

TNO Kwaliteit van Leven

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 71 518 18 18
F +31 71 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/P&Z 2008.128

Advies 'Contactmomenten JGZ 0-19 jaar'

| | |
|-----------------|---|
| Datum | December 2008 |
| Auteur(s) | E.J.C. Coenen-van Vroonhoven S.P. Verloove-Vanhorick |
| Oprachtgever | RIVM / Centrum Jeugdgezondheid |
| Projectnummer | 031.12898 |
| Aantal pagina's | 79 (incl. bijlagen) |
| Aantal bijlagen | 5 |

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke 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 onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

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

© 2008 TNO

Samenvatting

Waarom een advies 'Contactmomenten JGZ'?

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Nederland bestaat uit een groot aantal preventieve activiteiten, die zowel groepsgericht als aan individuele kinderen worden aangeboden. De individuele preventieve zorg voor kinderen en jeugdigen in Nederland is vastgelegd in het 'Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar' (BTP). Daarop gebaseerd zijn de 'contactmomenten JGZ', dat zijn de leeftijden waarop kinderen naar het consultatiebureau of de GGD gaan, dan wel door huisbezoek of op school door de JGZ gezien worden. Sinds 1998, het jaar waarin het BTP inhoudelijk geformuleerd werd, is veel nieuwe wetenschappelijke kennis beschikbaar gekomen. Daarnaast is er, mede door maatschappelijke verschuivingen, aandacht gekomen voor nieuwe onderwerpen in de JGZ. Daarom kan het nodig zijn de contactmomenten aan te passen. TNO Kwaliteit van Leven heeft, in opdracht van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid hiervoor een advies opgesteld.

Werkwijze

Na inventarisatie van de activiteiten die nu in de reguliere contactmomenten van de JGZ uitgevoerd worden, is voor een deel van deze onderwerpen de wetenschappelijke onderbouwing geactualiseerd, met vermelding van de optimale leeftijden waarop elk onderdeel uitgevoerd moet worden, en van de meest aangewezen uitvoerende discipline. Zo moet bijvoorbeeld de hieprikscreening bij ieder kind uitgevoerd worden op de vierde dag na de geboorte, bij voorkeur door een screener met MBO-niveau. Op basis van deze leeftijden is een tijdslijn geconstrueerd, waarin voor ieder onderwerp de optimale leeftijden voor uitvoering staan weergegeven, met de mogelijke spreiding. Op die manier wordt duidelijk op welke leeftijden een aantal activiteiten geclusterd kunnen worden tot optimale contactmomenten. In dit rapport zijn de resultaten van de inventarisatie en clustering beschreven en de daaruit volgende aanbeveling voor aanpassing van de contactmomenten JGZ. Een schematisch overzicht van de optimale contactmomenten (leeftijden, inhoud en uitvoerende discipline) staat in bijlage 1. In deze samenvatting wordt een overzicht gegeven van de belangrijkste en meest opvallende aanbevelingen.

Verschuivingen in de contactmomenten

Aanbevolen wordt het eerste contactmoment (huisbezoek) te vervroegen, zodat het beter aansluit op de kraamzorg, vooral ter ondersteuning van borstvoeding. Het contactmoment op de leeftijd van 13 jaar wordt vervroegd naar 12 jaar, opdat voorlichting over leefstijl en nieuwe vaccinaties op de optimale leeftijd kan plaatsvinden. Daarnaast worden enkele (kleine) verschuivingen aanbevolen teneinde een evenwichtige verdeling van contactmomenten te creëren.

Nieuwe contactmomenten

Geadviseerd wordt enkele nieuwe contactmomenten in te voeren en wel op de leeftijd van 5 weken, 2 ½ jaar en 16 jaar, ter ondersteuning van borstvoeding en preventie van excessief huilen (5 weken), voor opvoedingsondersteuning en volgen van de ontwikkeling (2 ½ jaar) en voor signaleren van psychosociale problemen, voorlichting en desgewenst vaccinatie (16 jaar). De effecten van deze wijzigingen zullen op korte termijn moeten worden onderzocht in pilotstudies in de JGZ-praktijk, alvorens tot landelijke invoering wordt overgegaan (zie bijlage D).

Vervallen contactmomenten

Een aantal bestaande contactmomenten kan vervallen, namelijk de logopedische screening op de leeftijd van 5 jaar en de massavaccinatie op de leeftijd van 9 jaar. Beide activiteiten worden geïntegreerd in een individueel PGO.

Nieuwe activiteiten in het uniform deel van het BTP

Uit de inventarisatie is gebleken dat enkele nieuwe activiteiten in aanmerking komen voor opname in het uniform deel van het BTP: screening op dysplastische heupontwikkeling (deze screening is in 2001 (waarschijnlijk onbedoeld) niet opgenomen in het BTP, terwijl hij terecht landelijk wordt uitgevoerd bij alle kinderen), de preventie van lawaaischade bij adolescenten door middel van voorlichting (en vroege opsporing ervan door middel van gehoorscreening) op de leeftijd van 12 en 16 jaar (ook deze activiteit dient te starten in een pilotregio, zodat de effectiviteit onderzocht kan worden).

Voorlichting, advies, instructie en begeleiding op alle leeftijden horen in het uniform deel van het BTP. Sinds 2001 zijn deze onderdeel van het maatwerkdeel van het BTP, hetgeen gemeenten een te grote mate van beleidsvrijheid geeft in het al dan niet aanbieden van standaardvoorlichting aan alle ouders. In februari 2005 heeft het Platform JGZ geadviseerd de uniforme, aanbodgerichte voorlichting onder te brengen in het uniforme deel van het BTP. Tot op heden heeft de minister dit advies nog niet overgenomen.

Overige aandachtspunten

De inventarisatie levert enkele andere aandachtspunten op:

- Het "Prenataal huisbezoek" door de jeugdverpleegkundige is de laatste decennia in onbruik geraakt, en maakt geen deel uit van het BTP-JGZ. Zolang de effectiviteit niet is onderbouwd is formele herinvoering niet aan de orde. Gezien de gunstige ervaringen in het verleden is een pilotstudie met begeleidend onderzoek gewenst.
- De verantwoordelijkheid voor het uitgebreide lichamelijk onderzoek bij de pasgeborene is in Nederland niet goed vastgelegd. Hierover moeten afspraken gemaakt worden. De bevindingen bij dit uitgebreide lichamelijk onderzoek van de pasgeborene dienen goed gedocumenteerd te worden, ook de niet-afwijkende, en overgedragen te worden aan de Jeugdgezondheidszorg.
- Speciale aandacht is tevens nodig voor het lichamelijk onderzoek in de eerste levensweken. Hierbij moet, naast algemeen lichamelijk onderzoek, in het bijzonder gelet worden op aandoeningen die vroegbehandeling vereisen.

Op een aantal punten zal nog nadere besluitvorming moeten volgen:

- In de nabije toekomst (2009) is te verwachten dat vaccinatie tegen Humaan Papilloma Virus (HPV) wordt ingevoerd bij meisjes op de leeftijd van 12 jaar. Hierbij zal voorlichting noodzakelijk zijn aangezien het preventie betreft van een seksueel overdraagbare ziekte, hetgeen ethisch en maatschappelijk zorgvuldige begeleiding vergt. Individuele "tailored" voorlichting tijdens een contactmoment in combinatie met algemene voorlichting d.m.v. folders e.d. lijkt vooralsnog de beste optie. Tevens zal het Rijksvaccinatieprogramma waarschijnlijk worden uitgebreid met HepB voor alle zuigelingen. De eerstkomende 12 jaar zal daarbij naar alle waarschijnlijkheid ook een inhaalprogramma uitgevoerd worden bij alle 12 jarigen, bij meisjes bij voorkeur in combinatie met HPV vaccinatie.

Beide vaccinaties (3 stuks, met tussenpoos van resp. 1 en ongeveer 5 maanden) kunnen zowel individueel als groepsgewijs gegeven worden, mits voorafgegaan door adequate voorlichting.

De aanbeveling enkele nieuwe contactmomenten in te voeren lijkt in tegenspraak met de maatschappelijke tendens om contactmomenten te 'flexibiliseren' en daarmee af te stemmen op de zorgbehoefte van het kind en de ouders. Echter, in individuele gevallen, (bijvoorbeeld bij een tweede of volgend kind in een gezin waarbij in de zorgverlening aan het eerdere kind sprake is van een geringe voorlichtings- en zorgbehoefte) kan in overleg met het kind en de ouders besloten worden af te wijken van het voorgestelde schema. Men dient zich te realiseren dat onderwerpen die betrekking hebben op het kind zelf (zoals het monitoren van ontwikkeling en de opsporing van visuele stoornissen) altijd op het geëigende moment aan bod moeten komen.

- Om in te spelen op ontwikkelingen in de zorg en in de maatschappij is voortdurende innovatie in de jeugdgezondheidszorg noodzakelijk. Veel JGZ-organisaties beraden zich in dit kader momenteel op de mogelijkheden voor taakherschikking, bijvoorbeeld het inzetten van nurse practitioners in de JGZ 0-4 jaar. Evaluatie-onderzoek van lopende projecten is nodig om te bepalen of landelijke navolging van deze projecten wenselijk is.
- Een andere nieuwe ontwikkeling die met name speelt in de JGZ 4-19 jaar, is triage door doktersassistenten. Deze werkwijze, waarbij mogelijk meer tijd vrijgemaakt kan worden voor zorg op indicatie (bijvoorbeeld aan risicokinderen), zal ook getoetst moeten worden in evaluatie-onderzoek voordat landelijke invoering overwogen kan worden.

Inhoudsopgave

| | | |
|----------|--|-----------|
| | Samenvatting | 2 |
| 1 | Inleiding | 6 |
| 1.1 | Aanleiding en vraagstelling | 6 |
| 1.2 | Doelstelling(en) | 7 |
| 1.3 | Werkwijze..... | 8 |
| 1.4 | Opbouw rapportage..... | 9 |
| 2 | Aanbeveling Individuele contactmomenten JGZ 0-19 jaar | 10 |
| 2.1 | Optimale contactmomenten | 10 |
| 2.2 | Wijzigingen ten opzichte van de huidige richtlijn | 11 |
| 2.3 | Totstandkoming van de aanbeveling | 13 |
| 3 | Onderbouwing onderwerpen JGZ | 20 |
| 3.1 | Onderwerpen JGZ..... | 20 |
| 3.2 | Keuze onderwerpen voor inventarisatie optimale leeftijdsmomenten | 21 |
| 3.3 | Toelichting per onderwerp..... | 22 |
| 3.4 | Toelichting Algemeen deel..... | 23 |
| 4 | Onderbouwing Deskundigheid | 28 |
| 5 | Preventieve zorg voor kinderen en jeugdigen in het buitenland | 34 |
| 6 | Literatuurlijst | 35 |
| | Bijlage(n) | |
| | A Schema optimale regulier contactmomenten JGZ 0-19 | |
| | B Onderbouwing JGZ Onderwerpen | |
| | C Preventieve zorg in het buitenland, per land, 2008 | |
| | D Overzicht gewenst nader onderzoek | |
| | E 'Oude' contactmomentenschema's (1998, 2003 en 2008) | |

Figuren en tabellen

| | | |
|------------|---|----|
| Tabel 1 | Leeftijden optimale contactmomenten..... | 11 |
| Figuur 1-5 | Overzicht JGZ-activiteiten 0-19 jaar..... | 16 |
| Tabel 2 | Optimale discipline per JGZ onderwerp | 32 |
| Tabel 3 | Optimale discipline per contactmoment | 34 |

1 Inleiding

1.1 Aanleiding en vraagstelling

De preventieve zorg voor kinderen en jeugdigen in Nederland omvat een programma van individugerichte onderdelen met daarnaast een veelheid aan groeps- en gemeenschapsgerichte activiteiten en programma's en is vastgelegd in het 'Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar' (BTP)¹. Het BTP is in 1998 geformuleerd door de Werkgroep Jeugdgezondheidszorg (JGZ)^{2,3,4} en in 2000 nader gedifferentieerd in een uniform deel en een maatwerkdeel door de Gemengde Werkgroep Differentiatie⁵. Op 1 maart 2001 is het BTP formeel vastgesteld door de toenmalige staatssecretaris van VWS, mevrouw M. Vliegthart. Het BTP is wettelijk verankerd in de Wet collectieve preventie volksgezondheid.

In 2003 heeft het Platform JGZ, om helderheid te geven aan gemeenten, uitvoerende partijen en beroepsbeoefenaren over de contactmomenten binnen het BTP, de 'Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar'⁶ vastgesteld. In deze richtlijn staat beschreven op welke leeftijden alle kinderen minimaal gezien dienen te worden door de JGZ. Bovendien worden de te leveren producten en te verrichten taken per contactmoment (summier) beschreven. Er wordt in die richtlijn geen uitspraak gedaan over welke discipline (beroepsgroep) bepaalde contactmomenten zou moeten uitvoeren. In 2005 heeft de inspectie voor de gezondheidszorg (IGZ) gerapporteerd over het functioneren van de JGZ in 2004⁷. De inspectie concludeert dat slechts een minderheid van de JGZ-organisaties exact de richtlijn contactmomenten volgt wat aantal en leeftijdsmomenten betreft (bij de JGZ 0-4 jaar slechts 1 op de 6 en bij de JGZ 4-19 ongeveer een kwart). Kanttekening hierbij is dat het onderzoek is uitgevoerd in 2004, terwijl de richtlijn contactmomenten pas per 1 juni 2005 door de organisaties geïmplementeerd diende te zijn. Ten tijde van het onderzoek waren veel organisaties hard bezig om alle contactmomenten op orde te krijgen.

In 2008 heeft het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid in het ABC-rapport een actueel overzicht gegeven van de activiteiten die de verschillende JGZ organisaties aanbieden vanuit het uniform deel van het BTP⁸. De activiteiten die momenteel plaatsvinden in de reguliere contactmomenten zijn daarmee in kaart gebracht. Uit dit rapport blijkt dat veel organisaties activiteiten aanbieden in de reguliere contactmomenten, die geen deel uitmaken van het uniform deel van het BTP. Voorbeelden hiervan zijn het geven van voorlichting over uiteenlopende onderwerpen (formeel, mogelijk onbedoeld, in het maatwerk deel) en het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek (maakt, behoudens inspectie, geen deel uit van het BTP). Het platform JGZ heeft overigens al in 2005 geadviseerd om voorlichting gericht op opvoedingsondersteuning en het bevorderen van gezond gedrag op te nemen in het uniform deel van het basistakenpakket⁹.

Sinds 1998, het jaar waarin het BTP inhoudelijk geformuleerd werd, is veel nieuwe wetenschappelijke kennis beschikbaar gekomen. Om deze reden is een inventarisatie van de noodzaak tot eventuele aanpassing van de richtlijn contactmomenten gewenst. Hiervoor is een overzicht van de wetenschappelijke onderbouwing van de timing van activiteiten in de JGZ noodzakelijk. Tevens zijn er, mede door maatschappelijke verschuivingen, in de JGZ enige nieuwe ontwikkelingen gaande die een actueel evidence-based advies met betrekking tot het aantal reguliere contactmomenten en de leeftijden waarop deze aangeboden moeten worden, nodig maken.

De JGZ is preventieve gezondheidszorg gericht op de groei en ontwikkeling van het kind ter voorkoming van gezondheidsbedreigingen.

Er vinden echter accentverschuivingen plaats in de aandacht voor de verschillende deelgebieden van de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen. In het verleden was vooral de somatische ontwikkeling een belangrijk onderwerp in de JGZ, de laatste jaren is er daarnaast steeds meer aandacht voor psychosociale en maatschappelijke aspecten van ontwikkeling.

De maatschappij roept om (meer) aandacht voor ‘risicokinderen’; gemeenten en JGZ-organisaties zijn naarstig op zoek naar manieren (en middelen) om deze aandacht te kunnen geven. De oplossing wordt veelal gevonden in flexibilisering van (reguliere) contactmomenten of taakherschikking (bijvoorbeeld inzet van nurse practitioners bij niet-risicokinderen in de JGZ 0-4 of triage door doktersassistenten in de JGZ 4-19). Wellicht mede door knelpunten in de financiering, staat uitvoering van de richtlijn contactmomenten op veel plaatsen onder druk. Het hierboven beschreven overzicht van de wetenschappelijke onderbouwing van de timing van activiteiten in de JGZ en de inventarisatie van de noodzaak tot eventuele aanpassing van de richtlijn contactmomenten geven inzicht in het minimum aantal individuele contactmomenten (en de inhoud ervan) dat nodig is om de doelstellingen van de JGZ bij alle kinderen (met en zonder risico) te kunnen verwezenlijken, dus zowel bij de “risico kinderen” in maatschappelijk opzicht (5 – 10 % van alle kinderen) als bij de ogenschijnlijk gezonde “laag-risico kinderen” die een verhoogde kans hebben op een stoornis in gezondheid of ontwikkeling (15 – 20 % van alle kinderen).

Het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid heeft TNO Kwaliteit van Leven opdracht gegeven om bovenstaande inventarisatie uit te voeren in het project ‘Contactmomenten JGZ’, met de volgende vraagstelling: wat zijn, gegeven de wetenschappelijke onderbouwing van de verschillende onderwerpen waaraan de JGZ aandacht besteedt, de optimale leeftijden om de verschillende activiteiten uit te voeren en welke reguliere contactmomenten zijn daarvoor nodig?

1.2 Doelstelling(en)

Naar aanleiding van de vraagstelling van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid zijn een aantal doelstellingen geformuleerd voor het project ‘Contactmomenten JGZ’.

De hoofddoelstelling is om de activiteiten van de JGZ opnieuw te ordenen naar optimale leeftijden/tijdstippen en op grond daarvan aanbevelingen te doen over de optimale reguliere contactmomenten binnen het uniform deel van het BTP.

Om hiertoe te kunnen komen, zijn een drietal afgeleide doelstellingen geformuleerd:

- de wetenschappelijke onderbouwing van de activiteiten uit het uniform deel van het BTP actualiseren op grond van de nu beschikbare literatuur, en vaststellen of de activiteiten gehandhaafd moeten worden en wat de optimale leeftijdsmomenten zijn;
- de wetenschappelijke onderbouwing van de activiteiten uit het maatwerkdeel van het BTP actualiseren op grond van de nu beschikbare literatuur en op grond daarvan eventueel aanbevelen deze activiteiten op te nemen in het uniform deel van het BTP en dus in de reguliere contactmomenten, en vaststellen wat de optimale leeftijdsmomenten zijn;
- op grond van bestaande expertise nagaan of er nieuwe activiteiten zodanig onderbouwd zijn dat opname in het uniform deel van het BTP en dus in de reguliere contactmomenten gewenst is, en vaststellen wat de optimale leeftijdsmomenten zijn.

Naast het beantwoorden van de vraagstelling van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, leek het wenselijk een uitspraak te doen over de uitvoerende discipline per regulier contactmoment en/of per activiteit, wanneer de onderbouwing en de expertopinions daartoe aanleiding geven; dit vormt een afzonderlijk aandachtspunt. Voor een optimale uitvoering en opbrengst van het totale JGZ aanbod, dient ieder onderdeel van het JGZ-aanbod zoveel mogelijk uitgevoerd te worden door de meest geschikte discipline voor het betreffende onderdeel.

Ten slotte is een summier inventarisatie gemaakt van de organisatie en inhoud van de preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen in andere westerse landen.

1.3 Werkwijze

Om de doelstellingen van het project te kunnen verwezenlijken en de vraagstelling te kunnen beantwoorden, is de volgende werkwijze gevolgd.

Ten eerste is een inventarisatie gemaakt van de onderwerpen die (mogelijk) aandacht behoeven in de reguliere contactmomenten van de JGZ. Hiervoor is gebruik gemaakt van het basispakket zoals geformuleerd door de Werkgroep Jeugdgezondheidszorg in 1998^{2,3,4}, het uiteindelijke BTP uit 2002¹, de Richtlijn Contactmomenten uit 2003⁶, het ABC-rapport uit 2008⁸, de eigen deskundigheid en de input van experts.

Voor een deel van deze onderwerpen is per onderwerp beschreven in hoeverre de aandacht van de JGZ ervoor te onderbouwen is. Waar mogelijk is een uitspraak gedaan over de uitvoerende discipline. Hiervoor is gebruik gemaakt van gegevens uit de programmeringsstudie¹⁰ en de update¹¹ daarvan, het TNO-rapport 'De Jeugdgezondheidszorg Activiteiten onderbouwd'¹², een samenvattend artikel¹³, en de mening van experts, die per onderwerp onderbouwing en de referenties daarvoor hebben aangeleverd. In eerste instantie hebben de experts schriftelijke input geleverd. Daarna zijn er een viertal expertmeetings over twee rondes gehouden, twee meetings in mei 2008 en twee meetings in september 2008, waarbij steeds een deel van de experts werd uitgenodigd (geclusterd naar onderwerp).

Voor een ander deel van deze onderwerpen blijkt een afgebakende beschrijving van de onderbouwing niet goed mogelijk, hoewel de betreffende onderwerpen wel evident aandacht vragen en volgens experts uit binnen- en buitenland een wezenlijk onderdeel vormen van de preventieve en sociaal-medische zorg voor kinderen en jeugdigen. Deze onderwerpen worden meer algemeen beschreven. De onderbouwing van het nut van deze activiteiten berust voornamelijk op internationale protocollen en richtlijnen voor preventieve zorg aan kinderen en jeugdigen.

Op basis van de beschrijvingen per onderwerp is een tijdslijn geconstrueerd, waarin voor ieder onderwerp de gewenste leeftijden/tijdstippen voor contactmomenten staan weergegeven, met hun eventuele spreiding. Door deze tijdslijn te analyseren op clustering van verschillende onderwerpen rond bepaalde tijdstippen/leeftijden, is het mogelijk om de optimale contactmomenten (op basis van de beschreven onderwerpen) te destilleren.

Ten slotte is de inhoud per contactmoment beschreven. Hierbij zijn alle onderwerpen die aandacht vragen in de reguliere contactmomenten meegenomen.

Het conceptrapport is voorgelegd aan vertegenwoordigers van de beroepsgroepen en de koepels en verschillende sleutelfiguren uit het wetenschappelijk onderzoek op het terrein van de JGZ tijdens een invitationale conference in november 2008, georganiseerd door TNO Kwaliteit van Leven (uitvoerders project) en RIVM/Centrum Jeugdgezondheid (opdrachtgever project). De commentaren zijn verwerkt in het definitieve rapport. De resultaten zullen tevens worden gepubliceerd in een (internationaal) vaktijdschrift..

1.4 Opbouw rapportage

In hoofdstuk 1, de **Inleiding** van dit rapport, is de aanleiding voor en de vraagstelling van het project beschreven. Vervolgens zijn de verschillende doelstellingen van het project toegelicht en is de (algemene) werkwijze tijdens het project uitgewerkt.

Hoofdstuk 2, de **Aanbeveling Individuele contactmomenten JGZ 0-19 jaar**, geeft een actueel overzicht van de optimale contactmomenten, waarin de inhoud van de betreffende contactmomenten en de gewenste discipline wordt beschreven. De overzichten van JGZ onderwerpen en hun optimale uitvoeringsmomenten, waarop de optimale verdeling van contactmomenten is gebaseerd, worden toegelicht. Vervolgens wordt de wijze waarop de aanbeveling contactmomenten JGZ 0-19 jaar tot stand is gekomen nader uitgewerkt.

In hoofdstuk 3, **Onderbouwing onderwerpen JGZ**, wordt de onderbouwing per onderwerp verder uitgewerkt. Hieraan voorafgaand wordt toegelicht welke onderwerpen uitgebreid beschreven worden (zowel voor onderwerpen waarvoor opname in het uniform deel van het BTP wordt aanbevolen als voor enkele onderwerpen waarvoor opname wordt afgeraden) en welke onderwerpen opgenomen zijn in een algemeen deel. Ook wordt aandacht besteed aan de reden voor deze opsplitsing. Na het overzicht van de onderbouwing per onderwerp volgt een beschrijving van de onderbouwing van het algemene deel.

Hoofdstuk 4, de **Onderbouwing deskundigheid**, licht toe welke onderwerpen een specifieke deskundigheid vragen en dus door een bepaalde discipline uitgevoerd dienen te worden. Afgeleid daarvan wordt beschreven welke contactmomenten het best door welke discipline uitgevoerd kunnen worden. Ook wordt aandacht besteed aan de vraag waarom het wenselijk is om een uitspraak te doen over de verdeling van de verschillende contactmomenten over de verschillende disciplines.

In hoofdstuk 5, **Preventieve zorg voor kinderen en jeugdigen in het buitenland**, wordt een korte analyse gegeven van gegevens uit andere westerse landen, gebaseerd op een beschrijving per land (bijlage 3)

In de overige **bijlagen** vindt u het overzicht van de optimale reguliere contactmomenten (optimale leeftijden, optimale inhoud en optimale uitvoerende discipline) in schematische vorm (bijlage 1), een uitgebreide weergave van de onderbouwing per onderwerp (bijlage 2), een overzicht van gewenst nader wetenschappelijk onderzoek (bijlage 4) en de “oude” schema’s van contactmomenten.

2 Aanbeveling Individuele contactmomenten JGZ 0-19 jaar

2.1 Optimale contactmomenten

In bijlage 1 is een samenvattend overzicht opgenomen van de optimale contactmomenten JGZ 0-19 jaar. In dit overzicht zijn de optimale leeftijden voor reguliere contactmomenten weergegeven (met per contactmoment de mogelijke bandbreedte voor de uitvoering), de optimale verdeling van onderwerpen en activiteiten over de verschillende contactmomenten en de optimale uitvoerende discipline per contactmoment.

