

rol van het gezin bleef daarbij onderbelicht en gezinsgerichte programma's als Opstap kwamen in de verdrinking. Onze positieve bevindingen en de resultaten uit het eerdere onderzoek naar Boekenbas wijzen er echter op dat het zinvol is om in de voor- en vroegschoolse periode ook te investeren in de ondersteunende kracht van gezinnen.

## Literatuur

1. Buskop-Kobussen MPH, Nijeboer-Kuperus GJ. Stimulering van de spraaktaalontwikkeling met het programma 'Boekenbas'. Tijdschr JGZ. 2002;2:36-9.
2. Bunge-van Lent FCGM, Kleij-van Rossum A van, Bodegom S van, Rekers-Mombarg LTM, Boere-Boonekamp MM. De invloed van Boekenbas op de spraaktaalontwikkeling van kinderen van nul tot vier jaar. Eindrapport. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2006.
3. Griffin EA, Morrison FJ. The unique contribution of home literacy environment to differences in early literacy skills. *Early Child Dev Care*. 1997;127/128:233-43.
4. Steensel R van. Voor- en vroegschoolse stimuleringsactiviteiten en ontwikkeling van geletterdheid. Amsterdam: Aksant; 2006.
5. Scarborough HS, Dobrich W. On the efficacy of reading to preschoolers. *Dev Review*; 1994;14:245-302.
6. Bus AG, Ijzendoorn MH van, Pellegrini AD. Joint book reading makes for success in learning to read. A meta-analysis on intergenerational transmission of literacy. *Rev Educ Res*. 1995;65:1-21.
7. Weinberger J. A longitudinal study of children's early literacy experiences at home and later literacy development at home and school. *J Res Read*. 1996;19:14-24.
8. Wood C. Parent-child pre-school activities can affect the development of literacy skills. *J Res Read*. 2002;25:241-58.
9. Steensel R van. Relations between socio-cultural factors, the home literacy environment and children's literacy development in the first years of primary education. *J Res Read*. 2006;29:367-82.
10. Burgess SR, Hecht SA, Lonigan CJ. Relations of the home literacy environment (HLE) to the development of reading-related abilities. A one-year longitudinal study. *Read Res Q*. 2002;37:408-26.
11. Baker L, Scher D, Mackler K. Home and family influences on motivations for reading. *Educ Psychol*. 1997;32:69-82.
12. Britto PR, Brooks-Gunn J. Beyond shared book reading. Dimensions of home literacy and low-income African American preschoolers' skills. *New Dir Child Adolesc Dev*. 2001;92:73-90.
13. Bunge-van Lent FCGM, Kleij van van Rossum A, Bodegom S van, Rekers-Mombarg, LTM, Boere-Boonekamp MM. De invloed van Boekenbas op de spraaktaalontwikkeling van 0- tot 4-jarigen. Tijdschr JGZ. 2007;39:52-6.
14. Morrow LM, Young J. A family literacy program connecting school and home. Effects on attitude, motivation, and literacy achievement. *J Educ Psychol*. 1997;89:736-42.
15. Bevans B, Furnish B, Ramsey A, Talsma S. Effective strategies for home-school partnerships in reading [ongepubliceerde masterthesis]. Chicago, IL: Saint Xavier University; 2001.
16. Needlman R, Silverstein M. Pediatric interventions to support reading aloud. How good is the evidence? *J Dev Behav Pediatr*. 2004;25:352-63.
17. Buuren S van. Multiple imputation of discrete and continuous data by fully conditional specification. *Stat Methods Med Res*. 2007;16:219-42.



L. de Vries, M.M. Boere-Boonekamp, A.J. Klein Ikkink, L.J. Boomsma, J. Heetman-Cleton, M. Kamphuis, C.M. Lobo, P. Mentink, I. Middeldorp, L.F. van Raalte en B.E. van Sleuwen

## Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak Enuresis nocturna

Dit artikel is tevens gepubliceerd in *Huisarts en Wetenschap* 2011;(54)4:S5-9.

### Inbreng van het kind en zijn ouders

Een LESA geeft aanbevelingen voor samenwerking en werkafspraken tussen huisartsen en andere eerstelijns-hulpverleners. Doel is dat het kind en zijn ouders in de eerste lijn op het juiste moment de juiste hulp krijgen met behoud van de continuïteit in de zorg.

Hulpverleners in de eerste lijn stellen altijd in samenwerking met het kind en/of zijn ouders het beleid vast en stemmen hun behandeling af op de hulpvraag van het kind. Zij houden daarbij rekening met zijn specifieke omstandigheden. Om praktische redenen staat dit niet overal expliciet in de LESA vermeld. Hulpverleners

*Namens het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)*: L.J. Boomsma, A.J. Klein Ikkink, C.M. Lobo, L.F. van Raalte, L. de Vries, allen huisarts.

*Namens de arts en Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)*: M.M. Boere-Boonekamp en J. Heetman-Cleton, beiden arts maatschappij en gezondheid profiel JGZ; M. Kamphuis, jeugdarts KNMG en B.E. van Sleuwen, bioloog. *Namens de Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (VV&VN)*: P. Mentink, verpleegkundig specialist preventie en I. Middeldorp, jeugdverpleegkundige.

erkennen de eigen verantwoordelijkheid van de ouders en zo mogelijk van het kind en stemmen de voorlichting daarop af.

