Communicatie tussen Opgroeien en de huisarts, descriptief kwalitatief onderzoek via interviews

Marlies Geeurickx, Universiteit Antwerpen

Louise Vandenberg, Universiteit Antwerpen

Promotor: Hilde Bastiaens, Universiteit Antwerpen

Co-promotor: Karolien Van Puyenbroeck, Universiteit Antwerpen

Master of Family Medicine
Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2023-2026

Deze masterproef is een examendocument dat niet werd gecorrigeerd voor eventueel vastgestelde fouten. Zonder voorafgaande schriftelijke toestemming van zowel de promotor(en) als de auteur(s) is overnemen, kopiëren, gebruiken of realiseren van deze uitgave of gedeelten ervan verboden. Voor aanvragen tot of informatie i.v.m. het overnemen en/of gebruik en/of realisatie van gedeelten uit deze publicatie, wendt u tot de universiteit waaraan de auteur is ingeschreven.
Voorafgaande schriftelijke toestemming van de promotor(en) is eveneens vereist voor het aanwenden van de in dit afstudeerwerk beschreven (originele) methoden, producten, schakelingen en programma's voor industrieel of commercieel nut en voor de inzending van deze publicatie ter deelname aan wetenschappelijke prijzen of wedstrijden.

Abstract

Inleiding
Vlaamse huisartsen ontvangen papieren verwijsbrieven vanuit Opgroeien, een preventief orgaan dat kinderen tussen 0 en 3 jaar opvolgt in Vlaanderen. Er ontbreekt echter onderzoek naar hoe deze verwijsbrieven onthaald worden door de huisarts en wat zij er vervolgens mee doen. Deze studie werpt licht op de huidige communicatie tussen beide zorgverleners en zoekt naar mogelijkheden tot verbetering.
Methode
We interviewden een gevarieerde groep van 13 Vlaamse huisartsen over de inhoud van de verwijsbrief, de manier van communiceren, over welke kennis de huisarts al beschikt en welke informatie de huisarts nog mist. De verzamelde gegevens werden vervolgens beschrijvend thematisch geanalyseerd.
Resultaten
We vinden algemeen terug dat de communicatie tussen de huisarts en Opgroeien beperkt is. Daarnaast heeft de papieren verwijsbrief, die wel nuttig wordt ervaren, toch beperkingen. Er is bijkomend een gebrek aan een eenduidig beleid voor de huisarts die de verwijsbrief ontvangt. Ten slotte is er een sterke vraag naar digitalisering van de communicatie.
Discussie
De Vlaamse huisarts staat open voor nieuwe mogelijkheden in verwijzing en overleg tussen Opgroeien en zichzelf. Digitalisering van beide processen lijkt hier een belangrijke schakel.

Introduction
Flemish general practitioners receive paper referral letters from Opgroeien, a preventive organisation that monitors children between the ages of 0 and 3 in Flanders. However, there is a lack of research into how these referral letters are received by general practitioners and what next steps thay undertake. This study sheds light on the current communication between both healthcare providers and looks for opportunities for improvement.
Method
We interviewed a diverse group of 13 Flemish general practitioners about the content of the referral letter, the method of communication, what knowledge the general practitioner already has, and what information the general practitioner still lacks. The collected data was then analyzed descriptively and thematically.
Results
We generally find that communication between the general practioner and Opgroeien is limited. In addition, the paper referral letter, which is considered useful, has its limitations. There is also a lack of a clear policy for the general practioner who receives the referral letter. Finally, there is a strong demand for digitization of communication.
Discussion
Flemish general practioners are open to new possibilities for referral and consultation between Opgroeien and themselves. Digitization of both processes seems to be an important link here.

Inhoudstabel

Inhoudsopgave

ABSTRACT **2**

INHOUDSTABEL **3**

AFKORTINGEN **4**

INLEIDING **4**

LITERATUUR **4**

DOELSTELLING EN VRAAGSTELLING **4**
METHODOLOGIE **5**
RESULTATEN **6**
ZOEKSTRATEGIE 6
AANBEVELINGEN 8
DISCUSSIE **12**

VELDONDERZOEK **13**

DOELSTELLINGEN EN VRAAGSTELLING **13**
METHODOLOGIE **13**
DEELNEMERS EN DATAVERZAMELING 13
DATA ANALYSE OPZET 13
DATA ANALYSE UITVOERING 13
RESULTATEN **14**
DISCUSSIE **23**

DANKWOORD **26**

REFERENTIES **26**

BIJLAGEN **26**

LITERATUURONDERZOEK **26**
1. GEBRUIKTE MESH TERMEN 26
2. CONCEPT-AANBEVELINGEN 32
VELDONDERZOEK **42**
3. GOEDGEKEURD PROTOCOL 42
4. GUNSTIG ADVIES ETHISCH COMITÉ 44
5. SCRIPT INTERVIEW 47

Afkortingen

CB: consultatiebureau
DP: deformatieve plagiocefalie
EBM: evidence-based medicine
GDPR: General Data Protection Regulation
KULeuven: Katholieke Universiteit Leuven
NCJ: Nederlands centrum Jeugdgezondheid
NST: niet-scrotale testis
Worel: Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn

Inleiding

In Vlaanderen verzorgt Opgroeien een preventief aanbod waarbij kinderen van de geboorte tot en met 3 jaar opgevolgd worden. Zij maken gebruik van richtlijnen, die zoveel mogelijk gebaseerd zijn op de meest recent literatuur, om te bepalen wat als normaal of potentieel afwijkend wordt beschouwd. Gezien artsen bij Opgroeien een preventieve functie hebben, mogen ze geen diagnosen stellen noch onderzoeken aanvragen of een behandeling starten. Bij afwijkende anamnestische of klinische elementen worden de kinderen doorgestuurd naar de behandelend arts voor verdere investigaties en/of oppuntstelling. De doorverwijzing verloopt momenteel via een papieren verwijsbrief met een bondige omschrijving van de reden van verwijzing op, die gegeven wordt aan de ouders van het kind.
Na doorverwijzing is het aan de behandelend arts om dit gemelde probleem verder uit te werken. Er is dus de veronderstelling dat de behandelend arts voldoende op de hoogte is van waarom Opgroeien verder nazicht van dit specifiek element vraagt en welke stappen gezet dienen te worden om te bekijken of dit element alarmerend is of er gerustgesteld kan worden. Ouders hebben vrije keuze in het kiezen van hun behandelend arts. Dit kan zowel een huisarts als een kinderarts zijn. Zo komen er dus ook heel wat doorverwijzingen bij de huisarts terecht. Uit de praktijk weten we dat niet elke huisarts dezelfde ervaring met kinderen heeft noch de nodige kennis heeft over de normale ontwikkeling en het opgroeiproces van een kind. Dit leidt ertoe dat niet steeds de juiste stappen worden gezet om mogelijk problematische evoluties verder te onderzoeken.
Enig onderzoek ontbreekt van hoe dit momenteel in de Belgische praktijk verloopt.
Wij willen nagaan hoe een verwijzing vanuit Opgroeien door huisartsen ervaren wordt. Specifiek willen we bekijken of ze het gevoel hebben voldoende kennis en informatie te hebben om de doorverwijzingsvraag uit te werken en hoe ze dit momenteel aanpakken. Bijkomend willen we kijken of huisartsen in dit proces ruimte voor verbetering zien en op welke manier de communicatie tussen Opgroeien en de huisarts verbeterd zou kunnen worden.