In tabel 1 zijn de leeftijden van deze “nieuwe” optimale contactmomenten weergegeven, vergeleken met de leeftijden van “oude” contactmomenten, zoals beschreven in het ABC-rapport⁸.

Tabel 1. Leeftijden optimale contactmomenten

| Leeftijden optimale contactmomenten | Leeftijden in ABC-rapport |
|-------------------------------------|---|
| 4 ^e dag (huisbezoek) | 4 ^e dag |
| 11 ^e dag (huisbezoek) | 2 ^e week |
| 3 weken (PGO) | 4 ^e week (PGO) |
| 5 weken (PGO) | - |
| 8 weken = 2 maanden (PGO) | 8 ^e week (PGO) |
| 3 maanden (PGO) | 3 maanden (PGO) |
| 4 ½ maand (PGO) | 4 maanden (PGO) |
| 6 maanden (PGO) | 6 maanden (PGO) |
| 7 ½ maand (PGO) | 7 ½ maand (PGO) |
| 9 maanden (PGO) | 9 maanden (PGO) |
| 11 maanden (PGO) | 11 maanden (PGO) |
| 14 maanden (PGO) | 14 maanden (PGO) |
| 18 maanden (PGO) | 18 maanden (PGO) |
| 2 jaar (PGO) | 2 jaar (PGO) |
| 2 ½ jaar (PGO) | - |
| 3 jaar (PGO) | 3 jaar (PGO) |
| 4 jaar (PGO) | 3 jaar en 9 maanden (PGO) |
| - | 5 jaar (screening spraak- en taalstoornissen) |
| 6 jaar (PGO) | 5 jaar of groep 2 (PGO) |
| - | 9 jaar (massavaccinatie) |
| 9 jaar (PGO) | 10 jaar of groep 7 (PGO) |
| 12 jaar (PGO) | 13 jaar of klas 2 (PGO) |
| 16 jaar (PGO) | - |

2.2 Wijzigingen ten opzichte van de huidige richtlijn

Bovenstaande aanbeveling bevat een aantal wijzigingen ten opzichte van de huidige contactmomenten, zoals beschreven in het ABC-rapport⁸.

Voor wat betreft de **leeftijdsverdeling van de contactmomenten** betreft het de volgende wijzigingen:

- nu: 4^e tot 7^e dag → advies: 4^e dag*
Geadviseerd wordt om dit contactmoment uit te voeren op de 4^e dag, tenzij deze dag geen werkdag is. In dat geval dient het contactmoment op de eerstvolgende werkdag te worden uitgevoerd (uiterlijk de 7^e dag).
- nu: 2^e wk → advies: 10^e dag
Vernauwing van de bandbreedte van dit contactmoment heeft als doel het verkorten van de periode tussen het eindigen van de kraamzorg (8 dagen, inclusief geboortedag) en het eerste contact met de jeugdverpleegkundige. Verkorten van deze periode tot 3-5 dagen is gewenst in verband met het stimuleren van borstvoeding en het signaleren van ondervoeding van de jonge zuigeling. Wanneer de 10^e dag geen werkdag is, dient het contactmoment op de eerstvolgende werkdag uitgevoerd te worden. Wanneer er korter of helemaal geen kraamzorg heeft plaatsgevonden, dient dit contactmoment vervroegd te worden in overleg met de verloskundig hulpverlener.
- nu: 4^e wk → advies: 3 wk
Vervroeging van dit contactmoment is gewenst voor de begeleiding en advisering rond borstvoeding.
- advies: invoegen contactmoment 5 wk
Vervroeging van het contactmoment 4^e wk naar 3 wk maakt invoegen van een contactmoment noodzakelijk, om de periode tussen 2 contactmomenten op deze jonge leeftijd niet te groot te maken. Belangrijke onderwerpen in dit contactmoment zijn (stimuleren van borst)voeding en preventie/signaleren van excessief huilen (juist in deze periode vanwege de fysiologische piek in het huilen rond de leeftijd van 6 weken).
Het verdient aanbeveling deze en bovenstaande wijziging uit te testen in een pilotregio en te evalueren op effectiviteit alvorens tot landelijke invoering wordt overgegaan.
- nu: 4 mnd → advies: 4½ mnd
Met (een kleine) verschuiving van dit contactmoment wordt een meer evenwichtige leeftijdsverdeling van de contactmomenten gecreëerd in de leeftijdsperiode 3 tot 9 maanden (3 - 4½ - 6 - 7½ - 9 in plaats van 3 - 4 - 6 - 7½ - 9). Voor de onderwerpen die bij dit contactmoment aan bod komen, heeft dit geen nadelige gevolgen, ook de derde vaccinatie kan zonder bezwaar 2 weken later gegeven worden.
- advies: invoegen contactmoment 2½ jaar
Redenen om in deze leeftijdsperiode (weer)³ een contactmoment in te voegen zijn het signaleren van en adviseren over pedagogische problemen en het volgen van de ontwikkeling.
Het verdient aanbeveling deze wijziging uit te testen in een pilotregio en te evalueren op effectiviteit alvorens tot landelijke invoering wordt overgegaan.
- nu: 3 jr en 9 mnd → advies: 4 jaar

* De 4^e dag (geboortedag dag geldt als dag 0) geldt in de situatie dat de hielprik wordt gecombineerd met de gehoorschreefing. Wordt alleen de hielprik afgenomen, dan mag al na 72 uur na de geboorte bloed worden afgenomen.

- Met (een kleine) verschuiving van dit contactmoment wordt een meer evenwichtige leeftijdsverdeling van de contactmomenten gecreëerd. Voor de onderwerpen die bij dit contactmoment aan bod komen, heeft dit geen nadelige gevolgen. De vraag of deze verschuiving organisatorisch haalbaar is in de verschillende JGZ organisaties, zal nog beantwoord moeten worden.
- nu: 5 jaar / groep 2 → advies: 6 jaar
Met verschuiving van dit contactmoment wordt een meer evenwichtige leeftijdsverdeling van de contactmomenten gecreëerd. Voor de onderwerpen die bij dit contactmoment aan bod komen, heeft dit geen nadelige gevolgen.
 - nu: 10 jaar / groep 7 → advies: 9 jaar
Met verschuiving van dit contactmoment wordt een meer evenwichtige leeftijdsverdeling van de contactmomenten gecreëerd. Voor de onderwerpen die bij dit contactmoment aan bod komen, heeft dit geen nadelige gevolgen. Tijdens dit contactmoment kan ook de herhalingsvaccinatie tegen DTP en BMR gegeven worden.
 - advies: afschaffen massavaccinatie 9 jarigen
 - nu: 13 jaar / klas 2 → advies: 12 jaar
Eén reden om dit contactmoment te verschuiven is de invoering van de JGZ richtlijn ‘Niet scrotale testes’, die lichamelijk onderzoek (naar testisligging) van alle jongens aanbeveelt op de leeftijd van 12 jaar. Een andere reden is de invoering van HPV-vaccinatie (bij meisjes van 12 jaar) en een mogelijke inhaalcampagne HepB-vaccinatie (bij alle kinderen van 12 jaar). Voor de overige onderwerpen die bij dit contactmoment aan bod komen, heeft de verschuiving geen nadelige gevolgen.
 - advies: invoegen contactmoment 16 jaar
Redenen om in deze leeftijdsperiode een contactmoment in te voegen zijn signalering van psychosociale problemen, beïnvloeding van leefstijlfactoren en preventie van schooluitval (toeleiding naar de arbeidsmarkt). De reden dat aanbevolen wordt om dit contactmoment op de leeftijd van 16 jaar te laten plaatsvinden is de wettelijke beslissingsbevoegdheid over zaken betreffende de gezondheid, die geregeld is in de wet op de geneeskundige behandelingsovereenkomst (WGBO). Daardoor kunnen vanaf deze leeftijd leefstijladviezen in ruime zin aangeboden worden evenals bijvoorbeeld inhaalvaccinaties .

Aanbevolen wordt om alle contactmomenten, ook in de leeftijdsperiode 4-19 jaar, op vaste leeftijdsmomenten (6 jaar, 9 jaar, 12 jaar, 16 jaar) aan te bieden. Het voordeel ten opzichte van het aanbieden van contactmomenten aan jaarcohorten (groep 2, groep 7, klas 2) is dat kinderen beter vergelijkbaar zijn qua ontwikkelingsniveau omdat ze ten tijde van het contactmoment ongeveer even oud zijn. Nadeel is dat kinderen uit eenzelfde groep/klas door het schooljaar heen gezien worden door de JGZ. Dit maakt regelmatig contact tussen JGZ en leerkracht noodzakelijk.

Op dit moment voeren veel JGZ-organisaties 4-19 jaar het RVP op 9-jarige leeftijd uit d.m.v. massavaccinatie van volledige jaarcohorten, aangezien er op dit moment geen individueel contactmoment is op deze leeftijd. Doordat het ‘nieuwe’ schema wel een individueel contactmoment op deze leeftijd kent, kan de massavaccinatie op deze leeftijd vervallen. De vaccinatie tegen HPV (meisjes) en hepB (alle kinderen) op de leeftijd van 12 jaar dienen beide driemaal gegeven te worden (in een schema van 0, 1 en 6 mnd). De eerste vaccinatie kan gegeven worden tijdens het individuele contactmoment op de leeftijd van 12 jaar.

Om organisatorische redenen (aansluiting eerste, tweede en derde vaccinatie) kan ervoor gekozen worden om ook deze eerste vaccinatie in massaverband te geven, echter niet vóórdat tijdens het individuele contactmoment op de leeftijd van 12 jaar zorgvuldige uitleg en voorlichting is gegeven over (vaccinatie tegen) HPV en HepB.

Ook de **inhoud van de verschillende contactmomenten** is op een aantal punten gewijzigd ten opzichte van de huidige contactmomenten, zoals beschreven in het ABC rapport⁸. Deels betreft het verschuivingen die voortvloeien uit het per contactmoment specifiek adviseren van een uitvoerende discipline. Hierdoor is het mogelijk om bepaalde onderwerpen op één moment aan bod te laten komen, zoals bijvoorbeeld het VOV-onderzoek in de leeftijdsperiode 1-2 maanden. Dit onderzoek werd in het ABC-rapport aanbevolen op de leeftijd van 4 óf 8 weken, afhankelijk van op welke leeftijd de arts JGZ het kind ziet. In dit rapport wordt echter aanbevolen om dit onderzoek uit te voeren op de leeftijd van 3½ week, zonder spreidingsmogelijkheid.

Op enkele punten is de inhoud wezenlijk gewijzigd:

- Aanbevolen wordt om kinderen te wegen tijdens het huisbezoek op de 10^e dag. Doel hiervan is stimuleren van borstvoeding (door ouders te laten zien dat hun kind voldoende groeit) en vroegtijdige signalering van eventuele ondervoeding.
- Formele screening op spraak- en taalstoornissen tijdens een apart contactmoment op de leeftijd van 5 jaar wordt afgeraden. Geadviseerd wordt om de signalering van spraak- en taalstoornissen te integreren in het individuele contactmoment op de leeftijd van 6 jaar.

2.3 Totstandkoming van de aanbeveling

De aanbeveling Individuele contactmomenten is gebaseerd op de optimale leeftijdsverdeling van een 21-tal inhoudelijke JGZ onderwerpen (in hoofdstuk 3 wordt beschreven waarom gekozen is voor juist deze 21 onderwerpen):

- Aangeboren hartafwijkingen
- Biometrie
- Borstvoeding
- Dysplastische heupontwikkeling
- (Excessief) huilen
- Gebit en gebitsverzorging
- Gehoor
- Hielprikscreening
- Meisjesbesnijdenis
- Motorische ontwikkeling
- Niet scrotale testis
- Ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar
- Psychosociale problemen
- Rijksvaccinatieprogramma
- Spraak- en taalontwikkeling
- Veiligheid
- Visuele stoornissen
- Voeding
- Voorkeurshouding
- Wiegendood
- Zindelijkheid

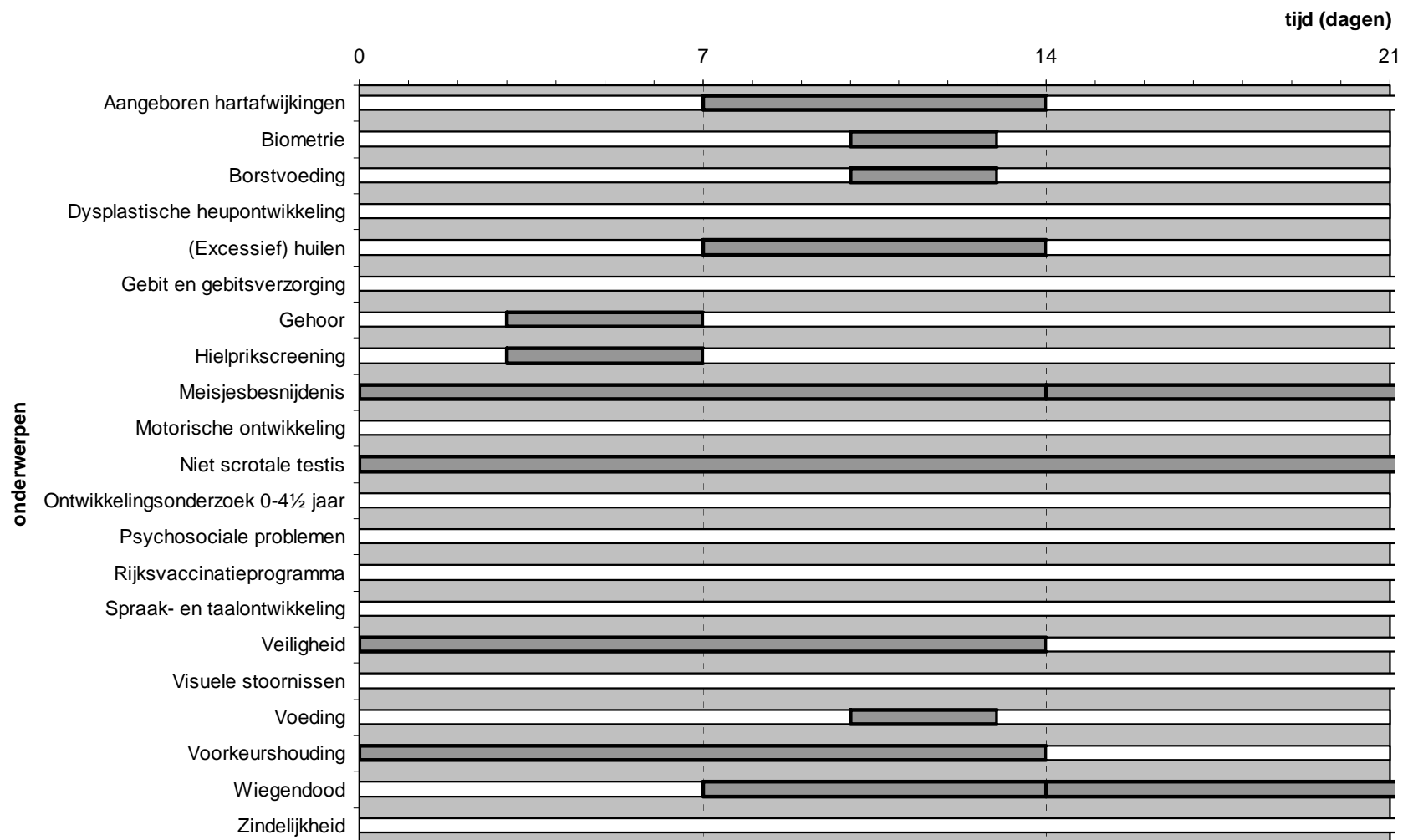
Per onderwerp is aan een of enkele experts gevraagd om schriftelijk een eerste aanzet te geven voor de beschrijving van de wetenschappelijke onderbouwing door middel van het invullen van een standaard vragenformulier. Daarnaast is gebruik gemaakt van gegevens uit de programmeringsstudie¹⁰ en de update¹¹ daarvan, het TNO-rapport 'De Jeugdgezondheidszorg Activiteiten onderbouwd'¹² en een samenvattend artikel¹³. Na de twee expertmeetings in mei 2008 is per onderwerp, waar nodig, uitgebreider gezocht naar beschikbare wetenschappelijke onderbouwing. Hierbij is veelal beschikbare literatuur op internet geraadpleegd (zoals het 'Nationaal Kompas Volksgezondheid' en www.veiligheid.nl). Ook zijn buitenlandse protocollen en richtlijnen opgevraagd, inclusief de bijbehorende wetenschappelijke onderbouwing^{14, 15, 16}.

Van alle onderwerpen is vervolgens, op basis van de beschikbare literatuur en de expertopinions, de wetenschappelijke onderbouwing volgens hetzelfde format beschreven en zijn de optimale uitvoeringsmomenten bepaald (bijlage 2).

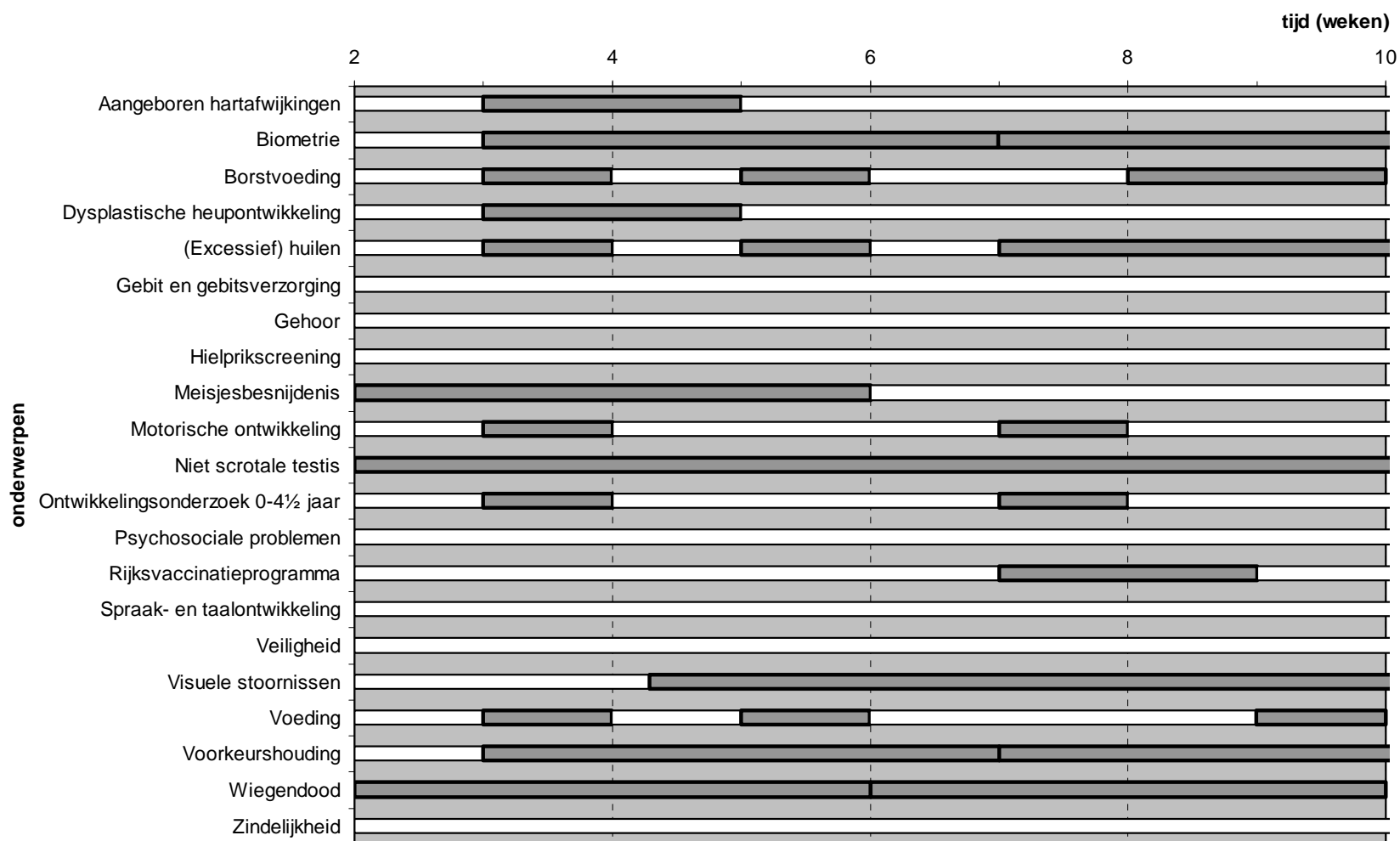
Alle onderwerpen en hun optimale uitvoeringsmomenten zijn vervolgens verwerkt in een vijftal overzichten (van verschillende, telkens iets overlappende, leeftijdsfasen), waarmee een helder beeld kan worden gekregen van de optimale contactmomenten in de hele leeftijdsperiode 0 tot 19 jaar. Deze overzichten zijn te vinden in figuur 1 t/m 5 (blz. 14 t/m 18).

Analyse van deze overzichten leidt tot de hierboven beschreven optimale contactmomenten. Door de contactmomenten te plaatsen op leeftijden waarop onderwerpen met een kleine spreidingsmogelijkheid en een sterke onderbouwing aan bod dienen te komen en de onderwerpen met een grote spreidingsmogelijkheid en een minder sterke onderbouwing daaraan aan te passen, zijn de optimale contactmomenten bepaald.

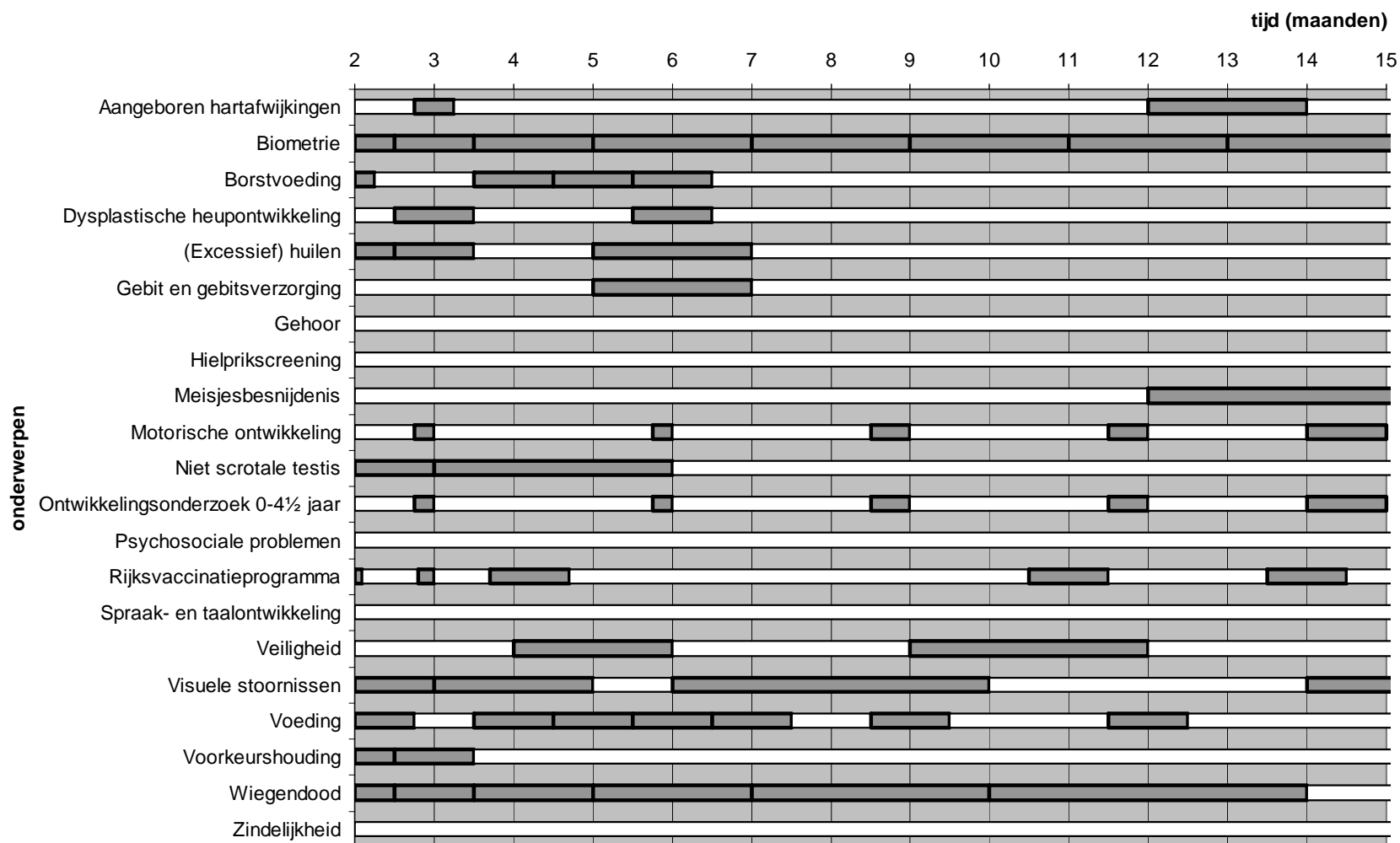
Figuur 1: Overzicht JGZ activiteiten 0-21 dagen