### Afweging door de hulpverlener

Een LESA geeft algemene aanbevelingen die de hulpverlener in de eerste lijn houvast bieden. Het persoonlijk inzicht van de hulpverlener blijft echter altijd van belang. Afweging van relevante factoren in concrete situaties zal beredeneerd afwijken van richtlijnen kunnen rechtvaardigen.

### Inleiding

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraak (LESA) Enuresis nocturna is opgesteld door een werkgroep bestaande uit vertegenwoordigers van het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN). Het doel van deze LESA is richtlijnen voor samenwerking te geven bij het verlenen van zorg aan kinderen met enuresis nocturna en hun ouders. De LESA houdt daarbij rekening met de verschillen tussen deze beroepsgroepen in taken en verantwoordelijkheden. Met de mogelijkheid van rechtstreeks verwijzen naar de tweede lijn door de jeugdarts zonder tussenkomst van de huisarts is het belang van samenwerkingsafspraken tussen huisartsen en jeugdartsen groter geworden.

In deze LESA staan algemene richtlijnen. Het verdient aanbeveling dat huisartsen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen regionaal deze richtlijnen bespreken en aan de hand hiervan werkafspraken maken over het beleid bij kinderen met enuresis nocturna.

Voor het formuleren van de aanbevelingen in deze LESA is de werkgroep uitgegaan van de NHG-Standaard Enuresis nocturna (2006),<sup>1</sup> JGZ-richtlijn Zindelijkheid URINE en FECES,<sup>2</sup> Handreiking samenwerking huisarts jeugdgezondheidszorg<sup>3</sup> en het Verslag project rechtstreeks verwijzen van de jeugdgezondheidszorg naar de tweede lijn (2006).<sup>4</sup> De aanbevelingen voor samenwerking zijn gebaseerd op de uitgangsdokument en consensus binnen de werkgroep.

### Achtergronden

#### Begrippen

**Enuresis:** Een blaasontlediging volgens het patroon van een normale mictie op een ongewenst moment en op een ongewenste plaats. Bij andere vormen van ongewenst urineverlies wordt gesproken van incontinentie. **Enuresis nocturna:** Hiervan is sprake als een kind van 5 of 6 jaar in de afgelopen 3 maanden ten minste tweemaal per week 's nachts in bed heeft geplast of als een kind van 7 jaar of ouder (of een volwassene) ten minste eenmaal per maand in bed plast zonder andere lichamelijke ziekte en zonder andere symptomen. Men spreekt

van monosymptomatische enuresis nocturna. In deze LESA wordt met enuresis nocturna de monosymptomatische vorm bedoeld.

**Primaire enuresis nocturna:** Enuresis nocturna die vanaf de geboorte aanwezig is.

**Secundaire enuresis nocturna:** Het opnieuw optreden van enuresis nocturna, na een periode van minimaal 6 maanden zindelijkheid. Vooral als ook sprake is van incontinentie overdag, moet rekening gehouden worden met een kleine kans op pathologie, zoals een neurologische beschadiging, verminderde blaascapaciteit of een urineweginfectie.<sup>1</sup>

**Huisarts:** De huisartsenvoorziening, waarin naast de huisarts de praktijkondersteuner en de doktersassistente werkzaam zijn en de huisartsenpost voor de hulp buiten kantoor tijd.

**JGZ-team:** Het team, werkzaam in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0-19-jarigen (consultatiebureau, schoolgezondheidszorg), bestaande uit jeugdarts, verpleegkundig specialist preventie, jeugdverpleegkundige en (dokters)assistente.

Hoewel deze LESA zich beperkt tot de samenwerking tussen huisarts en JGZ kan bij enuresis nocturna sprake zijn van betrokkenheid van meerdere hulpverleners, bijvoorbeeld in het geval van bijkomende morbiditeit. Die situaties vragen aandacht voor de coördinatie en continuïteit van zorg. Voor een integrale aanpak van enuresis nocturna op regionaal niveau kunnen naast de op deze LESA gebaseerde afspraken ook afspraken nodig zijn tussen andere disciplines uit de eerste of tweede lijn, zoals de kinderarts, (kinder)fysiotherapeut, (kinder)uroloog en GGZ, waarbij naast deze LESA de andere beroepsspecifieke richtlijnen gebruikt kunnen worden.<sup>5</sup> Enuresis nocturna is niet alleen een probleem voor het kind zelf, maar voor het hele gezin. Er moet een inschatting worden gemaakt van de last die de ouders of het kind hebben, wie de eigenlijke hulpvraag heeft en hoe de motivatie van het kind en de ouders is voor een interventie. Enuresis nocturna kan gevolgen hebben voor de sociaal-emotionele ontwikkeling op de lange termijn, het draagt bij aan een negatief zelfbeeld van kinderen.