Literatuur

Doelstelling en vraagstelling

Over onze specifieke onderzoeksvraag is er geen literatuur voorhanden. In de literatuursectie van deze masterthesis wijken we hier dus even vanaf en gaan we kritisch aan de slag met de richtlijnen die Opgroeien gebruikt en waarop zij hun screeningsprogramma baseren. Om hun doorverwijsadvies zo evidenced-based mogelijk te maken, is het van belang dat deze richtlijnen up-to-date blijven en dat er dus gekeken wordt of er nieuwe inzichten zijn via

recente publicaties. Opgroeien gaf de opdracht aan Worel (Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn) en de KULeuven en de Universiteit Antwerpen de opdracht om een update te maken van verschillende topics. Aan deze update werkten verschillende Huisartsen in Opleiding mee.
Voor onze masterthesis zullen we ons verdiepen in het topic 'schedelafwijkingen', wat het sluitingsproces van de fontanel, voorkeurshouding en plagiocefalie omvat, en ook in het topic 'urogenitale aandoeningen', meer specifiek in het thema 'niet ingedaalde testis'.
Hieronder staan per onderwerp de vragen vermeld die we per onderwerp willen beantwoorden in opdracht van Opgroeien. Deze werden aangereikt vanuit het project.

1. Sluitingsproces fontanel
    a. Op welke leeftijd dient een beoordeling te gebeuren van het sluitingsproces van de fontanel bij het jonge kind in de preventieve gezondheidszorg om craniosynostose vroegtijdig op te sporen?
    b. Vanaf welke leeftijd kan een nog open fontanel wijzen op een onderliggende aandoening?
    c. Hoe dient een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met vroegtijdige sluiting van de fontanel opgevolgd te worden binnen de jeugdgezondheidszorg of verwezen te worden naar de eerste lijn?
2. Voorkeurshouding
    a. Welke anamnestische gegevens dient men na te vragen bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om voorkeurshouding vroegtijdig op te sporen?
    b. Welke klinische onderzoeken en door wie dienen uitgevoerd te worden bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om voorkeurshouding vroegtijdig op te sporen?
    c. Op welke leeftijd dient ten laatste een klinisch onderzoek te gebeuren van voorkeurshouding om asymmetrie van de schedel vroegtijdig op te sporen en te behandelen?
3. Plagiocefalie
    a. Welke anamnestische gegevens dient men na te vragen bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om plagiocefalie vroegtijdig op te sporen?
    b. Hoe dient een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met plagiocefalie opgevolgd te worden binnen de jeugdgezondheidszorg of verwezen te worden naar de eerste lijn?
4. Niet-ingedaalde testis
    a. Welke anamnestische gegevens dienen nagevraagd te worden bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om niet-scrotale testis vroegtijdig op te sporen?
    b. Welke klinische onderzoeken zijn noodzakelijk bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om niet-scrotale testis vroegtijdig op te sporen? Op welke leeftijd?
    c. Hoe dient een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met vermoeden van niet-testis opgevolgd te worden binnen de jeugdgezondheidszorg of verwezen te worden naar de eerste lijn?

Methodologie

De eerste stap in de zoekstrategie was gericht op het vinden van (internationale) richtlijnen die een antwoord kunnen geven op de klinische vragen met het oog op adaptatie naar de

Belgische context. De databanken waarin we op zoek gingen zijn:

- GIN-database (https://guidelines.ebmportal.com)
- NCJ-databank (https://www.jgzrichtlijnen.nl)
- de VWVJ databank (https://www.vwvj.be/nl/richtlijn-en- methodiekontwikkeling)

Vervolgens gebruikten we de AGREE II-criteria om de kwaliteit van deze richtlijnen in te schatten.

In de tweede stap gingen we op zoek naar systematische reviews en meta-analyses, waarbij het uitgangspunt is dat gezocht werd na de datum van het verschijnen van de laatste richtlijn. Op basis van elke vraag werd er door de bibiliotheek van de Universiteit Antwerpen uitgebreide zoekstrings (zie bijlage 1) aangereikt. Deze zoekstrings werden ingevoerd bij de Pubmed databank om te zoeken naar recentere publicaties. Op basis van titel en abstract werd door 2 onderzoekers geblindeerd een eerste selectie gemaakt op basis van de inclusiecriteria en exclusiecriteria. Vervolgens werd opnieuw door 2 onderzoekers een tweede selectie gemaakt op basis van de volledige tekst van het artikel. De geselecteerde artikels werden kritisch beoordeeld aan de hand van de SIGN vragenlijst.

Inclusiecriteria:

- Systematic reviews en meta-analyse's
- Relevant binnen de preventieve gezondheidszorg

Exlusiecriteria:

- Tekst in andere taal dan Nederlands, Frans of Engels

Als derde stap stelden we 'concept-aanbevelingen' op. Dit kwam tot stand door per vraag de relevante informatie uit de geïncludeerde en beoordeelde richtlijnen en reviews samen te brengen. Zo wordt er op elke vraag een antwoord gevormd uit de meest recent beschikbare literatuur. De concept-aanbevelingen werden na afronden van ons literatuuronderzoek besproken met experts en stakeholders in een experten- en stakeholdersbijeenkomst en werden nadien voorzien van schriftelijke feedback door één of meer van de deskundigen. De finale versie van deze aanbevelingen is terug te vinden in een richtlijn die geraadpleegd kan worden op de site van Opgroeien en WOREL (zie: https://www.worel.be/worel/document?globals=%7B%22gSessionId%22%3A%22d40bfa92-bf93-489e-9ae4-50954207490e%22%7D&parameters=%7B%22PublicationId%22%3A%22e0ebf45c-a437-4e47-acb3-b36b00e1ba70%22%2C%22SessionId%22%3A%2256c22678-b76a-46b5-abe3-c303a1bdff4a%22%2C%22pJumpFrom%22%3A%22Overview%22%7D)