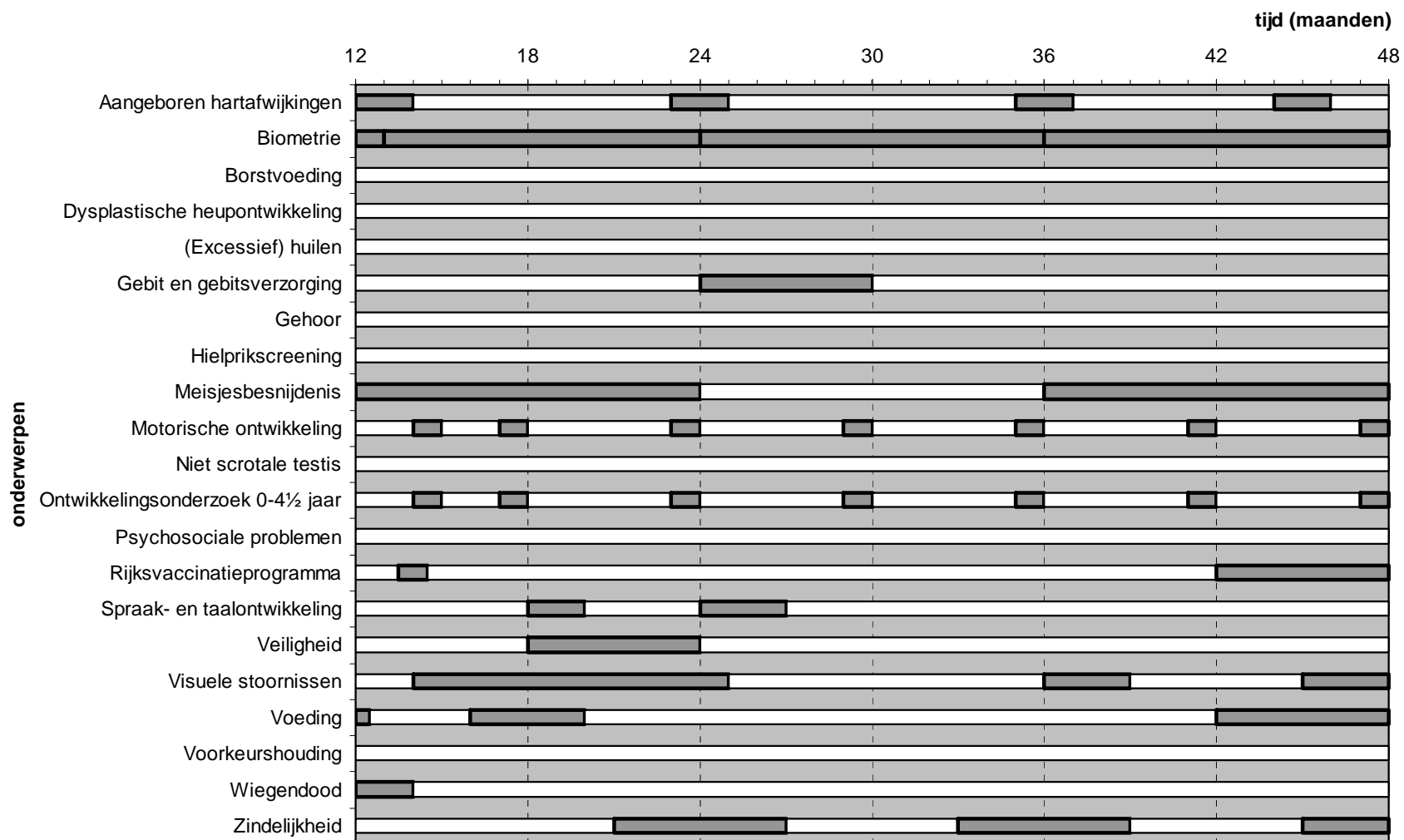
Figuur 2: Overzicht JGZ activiteiten 2-10 weken



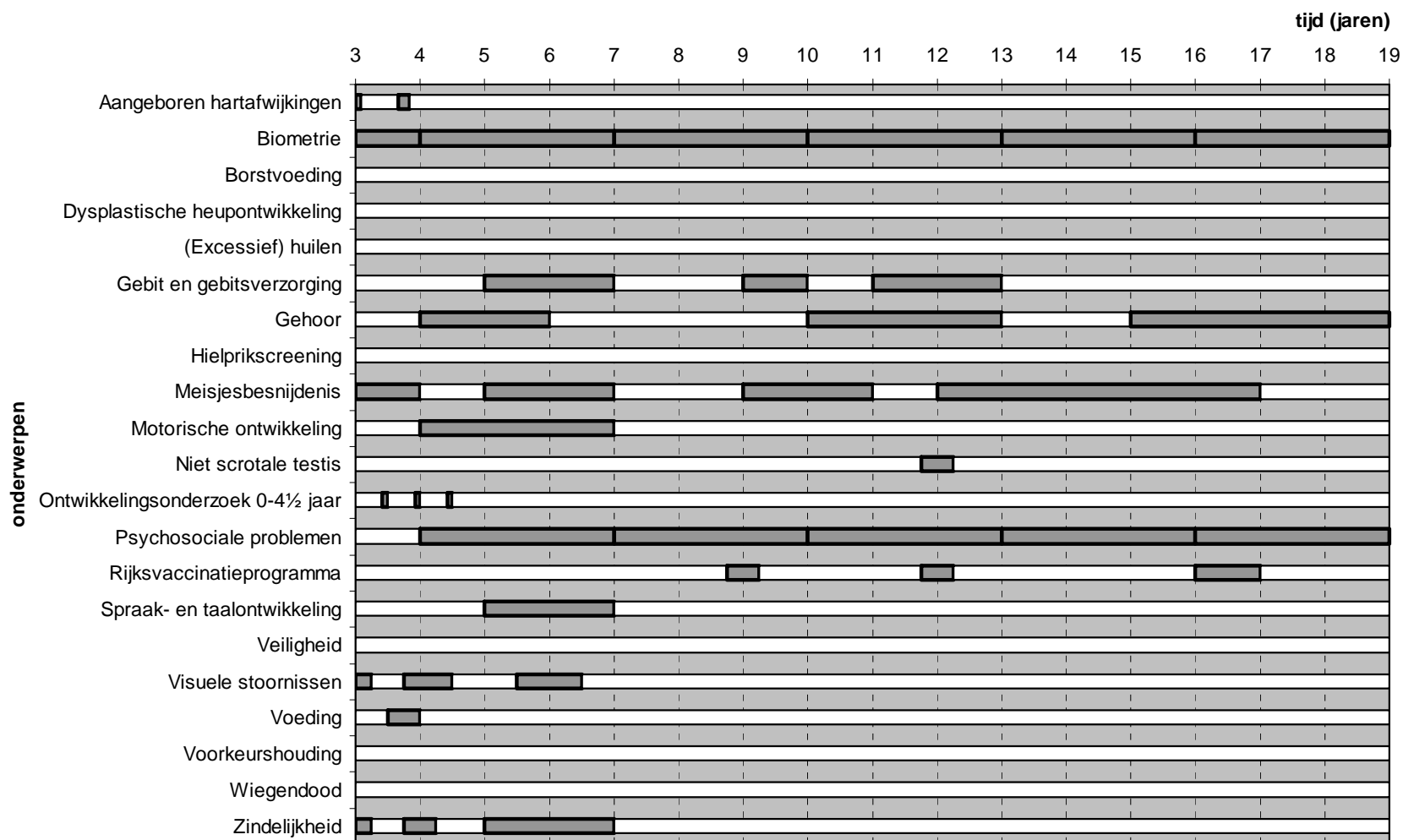
Figuur 3: Overzicht JGZ activiteiten 2-15 maanden



Figuur 4: Overzicht JGZ activiteiten 12-48 maanden



Figuur 5: Overzicht JGZ activiteiten 3-19 jaar



3 Onderbouwing onderwerpen JGZ

3.1 Onderwerpen JGZ

Allereerst is een inventarisatie gemaakt van de onderwerpen die (mogelijk) aandacht behoeven in de reguliere contactmomenten van de JGZ. De indeling van onderwerpen zoals wordt gehanteerd in het BTP, waarbij een nogal abstract onderscheid gemaakt wordt tussen monitoring / signalering, inschatten zorgbehoefte en het geven van voorlichting, instructie en begeleiding, is niet bruikbaar in kader van dit project. Daarom is tevens gebruik gemaakt van het basispakket zoals geformuleerd door de Werkgroep Jeugdgezondheidszorg in 1998^{2, 3, 4}, de Richtlijn Contactmomenten uit 2003⁶, het ABC-rapport uit 2008⁸, de eigen deskundigheid en de input van experts. Dit leidde tot onderstaande lijst van onderwerpen:

- Algemeen
 - Anamnese
 - Lichamelijke verschijning (alleen inspectie, door jeugdverpleegkundige)
 - Lichamelijk onderzoek (inclusief inspectie, door arts JGZ)
 - Bepalen ontvangen zorg
 - Bepalen risicogroepen
 - Dossiervorming
 - Inschatten verhouding draagkracht / draaglast
 - Inschatten voorlichtingsbehoefte
 - Wettelijk verplichte voorlichting
- Groei, voeding en overgewicht
 - Biometrie
 - Borstvoeding
 - Voeding
 - Bewegen
 - Overgewicht
- Ontwikkeling
 - Ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar
 - Spraak- en taalontwikkeling
 - Motoriek
 - ADHD
 - Autisme spectrum stoornissen
- Screeningen
 - Hielprik
 - aangeboren hartafwijkingen
 - Dysplastische heupontwikkeling
 - Niet-scrotale testis
 - Visuele stoornissen
 - Perceptief gehoorverlies
- Rijksvaccinatieprogramma

- Gezondheidsbevordering
 - Suppletie vitamine D en K
 - Wiegendood
 - Veiligheid
 - Voorkeurshouding
 - Meeroken
 - Gebit en gebitsverzorging
 - Zindelijkheid
 - Leefstijl (voeding en bewegen; (mee)roken, alcohol en drugs; seksualiteit, SOA's, anticonceptie, tienerzwangerschappen)
 - Preventie lawaaischade
 - Fertiliteit, preconceptiezorg
 - Meisjesbesnijdenis
- Opvoeding en maatschappij
 - (Excessief) huilen
 - Opvoedingsondersteuning
 - Psychosociale problemen
 - Pesten
 - Schooluitval / toeleiding arbeidsmarkt

Niet van al deze onderwerpen is het mogelijk, afzonderlijk de wetenschappelijke onderbouwing na te gaan. De JGZ bestaat uit een totaalpakket aan activiteiten en diensten, waarbij de verschillende onderdelen niet los van elkaar kunnen worden gezien. Het geheel is meer dan de som van de losse onderdelen.

Een aantal onderwerpen is wel goed te onderscheiden en kan gebruikt worden voor de inventarisatie van de optimale leeftijdsmomenten van de individuele contactmomenten. Deze worden dan ook per onderwerp onderbouwd. De overige onderwerpen worden daarna in een algemeen deel beschreven en waar mogelijk voorzien van onderbouwing.

3.2 Keuze onderwerpen voor inventarisatie optimale leeftijdsmomenten

De keuze voor de onderwerpen die gebruikt zijn in de inventarisatie van optimale leeftijdsmomenten voor de contactmomenten JGZ is gemaakt op basis van de beschikbaarheid van wetenschappelijke onderbouwing. Daarnaast heeft de mogelijkheid tot afbakening van het onderwerp ook meegespeeld in de afweging. Zo is 'signalering kindermishandeling' bijvoorbeeld niet gekozen omdat het een te breed onderwerp betreft, dat in uitvoering overlap heeft met veel andere onderwerpen ((excessief) huilen, psychosociale problemen, veiligheid, ontwikkelingsonderzoek, groei, enzovoorts). 'Anamnese' is niet gekozen omdat het een activiteit betreft die zo vanzelfsprekend is dat het geen onderwerp is van wetenschappelijk onderzoek. Het is simpelweg nodig om deze activiteit bij ieder contactmoment uit te voeren. Zonder anamnese, waarbij zorgen en vragen van ouders en kind worden nagegaan, is een goede zorgverlening niet mogelijk.

Voor alle onderwerpen is een dergelijke afweging gemaakt. Voor de volgende 24 onderwerpen bleek dat redelijk tot goed mogelijk:

- aangeboren hartafwijkingen
- Biometrie
- Borstvoeding
- Chlamydiascreening
- Dysplastische heupontwikkeling
- (Excessief) huilen
- Gebit en gebitsverzorging
- Gehoor
- Hielprikscreening
- Meisjesbesnijdenis
- Motorische ontwikkeling
- Niet scrotale testis
- Ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar
- Overgewicht
- Psychosociale problemen
- Rijksvaccinatieprogramma
- Scoliose
- Spraak- en taalontwikkeling
- Veiligheid
- Visuele stoornissen
- Voeding
- Voorkeurshouding
- Wiegendood
- Zindelijkheid

3.3 Toelichting per onderwerp

De uitgewerkte onderbouwing per onderwerp is te vinden in bijlage 2.

De onderwerpen overgewicht, chlamydiascreening en scoliosescreening zijn wel geanalyseerd, maar (om uiteenlopende redenen) niet meegenomen in de bepaling van de optimale leeftijdsmomenten voor de verschillende contactmomenten.

Het is evident dat aandacht voor overgewicht in de JGZ wenselijk en noodzakelijk is. Er is echter (nog) geen onderbouwing te vinden voor de leeftijden waarop dit het meest effectief is. Daarom is dit onderwerp niet meegenomen in de bepaling van de optimale leeftijdsmomenten. Wel wordt het onderwerp beschreven in de inhoud van de verschillende reguliere contactmomenten, conform het signaleringsprotocol en het overbruggingsplan.

Voor het onderwerp chlamydiascreening is (nog) onvoldoende onderbouwing te vinden. Geadviseerd wordt om deze screening op dit moment (nog) niet landelijk in te voeren en daarom ook niet op te nemen in het uniform deel van het BTP.

Voor het onderwerp scoliosescreening is, mede door het mislukken van wetenschappelijk onderzoek, geen uitsluitsel te geven over de effectiviteit van behandeling. Na overleg met de onderzoekers en de werkgroep "JGZ-standaard: Methodiek Onderzoek Scoliose" adviseren wij deze screening niet op te nemen in het basistakenpakket JGZ. De overige 21 onderwerpen zijn wel meegenomen in de bepaling van de optimale leeftijdsmomenten voor de verschillende contactmomenten.

3.4 Toelichting Algemeen deel

Nederland kent een uniek systeem van preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen, waar deskundigen in de hele wereld jaloers op zijn. De JGZ, met haar lage drempel en hoge bereik, heeft in de afgelopen 100 jaar een vaste plek verworven in de zorgketen rondom de jeugd.

In het begin van de 20^e eeuw was het preventieve gezondheidsbeleid vooral gericht op het terugdringen van infectieziekten door het invoeren van basishygiëne, gezonde voeding en vaccinatie.

De beschavingsziekten van vandaag (zoals obesitas, hart- en vaatziekten en diabetes mellitus type 2) laten zich echter niet terugdringen door eenvoudige medische interventies. Reden hiervoor is dat de oorzaak niet alleen buiten de patiënt ligt, maar ook door het gedrag en de leefstijl van de persoon wordt veroorzaakt. Hetzelfde geldt voor maatschappelijke problemen als middelenmisbruik, tienerzwangerschappen en delinquent gedrag. Het aanpassen van de leefstijl vraagt een persoonlijke betrokkenheid, zowel in de behandeling als in het voorkómen van de problemen.

Gezondheidsbevordering dient door de bevolking te worden gedragen en door diverse professionele disciplines te worden uitgewerkt. De JGZ heeft hierin een specifieke en belangrijke plaats als één van de settings waar dergelijke preventie wordt aangeboden. Naast de verschuiving in aandachtsgebieden in de JGZ, is er in de afgelopen 100 jaar (en met name in de afgelopen decennia) in de hele gezondheidszorg meer aandacht gekomen voor evidence-based werken. Dat wil zeggen: het inzetten van een aanbod waarvan wetenschappelijk is bewezen dat het effectief is. Dit komt terug in dit rapport waarin de optimale individuele contactmomenten JGZ worden beschreven aan de hand van de wetenschappelijke onderbouwing van de verschillende onderwerpen in de JGZ. Voor een aantal activiteiten in de JGZ is het echter niet nodig om ze per onderwerp te onderbouwen. Het gaat dan om activiteiten die noodzakelijk zijn om te kunnen spreken van goede zorgverlening. Deze activiteiten zijn logischerwijs geen onderwerp van wetenschappelijk onderzoek. De onderwerpen waarvoor dit geldt, zijn:

- algemeen medisch
 - anamnese
 - lichamelijke verschijning (alleen inspectie)
 - lichamenlijk onderzoek (inclusief inspectie)
 - dossiervorming
- inschatten zorgbehoefte en afstemming van zorg
 - bepalen ontvangen zorg
 - inschatten verhouding draagkracht/draaglast
 - inschatten voorlichtingsbehoefte
 - zorgplan opstellen
- wettelijk verplichte voorlichting

De activiteiten anamnese, lichamenlijk onderzoek (door een arts), lichamenlijke verschijning (door een verpleegkundige) en dossiervorming (verslaglegging) zijn vanzelfsprekend voor iedere (medische) zorgverlener, ook buiten de JGZ, en vormen een vast onderdeel van ieder contactmoment.

Algemeen lichamenlijk onderzoek dient periodiek uitgevoerd te worden door de arts JGZ conform de geldende professionele standaard voor lichamenlijk onderzoek bij kinderen zoals aangeleerd tijdens de opleiding geneeskunde en de specialisatie jeugdgezondheidszorg. Speciale aandacht moet daarbij besteed worden aan zorgen en vragen van de ouders, aan eerdere afwijkende bevindingen, en aan het signaleren van tekenen die op kindermishandeling kunnen wijzen zoals afwijkend gedrag van kind of ouders tijdens het lichamenlijk onderzoek of huidbeschadigingen.

De frequentie waarmee lichamelijk onderzoek in de JGZ moet worden uitgevoerd is afhankelijk van bevindingen, en kan variëren van maandelijks (vooral bij zuigelingen) tot twee- of driejaarlijks (bij schoolkinderen). Algemeen lichamelijk onderzoek in de JGZ is van belang voor alle kinderen, zowel voor gezonde kinderen (die niet door andere artsen gezien worden) als voor kinderen die (om wat voor reden dan ook) gecontroleerd worden door een specialist.

Periodiek geneeskundig (lichamelijk) onderzoek wordt ook in het buitenland beschouwd als waardevol en nuttig, ook bij oudere kinderen. De American Academy of Pediatrics (AAP) beveelt jaarlijks een algemeen lichamelijk onderzoek aan¹⁶; in de meeste andere landen is de aanbevolen frequentie wat lager.

Recent is ook in Nederland gepleit voor een jaarlijks individueel contactmoment, zowel in de Vaste Kamercommissie Volksgezondheid van de Tweede Kamer (door kamerlid Arib; persoonlijke mededeling Remy Hirasling, VUmc) als door “De Nationale Denktank 2008”⁹¹.

Speciale aandacht is nodig voor het lichamelijk onderzoek bij de pasgeborene en in de periode kort daarna. Bij beide moet, behalve bovenbeschreven algemeen lichamelijk onderzoek, in het bijzonder gelet worden op aandoeningen die vroegbehandeling vereisen¹⁵. Hierin opgenomen moeten worden de screening op congenitale hartafwijkingen, oogafwijkingen (inclusief congenitaal cataract) en aangeboren niet-scrotale testes. Ook de psychomotorische ontwikkeling moet zorgvuldig nagegaan worden, inclusief alarmsymptomen. Gebaseerd op best practice en beschikbare evidence beveelt de NHS (Groot-Brittannië) aan alle kinderen uitgebreid te onderzoeken in de eerste 72 uur na de geboorte en nogmaals op de leeftijd van 6-8 weken¹⁵. Het optimale leeftijdsmoment voor het tweede onderzoek is nog onderwerp van discussie.

De verantwoordelijkheid voor het eerste uitgebreide lichamelijk onderzoek bij de pasgeborene (in de eerste 72 uur na de geboorte) is in Nederland niet goed vastgelegd. Momenteel wordt er een LESA (Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak) ontwikkeld over dit onderwerp door de verloskundigen (KNOV) en de huisartsen (NHG). In de praktijk wordt nu direct na de geboorte een eerste onderzoek gedaan door de zorgverlener die de bevalling heeft begeleid, i.c. de verloskundige, huisarts, gynecoloog, of arts-assistent, waarbij de opvallende (uitwendige) afwijkingen worden vastgesteld. Wanneer er geen bijzonderheden zijn gevonden, wordt er niet veel geregistreerd. Bij ongestoord verlopen zwangerschap en baring, thuis of poliklinisch, wordt de pasgeborene in de eerste levensdagen waarschijnlijk verder niet uitgebreid onderzocht. Indien er problemen zijn geweest in de zwangerschap of bij de geboorte wordt i.h.a. de kinderarts (in opleiding) ingeschakeld voor het uitgebreide lichamelijk onderzoek bij de pasgeborene. Het is echter aan te bevelen bij iedere pasgeborene in de eerste 72 uur een uitgebreid lichamelijk onderzoek te verrichten, naast het eerste (oppervlakkige) onderzoek op (uitwendige) afwijkingen. De bevindingen bij dit uitgebreide lichamelijk onderzoek van de pasgeborene dienen goed gedocumenteerd te worden, ook de niet-afwijkende, en overgedragen te worden aan de Jeugdgezondheidszorg.

In Nederland is het tweede uitgebreide lichamelijk onderzoek in de periode kort na de geboorte de verantwoordelijkheid van de Jeugdgezondheidszorg; minimaal één contactmoment in de eerste 6-8 weken na de geboorte dient daarom uitgevoerd te worden door de arts JGZ. In Nederland is het, door de unieke organisatie en het hoge bereik van de JGZ mogelijk het tweede uitgebreide lichamelijk onderzoek al uit te voeren op de leeftijd van 3 weken (en niet te wachten tot 6-8 weken zoals in Groot-Brittannië).

Het “Prenataal huisbezoek” door de jeugdverpleegkundige is de laatste decennia in onbruik geraakt, en maakt geen deel uit van het BTP-JGZ. Zolang de effectiviteit niet is

onderbouwd is formele herinvoering niet aan de orde. Gezien de gunstige ervaringen in het verleden is een pilotstudie met begeleidend onderzoek gewenst.

De activiteiten “Inschatten verhouding draagkracht/draaglast” en “Inschatten voorlichtingsbehoefte” zijn essentieel om de zorg in de JGZ af te stemmen op de behoefte van het kind en de ouders en zijn dus ook vaste onderdelen van ieder contactmoment. In gezinnen waar het eerste kind probleemloos opgroeit, de draagkracht groot is en aan de voorlichtingsbehoefte al is voldaan, kan “flexibilisering” van de contactmomenten voor een tweede of volgend kind overwogen worden: kortere duur per contactmoment of (incidenteel) overslaan van een contactmoment. Omgekeerd kan “flexibilisering” ook betekenen: frequenter en/of intensiever contact.

De activiteit “Zorgplan opstellen” hoeft niet bij ieder kind en bij ieder contactmoment plaats te vinden. Deze activiteit dient uitgevoerd te worden wanneer er aanleiding toe is. Naar verwachting is dit slechts bij een klein deel van de kinderen op enig moment het geval. Wanneer deze activiteit echter nodig is, gaat deze gepaard met een behoorlijke tijdsinvestering.

De activiteit “Wettelijk verplichte voorlichting” vloeit voort uit de Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst (WGBO) en de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP). Deze activiteit is niet wetenschappelijk onderbouwd, maar dient uiteraard wel uitgevoerd te worden.

Voor een aantal andere activiteiten in de JGZ is wetenschappelijke onderbouwing wel gewenst, maar niet voorhanden. Daarbij gaat het vooral om de hierboven beschreven hedendaagse beschavingsziekten en maatschappelijke problemen. Deze vragen een gezamenlijke aanpak, waarbij vele disciplines en organisaties hun verantwoordelijkheid nemen. De specifieke effectiviteit van inspanningen van de JGZ afzonderlijk (een enkel radertje in een grote machine) is niet aan te tonen. Ook is er sprake van overlap tussen de onderwerpen, waardoor onderbouwing per onderwerp onmogelijk is. De onderwerpen, waarvoor dit geldt, zijn:

- leefstijl
 - voeding en bewegen
 - (mee)roken, alcohol, drugs,
 - seksualiteit, SOA's, anticonceptie, tienerzwangerschappen
- fertiliteit, preconceptiezorg
- opvoeding en maatschappij
 - spelen/speelgoed/vrijtijdsbesteding
 - ontwikkelingsfasen (en begeleiding bij problemen)
 - ouderschap/opvoeding (en ondersteuning bij problemen)
 - (postpartum)depressie bij moeder
 - kindermishandeling
 - delinquent gedrag
 - schooluitval/arbeidsmarkt
- ADHD
- autisme spectrum stoornissen
- pesten

Bovenstaande onderwerpen staan hoog op de maatschappelijke agenda. De JGZ kan en moet een belangrijke rol spelen in de eerder genoemde gezamenlijke aanpak van deze problemen. De frequente en laagdrempelige contacten met kinderen en ouders zijn hier bij uitstek geschikt voor.

Leefstijl (en beïnvloeding daarvan) dient in de JGZ een terugkerend onderwerp te zijn. Er is geen wetenschappelijke onderbouwing gevonden voor de frequentie waarmee dit onderwerp aandacht dient te krijgen. Op basis van expertopinion wordt aanbevolen om (beïnvloeding van) leefstijl in de leeftijdsgroep 1-4 jaar jaarlijks, in de leeftijdsgroep 4-6 jaar tweemaal jaarlijks en in de leeftijdsgroep 6-19 jaar driejaarlijks aan de orde te laten komen. Afhankelijk van de leeftijd en gesignaleerde problemen (in de toekomst mogelijk via een vragenlijst) dient er aandacht te zijn voor ‘Voeding en bewegen, (mee)roken, alcohol, drugs, seksualiteit, SOA’s, anticonceptie en preventie van tienerzwangerschappen’, bij voorkeur in de vorm van probleemgeoriënteerde en vraaggestuurde voorlichting en begeleiding. Telkens dient daarbij afgewogen te worden, wat JGZ-taken zijn en wat onder de verzekerde zorg kan vallen. Ook “Fertiliteit” en “Preconceptiezorg” zijn onderwerpen die in dit kader aan bod kunnen komen (vanaf de leeftijd van 16 jaar).