### Epidemiologie

Enuresis nocturna komt vaker voor bij jongens dan bij meisjes en blijft bij jongens ook langer bestaan. Van de 4- tot 7-jarige jongens heeft circa 12% enuresis nocturna, van de 4- tot 7-jarige meisjes circa 8%. Op de leeftijd van 13-16 jaar is 1 à 2% van de kinderen 's nachts nog nat. Onder adolescenten en volwassenen blijft de prevalentie van enuresis nocturna vrijwel gelijk (ongeveer 0,5%). Bij kinderen van Turkse of Marokkaanse afkomst die in Nederland wonen, is de prevalentie ongeveer 2 keer zo hoog als bij autochtone kinderen of bij leeftijdgenootjes in het land van herkomst. Uit prevalentiecijfers blijkt dat in de leeftijdscategorie van 6-10 jaar jaarlijks ongeveer 15% van de kinderen met enuresis nocturna droog wordt

zonder behandeling. Een huisarts met een praktijk van 2350 patiënten ziet 1 à 2 nieuwe kinderen met enuresis nocturna per jaar.<sup>1</sup>

### Uitgangspunten en werkwijze

Het beleid van zowel huisarts als JGZ-team richt zich allereerst anamnestic op het onderscheiden van enuresis nocturna en mictiepathologie. In de JGZ worden specifieke anamnestiche vragenlijsten gebruikt, de huisarts neemt de urologische anamnese af volgens de NHG-Standaard Enuresis nocturna. Daarnaast richt de anamnese zich op andere factoren als hulpvraagverheldering, ziektelast voor kind en gezin, functioneren en ontwikkeling van het kind, rol van de ouders en eerdere interventies.

### Jeugdgezondheidszorg

Het JGZ-team ziet alle kinderen (95% van de populatie) voor periodiek onderzoek. Er zijn ongeveer 15 geplande contactmomenten in de leeftijdsperiode van 0-4 jaar op het consultatiebureau en 3 in de periode van 4-19 jaar. Het JGZ-team heeft bij uitstek ervaring en deskundigheid ten aanzien van grotendeels gezonde kinderen. Regionaal verschillen de contactmomenten en de discipline per contactmoment. Op de leeftijd van 5 of 6 jaar is er een contactmoment bij de jeugdverpleegkundige of jeugdarts, of een consult door de doktersassistente in combinatie met een vragenlijst. Het accent in de JGZ ligt op preventieve zorg, vroege signalering en monitoring, maar binnen het Basistakenpakket is ook ruimte voor interventies, bijvoorbeeld op het gebied van de opvoedingsondersteuning.

Bij kinderen van 1,5 jaar en ouder worden bij elk contactmoment vragen gesteld over zindelijkheid. Vanaf 5 jaar kan een vermoeden van enuresis nocturna ontstaan. In dat geval wordt indien nodig een nieuwe afspraak gemaakt voor nadere anamnese en lichamelijk onderzoek, als deze nog niet verricht zijn. Een mictiedagboek en het gebruik van de anamneselijsten I en II kunnen nadere informatie opleveren die invloed kan hebben op de keuze van de behandeling.<sup>2</sup> Wanneer uit de anamnese signalen naar voren komen die nader onderzoek noodzakelijk maken, volgt verwijzing naar de huisarts. Zo niet dan volgt begeleiding door het JGZ-team. Indien de behandeling na 2 à 3 contacten geen succes heeft, wordt het kind, afhankelijk van de regionale mogelijkheden, gezien door een gespecialiseerde jeugdverpleegkundige of een jeugdarts met speciale interesse en expertise op het gebied van enuresis. Als begeleiding door de JGZ niet succesvol is, volgt verwijzing naar de huisarts.

### Huisarts

De huisarts biedt laagdrempelige en voor iedereen toegankelijke generalistische zorg. Die zorg is persoonsgericht, continu en integraal. Dat wil zeggen dat ze is

toegesloten op de behoeften en mogelijkheden van de individuele mens. De huisarts werkt over het algemeen vraaggericht en is vaak een eerste aanspreekpunt voor mensen met vragen of problemen over gezondheid en ziekte. De huisarts biedt zorg aan in het bredere kader van de leefomgeving en sociale context, met als achtergrondkennis de levensloop van kind en gezin. De huisartsenzorg strekt zich uit over langere periodes van het leven en is 7 dagen per week beschikbaar. Door de manier van werken ligt het accent bij de huisartsenzorg op diagnostiek, begeleiding en behandeling. Ook vervult de huisarts als verwijzer een poortwachterrol in het zorgsysteem en beheert hij de medische gegevens. De huisarts ziet kinderen en jongeren met enuresis nocturna op indicatie bij vragen of zorgen van ouders over het bedplassen van hun kind, zorgen van de jongere zelf of na verwijzing door de jeugdarts. Incidenteel wordt de diagnose door de huisarts gesteld naar aanleiding van andere problematiek (opvoedingsproblemen, kindermishandeling, urineweginfectie, enzovoorts). Bij een verdenking of vraag neemt de huisarts de anamnese af. Hij gaat na wat de hulpvraag is en of die van de ouders of het kind komt. Een mictiedagboek kan aanvullende informatie opleveren. Bij aanwijzingen voor mictiepathologie of andere functiestoornissen doet de huisarts lichamelijk en aanvullend onderzoek en verwijst hij zo nodig naar kinderarts of (kinder)uroloog. Bij psychopathologie verwijst hij voor een psychotherapeutische aanpak. Enuresis nocturna kan de huisarts zelf begeleiden, maar ook delegeren aan een andere hulpverlener.

