Geconstateerde minscores: nabespreken
- Meerdere minscores of herhaalde minscores: consultatie arts, mag op later moment
- Bij alarmsymptomen meteen consultatie arts of op korte termijn bij arts terug laten komen



## 8. De ogen

**Activiteit** U3.1.1.4 Oogpathologie

**Doel** Vroegtijdige opsporing van oogafwijkingen om blijvende gevolgen van een gestoorde ontwikkeling te voorkomen of zoveel mogelijk te beperken door tijdig behandeling en/of begeleiding in gang te zetten.

**Hulpmiddelen** Van Wiechenschema, oogspiegel, lampje, Amsterdamse plaatjes kaart (APK), Landolt-C kaart.

**Werkwijze** Het onderzoek van het oog op het CB impliceert de volgende onderdelen

- *Anamnese*: familieanamnese, klachten
- *VOV-onderzoek* conform landelijke richtlijn

### **Bij Icare beschikbare relevante protocollen**

JGZ-richtlijn, Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar, 2010 TNO

Brouwers- de Jong, E.A., e.a., "Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau,

M.S. Laurent de Angelo, Ontwikkelingsonderzoek in de Jeugdgezondheidszorg,

Het Van Wiechenonderzoek en de Baecke-Fassaert Motoriekttest, 2005

### **Consultatie arts JGZ**

- Na twee keer (interval 3 maanden) twijfelachtige visus\*\*
- Onvoldoende visus\*\*
- Afwijkingen uitwendig aspect oog
- Afwijkingen pupil en pupilreacties
- Afwijkende fundusreflex\*
- Nystagmus\*
- Volgbewegingen: niet volgen > 8 weken bij optimale gedragstoestand\*
- Niet aankijken > 4-5 weken bij optimale gedragstoestand
- Torticollis
- Conjunctivitis

\*bij afwezigheid arts: op korte termijn terug laten komen bij arts

\*\*Afhankelijk van lokale afspraken kan een verpleegkundige rechtstreeks verwijzen naar de huisarts/orthoptist.

## 9. Hart- en vaatstelsel

**Activiteit** U3.1.1.6 Congenitale hartafwijking

**Doel** Het opsporen congenitale hartafwijkingen zodat interventies tijdig kunnen worden ingezet.

### Werkwijze

Het onderzoek van hart en bloedvaten op het CB impliceert de volgende onderdelen:

- *Anamnese:*
  - inspanningstolerantie algemeen (voeding/activiteiten)
  - familieanamnese
- *Inspectie:*
  - algemene indruk, huidskleur (cyanose?), ademhaling, extremiteiten, hoofd/hals, groeicurve
- *Auscultatie:*
  - 1e en 2e harttoon
  - frequentie
  - extra tonen, hartgeruisen en hartritmestoornissen,
- *Palpatie:*
  - bloedvaten a. femoralis
  - eventuele thrill

### Bij Icare beschikbare relevante protocollen

JGZ-standaard, "Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar", 2005.

### Consultatie arts JGZ

- gevonden afwijkingen in de anamnese en het lichamenlijk onderzoek.
- lage inspanningstolerantie, cyanose\*

\*Bij afwezigheid arts: zsm huisarts

## 10. Spraak- en taalproblemen

**Activiteit** U3.1.1.7 Spraak/ en taalstoornissen

**Doel** Het monitoren van de spraak- en taalontwikkeling; het benoemen van de normale ontwikkeling of het signaleren van een niet-normaal verlopende ontwikkeling, waardoor op het juiste moment (preventieve) begeleiding of verwijzing mogelijk is.