Het onderwerp meerroken door zuigelingen en peuters is een apart onderwerp en dient al in de zuigelingenleeftijd aan bod te komen. De effectiviteit van het bestaande voorlichtingsprogramma is onderbouwd⁹².

De onderwerpen die hierboven zijn vermeld onder de noemer “opvoeding en maatschappij” zijn niet los van elkaar te zien. Ook ADHD en autisme spectrum stoornissen kunnen hierbij genomen worden, aangezien ze nogal eens leiden tot gedragsproblemen en daarmee tot een problematische opvoeding. Voorkómen van problemen in de opvoeding door voorlichting en ondersteuning gericht op het vergroten van competenties van ouders en vroege signalering van (gedrags)problemen en opvoedingsspanning (gevolgd door passende begeleiding) zijn uitstekend mogelijk in de JGZ, mits er op voldoende momenten specifieke aandacht voor is. Dit zou bij voorkeur al moeten beginnen vóór de geboorte van het kind, zoals in het verleden het geval was met het prenataal huisbezoek van de Jeugdverpleegkundige. De JGZ dient hiervoor een veilige en laagdrempelige setting te creëren waarin ouders zich vrij voelen om problemen (in de opvoeding) te bespreken in de context van de gezondheidszorg. Om dit te bereiken is het essentieel dat tijdens elk regulier contactmoment de mogelijkheid bestaat om over deze onderwerpen een gesprek aan te gaan en is het wenselijk dat ouders ook tussen de reguliere contactmomenten in een beroep kunnen doen op de JGZ. Het gebruik van gestandaardiseerde vragenlijsten voor het opsporen van psychosociale problematiek (zoals de SDQ) voorafgaand aan reguliere contactmomenten, geeft JGZ-professionals de mogelijkheid om op objectieve wijze kinderen (en gezinnen) te selecteren die extra zorg nodig hebben.

Daarnaast is het van belang actief kindfactoren te signaleren die kunnen duiden op specifieke problemen zoals ADHD en autisme spectrum stoornissen^{93, 94}. Ook het signaleren van ouderfactoren die de opvoeding negatief kunnen beïnvloeden, zoals postnatale depressie bij moeder, is van belang, omdat depressie bij moeders van heel jonge kinderen een negatieve invloed heeft op de ontwikkelingskansen van het kind en het risico op latere psychische problemen vergroot. Tijdige interventie kan deze negatieve invloed verminderen⁹⁵.

Primaire preventie van opvoedingsproblemen kan in de JGZ vorm krijgen door het aanbieden van gestructureerde interventies, zoals Triple P (hele populatie) of Stevig Ouderschap (aan gezinnen met verhoogd risico op opvoedproblemen). De effectiviteit van deze programma’s is gedeeltelijk onderbouwd^{96, 97}. Risicoselectie (gebaseerd op het balansmodel van Bakker⁹⁸) vindt bij voorkeur al plaats in de prenatale periode (door de verloskundige), waardoor prenatale zorg door de JGZ, bijvoorbeeld door een huisbezoek, mogelijk wordt. Overdracht tussen de verloskundige en de JGZ is hiervoor essentieel.

Pesten is een groot probleem dat zich afspeelt in groepsverband, bijvoorbeeld op school of (sport)vereniging. De aanpak van pesten dient daar dan ook plaats te vinden. De rol van de JGZ is beperkt en betreft vooral het monitoren van de aanpak van pesten op scholen en het ondersteunen van scholen bij de implementatie en uitvoering van bewezen effectief anti-pestbeleid⁹⁹. In de individuele contactmomenten is er aandacht voor dit onderwerp in het kader van het signaleren van psychosociale of somatische problemen.

In het buitenland, waar veelal dezelfde thema's en problemen spelen als in Nederland, worden vroegopsporing en gezondheidsbevordering gezien als belangrijk onderdeel van de preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen^{14, 15, 16}. Zo bestaat er wereldwijd een redelijke consensus over de noodzaak van vroegtijdig ingrijpen in problematische opvoedsituaties boven interventies op latere leeftijd. Ook beïnvloeding van leefstijl staat internationaal hoog op de agenda.

De American Academy of Pediatrics (AAP) (Verenigde Staten) heeft in 2008 de derde editie van 'Bright Futures: Guidelines for Health Supervision of Infants, Children and Adolescents' gepubliceerd¹⁶. In deze richtlijn voor preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen wordt zeer gedetailleerd beschreven welke preventieve activiteiten de AAP aanbeveelt, op basis van de bestaande evidence. De activiteiten worden veelal uitgevoerd door kinderartsen en schoolverpleegkundigen. De bekostiging van preventieve gezondheidszorg loopt in de Verenigde Staten via de ziektekostenverzekering, waarbij alle activiteiten die de AAP aanbeveelt in principe gedekt zijn. Gezondheidsbevorderende activiteiten en aandacht voor psychosociale factoren van gezondheid maken een belangrijk deel uit van het programma. Het allergrootste belang wordt in deze richtlijn echter gehecht aan het ingaan op vragen, wensen en behoeftes van de ouders. Alleen op deze manier, zo wordt geredeneerd, kunnen de activiteiten die de professional belangrijk vindt, succesvol zijn.

De National Health and Medical Research Council (NHMRC) (Australië) kwam in 2002 tot de conclusie dat er een grote behoefte is aan verder onderzoek op het gebied van vroegopsporing en gezondheidsbevordering¹⁴. Deze commissie adviseert activiteiten op dit gebied te plannen op populatieniveau (hetgeen in Australië momenteel nog niet het geval is), met aandacht voor lokale verschillen. De activiteiten dienen aangeboden te worden via kanalen waarmee ouders en kinderen al bekend zijn, door alle professionals die in contact komen met kinderen en hun families. Een actief onderzoeksprogramma naar (kosten)effectiviteit van verschillende strategieën voor vroegopsporing en gezondheidsbevordering wordt daarbij zeer aanbevolen door deze commissie.

4 Onderbouwing Deskundigheid

De uitvoering van de jeugdgezondheidszorg is een gezamenlijke verantwoordelijkheid van het JGZ-team. Van oudsher bestaat dit team uit een arts JGZ, een jeugdverpleegkundige en een cb- of doktersassistente*. Door nieuwe ontwikkelingen zijn tegenwoordig meerdere beroepsgroepen betrokken bij de JGZ, zoals nurse practitioners, pedagogen, diëtisten, gezinscoaches en VETC-ers. Over het algemeen zijn deze ‘nieuwe’ beroepen in de JGZ met name betrokken bij de zorg die geleverd wordt buiten de reguliere contactmomenten. Een uitzondering hierop is de nurse practitioner. Deze beroepsgroep is, in het kader van taakherschikking, in een aantal JGZ-organisaties verantwoordelijk voor de uitvoering van een deel van de reguliere contactmomenten, meestal bij een selectie van de kinderen (de ‘niet-risico’ populatie). De inzet van nurse practitioners is landelijk gezien (nog) geen gemeengoed en de toegevoegde waarde van de nurse practitioner in het JGZ-team is niet vastgesteld in evaluatieonderzoek. Om deze redenen wordt voor de onderbouwing van de meest geschikte discipline voor de uitvoering van de reguliere contactmomenten uitgegaan van een JGZ-team, bestaande uit een arts JGZ, een jeugdverpleegkundige en een cb- of doktersassistente. Het antwoord op de vraag welk contactmoment door welke discipline uitgevoerd dient te worden, is afhankelijk van de competenties die nodig zijn om de verschillende onderdelen van een contactmoment uit te voeren. Een beschrijving van de benodigde competenties per JGZ-onderwerp is echter niet voorhanden; het opstellen is zeker wenselijk, maar valt buiten de mogelijkheden in dit project. Een alternatieve wijze om de meest geschikte discipline voor de uitvoering van de verschillende reguliere contactmomenten te onderbouwen, is aan de hand van de kerntaken van iedere discipline binnen het JGZ-team. De verdeling van deze kerntaken is helder beschreven door de AJN in het (concept)standpunt Taakherschikking in de jeugdgezondheidszorg¹⁰⁰, waarbij de volgende kerntaken worden onderscheiden:

- kerntaken van de jeugdarts
 - vroegsignalering van ontwikkelingsstoornissen, medische en kinderpsychiatrische problematiek, complexe sociaal-medische problematiek en het geven van voorlichting en advies over deze onderwerpen
 - het behandelen van diverse kwalen en voedingsproblemen
 - verwijzing bij ontwikkelingsstoornissen, medische en kinderpsychiatrische problematiek en complexe sociaal-medische problematiek
 - vaccinatie
 - epidemiologie en monitoring
- kerntaken van de jeugdverpleegkundige
 - het geven van voorlichting en advies
 - vroegsignalering van gezins- en opvoedingsproblemen
 - ondersteuning bij opvoeding

*De assistentes die werkzaam zijn bij JGZ-organisaties 4-19 jaar, zijn over het algemeen MBO-opgeleide doktersassistenten. De assistentes die werkzaam zijn bij JGZ-organisaties 0-4 jaar, hebben veelal geen specifieke opleiding.

- kerntaken van de cb- of doktersassistente
 - screenings-onderzoek (alleen uit te voeren door gekwalificeerde doktersassistenten)
 - biometrie
 - administratieve en ondersteunende taken

Deze verdeling is ontstaan in de loop van de afgelopen (meer dan) 100 jaar, waarin de JGZ zich heeft ontwikkeld tot het vakgebied dat het nu is. Mede door deze verdeling van kerntaken is het Nederlandse systeem van jeugdgezondheidszorg een goedkoop, efficiënt en zeer succesvol systeem van public health.

De optimale uitvoerende discipline van de verschillende reguliere contactmomenten wordt bepaald door de onderwerpen die in het betreffende contactmoment aan bod dienen te komen. Idealiter wordt elk onderwerp tijdens elk contactmoment door de meest geschikte discipline uitgevoerd. Dit zou er echter toe leiden dat bij veel contactmomenten alle drie de disciplines een rol hebben in de uitvoering. Dit leidt tot versnippering van de zorg en is bovendien organisatorisch en financieel niet haalbaar. Om deze redenen wordt geadviseerd om per contactmoment maximaal twee disciplines in te zetten. In de praktijk betekent dit dat elk regulier contactmoment wordt uitgevoerd door een arts JGZ óf een jeugdverpleegkundige, daarbij ondersteund door een cb- of doktersassistente.

Nieuwe ontwikkelingen in de (jeugd)gezondheidszorg, zoals de komst van nurse practitioners en de vervanging van periodieke gezondheidsonderzoeken door screening door doktersassistenten ('triage'), maken het mogelijk en noodzakelijk om kritisch te kijken naar kansen de JGZ nog efficiënter en succesvoller te maken dan nu al het geval is. Op dit moment lopen er verschillende pilots met betrekking tot taakherschikking van arts JGZ naar nurse practitioner en/of jeugdverpleegkundige en van arts JGZ en/of jeugdverpleegkundige naar doktersassistente. Voordat landelijke implementatie mogelijk is, dient de meerwaarde van de verschillende vormen van taakherschikking vastgesteld te worden middels (evaluatie)onderzoek. Op korte termijn zijn nog geen resultaten van enig onderzoek van dien aard te verwachten.

Voor alle onderwerpen die aan bod komen tijdens de verschillende contactmomenten is de meest geschikte discipline bepaald, aan de hand van de kerntaken zoals hierboven genoemd. Een overzicht wordt gegeven in tabel 2. Voor de meeste algemene onderwerpen (anamnese, inschatten verhouding draagkracht/draaglast, inschatten voorlichtingsbehoefte, bepalen risicogroepen, bepalen ontvangen zorg, dossiervorming en wettelijk verplichte voorlichting) geldt dat ze niet bijdragen aan de afweging door welke discipline een contactmoment dient te worden uitgevoerd. Het betreft onderwerpen die op bepaalde of zelfs op alle momenten uitgevoerd dienen te worden, ongeacht de uitvoerende discipline. Deze onderwerpen worden dan ook niet beschreven in tabel 2.

Ter illustratie worden hierna de overwegingen die hebben meegespeeld bij het bepalen van de meest geschikte discipline voor enkele onderwerpen uitgewerkt.

Voor het onderwerp dysplastische heupontwikkeling is de arts JGZ de enig mogelijke discipline. Het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek is namelijk vereist. De arts JGZ is de enige binnen het JGZ-team die beschikt over de deskundigheid die hiervoor nodig is. Dit betekent dat contactmomenten waarop dit onderwerp aan bod komt, alleen door de arts JGZ uitgevoerd kunnen worden.

In een aantal gevallen zijn meerdere disciplines genoemd. Een voorbeeld hiervan is het onderwerp borstvoeding, waarbij de jeugdverpleegkundige de meest geschikte discipline is voor het geven van adviezen ter stimulering van (verlenging van de) borstvoeding(sduur), terwijl de arts JGZ verantwoordelijk is voor beoordeling, adviezen en verwijzing bij onvoldoende of overmatige gewichtstoename. In de praktijk betekent dit dat een consult waarin borstvoeding aan de orde komt, uitgevoerd kan worden door de jeugdverpleegkundige, mits de mogelijkheid bestaat de arts JGZ in te schakelen bij onvoldoende of overmatige gewichtstoename of andere somatische voedingsgerelateerde stoornissen.

Een ander voorbeeld is het onderwerp ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar. Binnen het JGZ-team is de arts JGZ degene met specifieke expertise over dit onderwerp. Het is echter niet mogelijk om alle contactmomenten waarop ontwikkelingsonderzoek verricht wordt, uit te laten voeren door de arts JGZ. Dit zou namelijk betekenen dat vrijwel alle contactmomenten in de leeftijd 0-4 jaar door de arts JGZ uitgevoerd moeten worden.

Jeugdverpleegkundigen zijn goed in staat om delen van het ontwikkelingsonderzoek uit te voeren, mits gewerkt wordt volgens protocollen en de mogelijkheid bestaat om de arts JGZ in te schakelen bij (twijfel over) afwijkende uitslagen. Dit leidt tot de volgende aanbeveling met betrekking tot de uitvoering van het onderwerp ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar. Het onderzoek dient bij voorkeur uitgevoerd te worden door de arts JGZ, eventueel door de jeugdverpleegkundige; de interpretatie dient, zeker bij twijfel, te worden gedaan door de arts JGZ (eventueel achteraf).

Na het bepalen van de meest geschikte discipline per onderwerp, is het mogelijk om de meest geschikte discipline per contactmoment te bepalen. Dit door per contactmoment te inventariseren welke onderwerpen aan bod komen en vervolgens de meest geschikte disciplines bij de verschillende onderwerpen te analyseren. Bij vrijwel alle contactmomenten komen onderwerpen aan bod waarvoor de arts JGZ de meest geschikte discipline is én onderwerpen waarvoor dat juist de jeugdverpleegkundige is. Gekozen is om hierbij de onderwerpen waarvoor de deskundigheid van de arts JGZ vereist is (veelal omdat er een lichamelijk onderzoek uitgevoerd dient te worden), te laten prevaleren. Voorbeelden hiervan zijn de opsporing van visuele stoornissen in de leeftijd 0-2 jaar, de opsporing van dysplastische heupontwikkeling en de opsporing van niet-scrotale testis. De contactmomenten waarin deze en soortgelijke onderwerpen aan bod komen, dienen door de arts JGZ uitgevoerd te worden. Op andere momenten is het mogelijk om onderwerpen waarvoor de jeugdverpleegkundige de meest geschikte discipline is, te laten prevaleren. De uiteindelijke aanbeveling met betrekking tot de meest geschikte discipline per contactmoment is weergegeven in tabel 3.

Tabel 2. Optimale discipline per JGZ onderwerp

| Onderwerp | | Discipline |
|---------------------|---------------------------------------|--|
| Algemeen | Lichamelijk onderzoek | arts JGZ |
| | Lichamelijke verschijning (inspectie) | JV |
| Groei | Biometrie | cb- of doktersassistente |
| | Borstvoeding | normale advisering en begeleiding: JV beoordeling, advisering en verwijzing bij onvoldoende gewichtstoename of andere somatische voedingsgerelateerde aandoeningen: arts JGZ |
| | Voeding | normale advisering: JV signalering, diagnose en behandeling koemelkeiwitallergie: arts JGZ |
| | Bewegen | JV |
| | Overgewicht | primaire preventie: JV signalering: minimaal JV uitsluiten medische oorzaak en verwijzing 1 ^e /2 ^e lijn: arts JGZ begeleiding in de JGZ: JV |
| Ontwikkeling | Ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar | arts JGZ (uitvoering eventueel door JV) |
| | Motoriek kleuters | arts JGZ (uitvoering eventueel door JV of doktersassistente) |
| | Spraak- en taalontwikkeling | arts JGZ |
| Screening | Hielprik | screeener (MBO) |
| | Gehoor | uitvoering: screeener (MBO) interpretatie: arts JGZ voorlichting: JV |
| | Aangeboren hartafwijkingen | arts JGZ |
| | Dysplastische heupontwikkeling | arts JGZ |
| | Niet-scrotale testis | arts JGZ |
| | Visuele stoornissen | uitvoering: 0-2 jaar: arts JGZ 3-4 jaar: JV 5-6 jaar: doktersassistente verwijzing (alle leeftijden): arts JGZ |
| RVP | | indicatiestelling: arts JGZ (gedelegeerde) uitvoering: minimaal doktersassistente |

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| Gezondheids bevordering | (excessief) huilen | signalering: JV uitsluiten pathologie: arts JGZ interventie: JV |
| | Wiegendood | JV |
| | Veiligheid | JV |
| | Plagiocephalie | primaire preventie: JV signalering: arts JGZ, eventueel JV verwijzing: arts JGZ |
| | Gebit en gebitsverzorging | lichamelijk onderzoek: arts JGZ voorlichting: JV |
| | Zindelijkheid | voorlichting en begeleiding: JV uitsluiten medische oorzaak: arts JGZ |
| | Leefstijl | JV |
| | Fertiliteit en preconceptiezorg | JV |
| Opvoeding en maatschappij | Opvoedingsondersteuning | JV |
| | Psychosociale problemen | afname vragenlijst: doktersassistente interpretatie, advisering en verwijzing: JV of arts JGZ, afhankelijk van het gesignaleerde probleem. |
| | Schooluitval / toeleiding arbeidsmarkt | arts JGZ |

Tabel 3. Optimale discipline per contactmoment

| Leeftijd | Contactmoment | Discipline |
|---------------------|---------------|---|
| 4 ^e dag | huisbezoek | Screener (MBO) |
| 11 ^e dag | Huisbezoek | Jeugdverpleegkundige |
| 3 wk | PGO | arts JGZ en (dokters)assistente |
| 5 wk | PGO | jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente |
| 2 mnd = 8 wk | PGO | jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente |
| 3 mnd = 13 wk | PGO | arts JGZ en (dokters)assistente |
| 4 ½ mnd =19 wk | PGO | jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente |
| 6 mnd | PGO | arts JGZ en (dokters)assistente |
| 7 ½ mnd | PGO | jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente |
| 9 mnd | PGO | arts JGZ en (dokters)assistente |
| 11 mnd | PGO | jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente |
| 14 mnd | PGO | arts JGZ en (dokters)assistente |
| 18 mnd | PGO | jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente |
| 2 jaar = 24 mnd | PGO | arts JGZ en (dokters)assistente |
| 2 ½ jaar | PGO | jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente |
| 3 jaar | PGO | arts JGZ en (dokters)assistente |
| 4 jaar | PGO | jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente |
| 6 jaar | PGO | arts JGZ en doktersassistente |
| 9 jaar | PGO | jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente |
| 12 jaar | PGO | arts JGZ en doktersassistente |
| 16 jaar | PGO | jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente |

5 Preventieve zorg voor kinderen en jeugdigen in het buitenland

Slechts enkele landen hebben een goed omschreven programma van preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen. De informatie is veelal summier, zowel wat betreft de organisatie, uitvoering en financiering als wat betreft de inhoud en de concrete contactmomenten (zie bijlage 3 voor informatie per land).

Uit bestudering van de beschikbare informatie komen de volgende globale bevindingen naar voren:

- In de meeste landen is de preventieve gezondheidszorg voor zuigelingen en kleuters apart georganiseerd van die voor schoolkinderen; uitvoerders zijn dan meestal kinderartsen (in die landen kent men “pediatrics” en subspecialisatie “primary pediatrics” waaronder ook de huisartsen-zorg voor kinderen wordt begrepen). Schoolkinderen krijgen preventieve zorg van de schoolarts + schoolverpleegkundige of vergelijkbare teams. In de VS wordt de preventieve (en curatieve eerst-en tweedelijns) zorg voor kinderen van 0-18 gegeven door de kinderarts; deze zorg bereikt echter naar schatting slechts 70 % van alle kinderen, namelijk de kinderen die een ziektekostenverzekering hebben.
- De inhoud van de preventieve zorg vertoont grote overeenkomsten: naast vaccinatie en screening (waarvan de programma’s enige onderlinge verschillen tonen) wordt in alle programma’s genoemd dat ouders bij elke gelegenheid hun zorgen moeten kunnen bespreken en daar advies over krijgen, en dat “anticiperende voorlichting en begeleiding” gegeven moet worden over een groot aantal onderwerpen. Ook het inschatten van de zorgbehoefte wordt algemeen als belangrijk beschouwd.
- Het aantal standaard contactmomenten varieert van weinig (bijvoorbeeld in het Verenigd Koninkrijk 6 in de zuigelingenperiode, plus enkele vaccinatiemomenten waar ouders wel advies kunnen vragen, en waar tussendoor de huisarts gemiddeld 6 keer geraadpleegd wordt) tot 30 in de VS tussen 0 en 20 jaar. In de meeste landen is de frequentie van standaard contactmomenten hoog in het eerste jaar, neemt daarna geleidelijk af tot eens per 2 of 3 jaar in de schoolleeftijd.

Opvallend is het grote belang dat gehecht wordt aan het uitgebreide lichamelijk onderzoek van de pasgeborenen, waarvoor enkele landen een richtlijn hebben. Dit lichamelijk onderzoek wordt door de kinderarts uitgevoerd tijdens het verblijf van moeder en kind in het ziekenhuis (tussen 0 en 72 uur).

6 Literatuurlijst

1. Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag: ministerie van VWS, 2003.
2. Project Basistaken Collectieve Preventie. Hoofdlijnen Adviezen Basistaken Collectieve Preventie. Den Haag: ministerie van VWS, 14 juli 1998.
3. Werkgroep Jeugdgezondheidszorg. Basistaken Collectieve Preventie: Jeugdgezondheidszorg deel 1. Den Haag: ministerie van VWS, 14 juli 1998.
4. Werkgroep Jeugdgezondheidszorg. Basistaken Collectieve Preventie: Jeugdgezondheidszorg deel 2. Den Haag: ministerie van VWS, 14 juli 1998.
5. Werkgroep Differentiatie. Differentiatie van het Basistakenpakket JGZ in een uniform deel en een maatwerkdeel. Amsterdam: BOA / Burgmeijer Onderzoek & Advies, 20 juli 2000.
6. Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. 25 juni 2003.
7. Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de gezondheidszorg 2005; deelrapport: het functioneren van de jeugdgezondheidszorg in 2004, eindelijk op weg naar een integrale JGZ! Den Haag: IGZ, november 2005.
8. Dunnink G, Lijs-Spek WJG. Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, februari 2008.
9. Platform Jeugdgezondheidszorg. Advies Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar advies 2. 7 oktober 2005.
10. Raat H, Juttman RE, van Leerdam FJM, Hirasings RA. Programmeringsstudie effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg, deel 2: verslag van het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van JGZ-activiteiten uit het basispakket JGZ. Rotterdam/Leiden: iMGZ /TNO, maart 2001.
11. Van Leerdam FJM, Raat H, Hirasings RA. 2^o Programmeringsstudie effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg: verslag van het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van JGZ-activiteiten uit het basispakket JGZ. Amsterdam/Rotterdam/Leiden: VUmc /ErasmusMC/TNO, november 2005.
12. Schuller AA, Burgmeijer RJF, Dijkstra NS, Juttman R, van Leerdam FJM, Raat H, Verloove-Vanhorick SP, Hirasings RA. De Jeugdgezondheidszorg Activiteiten onderbouwd. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, november 2004.
13. Verloove-Vanhorick SP, Reijneveld SA. Jeugdgezondheidszorg: meer preventie voor weinig geld. TSG 2007;7:371-373.