Resultaten

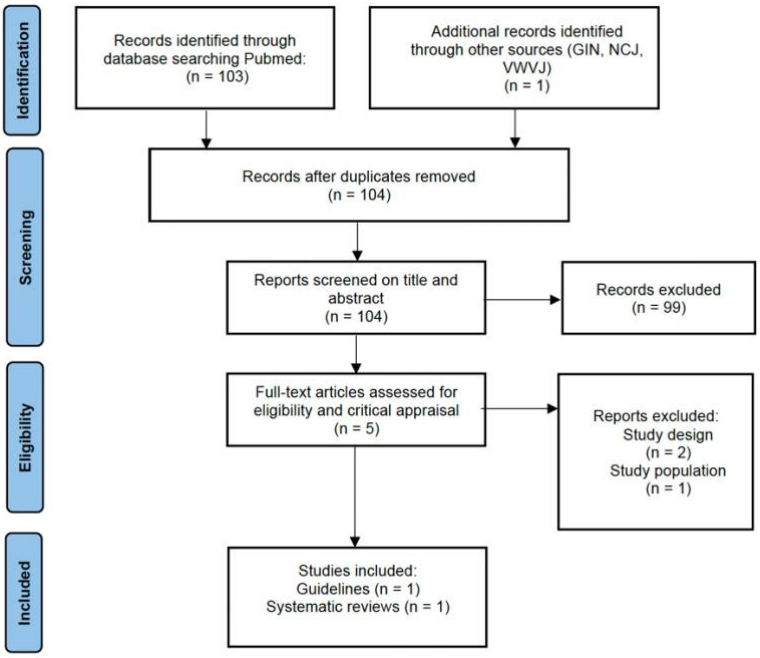
Zoekstrategie

Schedel

De zoekstrategie naar internationale richtlijnen leverde in totaal één richtlijn op, met name de JGZ-richtlijn 'Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming', die werd ontwikkeld in 2010.

De zoekstrategie naar systematic reviews en meta-analyses werd uitgevoerd op 1 april 2024. We zochten naar studies die gepubliceerd werden tussen 2010 en april 2024. De zoekopdracht in Pubmed leverde 103 resultaten op. Na inclusie op basis van titel en abstract bleven er nog 4 artikels over waarvan 1 artikel werd geïncludeerd op basis van de volledige tekst. Twee artikels werd geëexcludeerd op basis van studie design en 1 artikel werd geëxcludeerd op basis van studie populatie. Een flowchart van dit proces is terug te vinden in figuur 1.

Figuur 1

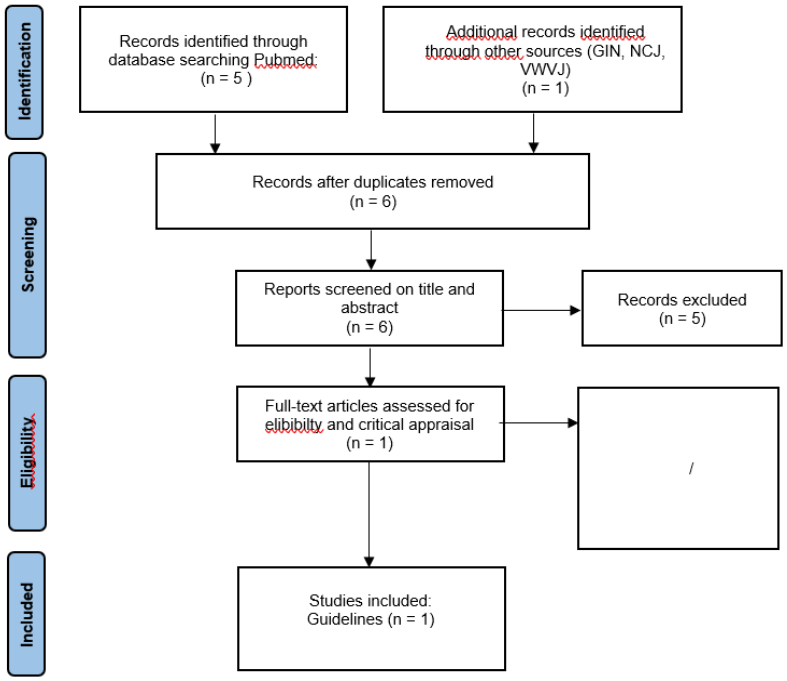


Urogenitale aandoeningen

De zoekstrategie naar internationale richtlijnen leverde in totaal één richtlijn op, met name de NCJ-richtlijn 'Signalering en verwijzing bij niet-scrotale testis', die werd ontwikkeld in 2012.

De zoekstrategie naar systematic reviews en meta-analyses werd uitgevoerd op 15 april 2024. We zochten naar studies die gepubliceerd werden tussen 2012 en april 2024. De zoekopdracht in Pubmed leverde 5 resultaten op. Na inclusie op basis van titel en abstract bleven 0 artikels over. Een flowchart van dit proces is terug te vinden in figuur 2.

Figuur 2



Aanbevelingen

Schedel

De 'concept aanbevelingen' werden samengesteld uit de huidige aanbevelingen van de 'State of the Art' zoals opgesteld in 2010 (door Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers), nieuwe inzichten vanuit de NCJ-aanbevelingen, en een systematic review van Flannery et al, uit 2012. Hieronder vatten we kort de nieuwe inzichten samen. Het uitgebreidere schema is te vinden in bijlage 2.

1. Sluitingsproces fontanel
    a. Op welke leeftijd dient een beoordeling te gebeuren van het sluitingsproces van de fontanel bij het jonge kind in de preventieve gezondheidszorg om craniosynostose vroegtijdig op te sporen?

       Er zijn geen nieuwe gegevens omtrent de leeftijd waarop het sluitingsproces van de fontanel beoordeeld dient te worden om craniosynostose vroegtijdig op te sporen. De oude aanbeveling blijft dus behouden:
       Bij elk consult op het CB dient het sluitingsproces van de fontanel beoordeeld te worden. Dit onderzoek omvat:
        - Palpatie van de fontanellen
        - Beoordeling van de schedelvorm
        - Alert zijn op kenmerken van dysmorfe syndromen
        - Beoordeling van de evolutie van de hoofdomtrek

    b. Vanaf welke leeftijd kan een nog open fontanel wijzen op een onderliggende aandoening?

       Er zijn geen nieuwe gegevens omtrent op welke leeftijd een nog open fontanel kan wijzen op een onderliggende aandoening. De oude aanbeveling blijft dus

behouden:
Het sluitingsproces van de voorste fontanel dient beoordeeld te worden tijdens het consult van 24 maanden. Een onvolledige sluiting op de leeftijd van 24 maanden dient verwezen te worden.

c. Hoe dient een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met vroegtijdige sluiting van de fontanel opgevolgd te worden binnen de jeugdgezondheidszorg of verwezen te worden naar de eerste lijn?

Er zijn geen nieuwe gegevens omtrent hoe een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met vroegtijdige sluiting van de fontanel opgevolgd dient te worden binnen de jeugdgezondheidszorg of verwezen dient te worden naar de eerste lijn. De oude aanbeveling blijft dus behouden:
Verwijs naar de behandelend arts bij een volledige sluiting van de voorste fontanel voor de leeftijd van 3 maanden.

2. Voorkeurshouding
   a. Welke anamnestische gegevens dient men na te vragen bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om voorkeurshouding vroegtijdig op te sporen?

Bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg dient men volgende anamnestische gegevens te verkrijgen:

- De aanwezigheid van het bij voorkeur kijken naar één kant en het hebben van een duidelijke voorkeurskant. Dit kan zich ook uiten in een duidelijke voorkeurskant bij de voeding.
- De aanwezigheid van prematuriteit
- De indruk dat het kind inactiever dan andere kinderen van dezelfde leeftijd is.

b. Welke klinische onderzoeken en door wie dienen uitgevoerd te worden bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om voorkeurshouding vroegtijdig op te sporen?

Bij het klinisch onderzoek dient men ter gelegenheid van elk consult met een CB-arts aandacht te geven aan volgende aspecten om voorkeurshouding vroegtijdig op te sporen:

- Observatie van een voorkeurshouding van het hoofd
- Palpatie van schedelnaden en fontanellen
- Observatie van de schedelvorm (vanuit bovenaanzicht): afplatting en/of asymmetrie (van schedel, gelaat, positionering van de oortjes, uitstulping van voorhoofd…)
- Nagaan van de mobiliteit van de nek (zowel actief als passief)
- Observatie van eventuele geassocieerde afwijkingen zoals:
  - asymmetrische houding
  - abnormale tonus
  - Ontwikkelingsachterstand: uitvoeren van het Van Wiechenonderzoek met extra aandacht voor symmetrie

c. Op welke leeftijd dient ten laatste een klinisch onderzoek te gebeuren van voorkeurshouding om asymmetrie van de schedel vroegtijdig op te sporen en te behandelen?

Er zijn geen gegevens gevonden in de literatuur omtrent op welke leeftijd ten laatste een klinisch onderzoek dient te gebeuren van voorkeurshouding om asymmetrie van de schedel vroegtijdig op te sporen en te behandelen. Er was voordien ook geen aanbeveling om op terug te vallen. Ook experts geven hierover geen eenduidig advies.

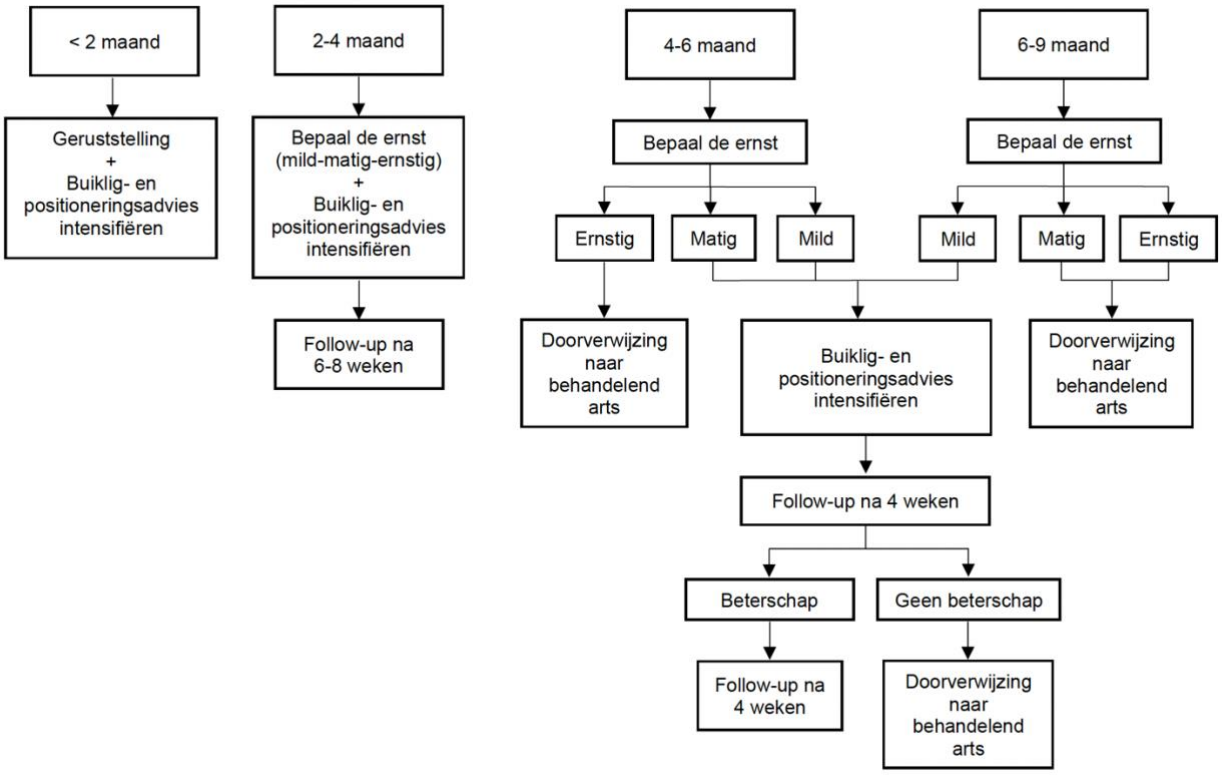
3. Plagiocefalie
   a. Welke anamnestische gegevens dient men na te vragen bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om plagiocefalie vroegtijdig op te sporen?

      Vraag tijdens de consulten tijdens de eerste 3 maanden na of het kind bij voorkeur naar één kant kijkt en een duidelijke voorkeurskant heeft. Dit kan zich ook uiten in een duidelijke voorkeurskant bij de voeding.

   b. Hoe dient een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met plagiocefalie opgevolgd te worden binnen de jeugdgezondheidszorg of verwezen te worden naar de eerste lijn?

      Bij het opmerken van plagiocefalie tijdens een consultatie dient steeds een klinisch onderzoek uitgevoerd te worden om niet-positionele oorzaken van plagiocefalie uit te sluiten. Bij verdenking op craniosynostose, zintuigproblemen (visuele of auditieve systeem), torticollis (congenitaal musculair versus posturaal), obstetrische plexus-brachialislaesie, trauma, scoliose of neurologische problematiek verwijst de arts het kind naar de behandelend arts.
      Bij opmerken van schedelvervorming door de regioverpleegkundige plant deze een (extra) consult binnen 2 weken in bij de arts.
      Bij aanwezigheid van voorkeurshouding (zonder achterliggende pathologie) wordt na maximaal 4 weken na signalering of op de leeftijd van 7 weken verwezen naar de kinderfysiotherapeut.
      Het beleid bij positionele plagiocefalie zonder voorafgaande alarmtekens of voorkeurshouding hangt af van leeftijd, ernst en evolutie (zie figuur 3). De ernst wordt hierbij klinisch ingeschat zoals beschreven door dezelfde auteurs (Looman et al, 2012).

Figuur 3: beleid bij positionele plagiocefalie zonder voorkeurshouding of voorafgaande alarmtekens



Urogenitale aandoeningen

De 'concept aanbevelingen' werden samengesteld uit de huidige aanbevelingen van de State of the Art zoals opgesteld in 2010 (door Prof. dr. Karel Hoppenbrouwers) en nieuwe inzichten vanuit de NCJ-aanbevelingen. Hieronder vatten we kort de nieuwe inzichten samen. Het uitgebreidere schema is te vinden in bijlage 2.