**Hulpmiddelen** Van Wiechenschema

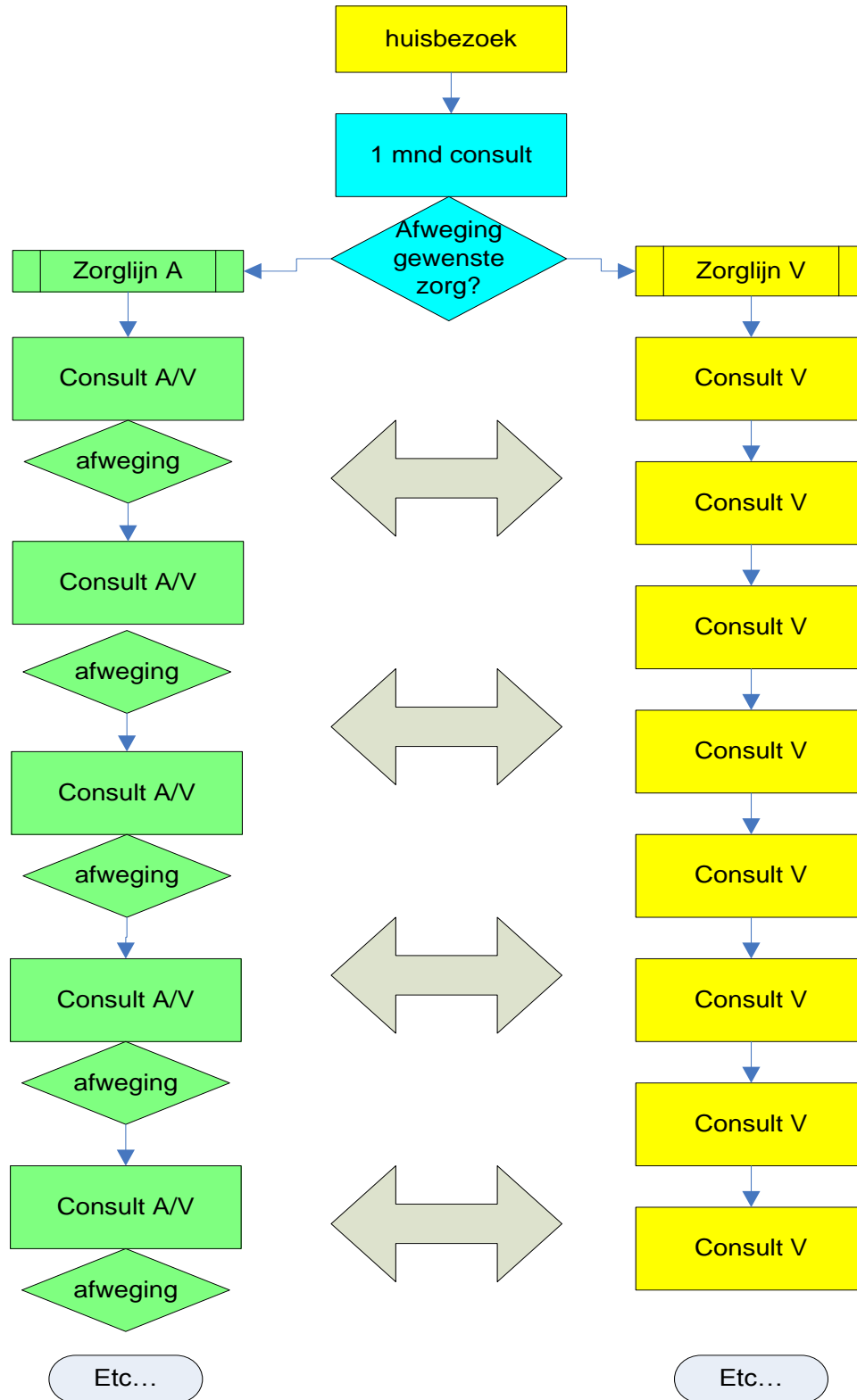
**Werkwijze** Het periodiek onderzoek van de taal- spraakontwikkeling impliceert de volgende onderdelen:

- *Anamnese*
- *Periodieke screening* door middel van het gestandaardiseerde Van Wiechenonderzoek

**Consultatie arts JGZ (mag op een later moment)**

- Zie “Van Wiechenonderzoek, protocol en verwijscriteria”, Icare, april 2014
- Slissen/stotteren