14. Oberklaid F, Wake M, Harris C, Hesketh K, Wright M. Child health screening and surveillance: a critical review of the evidence. Melbourne: Centre for Community Child Health, Royal Children's Hospital Melbourne, march 2002.
15. National Health Service. Newborn and Infant Physical Examination, standards and competencies. UK National Screening Committee, march 2008.
16. Hagan JF, Shaw JS, Duncan PM, eds. 2008. Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents, third edition. Elk Grove Village, IL: American Academy of Pediatrics, 2008.
17. Juttman RE, Hess J, Looman CW, van Oortmarssen GJ, van der Maas PJ. Screening for congenital heart malformation in child health centres. *Int J Epidemiol* 1998; 27(6):989-94.
18. Juttman JE. Screening for congenital heart malformations in Child Health Centres [thesis]. Rotterdam: Erasmus Universiteit Rotterdam, 1999.
19. De Wilde JA (namens de werkgroep JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar). JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar. *AJN*, 2005.
20. Van Buuren S, van Dommelen P, Zandwijken GR, Grote FK, Wit JM, Verkerk PH. Towards evidence based referral criteria for growth monitoring. *Arch Dis Child* 2004; 89(4): 336-41.
21. Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, van Leerdam FJM, Hirasing RA. Signaleringsprotocol overgewicht in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: VUmc, 2004.
22. Wit, JM, de Muinck Keizer-Schrama SM, Delemarre-van de Waal HA (red.). *Groeistoornissen*. Maarssen: Elsevier, 1999.
23. Grote FK, van Dommelen P, Oostdijk W, de Muinck Keizer-Schrama SMPF, Verkerk PH, Wit JM, van Buuren S. Developing an evidence-based guideline for the referral of short stature. *Arch Dis Child* 2008; 93: 212-217.
24. Heerdink N, van Dommelen P, Kamphuis M, van Buuren S, Coenen-van Vroonhoven EJC, Verkerk PH. JGZ richtlijn: signalering van en verwijscriteria bij kleine lichaamslengte. Concept 10 september 2008. Definitieve vaststelling verwacht begin 2009.
25. RIVM. Jaarverslag 2007. Bilthoven: RIVM, 2007.
26. Lanting CI, Wouwe JP. Peiling melkvoeding van zuigelingen 2007: borstvoeding in Nederland en relatie met certificering door Stichting Zorg voor Borstvoeding. Leiden: TNO, 2007.

27. Rossum CTM van, Buchner FL, Hoekstra J. Quantification of health effects of breastfeeding – Review of the literature and model simulation (Kwantificering van de gezondheidseffecten van borstvoeding – Literatuuroverzicht en modelsimulatie). Bilthoven: RIVM, 2005.
28. Vallenas C, Savage F. Evidence for the ten steps to succesful breastfeeding. Geneva: WHO, division of child health and development, 1998.
29. Renfrew M, Hall D. Enabling women to breast feed is a challenge for the health professions. *BMJ* 2008; 337:1066-1067.
30. National Institute for Health and Clinical Excellence. Improving the nutrition of pregnant and breastfeeding mothers and children in low income households. NICE publication health guidance 11; March 2008.
31. UNICEF. UK Baby Friendly Initiative. The seven point plan for sustaining breastfeeding in the community; revised September 2008. www.babyfriendly.org.uk newsitem 13 November 2008.
32. Boere-Boonekamp MM, Kerkhoff AHM, Schuil PB, Zielhuis GB. Early detection of Developmental Dysplasia of the Hip in the Netherlands: the validity of a standardized assessment protocol in infants. *Am J Public Health* 1998; 88(2):285-288.
33. Roovers EA, Boere-Boonekamp MM, Castelein RM, Zielhuis GA, Kerkhoff AHM. Effectiveness of ultrasound screening for developmental dysplasia of the hip. *Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed* 2005; 90 (1):F25-30.
34. De Jonge GA, L'Hoir MPL, Ruys JH, Semmekrot BA. Wiegendood, ervaringen en inzichten. Noorden: Stichting Wiegendood, 2002.
35. Karp H. The happiest baby on the Block. London: the Penguin Group, 2002.
36. Weston J. The pathology of child abuse. In: Helfer R, Kempe (eds). *The battered child*. Chicago; University of Chicago Press, 1968.
37. Sleuwen BE. Infants that cry excessively: the effect of regularity and swaddling [thesis]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 28 mei 2008.
38. AJN, V&VN, NVDA. Richtlijn Aanpak van excessief huilen bij zuigelingen (concept). RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, nov 2007.
39. Tjalsma-Smit A. Handleiding Aandachtspunten preventieve mondzorg 0-19 jaar voor de Jeugdgezondheidszorg. Woerden: NIGZ, 2005.
40. Schuller AA, Poorterman JHG. Trends in mondgezondheid: cariesprevalentie en de frequentie van controle bezoek aan de tandarts. *Ned Tijdschr Tandheelkd* 2006 aug;113(8): 303-307.

41. Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden (TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Eindmeting 2005. Amsterdam/Leiden: ACTA/TNO, 2006.
42. Poorterman JHG, Schuller AA. Tandheelkundige verzorging Jeugdige Ziekenfondsverzekerden (TJZ). Een onderzoek naar veranderingen in mondgezondheid en preventief tandheelkundig gedrag. Tussenmeting 2003. Amsterdam/Leiden: ACTA/TNO, 2005.
43. Kauffman-de Boer M, Uilenburg N, Schuitema T, Vinks E, van den Brink G, van der Ploeg K, Hille E, Verkerk P. Landelijke implementatie neonatale gehoorscreening. Amsterdam: NSDSK, 2006.
44. Job A, Raynal M, Rondet P. Hearing loss and use of personal stereos in young adults with antecedents of otitis media. *Lancet* 1999 jan 2; 353(9146): 35.
45. Leerdam FJM van (namens werkgroep JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar). JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.
46. Derksen-Lubsen G, Verkerk PH. Neuropsychological development in early treated congenital hypothyroidism: analysis of literature data. *Pediatr Res* 1996 mar; 39(3): 561-6.
47. Van der Kamp HJ, Otten BJ, Verkerk PH, Elvers LH, Loeber JG, van Baarle W. Jaarverslag pilot-screening op het adrenogenitaal syndroom (AGS) 1998. Leiden: TNO-PG, 1999.
48. Gezondheidsraad. Neonatale screening. Den Haag: Gezondheidsraad, 2005.
49. RIVM. Draaiboek Neonatale screening, 6^e uitgave. Bilthoven: RIVM, 2006.
50. Eerdenburg IA (namens de werkgroep 'gespreksprotocol meisjesbesnijdenis'). Gespreksprotocol meisjesbesnijdenis. Lisse: AJN, juni 2005.
51. Bijlsma-Schlösser JFM. Voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerking: stappenplan. Lisse: AJN, 2004.
52. Schlesinger-Was EA. Ontwikkelingsonderzoek van zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau [proefschrift]. Leiden: Rijksuniversiteit Leiden, 1981.

53. Laurent de Angulo MS, Brouwers-de Jong EA, Bijlsma-Schlösser JFM, Bulk-Bunschoten AMW, Pauwels JH, Steinbuch-Linstra I. Ontwikkelingsonderzoek in de jeugdgezondheidszorg – Het Van Wiechenonderzoek – De Baecke Fassaert Motoriektest. Assen: Van Gorcum, 2008 (4^e druk).
54. Pierik FH, van Leerdam FJM, Kamphuis M. JGZ-richtlijn Niet-scrotale testis, concept 10 september 2008.
55. Van den Hurk K, van Dommelen P, van Buuren S, Verkerk PH, Hirasing RA. Prevalence of overweight and obesity in the Netherlands in 2003 compared to 1980 and 1997. Arch Dis Child 2007 nov; 92(11): 992-5.
56. Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, van Leerdam F, Hirasing RA. Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Methode voor individuele primaire en secundaire preventie in de jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: EMGO, 2005.
57. Bossink-Tuna HN, L'Hoir MP, Beltman M, Boere-Boonekamp MM. Parental perception of weight and weight-related behaviour in 2- to 4-year-old children in the eastern part of the Netherlands. Eur J Ped 2008 jul 29 [Epub ahead of print].
58. Vogels AGC. Introduction. in Vogels AGC. The Identification of Preventive Child Health Care of Children with Psychosocial Problems: Do Short Questionnaires Help [thesis]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 23 januari 2008.
59. Vogels AGC, Jacobusse GW, Hoekstra F, Brugman E, Crone M, Reijneveld SA. Identification of children with psychosocial problems differed between preventive child health care professionals. J Clin Epidemiol 2008 jun 5 [Epub ahead of print].
60. Crone MR, Vogels AGC, Hoekstra F, Treffers PDA, Reijneveld SA. A Comparison of four classification methods based on the parent-rated Strengths and Difficulties Questionnaire as used in the Dutch Preventive Child healthcare system. BMC Public Health 2008 apr 4; 8: 106.
61. Vogels, AGC, Jacobusse GW, Reijneveld SA, Item Response Theory based Computerized Adaptive Testing can provide an accurate and efficient identification of children with psychosocial problems, in Vogels AGC, The Identification of Preventive Child Health Care of Children with Psychosocial Problems: Do Short Questionnaires Help [thesis]. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2008.
62. RIVM/Centrum Jeugdgezondheid. JGZ Richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Concept mei 2008.
63. Gezondheidsraad. De toekomst van het Rijksvaccinatieprogramma: naar een programma voor alle leeftijden. Den Haag: Gezondheidsraad, 2007.

64. Gezondheidsraad. Vaccinatie tegen baarmoederhalskanker. Den Haag: Gezondheidsraad, 2008.
65. Gezondheidsraad. Algemene vaccinatie tegen Hepatitis B herbeoordeeld.. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009 (in druk december 2008).
66. Kreuter MW, Strecher VJ, Glassman B. One size does not fit all: the case for tailoring print materials. *Ann Behav Med* 1999; 21 (4):276-283.
67. Bunge EM, Juttman RE, van Biezen FC, Creemers H, Hazebroek-Kampschreur AA, Luttmmer BC, Wiegersma PA, de Koning HJ; Netherlands Evaluation Study on Screening for Scoliosis (NESCIIO) Group. Estimating the effectiveness of screening for scoliosis: a case-control study. *Pediatrics* 2008 Jan; 121(1): 9-14.
68. Bunge EM, Juttman RE, de Koning HJ; Steering Committee of the NESCIIO Group. Screening for scoliosis: do we have indications for effectiveness? *J Med Screen* 2006; 13(1):29-33.
69. Creemers HMH, Hazebroek-Kampschreur AAJM, Juttman RE, Korfage IJ, Wagenaar-Fischer MM, Blankespoor MN, van Velzen-Mol HMW, van Leerdam FJM. JGZ-standaard: Methodiek Onderzoek Scoliose. NVJG, juni 2003.
70. Van der Ploeg CBP, Lanting CI, Verkerk PH. Signalering van spraak-/taalontwikkelingsstoornissen bij kleuters. Leiden: TNO, 2005.
71. Van der Ploeg CBP, Lanting CI, Galindo Garre F, Verkerk PH. Screening op taalachterstanden en spraakstoornissen bij kinderen van 1 tot 6 jaar door de jeugdgezondheidszorg, deelrapport 1: inventarisatie van instrumenten. Leiden: TNO, juli 2007.
72. Buschmann A, Jooss B, Rupp A, Dockter S, [Blaschikowitz H](#), [Heggen I](#), [Pietz J](#). Children with developmental language delay at 24 months of age: results of a diagnostic work-up. *Dev Med Child Neurol* 2008; 50: 223-9.
73. Schutten M, Dekker R, van Marle A, den Hartog P. Veiligheidsbarometer ouders van 0-4 jarigen. Amsterdam: Stichting Consument & Veiligheid, 2006.
74. Stichting Consument & Veiligheid. Privé-ongevallen, in en om huis 0-4 jaar. Te downloaden via [http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheid.nsf/wwwAssets/473CE7FA8FA3703DC12574320037ED7D/\\$file/In%20en%20om%20huis%200-4%20jaar.pdf](http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheid.nsf/wwwAssets/473CE7FA8FA3703DC12574320037ED7D/$file/In%20en%20om%20huis%200-4%20jaar.pdf)
75. Stichting Consument & Veiligheid. factsheet 'Onderzoek naar de effectiviteit van de Veiligheidsinformatiekaarten', april 2007. Te downloaden via <http://www.veiligheid.nl/csi/veiligheid.nsf/wwwVwContent/l2rapporten.htm>

76. Beirens T. Home related injury prevention and safety promotion in the setting of preventive youth health care [thesis]. Rotterdam: Erasmus MC, 19 november 2008.
77. Schaapveld K, Hirasing RA; Preventiegids. Van Gorcum, 1997. Tweede, herziene druk.
78. Van Velzen-Mol HWM (namens werkgroep JGZ-standaard Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar). JGZ-standaard Opsporing visuele stoornissen. Houten/Diegem: Bohn Stafleu van Loghum, 2002. Momenteel wordt er gewerkt aan een update, deze is naar verwachting gereed in 2009.
79. Groenewoud JH, Juttman RE, Lantau VK, Hoogeveen WC, de Faber JTHN, Simonsz HJ, de Koning HJ. Vroegtijdige onderkennen van visuele stoornissen 0-7 jaar – Rotterdam Amblyopia Effectiveness Study (RAMSES), 1996-2005. Rotterdam: Erasmus MC, 2005.
80. Van Leeuwen R, Eijkmans MJC, Vingerling JR, Hofman A, de Jong PTVM, Simonsz HJ. Risk of bilateral visual impairment in individuals with amblyopia: the Rotterdam Study. Br J Ophthalmol 2007; 91: 1450-1.
81. Voedingscentrum. Voeding van zuigelingen en peuters, uitgangspunten voor de voedingsadvies voor kinderen van 0-4 jaar. Den Haag: Voedingscentrum, 2007.
82. Bulk-Bunschoten AMW, Renders CM, van Leerdam FJM, Hirasing RA. Overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht. Amsterdam: EMGO, 2005.
83. Lanting CI, Herschderfer K, Wouwe JP van, Reijneveld SA. Effect van invoering van het Baby Friendly Hospital Initiative op het geven van borstvoeding in Nederland. Leiden: TNO, 2003.
84. Kneepkens CMF, Drongelen KI van, Aarsen CJE. Landelijke standaard voedselallergie bij zuigelingen. Den Haag: Voedingscentrum, 2005.
85. Van Vlimmeren LA, van der Graaf Y, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Helders PJM, Engelbert RHH. Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference. Arch Pediatr Adolesc Med 2008; 162(8): 712-18.
86. Ruys JH, Engelberts AC, van Velzen-Mol HWM. Richtlijn Preventie Wiegendood. NVK (en AJN), juli 2007. Te downloaden via <http://www.nvk.pedinet.nl/pdfs/lww.pdf>
87. Bolk-Bennink LF, Hirasing RA, Creemers H, van Leerdam FJM. Het effect van advisering op het bedplassen. Modern Medicine 1996; 12: 468-70.
88. Van Leerdam FJM. Enuresis, a major problem or a simple developmental delay? [thesis]. Amsterdam: VUmc, 2005.

89. Van Tijen NM, Messer AP, Namdar Z. Perceived stress of nocturnal enuresis in childhood. *Br j Urol* 1998; 81: 98-9.
90. Butler RJ. Childhood nocturnal enuresis: developing a conceptual framework. *Clin Psychol Rev* 2004; 24: 909-31.
91. De Nationale Denktank 2008. Gezond voor elkaar! Adviezen om jongeren te stimuleren zelf te kiezen voor een gezonde leefstijl. Stichting De Nationale Denktank, 17 december 2008.
92. Bouwens J, Kleinjan M, Peters L, Eijnden R van den. Aanbevelingen onderzoek en implementatie op het terrein van de aanpak van roken. Adviesdocument. Woerden: NIGZ/IVO, 2007.
93. Bakker BA, Rodrigues Pereira R, Filedt Kok-Weimar TL, Verkerk PH. Vroegsignalering en interventies door de Jeugdgezondheidszorg bij kinderen met ADHD: een casecontrolonderzoek. *JGZ* 2/2006: 22-26.
94. Dietz C. The early screening of Autistic Spectrum Disorders [thesis]. Utrecht: Universiteit Utrecht, 27 september 2007.
95. Doesum K van. An early preventive intervention for depressed mothers and their infants. It's efficacy and predictors of maternal sensitivity. Proefschrift, Radboud Universiteit Nijmegen, 6 december 2007.
96. Graaf J de, Bohlmeijer E. Triple P: positief pedagogisch programma. Opvoedingsondersteuning ter preventie van (ernstige) gedragsproblemen bij kinderen. Procesevaluatie. Utrecht: Trimbos-instituut.
97. Bouwmeester-Landweer MBR. Early home visitations in families at risk for child maltreatment [thesis]. Leiden: Universiteit Leiden, 2006.
98. Bakker I, Bakker K, Dijke A van, Terpstra L. O & -O in perspectief. Utrecht: NIZW, 1998.
99. Fekkes M, Pijpers FIM, Verloove-Vanhorick SP. Effects of anti-bullying school program on bullying and health complaints. *Arch Pediatr Adolesc Med* 2006; 160: 648-44.
100. Buiting E, Mettes C, Ferwerda P. (Concept)Standpunt AJN Taakherschikking in de jeugdgezondheidszorg. Lisse, 14 maart 2008.

A Schema optimale regulier contactmomenten JGZ 0-19

| Leeftijd | 4 ^a dag | 11 ^a dag | 3 wk | 5 wk | 8 wk | 3 mnd | 4 ½ mnd | 6 mnd | 7 ½ mnd | 9 mnd | 11 mnd | 14 mnd | 18 mnd | 2 jaar | 2 ½ jaar | 3 jaar | 4 jaar | 6 jaar | 9 jaar | 12 jaar | 16 jaar |
|---|-----------------------|------------------------|----------------|---------|---------|----------|------------|----------|------------|----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-------------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|------------------|
| Bandbreedte in uitvoering ¹ | 0 d ² | 0 d ¹ | 3 d | 1 w | 1 w | 1 w | 1 w | 2 w | 2 w | 2 w | 2 w | 1 m | 2 m | 2 m | 2 m | 3 m | 3 m | 6 m | 6 m | 6 m | 6 m ³ |
| Uitvoerende discipline ⁴ | ass | ju | arts | ju | ju | arts | ju | arts | ju | arts | ju | arts | ju | arts | ju | arts | ju | arts | ju | arts | ju |
| Algemeen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Anamnese | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Lichamelijke verschijning | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Lichamelijk onderzoek | | | • | | | • | | • | | • | | • | | • | | • | | • | | • | |
| Bepalen ontvangen zorg | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Bepalen risicogroepen | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Dossiervorming | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Inschatten verhouding draagkracht/draaglast | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Inschatten voorlichtingsbehoefte | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Wettelijk verplichte voorlichting | | • | | | | | | | | | | | | | | | • | | | | |
| Groei, voeding en overgewicht | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Biometrie | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Borstvoeding | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Voeding | | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Bewegen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Overgewicht | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ontwikkeling | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ontwikkelingsonderzoek 0-4 jaar | | | • | | • | • | | • | | • | | • | • | • | • | • | • | | | | |
| Spraak- en taalontwikkeling | | | | | | | | | | | | | • | • | | | | | | | |
| Motorische ontwikkeling | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ADHD | | | | | | | | | | | | | | • | | • | | | | • | |
| Autisme spectrum stoornissen | | | | | | | | | | | | | | • | | • | | | | | |
| Screeningen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hielprik | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Aangeboren hartafwijkingen | | • | • | | | • | | | | | | • | | • | | • | | | | | |
| Dysplastische heupontwikkeling | | | • | | | • | | | | | | | | | | | | | | | |
| Niet-scrotale testis | | | • | | | • | | | | | | | | | | | | | | | • |
| Visuele stoornissen | | | • | | | • | | | | • | | • | | • | | • | • | • | • | • | |
| Perceptief gehoorverlies | • | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | • |
| Vaccinaties | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Rijksvaccinatieprogramma | | | • ⁵ | | • | • | • | | | | • | • | | | | | • | | • | • | • ⁶ |
| Gezondheidsbevordering | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Suppletie vitamine D en K | | • | | | • | | | | | | • | | | | | | • | | | | |
| Wiegendoed | | • | | • | | • | | | • | | • | | | | | | | | | | |
| Veiligheid | | • | | • | | • | | | • | | • | | | | | | | | | | |
| Meeroken zuigelingen en peuters | | • | | • | | • | | | • | | • | | | | | | | | | | |
| Voorkeurshouding | | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gebit en gebitsverzorging | | | | | | | | | • | • | | | | | • | • | | • | • | • | • |
| Zindelijkheid | | | | | | | | | | | | | | | • | • | • | • | • | • | • |
| Leefstijl | | | | | | | | | | | • | | | | • | • | • | • | • | • | • |
| Preventie lawaaischade | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | • |
| Fertilititeit en preconceptiezorg | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | • |
| Meisjesbesnijdenis | | • | • | | | | | | | | | | | • | | | • | • | • | • | • |
| Opvoeding en maatschappij | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (Excessief) hullen | | • | • | • | • | • | | | | | | | | | | | | | | | |
| Opvoedingsondersteuning | | • | | • | • | | • | | • | | • | | • | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Psychosociale problemen | | | | | | | | | | | | | | • | • | • | • | • | • | • | • |
| Schooluitval / toeleiding arbeidsmarkt | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | • |

¹ d= dagen, w= weken, m= maanden² Als deze dag in een weekend of op een feestdag valt, dient het contactmoment op de eerstvolgende werkdag uitgevoerd te worden³ echter niet vóór de 16^e verjaardag⁴ ass= doktersassistente, ju= jeugdverpleegkundige (en (dokters)assistente), arts= arts JGZ (en (dokters)assistente)⁵ indicatiestelling⁶ mogelijkheid voor inhaalvaccinaties

B Onderbouwing JGZ Onderwerpen

| | |
|--------------------------------|---|
| Onderwerp | Aangeboren hartafwijkingen |
| Reden / motivatie | In het algemeen is men overtuigd van het gunstige effect van vroege opsporing van een aangeboren hartafwijking met snelle behandeling, omdat de meeste afwijkingen goed te corrigeren zijn, danwel palliatief te behandelen. |
| Schade | Er kan een snelle verslechtering van de toestand optreden en er kunnen irreversibele veranderingen optreden voordat een kind symptomen vertoont. Er is een verhoogd risico op endocarditis, ook bij geringe hemodynamische veranderingen. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Juttman concludeert dat adequate screening (6 keer in de eerste vier jaar, inclusief lichamelijk onderzoek) een effectieve preventie-strategie is. Voor een aantal onderdelen van het screeningsprogramma op aangeboren hartafwijkingen, zoals dat nu in de JGZ gebeurt, is echter niet voldoende bewijs. The National Health and Medical Research Council in Australië komt ook tot die conclusie maar beveelt aan om wél door te gaan met de screening. Alles bij elkaar genomen is er voldoende bewijs voor handhaving van de screening in Nederland. Naar de optimale leeftijden voor uitvoering van de screening is nauwelijks onderzoek gedaan. |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 14, 17, 18, 19* |
| Huidige status in BTP | Opgenomen in uniform deel |
| Advies mbt BTP | Handhaven in uniform deel |
| Aantal momenten / tijdstippen | Aanbevolen leeftijden 1 mnd 3 mnd 12-14 mnd 24 mnd 36 mnd 45 mnd Screening is adequaat als: 1x voor de leeftijd van 35 dagen 1x tussen 35 en 95 dagen 1x tussen 3 mnd en 14 mnd Vervolgens tot 4 jaar minimaal jaarlijks |
| Vereiste discipline | jeugdarts (ivm het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek) |

Toelichting

Voor het uitvoeren van de screening op bovenstaande leeftijden is de discipline jeugdarts vereist, omdat een correct uitgevoerd lichamelijk onderzoek een essentieel onderdeel is van de screening. Volgens zowel Juttman als de Australische werkgroep kan het programma alleen effectief zijn bij goede (na)scholing van de uitvoerenden. Tijdens het zuigelingenhuisbezoek door de jeugdverpleegkundige in de 2^e week dient eveneens specifiek aandacht te worden besteed aan screening op aangeboren hartafwijkingen, hoewel het uitvoeren van een lichamelijk onderzoek dan niet mogelijk is. Uiteraard dient tijdens de overige contactmomenten bij zorgen aandacht besteed te worden aan dit onderwerp.

Naast screening op aangeboren hartafwijkingen in de JGZ, wordt elke pasgeborene onderzocht (inspectie) door verloskundige, gynaecoloog, kinderarts of huisarts, afhankelijk van wie de partus heeft geleid. Indien dit niet gebeurt, is vervroeging van het eerste JGZ contactmoment aangewezen.