1. Niet-ingedaalde testis
    a. Welke anamnestische gegevens dienen nagevraagd te worden bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om niet-scrotale testis (NST) vroegtijdig op te sporen?

        Er zijn geen nieuwe gegevens omtrent welke anamnestische gegevens nagevraagd dienen te worden om niet-scrotale testis vroegtijdig op te sporen. De oude aanbeveling blijft dus behouden:
        - Noteren ligging van de testes in het medische dossier zo snel mogelijk na geboorte
        - Risicofactoren bevragen voor niet ingedaalde testis

    b. Welke klinische onderzoeken zijn noodzakelijk bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om niet-scrotale testis vroegtijdig op te sporen? Op welke leeftijd?

        Er zijn geen nieuwe gegevens omtrent welke klinische onderzoeken

noodzakelijk zijn om niet-scrotale testis vroegtijdig op te sporen. De oude aanbeveling blijft dus behouden:

- CB arts onderzoekt het kind minstens 2 maal beneden de leeftijd van 6 maand, liefst gebeurt dit door dezelfde onderzoeker. Dit wordt ook nog eenmalig herhaald op de leeftijd van 24 maand voor de verworven vormen van niet ingedaalde testis. Tussen de 6 en 24 maand enkel op indicatie.
- Wat duidelijk naar voren komt, is het belang van een warme omgeving en het onderzoeken van het kind met warme handen. Dit om het effect van de cremaster reflex te minimaliseren
- Eerst een goede inspectie doen, alvorens het palperen van de testis van craniaal naar caudaal toe. De inspectie dient te gebeuren volgens grootte en symmetrie van het scrotum en de aanwezigheid van testis.
- Voorkeur uit naar een liggende houding van het kind en kan bij oudere kinderen eventueel hurkzit of kleermakerszit geprobeerd worden

c. Hoe dient een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met vermoeden van niet-scrotale testis opgevolgd te worden binnen de jeugdgezondheidszorg of verwezen te worden naar de eerste lijn?

Er zijn geen nieuwe gegevens omtrent hoe een kind met vermoeden van niet-scrotale testis opgevolgd dient te worden. De oude aanbeveling blijft dus behouden:

- Bilateraal niet-palpabele NST en/of ambigue genitaliën en/of hypospadie of andere penisafwijking moet doorverwezen worden zo kort mogelijk na de geboorte naar de tweede lijn (kinderarts, kinderuroloog).
- Retractiele testis behoeft geen verwijzing. Bij twijfel over retraciliteit dient er wel verwijzen te worden naar 2e lijn.
- Indien de testis na 6 maanden niet scrotaal is: verwijzen naar 1e lijn (of mag ook ineens naar 2e lijn volgens NCJ)
- NST en pijn: verwijzen naar 1e lijn

Discussie

Bij het zoeken naar literatuur viel het meteen op dat er weinig tot geen publicaties zijn over de oppunstelling, diagnose en het beleid van schedelafwijkingen of urogenitale aandoeningen met betrekking tot preventieve geneeskunde. Ondanks een brede zoekopdracht vonden we weinig bijkomende evidentie om een gefundeerd antwoord te kunnen bieden op de meeste onderzoeksvragen. Mogelijke verklaringen zijn de vaak spontane gunstige evolutie, weinige complicaties en lage morbiditeit.

Vanuit een nieuwe studie, in combinatie met de reeds bestaande NCJ richtlijn kon wel een interessante beslisboom opgesteld worden omtrent de opvolging van plagiocefalie binnen de preventieve geneeskunde. Dit werd echter niet meegenomen door het expertenpanel naar de finale WOREL aanbeveling.

Veldonderzoek

Doelstellingen en vraagstelling

In het veldonderzoek gaan we op zoek naar welke informatie huisartsen vanuit (een arts van) Opgroeien best zouden krijgen om hun rol als behandelend arts bij afwijkingen van de normale ontwikkeling van het jonge kind optimaal te kunnen uitvoeren.

Meer specifiek proberen we volgende vragen te beantwoorden:

- Hoe ervaren huisartsen een verwijzing vanuit Opgroeien?
- Hebben ze het gevoel dat ze over voldoende informatie en kennis beschikken om een aanmelding van probleem voldoende uit te werken?
- Welke informatie zou hen kunnen ondersteunen in hun rol als behandelend arts?
- Op welke manier kan de communicatie tussen Opgroeien en de huisarts geoptimaliseerd?

Methodologie

Deelnemers en dataverzameling

We maakten gebruik van een doelgerichte steekproef met zoveel mogelijk variatie op basis van geslacht, anciëniteit, ervaring als consultatiebureau-arts en geografische regio. Huisartsen werden gerecruteerd via persoonlijk aanspreken in de praktijk, het seminarie en verspreiding van de vraag binnen de huisartsenkring 'Huisartsen Noord Antwerpen' (HANA). Na het verkrijgen van een informed consent, werden de interviews via het vooropgestelde script (zie bijlage 5) afgenomen door 1 van de onderzoekers. Er werd steeds een audio opname gemaakt van waaruit er een transcript van het interview werd gemaakt. We stopten inclusie van nieuwe deelnemers wanneer we merkten dat er geen nieuwe invalshoeken meer naar boven kwamen.

Data analyse opzet

We deden een beschrijvende thematische analyse volgens het 6-stappenplan dat aangereikt werd door Braun en Clarke (Braun en Clarke et al., 2006). We opteerden voor een deductieve aanpak met gebruik van de grote onderzoeksvragen als frame. We voerden een semantische analyse uit zonder veel eigen interpretaties. Gezien er tot op heden ook weinig tot geen onderzoek voorhanden is over het onderzochte domein maakten we een rijkelijke thematische beschrijving van quasi de volledige dataset.

Data analyse uitvoering

Vanaf de afname van het eerste interview startten we reeds met het maken van de transcripts en het maken van aantekeningen voor mogelijke codes. Zo kwamen er reeds codes naar boven die op interessante thema's leken te botsen die breder gingen dan onze initiële script vragen, maar waar we ons wel in wilden verdiepen gezien ze heel relevant leken. Zo werden de onderzoeksvragen uitgebreid met incorporatie van meer vragen over de algemene communicatie tussen de huisarts en Opgroeien en bijkomend over de digitale mogelijkheden die hierbij van toepassing kunnen zijn.
Het transcript van elk interview werd opgesteld door de onderzoeker die het interview afnam. Tijdens het maken van het transcript maakten we nota's voor mogelijk interessante codes. Nadat alle interviews afgenomen waren en bijna alle scripts klaar waren, kwamen we (online) samen om onze mogelijke codes te overlopen en een codeboom op te stellen. Vervolgens

gingen we elk apart aan de slag om de interviews te coderen volgens deze codeboom. Wanneer er toch nog nieuwe codes naar boven kwamen werd dit genoteerd en werd dit bij de volgende meeting besproken. Nadat alles gecodeerd was kwamen we samen om deze codes te ordenen volgens thema's. Hierna hergroepeerden we deze thema's tot een samenhangende structuur met bijpassende subthema's. Uiteindelijk voerden we de analyse uit, volgens bovenstaande principes en voorzagen we elk topic van illusterende quote's.