### Lichamelijk onderzoek

Bij de JGZ wordt conform de richtlijn lichamelijk onderzoek gedaan door de jeugdarts. Dit houdt in: inspectie van met name genitalia, rug en sacrum, palpatie van de buik, en onderzoek ter uitsluiting van spina bifida occulta (inspectie en palpatie van rug en sacrum). Daarnaast wordt de groeicurve bijgehouden. De huisarts verricht het lichamelijk onderzoek wanneer de anamnese aanwijzingen oplevert voor mictiepathologie of andere functiestoornissen. De huisarts let bij het lichamelijk onderzoek op de algehele gezondheidstoestand en de ontwikkeling, en doet zo nodig aanvullend onderzoek naar een urineweginfectie. Enuresis nocturna en obstipatie komen vaak gelijktijdig voor. Een rectaal toucher (RT) bij vermoeden van obstipatie wordt door de jeugdarts niet verricht. De huisarts overweegt bij twijfel over de diagnose obstipatie een RT. Dit kan echter een belastend onderzoek zijn. De NHG-Standaard Obstipatie geeft richtlijnen met betrekking tot het RT bij kinderen met obstipatie.<sup>6</sup>

Het JGZ-team en de huisarts geven voorlichting aan de hand van bijvoorbeeld patiëntenbrieven, folders en het boek *Bedplassen daar wil je vanaf*.<sup>7</sup>

### Voorlichting en behandeling

Bij het JGZ-team en bij de huisarts begint de behandeling van enuresis nocturna volgens de definitie niet vóór de leeftijd van 5 jaar. Zowel het kind als de ouders moeten voor de behandeling gemotiveerd zijn. De eerste stap in de behandeling is voorlichting in een gesprek met ouders en kind aan de hand van patiëntenbrieven, folders en het boek *Bedplassen daar wil je vanaf*.<sup>7</sup> Verder kan een mictiedagboek nadere informatie opleveren die invloed kan hebben op de keuze van de behandeling. De behandelmethoden die ter beschikking staan zijn: opnemen, kalendermethode, motivatiemethode, blaas-training (*retention control training*), plaswekkermethode, wektraining en droogbedtraining. De huisarts kan medicamenteuze behandeling initiëren. De JGZ verwijst hiervoor naar de huisarts.

Het JGZ-team hanteert een stappenplan<sup>a</sup> in de behandeling. De mogelijkheden voor behandeling en begeleiding binnen het JGZ-team verschillen per regio en organisatie; zo nodig verwijst het JGZ-team binnen de eerste lijn. De huisarts behandelt het kind zelf, maar kan de begeleiding (gedeeltelijk) aan een voldoende deskundige praktijkverpleegkundige delegeren. Ook kan de huisarts het kind verwijzen naar het JGZ-team voor behandeling. Een huisarts behandelt zelf urineweginfecties en obstipatie aan de hand van de NHG-Standaard Urineweginfectie<sup>8</sup> en de NHG-Standaard Obstipatie.<sup>6</sup>

### Verwijzing

De huisarts en het JGZ-team verwijzen beiden bij aanwijzingen voor mictiepathologie zoals een bekkenbodempdisfunctie<sup>b</sup> en bij afwijkingen bij anamnese, lichamenlijk onderzoek of aanvullend onderzoek.

Het JGZ-team gebruikt voor het afweging van een verwij-

zing de lijst met alarm- en verwijssymptomen,<sup>c</sup> die nader onderzoek noodzakelijk maken en verwijst naar de huisarts. Wanneer de begeleiding van kind en ouders geen succes heeft, wordt ook verwezen.

De huisarts verwijst naar een kinderarts of (kinder)uroloog. Bij aanwijzingen voor psychosociale problematiek kan de huisarts zelf behandelen of verwijzen voor een psychotherapeutische aanpak.

Bij kinderen met terugkerende problemen (secundaire vorm) wordt opnieuw de anamnese afgenomen en lichamenlijk onderzoek gedaan.

Een huisarts kan voor aanvullende behandeling van enuresis nocturna naar het JGZ-team verwijzen. Afhankelijk van de regionale mogelijkheden kan dit begeleiding bij droogbedtraining of gebruik van een plaswekker betreffen, of ondersteuning bij opvoedingsproblemen of problemen op school. De huisarts kan terugverwijzen naar het JGZ-team voor begeleiding en behandeling wanneer andere oorzaken uitgesloten zijn.

### Samenwerking JGZ-team en huisarts rond enuresis nocturna

#### Gemeenschappelijk werkterrein

Zowel het JGZ-team als de huisarts ziet kinderen met enuresis nocturna. De anamnese en behandelmethoden komen grotendeels overeen, waarbij de JGZ over het algemeen intensievere begeleiding kan aanbieden. De samenwerking heeft als doel het beleid bij kinderen met enuresis nocturna op elkaar af te stemmen: heldere eenduidige patiënteninformatie, een afgestemd behandelplan en een afgestemd verwijsbeleid. JGZ-team en huisarts informeren bij de anamnese naar interventies van andere zorgverleners en stemmen hun beleid daarop af.