* De cijfers verwijzen naar de overeenkomstig genummerde referenties in de literatuurlijst.

| | |
|--------------------------------|---|
| Onderwerp | Biometrie |
| Reden / motivatie | Voorkomen van stoornissen in de groei van lengte en gewicht, en opsporen van groeigerelateerde aandoeningen. Opsporen van afwijkingen in de hoofdomtrek heeft als doel het vroeg opsporen van hydrocephalus en microcephalus en hun onderliggende aandoeningen. |
| Schade | Te kleine of te grote lengte kan veroorzaakt worden door (vaak zeldzame) groeistoornissen, zoals GH-deficiëntie, Turner syndroom of syndroom van Marfan. Afwijkende lengte kan leiden tot problemen van psychosociale en maatschappelijke aard. Ondergewicht kan wijzen op metabole aandoeningen, psychosociale problemen, of ondervoeding. Overgewicht kan leiden tot tal van medische en maatschappelijke complicaties. Tijdig opsporen is van groot belang. Behandeling heeft minder kans van slagen wanneer er al een forse verstoring van de groei is opgetreden. Dit geldt zowel voor stoornissen in de lengtegroei als voor onder- en overgewicht en obesitas. Wanneer niet tijdig wordt ingegrepen kan hydrocephalus leiden tot onherstelbare schade aan het hersenweefsel. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Evidence-based richtlijnen zijn recentelijk ontwikkeld voor het opsporen van pathologie op basis van kleine lengte. Het signaleringsprotocol overgewicht beoogt vroege signalering van overgewicht, zodat tijdig behandeling kan plaatsvinden. Het protocol bevat geen richtlijnen voor de tijdstippen waarop gemeten moet worden. De effectiviteit van vroegtijdig opsporen van afwijkingen in de hoofdomtrek is onbekend. Nader onderzoek is gewenst. |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 11, 20, 21, 22, 23, 24 |
| Huidige status in BTP | Opgenomen in het uniform deel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Handhaven in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | <u>Lengte</u> 1 ^o jaar: elke 3 maanden, 1-4 jaar: jaarlijks, 5-10 jaar: monitoring van lengtegroei is zinvol, hoe vaak daarvoor gemeten moet worden is echter niet duidelijk <u>Gewicht</u> 3-5 dagen na vertrek kraamzorg 1-3 maanden: maandelijks, 4-12 maanden tweemaandelijks, 1-4 jaar: jaarlijks 4-19 jaar: driejaarlijks NB. Voor het juist interpreteren van het gewicht is vanaf de leeftijd van 1 jaar ook een lengtemeting vereist. <u>Hoofdomtrek</u> 0-6 maanden: maandelijks 7-12 maanden: tweemaandelijks Deze momenten zijn gebaseerd op consensus. |
| Vereiste discipline | Meting: minimaal cb assistente Interpretatie: minimaal jeugdverpleegkundige Advisering: jeugdverpleegkundige en jeugdarts Verwijzing 1 ^o /2 ^o lijn: minimaal jeugdarts |

| Onderwerp | Borstvoeding |
|--------------------------------|---|
| Reden / motivatie | Borstvoeding heeft veel positieve effecten op de gezondheid van zowel het kind als de moeder. Na de geboorte krijgt 81% van de zuigelingen volledig borstvoeding. Het percentage zuigelingen dat op de leeftijd van 3 maanden nog uitsluitend borstvoeding krijgt, is veel lager, namelijk 30% (cijfers 2007). Redenen voor het vroeg stoppen zijn onder meer: onzekerheid over de hoeveelheid en kwaliteit van de melk, weer aan het werk gaan en het niet bezitten van praktische vaardigheden. Beleid om het aantal pasgeborenen dat borstvoeding krijgt te verhogen kan leiden tot preventie van ziekten en dus besparingen in de gezondheidszorg opleveren. |
| Schade | Geen of onvoldoende aandacht voor borstvoeding kan leiden tot lagere borstvoedingscijfers en daarmee tot meer maagdarminfecties, middenoorontstekingen, overgewicht en hoge bloeddruk (bij kinderen) en tot meer reumatoïde artritis (bij moeders) en kan ook leiden tot ondervoeding bij borstgevoede kinderen. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | De associatie tussen borstvoeding en minder voorkomen van maagdarminfecties, middenoorontstekingen, overgewicht en hoge bloeddruk bij het kind en met reumatoïde artritis bij de moeder is overtuigend aangetoond. Waarschijnlijk is er ook associatie met astma, piepen op de borst, eczeem en motorische en geestelijke ontwikkeling van het kind. In de (inter)nationale literatuur is bewijs te vinden voor een positief effect van postnatale begeleiding bij borstvoeding (zowel in het ziekenhuis als in de "community") op de duur van de borstvoedingsperiode. Het is niet te bepalen hoeveel begeleiding nodig is om een bepaald effect te bereiken, maar onderzoek lijkt aanwijzingen te geven dat meer frequente contacten ook meer effect hebben. |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31 |
| Huidige status in BTP | Voorlichting (in het algemeen) maakt deel uit van het maatwerkdeel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Voorlichting (in het algemeen) dient opgenomen te worden in het uniform deel van het BTP. Borstvoeding dient als apart onderwerp opgenomen te worden in het uniform deel van het BTP. |
| Aantal momenten / tijdstippen | 3 dagen na vertrek kraamverzorging, of eerstvolgende werkdag 4e week 6e week 8-10 weken 4 mnd 5 mnd 6 mnd |
| Vereiste discipline | Voedingsadvisering: jeugdverpleegkundige Beoordeling bij onvoldoende gewichtstoename of andere somatische voedingsgerelateerde stoornissen: jeugdarts |

| | |
|--------------------------------|---|
| Onderwerp | Chlamydia screening |
| Reden / motivatie | SOA's komen steeds vaker voor bij adolescenten. |
| Schade | Onbehandeld leidt Chlamydia veelal ongemerkt tot pathologie van de inwendige geslachtsorganen bij meisjes, waardoor onvruchtbaarheid kan ontstaan. 1 op de 6 paren met kinderwens heeft problemen met de vruchtbaarheid, van deze paren blijft in Nederland ongeveer 5% uiteindelijk ongewild kinderloos. Waarschijnlijk zijn enkele procentpunten van de huidige steeds toenemende infertiliteit veroorzaakt door chlamydia. Behandeling is eenvoudig en goedkoop. Advisering over primaire preventie (van een recidief) kan aan de screening en behandeling gekoppeld worden. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | De US Preventive Screening Task Force rapporteert dat chlamydia screening bij high-risk vrouwen zinnig is. Op basis hiervan wordt door hen geadviseerd om alle sexueel actieve meisjes en vrouwen jaarlijks te screenen op chlamydia. Momenteel loopt er in Nederland een proefproject over Chlamydia screening in drie regio's, te weten Amsterdam, Rotterdam en Zuid-Limburg. De resultaten worden in 2010 verwacht. |
| Draagvlak | (nog) niet |
| Literatuur | Geen |
| Huidige status in BTP | Niet opgenomen in BTP |
| Advies mbt BTP | (Nog) niet opnemen in BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | Nvt |
| Vereiste discipline | Nvt |

Toelichting

Voorlopige resultaten van het proefproject wijzen op een prevalentie van chlamydia infectie bij 16-25 jarigen van 6 % (Radiojournaal, eind november 2008). Totdat de definitieve resultaten van het proefproject bekend zijn, is het niet aan te bevelen om chlamydia screening landelijk in te voeren. Indien uit het proefproject blijkt dat screening en behandeling uitvoerbaar zijn in de JGZ, is het wenselijk om, evt. in een onderzoekssetting, een gedegen screeningsprogramma op te zetten. Mocht hieruit blijken dat screening en behandeling effectief zijn, dient de screening landelijk ingevoerd te worden.

Screening is waarschijnlijk het meest doelmatig vanaf 16 jaar, bij sexueel actieve meisjes. Het aanbod zou dus vanaf die leeftijd gedaan moeten worden, bij voorkeur na individuele voorlichting gekoppeld aan schriftelijk en internet-voorlichtingsmateriaal. De uitkomsten van het nu lopende project zullen daarover nadere informatie geven.

| | |
|--------------------------------|--|
| Onderwerp | Dysplastische heupontwikkeling |
| Reden / motivatie | Dysplastische heupontwikkeling (DHO) is een frequent voorkomende aandoening. De ernstige vorm, de luxatie, komt voor bij 1-2 %, dysplasie zonder luxatie bij ongeveer 3% van de kinderen. Vroege behandeling (start voor de leeftijd van 6 maanden) is noodzakelijk om uiteindelijk een goed behandelresultaat te hebben. Aangezien DHO in het algemeen bij baby's geen klachten geeft, is opsporing d.m.v. screening geïndiceerd. |
| Schade | Niet of niet tijdig behandelde heupdysplasie kan leiden tot een blijvende heupluxatiestand, noodzaak tot chirurgische correctie, mank lopen of waggelen. Ook kan het leiden tot artrose op relatief jonge leeftijd. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | De huidige screening vindt plaats op de leeftijd van 1, 3 en 6 maanden (risicodetectie en lichamelijk onderzoek van de heupen). De testeigenschappen van de screeningstest zijn matig: een sensitiviteit van 76% en een specificiteit van 82% levert bij een prevalentie van 3.7% een positief voorspellende waarde van 14% op. De programmasensitiviteit bedraagt 86%. Echografische screening blijkt betere testeigenschappen te hebben. Toegepast op de leeftijd van 3 maanden blijkt de sensitiviteit van de screening 85% en de positief voorspellende waarde 71%. Momenteel vindt implementatieonderzoek plaats van echografie op de leeftijd van 3 maanden. De resultaten worden begin 2010 verwacht. |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 32, 33 |
| Huidige status in BTP | (per abuis) niet opgenomen in het BTP |
| Advies mbt BTP | Opnemen in het uniform deel van het BTP. |
| Aantal momenten / tijdstippen | 1 mnd 3 mnd 6 mnd |
| Vereiste discipline | jeugdarts |

Toelichting

Ondanks de lage positief voorspellende waarde van de huidige screening is voortzetting aangewezen, vanwege de ernst van de aandoening en de geringe belasting die een vals-positieve verwijzing oplevert voor ouders en kind.

Indien (over enkele jaren) echoscreening toepasbaar en kosten-effectief blijkt in de JGZ, is het wenselijk om de huidige screening hierdoor te vervangen. Mogelijk dient hiervoor dan een extra contactmoment gecreëerd te worden.

| | |
|--------------------------------|---|
| Onderwerp | (Excessief) huilen |
| Reden / motivatie | Excessief huilen kan leiden tot risicovol gedrag bij verzorgers en tot kindermishandeling. De helft van de 7% ouders die hun zuigeling (tegen de adviezen in) op de buik te slapen leggen, doen dit omdat hun kind excessief huilt of slecht slaapt. Andere gevolgen van excessief huilen kunnen zijn: mislukken van de borstvoeding, hechtingsproblemen, relatieproblemen en postpartum depressie van de moeder. 80% van de gevallen van fysieke mishandeling van zuigelingen, wordt direct voorafgegaan door huilen. Voorlichting over maatregelen ter preventie/reductie van (excessief) huilen heeft daardoor vergaande preventieve effecten. |
| Schade | Zie boven. Buikligging geeft een verhoogde kans op wiegendood. Hechtingsproblemen, relatieproblemen en postpartumdepressie hebben negatieve gevolgen voor kinderen op korte en lange termijn (psychosociale problemen, gedragsproblemen, etc). |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Onderzoek heeft uitgewezen dat een interventie bestaand uit advisering over regelmaat en prikkelreductie een even groot positief effect heeft op (excessief) huilen als een interventie waarbij ook inbakeren werd toegepast. Het patroon van regelmaat en voorspelbaarheid in de verzorging alleen al, dus zonder inbakeren, leidt tot een significante daling van het huilen bij (voorheen) excessief huilende zuigelingen (afname van het huilen met gemiddeld 75% na 8 interventieweken). |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 34, 35, 36, 37, 38 |
| Huidige status in BTP | Signalering: opgenomen in het uniform deel van het BTP. Interventie: opgenomen in het maatwerkdeel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Signalering: handhaven in het uniform deel van het BTP Interventie: opnemen in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | 2 ^o wk 4 ^o wk 6 ^o wk 2 mnd 3 mnd 6 mnd |
| Vereiste discipline | Signalering: JV of jeugdarts Uitsluiten pathologie: jeugdarts Interventie: JV |

| | |
|--------------------------------|---|
| Onderwerp | Gebit en gebitsverzorging |
| Reden / motivatie | <p>Het gebit is essentieel bij kauwen, bijten, spreken, esthetiek, en sociaal functioneren.</p> <p>Cariës is een nog steeds een veel voorkomend probleem: in 2005 had 56% van de 5-jarigen, 47% van de 11-jarigen, 71% van de 17-jarigen een niet-gaaf gebit.</p> <p>De JGZ kan een belangrijke rol vervullen bij de preventie van gebitsproblemen als cariës en erosieve gebitsslijtage, door advisering van tandenpoetsen met fluoride-tandpasta, aanbeveling van tandartsbezoek en advisering over voedingsgewoonten (waaronder frequentie).</p> <p>Gebitsgezondheid heeft overlap met onderwerpen als voeding en overgewicht.</p> |
| Schade | Ja, optreden van cariës en erosie. Ongezonde leefstijlgewoonten als (te) veel frisdrankgebruik en zoete tussendoortjes kunnen tevens leiden tot overgewicht en obesitas. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Ja |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 39, 40, 41, 42 |
| Huidige status in BTP | <p>Monitoring: opgenomen in het uniform deel van het BTP</p> <p>Voorlichting: opgenomen in het maatwerkdeel van het BTP</p> |
| Advies mbt BTP | <p>Monitoring: handhaven in het uniform deel van het BTP</p> <p>Voorlichting: opnemen in het uniform deel van het BTP</p> |
| Aantal momenten / tijdstippen | <p>6 maanden</p> <p>2-2,5 jaar</p> <p>5-6 jaar</p> <p>9 jaar</p> <p>11-12 jaar</p> <p>Op indicatie kan het nodig zijn om ook op andere momenten aandacht te besteden aan voorlichting over het gebit.</p> |
| Vereiste discipline | <p>Lichamelijk onderzoek: jeugdarts</p> <p>Voorlichting: jeugdverpleegkundige</p> |

| Onderwerp | Gehoer |
|--------------------------------|--|
| Reden / motivatie | Langdurig ernstig verminderd gehoor leidt tot problemen op het gebied van communicatie. Dit kan vervolgens leiden tot problemen op sociaal gebied en tot leerproblemen. Perceptief gehoorverlies is blijvend, 80-90% is aangeboren en de rest verworven. Geleidingsverlies is meestal tijdelijk en wordt op de peuter- en kleuterleeftijd vaak veroorzaakt door otitis media met effusie (OME). Gehoorverlies door overmatige blootstelling aan geluid is een belangrijk gezondheidsprobleem bij oudere kinderen en volwassenen dat kan ontstaan in de privé-sfeer of de werksfeer. Jaarlijks lopen 21.500 jongeren schade op als gevolg van geluidsbronnen in de vrije tijd, zoals harde muziek in MP3 spelers, in discotheken en bij popconcerten. |
| Schade | Blijvend gehoorverlies kan bij jonge kinderen resulteren in een verstoorde spraakontwikkeling, taalontwikkeling en verminderde communicatieve vaardigheden. Dit heeft langetermijneffecten voor opleiding en maatschappelijk functioneren. Overmatige blootstelling aan geluid bij adolescenten geeft vooral schade op bepaalde frequenties, die juist van belang zijn bij het kunnen verstaan van spraak. Uit onderzoek blijkt dat gehoorschade vaker optreedt bij jongvolwassenen met een voorgeschiedenis van OME. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Sensitiviteit van neonatale gehoorscreening is boven de 80% en de specificiteit tussen 91% en 100%. Sensitiviteit voor het opsporen van gehoorverlies door toonaudiometrie wordt geschat op 92% en de specificiteit op 94%. De opbrengst van audiometrische screening bij vijfjarigen is onvoldoende onderzocht. |
| Draagvlak | Neonatale gehoorscreening: ja. Kleuteraudiometrie: ? |
| Literatuur | 11, 12, 43, 44, 45 |
| Huidige status in BTP | Neonatale screening: opgenomen in het uniform deel van het BTP. Gehoorscreening kleuters: (per abuis) niet opgenomen in het BTP Preventie gehoorschade: niet opgenomen in het BTP |
| Advies mbt BTP | Neonatale screening: handhaven in uniform deel van het BTP Gehoorscreening kleuters: handhaven in uniform deel van het BTP Preventie gehoorschade: opnemen in uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | <u>Neonatale gehoorscreening</u> 0-6 weken (bij voorkeur 4-7 dagen na geboorte) <u>Gehoorscreening kleuters</u> 4-6 jaar <u>Preventie van gehoorschade adolescenten</u> 10-12 jaar 15-19 jaar |
| Vereiste discipline | Screening: Screener (MBO). Interpretatie JA (JV?). Voorlichting: JV |

Toelichting

Het overgrote deel van de aangeboren gehoorstoornissen wordt ontdekt in de neonatale periode. De meeropbrengst van screening op de kleuterleeftijd is onbekend. Nader onderzoek is dringend gewenst om de mogelijkheid van afschaffing na te gaan.

Invoering van advisering over (preventie van) gehoorschade bij adolescenten zal vergezeld moeten zijn van evaluatieonderzoek naar effectiviteit en doelmatigheid.

| | |
|--------------------------------|---|
| Onderwerp | Hielprikscreening |
| Reden / motivatie | Met behulp van bloed verkregen uit een hielprik worden kinderen gescreend op een zeventiental zeldzame, maar ernstige aandoeningen. Vroegopsporing van deze aandoeningen is nodig om door tijdige behandeling onherstelbare gezondheidsschade te voorkomen. Ook kunnen de ouders worden ingelicht over de kans op herhaling bij een volgend kind. |
| Schade | Wanneer de aandoeningen waarop met behulp van de hielprik gescreend wordt, pas ontdekt worden naar aanleiding van klachten, is er in veel gevallen al sprake van onherstelbare schade, zoals ontwikkelingsachterstand, hersenschade door epileptische aanvallen, oogproblemen waaronder staar, spierzwakte of lever- en nierschade. Ook kunnen kinderen overlijden. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | De opsporingsmethode voor PKU, CHT en AGS is effectief. Sensitiviteit en specificiteit van de testen zijn zeer hoog. Men neemt aan dat de screening kosteneffectief is. Op basis van verbeterde diagnostiek en behandelingsmogelijkheden en verwachte doelmatigheid heeft de Gezondheidsraad in 2005 aanbevolen om het programma uit te breiden met 14 andere aandoeningen. De effectiviteit wordt momenteel onderzocht. |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 46, 47, 48, 49 |
| Huidige status in BTP | Opgenomen in het uniform deel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Handhaven in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | 4 ^e dag (96-120uur) na geboorte, of op de eerstvolgende werkdag (uiterlijk 168 uur na geboorte). |
| Vereiste discipline | Screener (MBO) |

| Onderwerp | Meisjesbesnijdenis |
|--------------------------------|---|
| Reden / motivatie | In Nederland zijn sinds 1993 bij wet alle vormen van meisjesbesnijdenis verboden, ter bescherming van de gezondheid van het kind. Desondanks worden naar schatting worden jaarlijks tenminste 50 in Nederland woonachtige meisjes besneden. Primaire preventie (voorkómen van besnijdenis bij meisjes) en secundaire preventie (het zo vroeg mogelijk opsporen van besneden meisjes en het signaleren van de gevolgen van de ingreep om vervolgens hulp te kunnen bieden) zijn onderdeel van de taken in de JGZ. |
| Schade | Meisjesbesnijdenis kan psychische klachten en problemen met betrekking tot seksualiteit veroorzaken. De kans op lichamelijke klachten en medische complicaties is groot, zowel tijdens de ingreep als ook daarna. Bij infibulatie komen de meeste klachten voor. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Er is geen wetenschappelijke onderbouwing voor de stelling dat aandacht voor het onderwerp in de JGZ leidt tot minder besneden meisjes in Nederland. |
| Draagvlak | Het maatschappelijke draagvlak om in de JGZ aandacht te besteden aan dit onderwerp is groot. In 2003/2004 is landelijk de maatschappelijke discussie gevoerd over verplichte controle op meisjesbesnijdenis. De AJN beschouwt dat als ongewenst en heeft een stappenplan ontwikkeld als alternatief. Onderdeel van dit stappenplan is het <u>gespreksprotocol meisjesbesnijdenis</u> . |
| Literatuur | 50, 51 |
| Huidige status in BTP | Bepalen risicogroepen: opgenomen in het uniform deel van het BTP Voorlichting, motiverende gespreksvoering: opgenomen in het maatwerk deel van het BTP Signaleren van meisjesbesnijdenis en klachten: opgenomen in het uniform deel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Gehele onderwerp opnemen in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | Volgend uit het gespreksprotocol meisjesbesnijdenis: Tijdens het 1e contactmoment (zuigelingenhuisbezoek) Tijdens het 1e consult op het consultatiebureau 18 maanden 3 jaar en 9 maanden 5-6 jaar 9-10 jaar 12-16 jaar |
| Vereiste discipline | Bepalen risicogroepen en voorlichting: JV Signaleren meisjesbesnijdenis: arts JGZ |

| Onderwerp | Motorische ontwikkeling |
|--------------------------------|--|
| Reden / motivatie | Het doel van het volgen van de motorische ontwikkeling is aandoeeningen op te sporen waarbij vroegtijdige herkenning, begeleiding en behandeling leidt tot een betere prognose dan een later gestarte begeleiding of behandeling. Om welke aandoeeningen het gaat, is nergens nader gespecificeerd. Het gaat echter om een diversiteit aan problemen die te maken hebben met een verstoring van het samenspel van de neurologische rijping van het CZS, de lichamelijke groei en rijping, de cognitieve ontwikkeling, de emotionele ontwikkeling, de ontwikkeling van zintuigen en van evenwichtsorganen. Bij kinderen in de leeftijd 0-4½ jaar wordt het Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek gebruikt. Op oudere leeftijd (5-6 jaar) wordt gebruik gemaakt van diverse testen en lokale protocollen, met name voor het onderzoeken van motoriek. Uniformiteit is gewenst. |
| Schade | Vroege signalering kan in veel gevallen leiden tot vervroegde diagnosestelling, behandeling en begeleiding. Gegevens over de gezondheidswinst zijn echter niet bekend. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | De effectiviteit van het Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek is gedeeltelijk onderbouwd. Onderzoek naar de effectiviteit voor het opsporen van globale ontwikkelingsachterstand, mede m.b.v. de Developmental-score (D-score) is gaande. De resultaten worden medio 2009 verwacht. Voor motoriekonderzoek op de kleuterleeftijd is geen bewezen effectief en voor de JGZ geschikt instrument beschikbaar. Onderzoek hiernaar is gewenst. |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 52, 53 |
| Huidige status in BTP | Opgenomen in het uniform deel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Handhaven in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | <u>Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek:</u> Zie hiervoor het onderwerp Ontwikkelingsonderzoek 0-4½ jaar <u>Motoriekonderzoek op de kleuterleeftijd:</u> Er kan geen uitspraak gedaan worden over het optimale moment. |
| Vereiste discipline | jeugdarts |

Toelichting

De effectiviteit en opbrengst van het motoriekonderzoek op de kleuterleeftijd is onvoldoende bekend. Nader onderzoek is gewenst om de mogelijkheid van afschaffing na te gaan.

Organisaties die motoriekonderzoek op de kleuterleeftijd momenteel niet uitvoeren wordt geadviseerd dit ook niet te gaan doen, totdat er meer duidelijkheid is over de effectiviteit van de screening. Organisaties die momenteel wel motoriekonderzoek uitvoeren op de kleuterleeftijd wordt geadviseerd om hiermee door te gaan en daarbij zoveel mogelijk gebruik te maken van (landelijke) protocollen en richtlijnen, hetgeen de uniformiteit ten goede komt.

| | |
|--------------------------------|--|
| Onderwerp | Niet scrotale testis |
| Reden / motivatie | <p>Mannen met 'niet scrotale testis' hebben een verhoogde kans op testistumoren, zowel wanneer het een enkelzijdige niet scrotale testis betreft als wanneer beide testes niet scrotaal zijn. Dubbelzijdig niet scrotale testes kunnen ook leiden tot verminderde fertiliteit. Ook kan er een cosmetisch probleem zijn.</p> <p>Onderzoek in de JGZ heeft twee doelen. Ten eerste tijdige behandeling van aangeboren niet-scrotale testis, door screening bij de zuigeling en verwijzing rond de leeftijd van 1 jaar. Ten tweede voorkómen van mogelijk onnodige behandeling van verworven niet-scrotale testis, door bij oudere jongens (bij wie als zuigeling indaling is vastgesteld en geregistreerd) te adviseren over een afwachtende aanpak van zgn. verworven niet-scrotale testis.</p> |
| Schade | Verminderde fertiliteit en slechtere prognose testiscarcinoom enerzijds (bij niet tijdige opsporing van aangeboren niet-ingedaalde testes). Onnodige orchidopexieën anderzijds (bij te vroege verwijzing van verworven niet-ingedaalde testes). |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Ja |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 10, 54 |
| Huidige status in BTP | Opgenomen in het uniform deel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Handhaven in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | <p>0-6 mnd: minimaal 2x, zonodig verwijzing tussen 6 en 12 mnd.</p> <p>12 jaar</p> <p>(tussen 6 mnd en 12 jaar alleen op vraag van kind of ouders. Indien er sprake blijkt van niet-scrotale testis, bij een eerder wel gedocumenteerde scrotale ligging, volgt uitleg en een expectatief beleid tot 12 jaar).</p> |
| Vereiste discipline | Jeugdarts. |

Toelichting

Er bestaat twijfel bij kinderchirurgen en kinderurologen of eerdere orchidopexie bij verworven niet-scrotale testis mogelijk een betere prognose heeft dan afwachten. Ook bestaat nog verschil van inzicht over de optimale leeftijd voor orchidopexie bij aangeboren niet-scrotale testis: rond 1 jaar, of voor het 2^e jaar. Daarover bestaat geen wetenschappelijk onderzoek. In Nederland bestaat de ideale context en infrastructuur om dergelijk prospectief onderzoek op te zetten en uit te voeren..