Resultaten

Na recrutering van de huisartsen werden er 13 interviews afgenomen. Meer specificaties van deze interviews zijn te vinden in Tabel 1.

Tabel 1: beschrijving deelnemers

	Geslacht	Jaren werkervaring +/-	Geografisch regio (provincie)	Ervaring als CB-arts
Interview 1	Vrouw	>20 jaar	Antwerpen	Ja, in het verleden
Interview 2	Vrouw	10 jaar – 20 jaar	Antwerpen	Ja, actief
Interview 3	Man	>20 jaar	Antwerpen	Nee
Interview 4	Vrouw	>20 jaar	Antwerpen	Ja, in het verleden
Interview 5	Vrouw	<10 jaar	Antwerpen	Nee
Interview 6	Vrouw	<10 jaar	Antwerpen	Ja, actief
Interview 7	Vrouw	10 jaar – 20 jaar	Antwerpen	Nee
Interview 8	Vrouw	<10 jaar	Antwerpen	Ja, in het verleden
Interview 9	Vrouw	<10 jaar	Antwerpen	Nee
Interview 10	Vrouw	<10 jaar	Antwerpen	Ja, actief
Interview 11	Vrouw	<10 jaar	West-Vlaanderen	Nee
Interview 12	Man	>20 jaar	Antwerpen	Nee
Interview 13	Man	>20 jaar	Limburg	Ja, actief

Bij het analyseren van de communicatie tussen Opgroeien en de huisarts kwamen er verschillende thema's naar boven die we konden samenleggen rond een centraal onderwerp. Gezien onze initiële onderzoeksvraag zich focuste op de verwijsbrief die vanuit Opgroeien wordt opgesteld en bedoeld is voor de behandelende arts, is dit een eerste centraal onderwerp waar de meeste thema's uit kwamen. Bijkomend wilden we weten hoe Opgroeien nog in contact staat met huisartsen waardoor er verschillende thema's het hebben over 'overleg tussen huisartsen en Opgroeien' en hadden we een specifiek idee voor de mogelijkheid van een omgekeerde doorverwijzing (vanuit de huisarts naar Opgroeien) wat apart kwam te staan in een onderwerp met thema. Uit onze initiële resultaten viel het op dat er veel vraag was naar meer digitale communicatie en overleg waar het onderwerp 'digitalisering' uit ontstond met enkele thema's. Hieronder vind je een overzicht met de onderwerpen, thema's en bijhorende subthema's.

Tabel 2: overzicht centrale onderwerpen, thema's en subthema's

Centrale onderwerpen	Thema's	Subthema's
Verwijsbrieven	Een huisarts ontvangt weinig verwijsbrieven vanuit Opgroeien.	
	De inhoud van een verwijsbrief is momenteel niet optimaal.	Een bondige beschrijving van de vraagstelling is goed.
		Er missen heel wat gegevens in de brieven waardoor nuttige informatie verloren gaat.
	Verwijzingen zijn bijna steeds terecht.	
	De verwijsbrief op papier voldoet niet om het doel ervan te bereiken.	
	Hoe huisartsen met een verwijsbrief aan de slag gaan hangt grotendeels af van hun persoonlijke ervaring als consultatiebureau-arts.	Ervaren huisartsen hebben vertrouwen in hun eigen uitwerking en aanpak van de verwijsvraag, aangezien ze kennis hebben over de onderliggende richtlijnen.
		Onervaren artsen voelen zich niet vaardig genoeg in de materie, maar willen wel graag bijleren over de topics.
	Het aanreiken van vervolgstappen bij een verwijzing is leerrijk, richtinggevend en tijdbesparend.	
Omgekeerde doorverwijzing	Omgekeerde doorverwijzing kan nuttig zijn bij topics waarover Opgroeien veel expertise in huis heeft.	
Overleg-mogelijkheden	Opgroeien is moeilijk bereikbaar en er is weinig contact tussen de twee partijen.	
	Sommige huisartsen zijn onvoldoende op de hoogte van wat Opgroeien te bieden heeft.	
	Overleg tussen de huisarts en Opgroeien kan vooral nuttig zijn bij sociale problematiek.	Uitwisseling van informatie tussen de huisarts en Opgroeien zou een meerwaarde zijn.
		Een regioverpleegkundige lijkt het ideale aanspreekpunt.
	Ontmoetingsmomenten tussen Opgroeien en huisartsen brengt de twee partijen dichter bij elkaar en kan multifunctioneel ingevuld worden.	
Digitalisering	Digitalisering zou een oplossing bieden voor de huidige moeilijkheden binnen de communicatie.	
	De huisarts wil mee inzicht in het elektronisch dossier van Opgroeien en dit integreren in zijn eigen EMD.	
	Achtergrondinformatie wordt het best digitaal aangeboden.	Een platform voor het terugvinden van vervolgstappen en andere achtergrondinformatie zou heel nuttig zijn.
		Er is interesse naar een digitale nieuwsbrief met up-to-date informatie.

Verwijsbrieven

Een huisarts ontvangt weinig verwijsbrieven vanuit Opgroeien.
Over het algemeen ontvangt een huisarts weinig doorverwijsbrieven vanuit Opgroeien. Het gaat om enkele brieven per jaar, met variaties in tijd en regio. Grotendeels lijkt dit te komen omdat ouders na verwijzing zelf vaak opteren om meteen een kinderarts, en dus de tweede lijn, te consulteren. Anderzijds lijkt er ook een trend van afname van het aantal raadplegingen waardoor er minder bereikbaarheid is in sommige regio's. In sommige, eerder kansarme regio's, raakt de nodige informatie nog steeds niet tot bij alle ouders.

- *Probleem is dat er hier lokaal minder en minder raadplegingen van Opgroeien zijn, waardoor de mensen het elders gaan zoeken en dan vaak voor een opvolging al in de praktijk komen, waardoor er geen doorverwijzingen zijn. Of naar een kinderarts gaan, waardoor dat we ze ook niet zien. (interview 1)*

De inhoud van een verwijsbrief is momenteel niet optimaal.

Een bondige beschrijving van de vraagstelling is goed.

Op een verwijsbrief staat niet al te veel informatie waardoor de vraagstelling vaak duidelijk zichtbaar is. Die vraagstelling wordt ook kort en bondig geformuleerd, wat huisartsen positief ervaren. Als bijlage zijn er bij vragen rond deze onderwerpen meestal groeicurves en/of een Von Wiechen onderzoek te vinden.