## Bijlage 1: Stroomschema zorglijnen A en V



## Bijlage 2: Overzicht van medisch gerelateerde activiteiten in samenhang met contactmomenten

Interventie <sup>1</sup>	2 wk	4 wk	2 m	3 m	4 m	6 m	7,5 m	9 m	11,5 m	15 m	18 m	24 m	36 m	45 m
Opsporen achterstanden ontwikkeling		x	x	X		x		x	x	x	x	x	x	x
Screening hartafwijkingen <sup>2</sup>	x	x		X		x		z.n.		x		x		x
(arteria femoralis moet tenminste een keer goed gevoeld zijn voor het eerste jaar.)		x		X		*		*						
Screening heupdysplasie <sup>4</sup>		x		X		x								
Screening testisindaling <sup>3</sup>		x		X		z.n.								
Opsporing visuele stoornis		x	x	x		VOV		VOV zn		VOV		VOV zn	APK	Landolt
Looppatroon en houding										x		x		x
Monitoring gewicht, lengte	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Monitoring hoofdomtrek	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Voorkeurshouding/plagiocephalie	x	x	x	x	x	x								
Vaccinaties		indic	x	x	x				x	x				x
Preventie overgewicht/ ondergewicht	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Risico meisjesbesnijdenis <sup>5</sup>	x	x									x			x
Signaleren risico kindermishandeling	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Signaleren KEA	x	x	x	x	x	x	x	x	x					
Signaleren/adviseren huidafwijkingen	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Signaleren overgewicht/ obesitas												x	x	x

Toelichting:

z.n. = zonodig (als vorige keer niet gelukt is)

<sup>1</sup> Interpretatie afwijkingen: arts

<sup>2</sup> vanaf 15 maanden jaarlijks, minimaal 3x in 1e jaar

<sup>3</sup> minimaal 2 x tussen 0-6 mnd, verwijzen 6-12 mnd aangeboren NST

<sup>4</sup>Screening tot 6 maanden, daarna heuponderzoek  
wel herhalen tot 2 jaar, conform leerboek JGZ 2010

<sup>5</sup>Lichamelijk onderzoek gericht hiervoor alleen bij  
3,9 jaar

## Bijlage 3: Voorbeeldschermen DDJGZ

### Toewijzing A/V Deel 1 (verpleegkundige, 2 weken huisbezoek)

**NB1:** Toelichting is uitklapbaar, hier uitgeklaapt zichtbaar. Deze toelichting is alleen ter ondersteuning, hoeft niets bij ingevuld te worden!!

**NB2:** De tekstvelden voorlopige conclusie en eindconclusie vervallen, blijven alleen als keuzevraag staan met als opties zorglijn A of V

Toewijzing A/V	
<b>Deel 1</b>	<b>1. Complicaties zwangerschap, bevalling en eerste levensweken</b>
<b>Ernstig prematuur &lt; 34 weken en/of geboortegewicht &lt; -2SD gewicht naar leeftijd</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee <input type="checkbox"/> wissen
<b>B R A</b>	
<b>Apgar &lt; 7 na 5 min. / ernstige asfyxie / slechte start</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee <input type="checkbox"/> wissen
<b>B R A</b>	
<b>Problemen eerste levensdagen</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nee <input type="checkbox"/> wissen
<b>B R A</b>	
<b>▼ Toelichting problemen eerste levensdagen</b>	
<b>bijv. perinatale infectie, icterus, failure to thrive</b>	<input type="radio"/> Nvt <input type="checkbox"/> wissen
<b>B R A</b>	

## 2. Aangeboren afwijkingen

Ernstig aangeboren afwijking



- Ja  
 Nee  
 wissen

### ▼ Toelichting ernstig aangeboren afwijking

Afwijkend leidend tot  
chronisch ziek zijn of handicap,  
zoals een hartafwijking of  
syndroom



- Nvt  
 wissen

Voorlopige conclusie



Zorglijn A/V




- Zorglijn A  
 Zorglijn V  
 wissen





## Toewijzing A/V Deel 2 (arts, 4 weken consult)

### Deel 2 Risico op medische problematiek

Bijzonderheden bevindingen lichamelijk onderzoek  Ja  
 Nee  
 B  R  A  

#### ► Toelichting bijzonderheden bevindingen lichamelijk onderzoek

Bijzonderheden Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek  Ja  
 Nee  
 B  R  A  

Bijzonderheden anders  Ja  
 Nee  
 B  R  A  

#### ▼ Toelichting bijzonderheden anders

Bijv. ouderfactoren met gevolgen voor de gezondheid van het kind  Nvt  
   
 B  R  A

### Eindconclusie

B  R  A

### Zorglijn A/V

B  R  A

Zorglijn A  
 Zorglijn V  
 

### Arts en Verpleegkundige

#### Toelichting op toewijzing

B  R  A