| | |
|--------------------------------|--|
| Onderwerp | Ontwikkelingsonderzoek 0-4½ jaar |
| Reden / motivatie | Ontwikkelingsonderzoek wordt door ouders en professionals als één van de belangrijkste activiteiten van de jeugdgezondheidszorg beschouwd. Door op gestandaardiseerde wijze het ontwikkelingsniveau van een kind te vergelijken met het gezien de leeftijd te verwachten niveau, worden kinderen met een (dreigende) achterstand opgespoord, voordat er problemen optreden. Bij kinderen in de leeftijd 0-4½ jaar wordt het Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek gebruikt. |
| Schade | Bij uitstel van onderzoek en begeleiding van kinderen met ontwikkelingsachterstand tot het moment waarop problemen evident worden, zijn vaak intensievere interventies noodzakelijk. Later ontdekken kan ertoe leiden dat een kind later in het goede zorg- en schooltraject komt, dat secundaire gedrags- en opvoedingsproblemen ontstaan, en dat eventuele genetische advisering aan ouders niet kan plaatsvinden. Het uiteindelijk te behalen niveau van ontwikkeling kan lager zijn, met een afname van de kans op volwaardige integratie in de maatschappij en minder kans op volledige ontplooiing. De invloed op het gezinsfunctioneren kan groot zijn. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | De effectiviteit van het Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek is gedeeltelijk onderbouwd. Onderzoek naar de effectiviteit voor het opsporen van globale ontwikkelingsachterstand, mede m.b.v. de Developmental-score (D-score) is gaande. De resultaten worden medio 2009 verwacht. |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 52, 53 |
| Huidige status in BTP | Opgenomen in het uniform deel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Handhaven in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | <u>Van Wiechen ontwikkelingsonderzoek:</u> 4 wkn / 1 mnd 8 wkn / 2 mnd 13 wkn / 3 mnd 6 mnd 9 mnd 12 mnd 15 mnd 18 mnd / 1½ jaar 2 jaar 2½ jaar 3 jaar 3½ jaar 4 jaar 4½ jaar |
| Vereiste discipline | jeugdarts |

| Onderwerp | Overgewicht |
|--------------------------------|--|
| Reden / motivatie | Overgewicht is thans één van de belangrijkste "Public Health" problemen. Gezien de huidige toename van overgewicht bij kinderen en de gevolgen daarvan voor individu en maatschappij, is het van belang overgewicht te voorkómen of in een vroegtijdig stadium te signaleren en behandelen. |
| Schade | Obesitas op jonge leeftijd gaat gepaard met een verhoogde kans op het ontstaan van chronische ziekten op relatief jonge leeftijd (adolescentie) en is gerelateerd aan overgewicht op volwassenen leeftijd. Volwassenen die als kind obees waren hebben een verhoogd risico op morbiditeit en mortaliteit onafhankelijk van hun gewicht op volwassen leeftijd. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Uit onderzoek is gebleken dat de meeste ouders niet in staat zijn overgewicht bij hun kind te herkennen. Voor de signalering van overgewicht wordt het signaleringsprotocol overgewicht bij kinderen gebruikt. Er is momenteel (nog) geen evidence voor één bepaalde interventie strategie. In afwachting daarvan is het overbruggingsplan voor kinderen met overgewicht ontwikkeld. |
| Draagvlak | ja |
| Literatuur | 55, 56, 57 |
| Huidige status in BTP | Primaire preventie overgewicht: opgenomen in het maatwerkdeel van het BTP Signalering overgewicht: opgenomen in het uniform deel van het BTP. Begeleiding overgewicht: opgenomen in het maatwerkdeel van het BTP. |
| Advies mbt BTP | Primaire preventie overgewicht: opnemen in het uniform deel van het BTP Signalering overgewicht: handhaven in het uniform deel van het BTP. Begeleiding overgewicht: opnemen in het uniform deel van het BTP. |
| Aantal momenten / tijdstippen | <u>Primaire preventie overgewicht</u> Volgens overbruggingsplan tijdens alle contactmomenten vanaf de leeftijd van 2 jaar. <u>Signalering overgewicht</u> Zie onderwerp groei <u>Begeleiding overgewicht</u> Niet binnen uniforme contactmomenten. Dient afgestemd te worden op de individuele behoefte. |
| Vereiste discipline | Primaire preventie: jeugdverpleegkundige en jeugdarts. Signalering: jeugdverpleegkundige Uitsluiten medische oorzaak en verwijzing 1e/2e lijn: jeugdarts. Begeleiding in de JGZ: jeugdverpleegkundige en jeugdarts. |

Toelichting

Omdat er geen onderbouwing is gevonden waaruit de optimale leeftijden blijken, waarop aandacht besteed dient te worden aan dit onderwerp, wordt het niet meegenomen in de bepaling van de optimale leeftijdsmomenten voor de verschillende reguliere contactmomenten. Wel wordt het onderwerp meegenomen in de beschrijving van de inhoud van de verschillende contactmomenten.

| | |
|--------------------------------|---|
| Onderwerp | Psychosociale problemen |
| Reden / motivatie | Psychosociale problemen komen veel voor en variëren van lichte gedragsmoeilijkheden tot ernstige psychiatrische stoornissen. |
| Schade | Onbehandelde psychosociale problemen veroorzaken in de loop van het verdere leven ernstige stoornissen van gezondheid en welbevinden. Ook het maatschappelijk functioneren is bedreigd. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | In de JGZ wordt op grond van onderzoek aanbevolen bij 7-12 jarigen de SDQ-vragenlijst regelmatig af te nemen en op grond van het resultaat zo nodig een individueel adviesconsult of verwijzing aan te bieden. Voor de leeftijdsgroepen 4 en 5 jaar en bij adolescenten wordt momenteel onderzocht of de SDQ de nu veelal gebruikte LSPPK respectievelijk KIVPA zou kunnen vervangen. Op die manier worden longitudinaal vergelijkbare gegevens verzameld. In de leeftijdsgroep 0-4 jaar zal, totdat een bewezen effectief signaleringsinstrument beschikbaar is, gebruik gemaakt dienen te worden van signalering door de jeugdverpleegkundige tijdens de bestaande individuele contactmomenten. |
| Draagvlak | ja |
| Literatuur | 58, 59, 60, 61, 62 |
| Huidige status in BTP | Monitoring en signalering: opgenomen in het uniform deel van het BTP Begeleiding: opgenomen in het maatwerkdeel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Monitoring en signalering: handhaven in het uniform deel van het BTP Begeleiding: opnemen in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | 0-4 jaar: Geen uitspraak mogelijk over optimale momenten. Signalering tijdens de bestaande individuele contactmomenten. 4-19 jaar: Driejaarlijks (op basis van consensus) |
| Vereiste discipline | Afname vragenlijst: DA Beoordeling, advies en verwijzing: jeugdarts |

| | |
|--------------------------------|---|
| Onderwerp | Rijksvaccinatieprogramma |
| Reden / motivatie | Het Rijksvaccinatieprogramma betreft primaire preventie voor de totale bevolking, welke individueel moet worden uitgevoerd op de aangegeven leeftijden, omdat alleen dan de werkzaamheid en doelmatigheid is aangetoond. De infrastructuur van de JGZ maakt dit mogelijk en bewerkstelligt een zeer hoge vaccinatiegraad in Nederland. |
| Schade | Epidemieën van besmettelijke ziekten zoals kinkhoest, mazelen, rubella en bof. Dit kan leiden tot ernstige complicaties zoals ziekenhuisopname en zelfs overlijden, maar kan ook latere gevolgen hebben zoals onvruchtbaarheid (bof bij jongens) of aangeboren afwijkingen (rubella in de zwangerschap) |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Ja |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 63, 64, 65 |
| Huidige status in BTP | Opgenomen in het uniform deel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Handhaven in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | <p>0 maanden: HepB*</p> <p>2 maanden: DKTP-Hib-(HepB**) en Pneu</p> <p>3 maanden: DKTP-Hib-(HepB**) en Pneu</p> <p>4 maanden***): DKTP-Hib-(HepB**) en Pneu</p> <p>11 maanden: DKTP-Hib-(HepB**) en Pneu</p> <p>14 maanden: BMR en MenC</p> <p>4 jaar: DKTP</p> <p>9 jaar: DTP en BMR</p> <p>12 jaar: HPV en HepB (zie toelichting)</p> <p>16 jaar: mogelijkheid voor inhaalvaccinaties</p> <p>*) passieve en actieve immunisatie tegen hepB voor kinderen van draagsters, wordt gegeven door de verloskundig hulpverlener</p> <p>**) HepB vaccinatie wordt momenteel alleen gegeven aan kinderen van draagsters, kinderen van wie een van de ouders geboren is in een land waar HepB veel voorkomt en aan kinderen met Down syndroom (zie ook toelichting)</p> <p>***) verschuiving van dit moment naar 4 ½ maand is mogelijk zonder gezondheidsverlies(mondelinge navraag bij Gezondheidsraad commissie RVP).</p> <p>Aanpassing van de richtlijn nodig.</p> |
| Vereiste discipline | Indicatiestelling: minimaal jeugdarts Uitvoering: minimaal DA |

Toelichting

In de nabije toekomst (2009) is te verwachten dat vaccinatie tegen Humaan Papilloma Virus (HPV) wordt ingevoerd bij meisjes op de leeftijd van 12 jaar. Hierbij zal voorlichting noodzakelijk zijn aangezien het preventie betreft van een seksueel overdraagbare ziekte, hetgeen ethisch en maatschappelijk zorgvuldige begeleiding vergt. Individuele "tailored" voorlichting tijdens een contactmoment in combinatie met algemene voorlichting d.m.v. folders e.d. lijkt vooralsnog de beste optie⁶⁶.

Tevens zal de vaccinatie waarschijnlijk worden uitgebreid met HepB voor alle zuigelingen (met DKTP-Hib-HepB vaccin op 2, 3, 4 en 11 maanden). De eerstkomende 12 jaar zal daarbij naar alle waarschijnlijkheid ook een inhaalprogramma uitgevoerd worden bij alle 12 jarigen, bij meisjes bij voorkeur in combinatie met HPV vaccinatie. Beide vaccinaties (3 stuks, met tussenpoos van resp. 1 en ongeveer 5 maanden) kunnen zowel individueel als groepsgewijs gegeven worden, mits voorafgegaan door adequate voorlichting.

| Onderwerp | Scoliose |
|--------------------------------|---|
| Reden / motivatie | Afwijkingen aan de wervelkolom zijn bij kinderen een belangrijke aandoening: met name idiopathische adolescentenscoliose en in mindere mate (hyper)kyphose (ziekte van Scheuermann). De JGZ-screening op houdingsafwijkingen is in de praktijk vooral gericht is op vroegtijdige opsporing van idiopathische adolescentenscoliose. De prevalentie van (lichte) vormen van scoliose is bij 16-jarigen 2-3%. Het doel van vroege opsporing van scoliose is behandeling met een brace, waardoor naar verwachting het verloop minder progressief is en een eventuele operatie kan worden voorkomen. |
| Schade | Het is niet aangetoond dat vroegopsporing in de JGZ en behandeling met een brace leidt tot een minder progressief beloop en minder operaties. Zolang dit niet is aangetoond, blijft ook onduidelijk in hoeverre er schade optreedt wanneer er niet gescreend wordt in de JGZ. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Het is niet duidelijk of vroegtijdige behandeling leidt tot een beter (cosmetisch) eindresultaat en minder operaties. De werkzaamheid van de brace is eveneens niet bewezen. Ook het gehele screeningproces is niet onderzocht via een controlled trial. Onduidelijk is of het doel van de screening wordt bereikt. Om deze reden is de JGZ standaard over dit onderwerp niet geïmplementeerd. |
| Draagvlak | +/- |
| Literatuur | 11, 67, 68, 69 |
| Huidige status in BTP | (per abuis) niet opgenomen in het BTP |
| Advies mbt BTP | Niet opnemen in het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | 11-13 jaar |
| Vereiste discipline | jeugdarts |

Toelichting

In een nederlandse case control studie kon niet worden aangetoond dat screening op scoliose leidt tot minder operaties. Tevens is het werkzame effect van een vroege behandeling met een brace niet overtuigend aangetoond (persoonlijke mededeling van Eveline Bunge, Erasmus MC).

Op basis hiervan concluderen we dat aan twee van de voorwaarden voor de rechtvaardiging van een screeningsprogramma voor scoliose niet overtuigend wordt voldaan (d.w.z. een bewezen meer effectieve vroege behandeling en een reductie in de noodzaak voor operaties). Dit in overweging nemende concluderen wij dat het gerechtvaardigd is om screenen op scoliose vooralsnog af te schaffen. Als uit de trial in de VS mocht blijken dat behandeling met een brace effectief is in het voorkomen van een operatie, dan zal opnieuw moeten worden vastgesteld welke kinderen voordeel zouden kunnen hebben bij een screeningsprogramma, en hoe deze screening georganiseerd zou moeten worden.

Bij het algemeen lichamelijk onderzoek dient op mogelijke houdingsafwijkingen gelet te worden.

| Onderwerp | Spraak- en taalontwikkeling |
|--------------------------------|--|
| Reden / motivatie | <p>Spraak- en taalstoornissen kunnen leiden tot ernstige problemen met de communicatie, met gevolgen op allerlei gebied. Spraak- en taalontwikkelingsstoornissen kunnen leiden tot een taalachterstand. Deze kan echter ook ontstaan bij een gezond kind, als het onvoldoende gestimuleerd wordt in de taalontwikkeling. Een achterstand in spraak- of taalontwikkeling kan ook een eerste uiting zijn van een breder probleem, zoals een algehele ontwikkelingsachterstand of een autisme-spectrumstoornis.</p> <p>Een heel andere groep vormen kinderen die anderstalig opgroeien en een taalachterstand in het Nederlands hebben doordat zij hiermee nog weinig zijn geconfronteerd. Bij deze kinderen is een eventuele achterliggende taalontwikkelingsstoornis moeilijker vast te stellen.</p> |
| Schade | <p>Bij vroegtijdige ontdekking kunnen kinderen en hun ouders geholpen worden, bijv. door taalstimuleringsprogramma's, speciaal onderwijs, logopedie, en begeleiding. Het is ook belangrijk dat ouders weten dat er veel individuele verschillen zijn in de taalontwikkeling, zodat zij zich niet onnodig ongerust maken als hun kind wat trager is.</p> |
| Wetenschappelijke onderbouwing | <p>Vroegtijdige signalering van spraak- en taalachterstand is zinvol. Voor bepaalde expressieve taalstoornissen is de effectiviteit van behandeling aangetoond. Formele screening is momenteel niet zinvol, omdat er geen instrument beschikbaar is, waarvan is aangetoond dat het voldoende sensitief en specifiek is. Signalering (o.b.v. het oordeel van de arts, mede op basis van het ouderoordeel en de kennis over de gezinssituatie) is wel zinvol.</p> <p>Van logopedische screening op de leeftijd van 5 jaar is de effectiviteit niet aangetoond, m.n. door gebrek aan onderzoek. Wel is bekend dat bij zeer veel kinderen (37-55%) afwijkingen worden gevonden, zij het meestal klein. Handhaving van deze screening is niet zinvol. Aansluiting bij bestaande structuren is wenselijk, gezien de lagere kosten.</p> |
| Draagvlak | <p>Vroegsignalering taalontwikkelingsstoornissen 0-6 jr: ja Logopedische screening 5 jr: nee</p> |
| Literatuur | 70, 71, 72 |
| Huidige status in BTP | <p>Monitoring en signalering: opgenomen in het uniform deel van het BTP Voorlichting en begeleiding: opgenomen in het maatwerkdeel van het BTP</p> |
| Advies mbt BTP | <p>Monitoring en signalering: handhaven in het uniform deel van het BTP Voorlichting en begeleiding: opnemen in het uniform deel van het BTP</p> |
| Aantal momenten / tijdstippen | <p><u>0-4 jaar</u></p> <p>Naast het volgen van de spraak- en taalontwikkeling mbv het Van Wiechen onderzoek dient specifiek aandacht te worden besteed aan het onderwerp op de volgende leeftijden:</p> <p>18 mnd 2 jaar <u>5-6 jaar</u></p> <p>Eenmalig signalering spraakstoornissen tijdens bestaand individueel consult. Optimale leeftijd is niet vast te stellen.</p> |
| Vereiste discipline | <p>uitvoering: jeugdverpleegkundige Interpretatie: jeugdarts</p> |

| Onderwerp | Veiligheid |
|--------------------------------|--|
| Reden / motivatie | Bij kinderen van 0-4 jaar worden jaarlijks 44.000 letsels als gevolg van ongevallen in en om huis medisch behandeld, waarvan 23.000 op de SEH. De (directe medische) kosten hiervan bedragen ruim 18 miljoen euro per jaar. Stichting Consument & Veiligheid heeft bij ouders van 0-4 jarigen nagevraagd hoe zij bij voorkeur informatie ontvangen over kinderveiligheid. 'Het consultatiebureau' bleek de meest populaire bron van informatie, gevolgd door genoemde folders. |
| Schade | Lichamelijk letsel, ziekenhuisopname en overlijden door (ten dele) vermijdbare ongevallen. Jaarlijks overlijden gemiddeld 24 kinderen van 0 tot en met 4 jaar als gevolg van een ongeval in en om huis. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Het vermoeden bestaat dat een combinatie van interventie strategieën, zowel op het individu als op de omgeving gericht, het meest effectief is. Snelle en laagdrempelige toegang tot veiligheidsproducten en veiligheidsvoorlichting vergroot de kans op het hebben en gebruiken van veiligheidsmaatregelen. Uit onderzoek naar de effectiviteit van de Veiligheidsinformatiekaarten blijkt dat de veiligheidsinformatiekaarten kunnen bijdragen aan de bevordering van een gedeelte van de veiligheidsgedragingen van jonge kinderen, mits correct verstrekt en toegelicht. Een huisbezoek met individuele voorlichting op maat bevordert de correcte toepassing van veiligheidsmaatregelen. |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 11, 73, 74, 75, 76 |
| Huidige status in BTP | Opgenomen in het maatwerkdeel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Opnemen in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | <u>Veiligheidskaart 0-6 mnd</u> Uitreiken: 1e contactmoment na geboorte (of prenataal) Op terugkomen: eerstvolgende contactmoment <u>Veiligheidskaart 6-12 mnd</u> Uitreiken: 5 mnd Op terugkomen: eerstvolgende contactmoment <u>Veiligheidskaart 1-2 jaar</u> Uitreiken: 9 mnd Op terugkomen: eerstvolgende contactmoment <u>Veiligheidskaart 2-4 jaar</u> Uitreiken: 18 mnd Op terugkomen: eerstvolgende contactmoment |
| Vereiste discipline | JV, evt jeugdarts |

| Onderwerp | Visuele stoornissen |
|--------------------------------|---|
| Reden / motivatie | 2-6% van de kinderen heeft een visuele stoornis. De meest voorkomende stoornissen op jonge leeftijd zijn strabismus en refractiestoornissen. Beiden kunnen leiden tot het ontwikkelen van amblyopie. Er zijn aanwijzingen dat de behandeling van amblyopie effectiever is, naarmate de amblyopie minder lang bestaat. |
| Schade | Amblyopie leidt, onbehandeld, tot een sterk verminderde visus in het aangedane oog. Personen met, onbehandelde, amblyopie hebben ook een sterk verhoogde kans op verlies van visus in het goede oog. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Ja |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 77, 78, 79, 80 |
| Huidige status in BTP | Opgenomen in het uniform deel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Handhaven in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | <u>VOV-onderzoek</u> 1-2 mnd 3-4 mnd 6-9 mnd (met voorkeur voor 9 mnd, gezien betere uitvoerbaarheid) 14-24 mnd <u>Visusbepaling (en VOV-onderzoek)</u> 3 jaar 3¼ - 4½ jaar (met voorkeur rond 4½ jaar, gezien betere uitvoerbaarheid) 5½-6½ jaar (groep 2) |
| Vereiste discipline | <u>Uitvoering screening</u> 0-2 jaar: jeugdarts 3-4 jaar: JV 5-6 jaar: DA <u>Verwijzing</u> Alle leeftijden: jeugdarts |

| | |
|--------------------------------|--|
| Onderwerp | Voeding, inclusief vitamine D en K |
| Reden / motivatie | Gezonde voeding is essentieel voor een normale groei en ontwikkeling van een kind en voor behoud van gezondheid. Kennis over gezonde voeding is bij veel ouders onvoldoende. Aanvulling met vitamine D en K is op bepaalde leeftijden belangrijk om ernstige gezondheidsproblemen te voorkomen. Monitoring van borstvoeding is nodig om voedingsadviezen te kunnen afstemmen op de behoefte van ouders en kind. Signalering en correcte diagnose van koemelkeiwitalergie is een taak van de JGZ. |
| Schade | Te weinig, teveel of verkeerde voeding kan leiden tot ondervoeding, overvoeding (en daarmee overgewicht of obesitas) of deficiënties, met verhoogde kans op infecties, rachitis en anemie tot gevolg. Overgewicht en obesitas kunnen leiden tot een scala aan gezondheidsproblemen. Onvoldoende aandacht voor hygiëne bij het klaarmaken van flesvoeding kan leiden tot infecties, hetgeen bij jonge zuigelingen ernstige gevolgen kan hebben. Onvoldoende aandacht voor koemelkeiwitalergie in de JGZ kan leiden tot onnodige medische consumptie en hoge uitgaven door onterecht gebruik van dieetvoedingen. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Ja |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 81, 82, 83, 84 |
| Huidige status in BTP | Monitoring: opgenomen in het uniform deel van het basistakenpakket Voorlichting: opgenomen in het maatwerkdeel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Monitoring: handhaven in het uniform deel van het basistakenpakket Voorlichting: opnemen in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | 3-5 dagen na vertrek kraamverzorging 4 ^e wk 6 ^e wk 9-11 weken (afh van wanneer M weer gaat werken) 4 mnd 5 mnd 6 mnd 7 mnd 9 mnd 12 mnd 18 mnd 2 jaar 4 jaar 6 jaar 9 jaar 12 jaar 16 jaar |
| Vereiste discipline | Advisering normale voeding: jeugdverpleegkundige Signalering en diagnose van voedingsgerelateerde gezondheidsproblemen, waaronder koemelkeiwitalergie: jeugdarts |

| Onderwerp | Voorkeurshouding |
|--------------------------------|--|
| Reden / motivatie | Plagiocephalie ten gevolge van voorkeurshouding bij zuigelingen wordt door veel klinici gezien als een puur cosmetisch probleem. Echter, deze gezichtsvervormende afwijking kan leiden tot fysieke en psychosociale problemen. Ouders vrezen dat onaantrekkelijke gelaatsstrekken zullen leiden tot ongewenste effecten als pesten en lage zelf-perceptie. |
| Schade | Er is een relatie gevonden tussen plagiocephalie en gehoorsstoornissen, mandibula asymmetrie en gezichtsveld defecten. Een causaal verband is echter niet aangetoond. Wanneer in de JGZ geen of onvoldoende aandacht besteed wordt aan plagiocephalie, kan dit leiden tot een verminderd vertrouwen van ouders in de (deskundigheid van de) JGZ. Zij gaan ervan uit dat de JGZ 'waakt' over de gezondheid van hun kind en 'onbeschadigde' gelaatsstrekken zijn een zichtbaar en dus belangrijk onderdeel daarvan. |
| Wetenschappelijke onderbouwing | Recentelijk is in gerandomiseerd onderzoek aangetoond dat een (maximaal) 4 maanden durend gestandaardiseerd kinderfysiotherapeutisch behandelprogramma positief effect heeft op plagiocephalie bij zuigelingen met voorkeurshouding. De effectiviteit van helmtherapie is niet aangetoond. |
| Draagvlak | ? |
| Literatuur | 85 |
| Huidige status in BTP | Signalering: opgenomen in het uniform deel van het BTP Voorlichting: opgenomen in het maatwerkdeel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Signalering: handhaven in het uniform deel van het BTP Voorlichting: opnemen in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | 2 wk 1 mnd 2 mnd 3 mnd |
| Vereiste discipline | Voorlichting mbt voorkómen van voorkeurshouding: JV Signalering voorkeurshouding: JA of JV Lichamelijk onderzoek en verwijzing: JA |

| Onderwerp | Wiegendood |
|--------------------------------|---|
| Reden / motivatie | <p>De prevalentie van wiegendood in Nederland is thans laag in vergelijking met andere geïndustrialiseerde landen. Maar zonder voortgaande preventie programma's is de kans op vermindering van de aandacht voor en kennis van de risicofactoren van wiegendood aanzienlijk met alle gevolgen van dien.</p> <p>Ook vergt de bekendmaking van nieuwe bevindingen en inzichten, zoals ten aanzien de risicofactoren als het roken tijdens de zwangerschap, het samen in één bed slapen, de onderschatte invloed van warmtestress, de mogelijke invloed van verandering van omgeving in een kinderdagverblijf, ook een voortdurende activiteit op het terrein van de preventie van wiegendood</p> |
| Schade | Overlijden van zuigelingen |
| Wetenschappelijke onderbouwing | <p>Ottolini e.a. (1999) constateerden in een prospectief onderzoek dat ouders zonder herhaalde instructie in de loop van het eerste half jaar steeds vaker buikligging van de baby gingen toepassen, meestal met als reden een verbetering van de slaapkwaliteit van de baby. Buikligging nam toe van 12 % naar 32 %. Moon e.a. (2004) pasten tijdens de kraambedperiode eenmalige instructie van de ouders toe in kleine groepen en stelden na 6 maanden vast dat buikligging in de interventiegroep beperkt bleef tot 6,5 % (in de contrôlegroep 15 %) en samen in één bed slapen in de laatste nacht was 15,8 % (in de contrôlegroep 44,2 %). De informatie via brochures en via de media is dus lang niet zo effectief als via een persoonlijke benadering via wijkverpleegkundigen en consultatiebureau-artsen, die ouders systematisch informeren over de preventie van wiegendood.</p> |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 86 |
| Huidige status in BTP | Opgenomen in het maatwerkdeel van het BTP |
| Advies mbt BTP | Opnemen in het uniform deel van het BTP |
| Aantal momenten / tijdstippen | 14 dg, 1 mnd, 2 mnd, 3 mnd, 4 mnd, 6 mnd, 9 mnd, 12 mnd |
| Vereiste discipline | JV |

| Onderwerp | Zindelijkheid |
|--------------------------------|--|
| Reden / motivatie | <p>Gemiddeld is ongeveer 75% van alle driejarigen overdag zindelijk en 50% zelfs dag en nacht. Van de vierjarigen is 98% overdag zindelijk en 75% dag en nacht. Met 6 jaar zijn de meeste kinderen dag en nacht zindelijk.</p> <p>Veel ouders hebben behoefte aan adviezen van de JGZ rondom zindelijkheid(straining), waarschijnlijk mede door de grote variatie in leeftijd waarop kinderen zindelijk worden en de druk die ouders ervaren vanuit de sociale omgeving. Hoewel bedplassen veel voorkomt, wordt het zowel door de ouders als de kinderen als groot probleem beschouwd. Door kinderen wordt het gezien als een van de meest dramatische gebeurtenissen in hun leven, na ruzie tussen ouders en echtscheiding.</p> |
| Schade | <p>Ouders zien vertraagde zindelijkheid als een groot (opvoedings)probleem en het kan voor onnodige irritaties zorgen in de ouder-kindrelatie. Veel ouders voelen het als falen als hun kind niet 'op tijd' zindelijk wordt.</p> <p>Onzindelijkheid en ook bedplassen kan leiden tot een grote psychosociale belasting, naast hoge uitgaven aan wegwerpluiers. Onzindelijkheid op een leeftijd waarop zindelijk zijn de norm is, kan ook wijzen op mishandeling of seksueel misbruik.</p> |
| Wetenschappelijke onderbouwing | <p>Aangetoond is dat bedplassen leidt tot psychosociale problemen, dat behandeling met plaswekker of droogbedtraining effectief is en dat psychosociale problemen daarna afnemen. Ook is aangetoond dat advisering door de JGZ leidt tot minder onzindelijke kinderen.</p> |
| Draagvlak | Ja |
| Literatuur | 87, 88, 89, 90 |
| Huidige status in BTP | <p>Monitoring en signalering: opgenomen in het uniform deel van het BTP</p> <p>Voorlichting en Interventie: opgenomen in maatwerkdeel van het BTP</p> |
| Advies mbt BTP | <p>Monitoring en signalering: handhaven in het uniform deel van het BTP</p> <p>Voorlichting en Interventie: opnemen in het uniform deel van het BTP</p> |
| Aantal momenten / tijdstippen | <p>Vanuit het ontwikkelingsproces van een kind bezien, kunnen de volgende leeftijden overwogen worden:</p> <p>2 jaar</p> <p>3 jaar</p> <p>4 jaar</p> <p>5-6 jaar</p> |
| Vereiste discipline | <p>Jeugdarts: uitsluiten medische oorzaak onzindelijkheid en lichamelijk onderzoek</p> <p>JV: begeleiding en advisering</p> |

C Preventieve zorg in het buitenland, per land, 2008

Australië

Uitvoering: geen “national framework”; wel enig consensus maar organisatie op state niveau waardoor veel variatie(ook binnen een staat). Uitvoering door maternal and child health or maternity nurses. Succesvol program in Victoria.(99% bereik huisbezoek binnen 2 weken na geboorte).