- *Meestal wel to the point, ja, die vraagstelling staat daarbij, die curves staan erbij als gaat over de groei of ontwikkeling. (interview 8)*

Er missen heel wat gegevens in de brieven waardoor nuttige informatie verloren gaat.

Brieven die weinig gegevens bevatten, brengen ook nadelen met zich mee gezien er ook heel wat nuttige informatie niet op vermeld staat. Zo ontbreekt er vaak een onderbouwing voor de reden van die verwijzing en de concrete verwachtingen naar de behandelend arts toe, waardoor het voor een huisarts niet altijd duidelijk is waarom die patiënt juist werd doorverwezen.

- *Wat zien zij als 'wanneer verwijzen wij door naar de huisarts?', bijvoorbeeld bij een heup. Is dat van den eerste keer als ze dat opmerken bij het onderzoek of van een fontanel of zo. Wat zijn hun criteria om te zeggen we moeten nu doorverwijzen. Das niet altijd duidelijk. (interview 4)*

Om de verwijsvraag grondig uit te kunnen werken, missen ze daarnaast ook bijkomende anamnestische gegevens met kadering van het probleem (zoals informatie rond voeding), maar ook gegevens over de bredere sociale of financiële achtergrond van het gezin. Verder kan het ook zinvol zijn om ook te vermelden welk advies al vanuit Opgroeien werd meegegeven en wat daar eventueel mee gedaan werd. Daarnaast kan het nuttig zijn om een inschatting te maken van hoe ongerust ouders zelf zijn en dit ook mee te delen op de verwijsbrief.
Nu ontbreken al deze gegevens waardoor dit allemaal verloren gaat en een huisarts zijn consultatie vaak vanaf nul moet starten.

- *Je kunt dat dan vragen: welk advies hebt ge al gekregen, wat hebt ge al besproken, maar soms, kwestie van taalbarrière of zo, ja krijg je dat er niet zo gemakkelijk uit en als ge er dan nog eens uw werk aan het insteken zijt, dat is gewoon niet echt een nuttig gebruik van middelen denk ik als we allemaal hetzelfde aan het doen zijn. (interview 10)*

Eigenlijk zouden huisartsen graag een verwijsbrief zien in het format dat ook gebruikt wordt bij verwijzingen van de eerste naar de tweede lijn, namelijk met de volledige achtergrondinformatie die Opgroeien heeft, een concreet probleem met bondige vraagstelling, een onderbouwing hiervan, waaraan de arts van Opgroeien zelf al heeft gedacht van mogelijke onderliggende problemen en een voorstel naar uitwerking toe.

- *Ik denk sowieso meer een doorverwijsbrief zoals wij die naar een specialist maken met wa achtergrond eventueel lengte, gewicht van de ouders of zo wat meer informatie in verband met zwangerschap, geboorte. (interview 4)*

Verwijzingen zijn bijna steeds terecht.
De geïnterviewde huisartsen vinden quasi elke doorverwijzing terecht. Enerzijds omdat Opgroeien een screeningsprogramma hanteert die procedures gebruikt om outliers op te pikken en anderzijds gezien het belangrijk is dat elke bezorgdheid laagdrempelig gedeeld wordt.

- *Ja, ik vind dat altijd terecht. Ik bedoel, elke ongerustheid vind ik fijn als die gedeeld wordt. (interview 2)*

Als er toch wat twijfel is over de terechtheid is dit omdat ze soms liever zien dat er extra opvolgingen (bv. extra metingen bij afwijkende groei) bij Opgroeien worden voorzien dan dat dit steeds via een behandelend arts moet verlopen. Gezien een te snelle doorverwijzing soms onnodige ongerustheid bij de ouders kan creëren.
Hoe vaak dit gebeurt, lijkt ook sterk af te hangen van de verwijzende arts.

- *Er zitten zeker wel terechte doorverwijzingen tussen, maar soms zitten er ook dingen tussen waarvan je denkt, 'ja oké dees moeten we gewoon wa in het oog houden of zo en ik vind da wel een beetje een dubbele omdat de ouders soms wel ongerust worden van doorverwezen te worden (interview 5)*

De verwijsbrief op papier voldoet niet om het doel ervan te bereiken.
De verwijzing verloopt momenteel via een papieren verwijsbrief. In de praktijk zorgt dit voor heel wat problemen waardoor de gedeelde informatie niet geraakt tot op de plek waar het naartoe zou moeten gaan. Zo zien we dat ouders het kindboekje of de verwijsbrief regelmatig vergeten of dat de verwijsbrief soms zonder gevolg in het kindboekje blijft zitten.

- *Verwijsbrief op papier zorgt ervoor dat dit vaak vergeten wordt want jonge ouders die hebben het al zo ontzettend druk. En zeker de meest kwetsbare ouders die hebben vaak een nog iets chaotischer leven. (interview 2)*

Ook is het onduidelijk of de gevraagde terugkoppelende feedback vanuit de huisartsen Opgroeien terug heeft bereikt, gezien deze brief in dit proces ook weer vaak verloren gaat.

- *Ik denk zeker niet da iedereen dat terug meepakt, dus dat ze de feedback ook niet altijd ontvangen. (interview 5)*

Hoe huisartsen met een verwijsbrief aan de slag gaan hangt grotendeels af van hun persoonlijke ervaring als consultatiebureau-arts.

Ervaren huisartsen hebben vertrouwen in hun eigen uitwerking en aanpak van de verwijsvraag, aangezien ze kennis hebben over de onderliggende richtlijnen.

Huisartsen die werken of gewerkt hebben als consultatiebureau-arts, kennen de richtlijnen die Opgroeien hanteert voor hun verwijsbeleid en vallen op deze kennis terug om ook als huisarts in te schatten wat de doorverwijsvraag juist is en hoe ze dit best kunnen uitwerken. Zij geven dus aan dat ze zelf goed kunnen inschatten wat de volgende stappen zijn en hebben daarmee vertrouwen in hun eigen kennis.

- *Ik denk, nu wel in mijn positie (als CB-arts bij Opgroeien), dat ik meestal wel weet wat waar het over gaat, want ja, ik weet wat die groeicurves willen zeggen, ik weet wat de richtlijn van Kind en Gezin wilt zeggen, (...) dus in die zin kan ik het meestal wel oplossen ook als ik er eentje van een collega krijg. (interview 13)*

Onervaren artsen voelen zich niet vaardig genoeg in de materie, maar willen wel graag bijleren over de topics.

Minder ervaren huisartsen hebben niet voldoende achtergrond in de materie meegekregen vanuit hun basisopleiding of opleiding tot huisarts waardoor ze zich onvoldoende vaardig voelen om de vraag uit te werken en bijgevolg laagdrempelig doorverwijzen naar pediatrie of telefonisch overleggen met een kinderarts.