a Stap 1: Uitleg, wegnemen druk/straf, positieve aandacht, een keuze uit: vast toilet-schema, kalender met beloningssysteem, blaas-training, opnemen en verwijzing voor behandeling door een kinderbekkenfysiotherapeut bij een overactieve bekkenbodem, een verkeerde plastechniek of een overactieve blaas die niet of onvoldoende reageert op gebruikelijke begeleiding.  
Stap 2: Plaswekker, plaswekker in combinatie met medicatie, medicatie, ambulante droogbedtraining.  
Stap 3: Bij persistent bedplassen herhaling anamnese en evaluatie behandelingen, een mictiedagboek onder begeleiding van de jeugdverpleegkundige. Afhankelijk van de uitkomsten en van de lokale situatie dient te worden doorgestuurd naar de huisarts.  
b Als sprake is van een overactieve bekkenbodem, een verkeerde plastechniek of een overactieve blaas die niet of onvoldoende reageert op gebruikelijke begeleiding kan de kinderbekkenfysiotherapeut eventueel aanvullende therapie bieden. Dit gebeurt in de regel in de tweede lijn. Een kinderbekkenfysiotherapeut is ook vaardig op het gebied van toilettraining en de begeleiding daarvan.  
c Alarm- en verwijssymptomen bij de anamnese door het JGZ-team zijn:  
- hele dag door druppeltjes verlies (aanwijzing voor afwijkend verloopende ureter of schade aan sfincter);  
- droge periodes < 30 minuten (mogelijk overactieve blaas en/of veel te kleine blaasinhoud);  
- 8x of vaker per dag plassen (idem, of veel intake). Let op: ook kinderen die onvoldoende tijd nemen om goed uit te plassen kunnen een hoge frequentie hebben. Het is dus van belang hier naar te vragen;  
- 3x of minder per dag plassen (mogelijk hypoactieve blaas of veel te weinig drinken);  
- kan plas niet ophouden (mogelijk overactieve blaas, overactieve bekkenbodem, onderactiviteit van sfincter, te kleine blaasinhoud,

aandrangsyndroom, schade aan sfincter door seksueel misbruik, blaashalsinsufficiëntie of hyperlaxiteit);  
- hurkt of knijpt (mogelijk overactieve blaas, overactieve bekkenbodem, overactiviteit van sfincter, te kleine blaasinhoud, schade aan sfincter);  
- persen tijdens plassen of naar voren plassen, verder plassen dan 'normaal' (aanwijzing voor 'kleppen' in ureter/blaashals of overactieve bekkenbodem, overactiviteit van sfincter tijdens mictie);  
- onderbroken straal of staccatostraal of plast benen nat (aanwijzing voor 'kleppen' in ureter/blaashals, aanwijzing voor uitgerekte blaas / hypoactieve blaas, of overactieve bekkenbodem, overactiviteit van sfincter tijdens mictie);  
- slappe straal (aanwijzing voor hypoactieve blaas / uitgerekte blaas);  
- druppelt (continu) na (aanwijzing voor afwijkend verloopende ureter of bij meisjes vaginale 'reflux');  
- pijn bij plassen (aanwijzing voor irritatie plasser/vulvae, mogelijk blaasontsteking, cave seksueel misbruik);  
- bloed bij urine (idem, mogelijk ander trauma);  
- urineweginfectie in voorgeschiedenis (idem);  
- sinds kort 's avonds en 's nachts (veel) drinken en nat of komt 's nachts uit bed om te plassen (nachtelijke polyurie, veel plassen) (aanwijzing voor diabetes mellitus);  
- slaat regelmatig dagen over met ontlasting of heeft alleen een nat plekje in bed (aanwijzing voor obstipatie);  
- combinatie met andere problemen (mogelijk aanwijzing voor secundair zijn van urineproblemen aan andere problemen of omgekeerd);  
- heeft eerstegraads familielid dat laat zindelijk werd (aanwijzing voor hetzelfde probleem bij dit kind).

Voor kinderen van 0-4 jaar is het contact tussen de huisarts en het JGZ-team op het gebied van bedplassen minimaal, behalve als sprake is van bijvoorbeeld een urineweginfectie of obstipatie. Op deze leeftijd kan er immers nog geen sprake zijn van enuresis nocturna.

Bij kinderen vanaf 5 jaar ontmoeten JGZ-team en huisarts elkaar:

- bij verwijzing door de jeugdarts naar de huisarts;
- bij verwijzing door de huisarts naar het JGZ-team voor begeleiding;
- bij opvragen van nadere informatie door de huisarts over de groei en ontwikkeling, school of eerdere interventies;
- bij opvragen van nadere informatie door het JGZ-team over het kind en gezin;
- bij gezamenlijke behandeling van JGZ-team (niet-medicamenteus) en huisarts (medicamenteus);
- na geslaagde interventie door een gespecialiseerde jeugdarts en/of jeugdverpleegkundige van de JGZ.

### Behandeling

Behandelmogelijkheden en aanbod van zorgverleners voor kinderen met enuresis nocturna verschillen per regio. Mede daardoor is een toegankelijke, bekende, geldende sociale kaart per regio van belang. In een aantal gemeentes in Nederland nemen de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG)<sup>d</sup> het opstellen van de sociale kaart op zich.

### Gezamenlijk behandeltraject

Een gezamenlijk behandeltraject kan ontstaan, waarbij de huisarts de medicatie voorschrijft en de JGZ het kind en de ouders begeleidt in het behandeltraject. De huisarts is eindverantwoordelijk voor de medicatie. Aandachtspunt hierbij is het regionaal afstemmen wie de behandeling coördineert, wie eindverantwoordelijk is en wie wat doet. Wederzijdse rapportage is hierin essentieel.