Inhoud: (bijzonderheden):

“Monitoring of health and development” ondanks ontbreken van “evidence for routine screening of developmental, behavioural or psychological problems”

Contactmomenten:

volgens een schema tussen 0 en 5 jaar. Bereik daalt bij kleuters. Geen overdracht naar school nurses.

Literatuur:

Prof Frank Oberklaid, persoonlijke mededeling, oktober 2008

Child health screening and surveillance: a critical review of the evidence. Centre for Community Child Health, Royal Children’s Hospital, Melbourne, for the National Health and Medical Research Council, maart 2002

Community Paediatric Review, april 2003

Community Paediatric Review, December 2007

Moyer VA, Butler M. Gaps in the evidence for Well-Child Care: A challenge to our profession. Pediatrics 2004;114;1511-1521

Kuo AA, Inkelas M, Maidenberg MSW, Lotstein DS, Samson KM, Halfon N. Pediatricians’ roles in the provision of developmental services: an international study. Submitted for publication, November 2008.

Duitsland

Uitvoering: Kinderartsen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin; Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte; Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin)

Inhoud:

(bijzonderheden):
Vorsorge und Früherkennungsprogramm (“Gelbe Heft”, wordt herzien sinds 2001).

Contactmomenten:

10 x tussen 0 en 5 jaar: 1e dag; 3e-8e dag; 3e-4e week; 3e-4e maand; 6e-7e maand; 11e-12e maand; 22e-24e maand; 36e-38/40e maand; 46e-48e maand (43-50); 62e-64e maand (58-66).

Literatuur

www.dgkj.de/35.html

Grüters-Kieslich A, Kahl HJ, Schlack HG, Strassburg H-M. Manual für die Vorsorgeuntersuchungen im Kindesalter. Entwurf mit Arbeitsstand vom 28.09.2007. Vertraulich, nur zur internen Verwendung.

Frankrijk

Uitvoering: public health nurses en kinderartsen; “pédiatre de ville”
 Conseil National de la Pédiatrie
 Association Francaise de Pédiatres Ambulatoires
 Collège des Pédiatres des Hospitaux Généraux
 Collège des Professeurs de Pédiatrie
 Société Francaise de Pédiatrie
 Syndicat National des Pédiatres et Etablissements Hospitaliers
 Syndicat National des Pédiatres Français

Inhoud: Alle kinderen tot 18 jaar
 ?

Contactmomenten:
 ?

Literatuur: www.SyndicatNationaldesPédiatresFrancais

Kuo AA, Inkelas M, Maidenberg MSW, Lotstein DS, Samson KM, Halfon N. Pediatricians’ roles in the provision of developmental services: an international study. Submitted for publication, November 2008.

Kroatië

Uitvoering: 0-5 jaar
 6,5-18,5 jaar: Schoolgezondheidsdienst in 21 County Institutes of Public Health, gecoördineerd door National Public Health Institute. 155 medical teams bestaande uit schoolarts (3 jaar specialisatie) en schoolverpleegkundige

Inhoud: (bijzonderheden):
 school health services voeren 5 “regular examinations” uit en minstens 2 “specific examinations (voor vaccinaties; sport; voor schoolentree).
 Naast alle bekende zaken wordt ook gescreend op anemie, hypercholesterolaemie, kleurzien, gehoor bij 14 en 15 jaar, bloeddruk.

Contactmomenten:
 7 contactmomenten tussen 6,5 en 19 jaar (6,5; 9,5 (specific), 11,5; 12,5 (specific); 14,5; 15,5; 19,5 jaar).

Literatuur: K.Hoppenbrouwers, V.Juresa, M.Kuzman, M.Juricic (eds) Prevention of overweight and obesity in childhood. A guideline for School Health Care. Chapter 4. Karel Hoppenbrouwers, Vesna Juresa, Mojca Juricic and Marina Kuzman. Outline of legal and organizational context of school health care. 2007, Katholieke Universiteit Leuven, Flemish Society for Youth health care, Croatian Medical Association, University of

Zagreb, Croatian National Institute of Public Health, University of Ljubljana,
Slovenian Medical Association, European Union for School and University Health

Oostenrijk

Uitvoering: 0-4 jaar: Kostenlose Mutter-Kind-Pass-Untersuchung door kinderarts
Österreichischen Gesellschaft für Kinder und Jugendheilkunde
4-18 jaar: ?

Inhoud: (bijzonderheden):

(Leitfaden september 2000):
4-6 weken: screening dysplastische heupontwikkeling (“orthopedisch onderzoek”)
(0-4 weken: ultrasound onderzoek heupen op indicatie)
12-16 weken: screening ultrasound heupen
3-5 maanden: screening gehoor
7-9 maand: screening neuroblastoom ogen
10-14 maanden: screening ogen
22-26 maanden: screening spraak-taal vlgS Sedlak
Telkens: algemene indruk, anamnese, voeding, lichamelijk onderzoek, biometrie,
moeder-kindinteractie, ontwikkelind, hart, ogen, oren, veiligheid, richtlijn “verzorging
van zuigelingen”, richtlijn voedingsadvies,
vaccinaties

Contactmomenten:

Pasgeborene eerste week: kinderarts: neonataal onderzoek
4-6 weken;
3-5; 7-9; 10-14; 22-26;34-38;46-50 maanden;
58-62 maanden: Schuleinstieguntersuchung”

Literatuur:

www.docs4you.at/Content.Node/Vorsorgemedizin/Mutter-Kind-Pass
Österreichische Ärztezeitung 172.10 September 2000
(website Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin)

Slovenia

Uitvoering: Health centre/ school dispensary (“Public dispensaries”)
(School doctor and school nurse)
School health services (schoolartsen, kinderartsen, enkele GP’s)

Inhoud: (bijzonderheden):

Een aantal systematische check-ups en een programma met gezondheidsvoorlichting..
Gehoortest 6 x; lab onderzoek (bloed en urine) 3 x; lengte en gewicht 7 x; kleurzien
test 8 jaar

Contactmomenten:

7 contactmomenten (“systematic check-up”) tussen 6 en 19 jaar (5,5; 6,5; 8,5
(specific); 10,5; 12,5; 15,5; 17,5 jaar)
13 leeftijdsmomenten waarop counselling en health education plaatsvindt.

Literatuur: K.Hoppenbrouwers, V.Juresa, M.Kuzman, M.Juricic (eds) Prevention of overweight and obesity in childhood. A guideline for School Health Care. Chapter 4. Karel Hoppenbrouwers, Vesna Juresa, Mojca Juricic and Marina Kuzman. Outline of legal and organizational context of school health care. 2007, Katholieke Universiteit Leuven, Flemish Society for Youth health care, Croatian Medical Association, University of Zagreb, Croatian National Institute of Public Health, University of Ljubljana, Slovenian Medical Association, European Union for School and University Health

Verenigde Staten van Amerika

Uitvoering: kinderarts (verzekerde zorg). Ongeveer 70 % van alle kinderen krijgt adequate preventieve zorg. Huidige hoeveelheid tijd (18 min) en vergoeding onvoldoende om gehele programma uit te voeren.

Inhoud: (bijzonderheden):

Screening neonataal (hielprik): alles conform State law, incl Hb
Screening bloeddruk vanaf 3 jaar jaarlijks
Lichamelijk onderzoek van de pasgeborene: standaard.
Screening loodgehalte bloed: 12, 24 maanden in risicogebieden
Screening dyslipidemie: vanaf 18 jaar
“Anticipatory guidance: telkens

Contactmomenten:

prenataal; pasgeborene; 3^e-5^e dag; 48-72 uur na ontslag uit ziekenhuis; 1,2,4,6,9,12,15,18,24, 30 maanden; 3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19,20 jaar

Literatuur: Recommendations for Preventive Paediatric Health Care (“Bright Futures”) AAP december 2007. Pediatrics 2007, 120; 1376.

Schor EL. The Future Pediatrician: Promoting Children’s Health and Development. J Pediatr 2007;151:S11-S16

Moyer VA, Butler M. Gaps in the Evidence for Well-Child Care: a challenge to our Profession. Pediatrics 2004;114:1511-1521

Kuo AA, Inkelas M, Lotstein DS, Samson KM, Schor EL, Halfon N. Rethinking Well-Child Care in the United States: An International Comparison. Pediatrics 2006; 118:1692-1702

Early Childhood Systems 2006 (ICECS); Commonwealth Fund Website, Kuo AA, Inkelas M, Maidenberg MSW, Lotstein DS, Samson KM, Halfon N. Pediatricians’ roles in the provision of developmental services: an international study. Submitted for publication, November 2008.

Halfon N, Russ S, Oberklaid F, Bertrand JME, Eisenstadt N. An international comparison of early childhood initiatives: from services to systems. Policy Brief 2008; report of the *International Collaborative on Early Childhood Systems (ICECS) 2004-2006.*

Verenigd Koninkrijk

Uitvoering: The Child Health Promotion Programme 0-5 years; update of Standard One, (incorporating Standard Two) of the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services (2004):
 - Primary care trusts (PCTs); local authorities; practice-based commissioners; providers of services in pregnancy and the first (5) years of life (Sure start children's centres, GP's, midwives, health visitors (specialized public health/community nurses) and others)

NB: "Sure start children's centres are more effective when they work in partnership with health services: (NAO, 2006)

Inhoud: (bijzonderheden):

Newborn hearing test; physical examination within the first 72 hours; newborn metabolic screening (hielprik); immunisations; developmental reviews and surveillance; assessing growth; social and emotional development; spraak-taal, hechting, visus, gehoor; information and guidance to support parenting and healthy choices.

Nieuw in deze update:

Opvoedingsondersteuning; ontwikkeling (neurologisch en psychomotorisch); gehoorscreening pasgeborene; hielprikscreening uitgebreid; vaccinaties; veiligheid

Contactmomenten:

Competent physical examination should be undertaken for all newborn infants and at 6-8 weeks, and thereafter whenever there is cause for concern about a child's health or wellbeing.

Direct na geboorte: vaststellen zorgbehoefte; eventueel vaccinatie HepB

0-72 uur: lichamelijk onderzoek pasgeborene inclusief ogen, hart, heupen, testes

Dag 3: hielprik; gewicht; algemene gezondheid; Vitamine K

Eerste week: advies slaaphouding

14 dagen: "new baby review"

6-8 weken: lichamelijk onderzoek ("comprehensive physical examination")

Week 1-8: extra aandacht voor borstvoeding

Bij elke vaccinatie: "parents should have the opportunity to raise concerns"

NB: in het eerste levensjaar gaan zuigelingen gemiddeld ook nog 6 keer naar de huisarts!!

Literatuur:

Hall and Elliman, 2006. Health for all Children

Guidance from the National Institute for Health and Clinical Evidence (NICE)

University of Warwick. Review of health-led parenting programmes.

Cross Government Obesity Unit 2008: recommendations that are based on expert consensus

The Child Health Promotion Programme; pregnancy and the first five years of life. Update of Standard One (incorporating Standard Two) of the National Service Framework for Children, Young People and Maternity Services (2004); Department of Health, department for children, schools and families.

www.nsc.nhs.uk/ch_screen/child_ind.htm downloaded 2008

Kuo AA, Inkelas M, Maidenberg MSW, Lotstein DS, Samson KM, Halfon N. Pediatricians' roles in the provision of developmental services: an international study. Submitted for publication, November 2008.

Vlaanderen

Uitvoering: 0-3 jaar Kind en Gezin
3-19 jaar Centra voor Leerlingbegeleiding

Inhoud (bijzonderheden):

Vaccinaties: inclusief HBV algemeen zuigelingen en Rota

Screeningen: inclusief gehoor kleuters; gehoor adolescenten: onderzoek gaande naar effectiviteit en uitvoerbaarheid

Overige: opvoedingsondersteuning; gezondheidsbevordering (voeding, verzorging, veiligheid, SOA's, verslaving)

Contactmomenten:

| | |
|-----------|---|
| Momenteel | 2,4,6,10 weken huisbezoek (n=4) |
| | 2,3,4,5,7,10,12,15,30 maanden consult (n=9) |
| | 3,5; 4,5; 6,5; 8,5; 10,5; 12,5; 14,5 jaar consult (n=7) |

NB Er wordt een actualisering van het programma en de contactmomenten voorbereid in een twee-jarig traject. De Nederlandse bevindingen zullen daarbij worden gebruikt (persoonlijke mededeling Prof. Karel Hoppenbrouwers tijdens overleg Antwerpen, 1 september 2008).

Literatuur: K.Hoppenbrouwers en K.Broeckaert. Jeugdgezondheidszorg in Vlaanderen. Praktijkboek JGZ, update juli 2008.

Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg VZW. Jeugdgezondheidszorg in Centra voor Leerlingbegeleiding; een werkdocument ter voorbereiding van een advies. 21 januari 2008.

K.Hoppenbrouwers, V.Juresa, M.Kuzman, M.Juricic (eds) Prevention of overweight and obesity in childhood. A guideline for School Health Care. Chapter 4. Karel Hoppenbrouwers, Vesna Juresa, Mojca Juricic and Marina Kuzman. Outline of legal and organizational context of school health care. 2007, Katholieke Universiteit Leuven, Flemish Society for Youth health care, Croatian Medical Association, University of Zagreb, Croatian National Institute of Public Health, University of Ljubljana, Slovenian Medical Association, European Union for School and University Health.

Zwitserland

Uitvoering: 0-14 jaar: kinderartsen in huispraktijk of gezondheidscentrum
Inhoud: individueel bepaald

Contactmomenten: 10 “Vorsorge Untersuchungen” van pasgeborene tot 14 jaar.
“Präventiv medezin für Jugendlicher” tussen 10 en 20 jaar

Literatuur: Nicole Pellaud. Schweizerischen Gesellschaft für Pädiatrie zum Projekt eines Gesetzes für Prävention und Gesundheitsförderung. Paediatrica 2008; 19: 16.

D Overzicht gewenst nader onderzoek

Gedurende het project kwamen een aantal onderwerpen voor nader onderzoek naar voren. De hierna volgende opsomming kan niet beschouwd worden als compleet. Ook is het aanbrengen van prioritering niet mogelijk binnen de context van dit project. Deze lijst is slechts bedoeld als overzichtelijke samenvatting van de aanbevelingen voor nader onderzoek die her en der in het rapport terug te vinden zijn:

- onderzoek naar de effectiviteit van het JGZ-programma als geheel
- onderzoek naar het effect van invoering van dit nieuwe contactmomentenschema:
 - onderzoek naar het effect van vervroeging van het contactmoment in de 4^e week naar 3 weken en invoering van een extra contactmoment op de leeftijd van 5 weken op de borstvoedingscijfers en op excessief huilen
 - onderzoek naar het effect van invoering van een extra contactmoment op de leeftijd van 2 ½ jaar op met name de pedagogische advisering en opvoedingsproblemen (NB in een aantal regio's is dit contactmoment gehandhaafd of wordt op afzienbare tijd weer ingevoerd; dit schept mogelijkheden voor begeleidend onderzoek)
 - onderzoek naar het effect van een extra contactmoment op de leeftijd van 16 jaar op de gezondheidsstatus van jongeren
 - Onderzoek naar de effecten van 'triage' door doktersassistentes bij reguliere contactmomenten in de JGZ 4-19 jaar.
- onderzoek naar de effectiviteit van de opsporing van hydrocephalus door middel van het regelmatig meten van de hoofdomtrek bij zuigelingen
- onderzoek naar de effectiviteit van de opsporing van perceptief gehoorverlies door middel van neonatale gehoorscreening en naar het aantal kinderen waarbij na de geboorte alsnog een perceptief gehoorverlies optreedt (met als doel na te gaan of afschaffing van de kleuteraudiometrie mogelijk is)
- onderzoek naar de effectiviteit en doelmatigheid van advisering over (preventie van) gehoorschade bij adolescenten
- onderzoek naar een geschikt instrument voor het onderzoeken van de motoriek bij kleuters en de effectiviteit van dit onderzoek
- besliskundig en zonodig gerandomiseerd onderzoek naar de uitkomsten van expectatief beleid tot de puberteit versus vroeg operatief ingrijpen bij verworven niet scrotale testis, en van vroeg (voor de eerste verjaardag) versus later (voor de tweede verjaardag) operatief ingrijpen bij aangeboren niet-scrotale testis
- onderzoek naar de effectiviteit van prenataal huisbezoek door de jeugdverpleegkundige voor advisering, begeleiding en signalering
- onderzoek naar de effectiviteit van opsporen behoefte aan leefstijl-voorlichting via vragenlijst ("tailored" individuele voorlichting)

E ‘Oude’ contactmomentenschema’s (1998, 2003 en 2008)

Het ABC-rapport uit 2008 is te downloaden via de volgende link:

<http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/images/Rapport%20ABC%20def.pdf>

De richtlijn contactmomenten uit 2003 is te downloaden via de volgende link:

<http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid/images/Richtlijn%20Contactmomenten.pdf>

Het contactmomentenschema uit 1998 is opgenomen op de drie volgende bladzijden.

| CONTACTMOMENTEN MET JEUGD VAN 0 TOT 4 JAAR | | | | | | | | |
|--|---|---|--|--|--|--|--|----------------------|
| 5-7 dgn. PKUCHT | 14 dgn. gezinssamenstelling erlijke belasting bepalen risicogroep geboorte/zwanger- schapsduur/geboorte- gewicht/vagarscore | 1 mnd | 2 mnd | 3 mnd | 4 mnd | 5 mnd | 6 mnd | |
| | | hart/vaat/aandoeningen syndromale verschijnselen hydro-/microcephalus | vacc. DKTP/HIB hydro-/microcephalus | hart/vaat/aandoeningen vacc. DKTP/HIB hydro-/microcephalus | vacc. DKTP/HIB hydro-/microcephalus | hydro-/microcephalus | hydro-/microcephalus | |
| | | open getremelte font collis strabismus lenscatract coloboma fistels herniae voetstandaafwijkingen hypo-/epispadie synecchia vulvae hydro-/varicocele groei groei stoornissen testis maldescensus koemelkewitalergie astma heupluxatie | groeistoornissen koemelkewitalergie | groeistoornissen heupdysplasie koemelkewitalergie astma | groeistoornissen heupdysplasie koemelkewitalergie astma | strabismus | hydro-/microcephalus | hydro-/microcephalus |
| | | voorgeschiedenis lichamelijke verschijning ontwikkeling (Van Wiechen) functies zorgbehoefte adequate zorg | voorgeschiedenis lichamelijke verschijning ontwikkeling (Van Wiechen) functies zorgbehoefte adequate zorg risicogroep voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding speelgoed ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden kinderopvang verblijf buitenland bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | voorgeschiedenis lichamelijke verschijning ontwikkeling (Van Wiechen) functies zorgbehoefte adequate zorg risicogroep voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding speelgoed ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden kinderopvang verblijf buitenland bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | voorgeschiedenis lichamelijke verschijning ontwikkeling (Van Wiechen) functies zorgbehoefte adequate zorg risicogroep voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding speelgoed ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden kinderopvang verblijf buitenland bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | voorgeschiedenis lichamelijke verschijning ontwikkeling (Van Wiechen) functies zorgbehoefte adequate zorg risicogroep voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding speelgoed ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden kinderopvang verblijf buitenland bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | voorgeschiedenis lichamelijke verschijning ontwikkeling (Van Wiechen) functies zorgbehoefte adequate zorg risicogroep voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding speelgoed ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden kinderopvang verblijf buitenland bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | |
| | | | groeistoornissen heupdysplasie koemelkewitalergie | groeistoornissen heupdysplasie koemelkewitalergie astma | groeistoornissen heupdysplasie koemelkewitalergie astma | groeistoornissen heupdysplasie koemelkewitalergie astma | groeistoornissen heupdysplasie koemelkewitalergie astma | |
| | | | voorgeschiedenis lichamelijke verschijning ontwikkeling (Van Wiechen) functies zorgbehoefte adequate zorg risicogroep voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding speelgoed ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden kinderopvang verblijf buitenland bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | voorgeschiedenis lichamelijke verschijning ontwikkeling (Van Wiechen) functies zorgbehoefte adequate zorg risicogroep voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding speelgoed ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden kinderopvang verblijf buitenland bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | voorgeschiedenis lichamelijke verschijning ontwikkeling (Van Wiechen) functies zorgbehoefte adequate zorg risicogroep voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding speelgoed ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden kinderopvang verblijf buitenland bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | voorgeschiedenis lichamelijke verschijning ontwikkeling (Van Wiechen) functies zorgbehoefte adequate zorg risicogroep voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding speelgoed ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden kinderopvang verblijf buitenland bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | voorgeschiedenis lichamelijke verschijning ontwikkeling (Van Wiechen) functies zorgbehoefte adequate zorg risicogroep voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding speelgoed ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden kinderopvang verblijf buitenland bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | |

| CONTACTMOMENTEN MET JEUGD VAN 4 TOT 19 JAAR | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-------------------|-------------------|---|--------------------|--------------------|-------------------|-------------------|--|-------------------|---|---------|---------|---------|--|
| groep 1 4 jaar | groep 2 5 jaar | groep 3 6 jaar | groep 4 7 jaar | groep 5 8 jaar | groep 6 9 jaar | groep 7 10 jaar | groep 8 11 jaar | klas 1 12 jaar | klas 2 13 jaar | klas 3 14 jaar | klas 4 15 jaar | 16 jaar | 17 jaar | 18 jaar | 19 jaar | |
| DKTP | visusafwijkingen amblyopie gehoorafwijkingen groei scoliose spraketaal/stem groei stoornissen mondgezondheid voorgeschiedenis lichamelijke verslapping ontwikkeling functies zorgbehoefte adequate zorg risicobepaling voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding speelgoed/vrije tijd ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden onderwijs bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | visusafwijkingen kleuren zien vacc. BMR DTP groei sofiose, etc. astma groei stoornissen mondgezondheid voorgeschiedenis ontwikkeling functies zorgbehoefte adequate zorg risicobepaling voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding vrije tijd/verenigingen ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden genees/genotmiddelen onderwijs bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | | | visusafwijkingen kleuren zien vacc. BMR DTP groei sofiose, etc. astma groei stoornissen mondgezondheid voorgeschiedenis ontwikkeling functies zorgbehoefte adequate zorg risicobepaling voeding verzorging veiligheid ouderschap/opvoeding vrije tijd/verenigingen ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) relaties/vriendschap vaccinaties klachten behandelmogelijkheden genees/genotmiddelen onderwijs bewegen overmatige zorg verwaarlozing mishandeling (seksueel) onveiligheid niet-hygiënische woonst. | | | | | gehoor groei voorgeschiedenis ontwikkeling functies zorgbehoefte adequate zorg risicobepaling voeding veiligheid vrije tijd/verenigingen ontwikkelingsfasen rijping (seksueel) SOA-preventie anticonceptie relatie/peers/ouders vaccinaties klachten behandelmogelijkheden genees/genotmiddelen onderwijs mishandeling (seksueel) onveiligheid | | gezondheidsinformatie expliciet contactaanbod SOA-preventie anticonceptie genees/genotmiddelen inhaalvaccinale beroepskeuze | | | | |