### Voorlichting

Het is belangrijk dat de informatie en adviezen van de verschillende zorgverleners op elkaar zijn afgestemd. De huisarts beschikt over NHG-Patiëntenbrieven (zie [www.nhg.org](http://www.nhg.org)), het JGZ-team heeft voorlichtingsfolders die kunnen verschillen, afhankelijk van de regionale situatie. Bij verwijzing geeft de verwijzende huisarts of jeugdarts voorlichting aan het kind en zijn ouders over de aandoening, de verwijzroute en de begeleiding na verwijzing.

<sup>d</sup> De JGZ neemt een centrale plaats in bij de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG). De CJG's zijn nog niet in alle regio's functioneel en de precieze invulling van het CJG kan per regio en gemeente verschillen. De bedoeling is dat er in 2011 in elke regio een functionerend CJG is waar de uitvoering van het lokale preventieve jeugd beleid is ondergebracht. Het CJG moet een plaats worden waar alle (aanstaande) ouders, kinderen en jongeren met vragen over opvoeden, opgroeien en gezondheid laagdrempelig en zonder indicatie voor hulp terecht kunnen.

### Rapportage

Bij reguliere begeleiding van kind en ouders bij enuresis nocturna is het niet nodig voor JGZ-team of huisarts om elkaar op de hoogte te stellen. Wanneer het kind droog is na (aanvullende) behandeling van een gespecialiseerde jeugdarts of verpleegkundige meldt de JGZ dit aan de huisarts. De huisarts en JGZ-medewerker informeren elkaar bij doorverwijzing.

Bij verwijzing wordt een verwijsbrief meegegeven met de ouders van het kind met minimaal de contactgegevens van de verwijzer, de diagnose, uitkomsten van anamnese (inclusief relevante familieanamnese) en lichamelijk onderzoek, eventueel behandeltraject met resultaten hiervan, bekende relevante medicatie, relevante voorgeschiedenis, comorbiditeit, reden verwijzing in de vorm van een heldere vraagstelling en gegevens voor terugrapportage. Bij verwijzing door de huisarts of jeugdarts staan in de verwijsbrief de adresgegevens van de jeugdarts en huisarts vermeld, zodat naar beide beroepsgroepen teruggerapporteerd kan worden. Bij alarmsymptomen of twijfel over het opvolgen van de verwijzing neemt de jeugdarts telefonisch contact op met de huisarts.

### Verantwoordelijkheid

De verantwoordelijkheid van de jeugdarts of huisarts als verwijzer eindigt als in onderling overleg een andere hulpverlener (huisarts, jeugdarts of kinderarts) de verantwoordelijkheid heeft overgenomen of als de ouders duidelijk hebben laten weten niet van plan te zijn het advies van de jeugdarts of huisarts op te volgen. In het laatste geval verdient het aanbeveling hiervan een aantekening te maken in het dossier en elkaar (huisarts en jeugdarts) hierover te informeren. De verwijzende arts gaat na of de verwijzing is opgevolgd. Zo nodig ondernemen de huisarts en/of de jeugdarts in onderling overleg passende actie als het belang van het kind in het geding is.

### Aandachtspunten voor bespreking in de regio

Deze LESA geeft aanbevelingen voor samenwerking en afstemming tussen huisartsen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. De volgende onderstaande aanbevelingen kunnen in een lokaal of regionaal overleg worden omgezet in werkafspraken.

### Behandelaanbod

- Spreek af wie in de regio het opstellen van de sociale kaart op zich neemt. Maak afspraken rond de eindverantwoordelijkheid voor de sociale kaart wat betreft de toegankelijkheid, de bekendheid en het up-to-date houden.
- Neem in de sociale kaart het regionale behandelaanbod op.
- Zorg voor bekendheid van regionaal gespecialiseerde centra op het gebied van enuresis nocturna, waaronder (bed)plaspoli's in ziekenhuizen.

- Stem de behandeling en de behandelmogelijkheden op elkaar af en maak afspraken over de rol van de verschillende zorgverleners hierin.
- Geef aandacht aan regionale behandelopties specifiek gericht op verschillende etnische groepen.

### Bereikbaarheid

- Zorg voor helderheid over wie voor de terugrapportage door de specialist de aanspreekpersoon is binnen de JGZ.
- Zorg voor onderlinge bereikbaarheid, zodat de mogelijkheid voor intercollegiale afstemming en overleg wordt geoptimaliseerd. Hiertoe dienen zowel huisartsen als JGZ-team met contactgegevens opgenomen te zijn in de sociale kaart van de regio.
- Zorg voor bekendheid van telefoonnummers en e-mailadressen en een systeem om deze gemakkelijk te achterhalen.

### Verwijzing

- Maak afspraken over de verwijzprocedure naar de tweede lijn, de procedures na verwijzing en de maximale wachttijd bij verwijzing.
- Maak afspraken wanneer kinderen worden doorverwezen naar de huisarts, een gespecialiseerde jeugdarts, jeugdverpleegkundige of verpleegkundig specialist preventie.
- Maak afspraken over de evaluatiemomenten bij verwijzing voor behandeling.
- Maak regionaal afspraken wie coördineert, wie eindverantwoordelijk is en wie wat doet.
- Maak afspraken over het rechtstreeks verwijzen door de jeugdarts naar de tweede lijn.
- Spreek af dat bij verwijzing naar de tweede lijn de huisarts/jeugdarts een kopie van de verwijfsbrief ontvangt. Zorg dat in de verwijfsbrief zowel de naam van de huisarts als de jeugdarts wordt vermeld met bijbehorende adresgegevens, zodat de tweede lijn naar beide beroepsgroepen kan terugrapporteren.

### Voorlichting

- Stem het voorlichtingsmateriaal (verkrijgbaar via de websites van NHG en AJN, bijvoorbeeld NHG-Patiëntenbrieven) en de adviezen van de zorgverleners op elkaar af.
- Spreek af wie wanneer voorlichting geeft aan het kind en de ouders bij verwijzing.
- Informeer ouders dat bij verwijzing gegevensuitwisseling tussen huisarts en jeugdarts plaatsvindt.

### Rapportage

- Maak in onderling overleg afspraken over de inhoud van de rapportage en verwijfsbrief.
- Voor rapportage maakt het JGZ-team bij voorkeur gebruik van een standaardbrief.
- Maak duidelijke afspraken over de momenten van wederzijdse rapportage:

- bij verwijzing voor nader onderzoek;
- bij verwijzing voor behandeling;
- bij (tussentijdse) evaluatiemomenten.

### Totstandkoming

In november 2009 startte een werkgroep van huisartsen, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen benoemd door het Nederlands Huisartsen Genootschap, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland. Namens het NHG hadden in deze werkgroep zitting: L.J. Boomsma, A.J. Klein Ikkink, C.M. Lobo, L.F. van Raalte, L. de Vries, allen huisarts. Namens de AJN hadden zitting: M.M. Boere-Boonekamp en J. Heetman-Cleton, beiden arts maatschappij en gezondheid profiel JGZ; M. Kamphuis, jeugdarts KNMG en B.E. van Sleuwen, biologe. Namens V&VN hadden zitting: P. Mentink, verpleegkundig specialist preventie en I. Middeldorp, jeugdverpleegkundige.

In april 2010 is een conceptversie ter becommentariëring voorgelegd aan een steekproef van 50 huisartsen (NHG-leden), en aan 13 jeugdartsen en 4 jeugdverpleegkundigen. Er werd commentaar ontvangen van 13 huisartsen (NHG-leden), 12 jeugdartsen (AJN) en 4 jeugdverpleegkundigen (V&VN). Daarnaast werd commentaar ontvangen van een aantal referenten, te weten: drs. N.A.C. Flapper, kinderfysiotherapeut; drs. G.H.J. Luitse, kinderarts sociale pediatrie; S. Lever, stafverpleegkundige JGZ; M.A.W. Vijverberg, urotherapeut; dr. T.P.V.M. de Jong, kinderuroloog; drs. P. Leusink, huisarts seksuoloog; en drs. I. Steinbuch, seniorbeleidsmedewerker ActiZ.

Naamsvermelding als referent betekent niet dat iedere referent de LESA inhoudelijk op elk detail onderschrijft. In februari 2011 is de concepttekst door het NHG, de AJN en V&VN bestuurlijk vastgesteld. De coördinatie was in handen van drs. L. de Vries en drs. A.J. Klein Ikkink (NHG) en dr. M.M. Boere-Boonekamp en dr. B.E. van Sleuwen (TNO). Dr. J. A. Vriezen, seniorwetenschappelijk medewerker van het NHG, was als projectleider betrokken bij het realiseren van deze LESA. Namens het AJN was dr. M.M. Boere-Boonekamp, seniorwetenschappelijk medewerker van TNO als projectleider betrokken. De totstandkoming van de LESA Enuresis nocturna werd mogelijk gemaakt door een subsidie van het Ministerie van Volkshuisvesting, en van Jeugd en Gezin.

© 2011 Nederlands Huisartsen Genootschap, Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland en Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland.

### Literatuur

1. Boomsma LJ, Dijk PA van, Dijkstra RH, Laan JR van der, Meulen P van der, Ubbink JTh, Veraart-Schelfhout LM, Verduijn MM. NHG-Standaard Enuresis nocturna (Eerste herziening). Huisarts Wet 2006;49:663-71. [nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M59\\_svk.htm](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/Samenvattingskaartje-NHGStandaard/M59_svk.htm).

2. Kamphuis M, Leerdam FJM van, Wierenga-van der Hoeven CJ, Bulk-Bunschoten AMW, Deurloo J, Beltman M. JGZ richtlijn Zindelijkheid URINE en FECES. Utrecht: Nederlands Centrum Jeugdgezondheid; 2011.
3. Boere-Boonekamp MM, Sleuwen BE van. Handreiking samenwerking huisarts - jeugdgezondheidszorg. Utrecht: LHV-NHG-AJN; 2008. Beschikbaar via: [www.ncj.nl/upload/docs/Handreiking%20samenwerking%20huisarts-jeugdgezondheidszorg.pdf](http://www.ncj.nl/upload/docs/Handreiking%20samenwerking%20huisarts-jeugdgezondheidszorg.pdf). Geraadpleegd november 2010.
4. Buiting E, Verkerk PH, Wagenaar MM, HiraSing RA. Verslag Project rechtstreeks verwijzen van de jeugdgezondheidszorg naar de 2e lijn. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven; 2006.
5. Richtlijn Incontinentie bij kinderen. Nederlandse Vereniging voor Urologie, Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde en Vereniging van Nederlandse Incontinentie Verpleegkundigen Richtlijn Incontinentie bij kinderen. 2008. [www.nvu.nl/uploads/YO/\\_U/YO\\_UAq7N29pbE4JKMDqbyw/Incontinentie-bij-Kinderen-07112008.pdf](http://www.nvu.nl/uploads/YO/_U/YO_UAq7N29pbE4JKMDqbyw/Incontinentie-bij-Kinderen-07112008.pdf).
6. Diemel JM, Hurk APJM van den, Muris JWM, Pijpers MAM, Verheij AAA, Kurver MJ. NHG-Standaard Obstipatie. Huisarts Wet 2010;53:484-98. [nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_nhgstandaarden/NHGStandaard/M92\\_std-1.htm#Inleiding](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/M92_std-1.htm#Inleiding).
7. Mulder Z, Vijverberg M. Bedplassen daar wil je vanaf. 2e druk. Haarlem: Gottmer; 2008.
8. Haaren KAM van, Visser HS, Vliet S van, Timmermans AE, Yadava R, Geerlings SE, Riet G ter, Pinxteren B van. NHG-Standaard Urineweginfectie (tweede herziening). Huisarts Wet 2005(8):341-52. [nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k\\_richtlijnen/k\\_nhgstandaarden/NHGStandaard/Mo5\\_std.htm#Inleiding](http://nhg.artsennet.nl/kenniscentrum/k_richtlijnen/k_nhgstandaarden/NHGStandaard/Mo5_std.htm#Inleiding).

C.L. van Vuuren, L. van Dieren en M.F. van der Wal

## Risicotaxatie en E-MOVO binnen de Amsterdamse JGZ

JGZ Amsterdam wil door invoering van risicotaxatie binnen het contactmoment in de tweede klas van het voortgezet onderwijs extra tijd vrijmaken voor het bieden van advies, ondersteuning en lichte hulpverlening aan risicogroepen. Risicotaxatie vindt plaats op basis van vier bronnen: 1) het dossier, 2) consultaanvraag door de school, de ouders en/of de jongere zelf, 3) afwijkende meet- en weeggegevens en/of 4) zorgwekkende score in de E-MOVO-medewerkersmodule. Vernieuwend hierbij is dat E-MOVO voor het eerst in Nederland, naast als monitorinstrument, ook is gebruikt als bron voor risicotaxatie en als leidraad voor het gesprek door de JGZ-medewerkers met de jeugdige. Een pilot, met daaraan gekoppeld een procesevaluatie, is uitgevoerd. De resultaten van de procesevaluatie laten zien dat invoering van risicotaxatie op vmbo-t (binnen een scholengemeenschap), havo- en vwo-scholen haalbaar is. E-MOVO lijkt bruikbaar en betrouwbaar om risicokinderen te signaleren en om het consult van JGZ vorm te geven. Bovendien resulteert deze nieuwe werkwijze in meer tijd voor risicokinderen. Het verdient wel de aanbeveling het oproeppercentage en het effect van de nieuwe werkwijze na te blijven gaan.

### Inleiding

Het cluster Jeugdgezondheidszorg (JGZ) van de GGD Amsterdam heeft 2 belangrijke wijzigingen doorgevoerd in het preventief gezondheidsonderzoek (PGO) op het voortgezet onderwijs, klas 2 (VO2), die zijn ingegaan in het schooljaar 2010-2011. De eerste wijziging is werken volgens risicotaxatie, waarbij JGZ-medewerkers jongeren indelen naar zorgbehoefte. Een tweede wijziging is de vervanging van de schriftelijke leefstijl- en gezondheidsvragenlijst door een digitale vragenlijst, genaamd E-MOVO (Elektronische Monitor en Voorlichting). E-MOVO is ontwikkeld door Maastricht University en de

GGD'en in Overijssel en Gelderland.<sup>1</sup> Inmiddels wordt E-MOVO aangeboden en ondersteund door het RIVM en met succes uitgevoerd door verschillende GGD'en in Nederland.

JGZ Amsterdam wil de komende jaren door invoering van risicotaxatie tijdens het PGO meer tijd vrijmaken voor het bieden van advies, ondersteuning en lichte hulpverlening aan risicjongeren.<sup>2-4</sup> Door de invoering van risicotaxatie is het standaard PGO-VO2 waarvoor alle jongeren worden uitgenodigd, omgezet in een contactmoment op basis van het risicoprofiel van een jongere. Er is risicotaxatie ingevoerd op de onderwijsni-

C.L. van Vuuren, onderzoeker, L. van Dieren, onderzoeker, M.F. van der Wal, hoofd productgroep Jeugd, Cluster Epidemiologie, Documentatie en Gezondheidsbevordering (EDG), GGD Amsterdam. **Correspondentieadres:** GGD Amsterdam, Cluster EDG, ir. C.L. van Vuuren, Postbus 2200, 1000 CE Amsterdam, [lvvuuren@ggd.amsterdam.nl](mailto:lvvuuren@ggd.amsterdam.nl).