- *Ge moet al bijna subgespecialiseerd zijn in pediatrie en al die verschillende opgroeicurves en mijlpalen en ja, als huisarts heb ik kennis in de breedte en niet in de diepte dus ik kan er eigenlijk zo niet mee aan de slag. (interview 9)*

De meerwaarde van de huisarts zit dan enkel nog in het meer gericht kunnen doorverwijzen naar tweede lijn.
Bijkomend geven de onervaren huisartsen wel aan dat ze graag willen bijleren over deze materie, maar dat er weinig mogelijkheden zijn. Er ontbreken richtlijnen voor de huisarts over deze topics en er is vanuit pediatrie weinig terugkoppeling naar de huisarts toe.

- *Het zou wel fijn zijn dat ze zo bij de meest frequente voorkomende zaken een soort protocol of zo hebben zodanig dat je wel kunt zien, "oké dat zijn de stappen die we best volgen, ja." (interview 4)*

- *Ik ga er vanuit, dat de nieuwe generatie, en dan heb ik het over de min 45 jaren dat heel graag wil kunnen en wil leren. Vandaar is die samenwerking zo belangrijk. Sommige kunnen het, zonder discussies, sommige hebben daar nog niet genoeg ervaring in. (*interview 1)

Het aanreiken van vervolgstappen bij een verwijzing is leerrijk, richtinggevend en tijdbesparend.
Om dit hiaat in kennis op te vullen zou er een mogelijkheid zijn om 'evidence-based'

vervolgstappen aan te reiken. Het vermelden van deze vervolgstappen in de verwijsbrief heeft veel voordelen. Zo is het leerrijk, richtinggevend, tijdbesparend en helpt het bovendien bij het standaardiseren van de uitwerking. Om hun nut niet voorbij te schieten en overzichtelijk te blijven, zijn ze best wel summier.

- *Zeker fijn om evidence-based vervolgstappen mee te krijgen. Ik denk dat dat fijne en een goede reminders zijn. Die ook een beetje meer kunnen standaardiseren, wat dat alle huisartsen doen. (interview 2)*

Een nadeel kan zijn dat dit verwachtingen of ongerustheid creëert bij de ouders die de brieven ook lezen of dat er discussie ontstaat wanneer de arts deze richtlijn niet exact volgt.

- *Gewoon da als er echt al stappen in geschreven staan en de ouders lezen het en ja het is misschien toch een beetje een andere situatie en ge doet iets anders. Da creëert misschien ook wel bepaalde verwachtingen. (interview 5)*

Omgekeerde doorverwijzing

Omgekeerde doorverwijzing kan nuttig zijn bij topics waarover Opgroeien veel expertise in huis heeft.
We bedachten zelf het idee van een omgekeerde verwijzing. Dit houdt in dat een huisarts een patiënt terug kan verwijzen naar Opgroeien om zo beroep te kunnen doen op de expertise die Opgroeien in huis heeft. Dit zou bijvoorbeeld kunnen wanneer er ongerustheid is over ontwikkeling en de huisarts dit onvoldoende kan kaderen en inschatten of dit reeds afwijkend is. Ook wanneer een patiënt uit de opvolging van Opgroeien is geraakt kan er met een formele verwijzing soms voor worden gezorgd dat die familie terug wordt opgepikt. We vroegen artsen of ze het idee van een verwijzing vanuit de huisarts naar Opgroeien interessant vonden en lieten het open wat dit allemaal kan inhouden. Het merendeel van de huisartsen zag hier wel potentieel in. Vooral bij onderwerpen waar er in huis bij Opgroeien veel expertise rond is zoals sociale problematiek en voedingsproblemen. Ook na een gesprek over vaccinatietwijfel kan het nuttig zijn om Opgroeien hierover in te lichten zodat zij ook op de hoogte zijn van de juiste informatie.

- *Uiteindelijk, Huis van het kind, is wel een plek waar da mensen altijd terecht kunnen met opvoedingsvragen. Ik denk dat dat zeker nuttig kan zijn om voor voedings- en slaapvragen naar de verpleegkundige van Kind en Gezin te verwijzen. (interview 6)*

Er was zelfs een huisarts, die zelf als consultatiebureau-arts werkt en dus goed op de hoogte is over wat Opgroeien kan bieden, die hiervan reeds gebruikt maakt.

- *Ik doe dat soms al. De laatste was bijvoorbeeld taalontwikkeling. Bij inderdaad ouders van andere afkomst, dat ze daar beter in thuis zijn over die situaties. Waar kunnen ze hulp zoeken, want daar heb ik dan in mijn inzien minder tools in. (interview 8)*

Overlegmogelijkheden

Opgroeien is moeilijk bereikbaar en er is weinig contact tussen de twee partijen.
Over het algemeen is er weinig tot geen interactie tussen de huisartsen en Opgroeien. Behalve de huidige verwijsbrief, is er quasi geen contact tussen de twee voornoemde partijen. De

meeste huisartsen geven wel aan dit spijtig te vinden en dit liever anders te zien of toch minstens de mogelijkheid te krijgen om contact te leggen wanneer ze dit nodig achten. Een huisarts die hier nu zelf het initiatief voor zou willen nemen, botst tegen de moeilijke bereikbaarheid van artsen binnen Opgroeien. Op de verwijsbrief vindt men geen contactgegevens terug en daarnaast zijn deze artsen ook niet continu werkzaam via Opgroeien.

- *Zeer minimaal, op enkele uitzonderingen na. Dus dat is nihil die interactie terwijl er zeker opportuniteiten liggen. (interview 12)*

De meeste artsen zouden het liefst telefonisch contact willen opnemen met Opgroeien. Contact via e-mail heeft minder de voorkeur en is daarbij niet volgens de GDPR richtlijnen.

- *Ik denk het fijne aan de telefoon is dat dat voor de twee partijen snel antwoorden biedt. Maar dat is natuurlijk altijd voor de persoon die gebeld wordt niet zo handig. (interview 6)*

Sommige huisartsen zijn onvoldoende op de hoogte van wat Opgroeien te bieden heeft.
Doordat Opgroeien weinig contact heeft met de gemiddelde huisarts zijn er sommige huisartsen helemaal niet op de hoogte van hoe Opgroeien te werk gaat, welke expertise ze hebben en wanneer het nuttig zou zijn om hen te contacteren. Hierdoor gaat ook weer informatie verloren ten nadele van de patiënt, zijn opvolging en de mogelijkheden tot hulpverlening.

- *Ik merk dikwijls dat andere artsen of specialisten vaak niet weten wat Kind en Gezin juist doet.* (interview 13)

Een opvallend voorbeeld is dat veel geïnterviewde huisartsen aanhalen dat ze niet aan de gedigitaliseerde groeicurves van hun patiënten kunnen, terwijl hier ondertussen (via my health viewer) na toestemming van de ouders wel een mogelijkheid voor bestaat.

Overleg tussen de huisarts en Opgroeien kan vooral nuttig zijn bij sociale problematiek.

Uitwisseling van informatie tussen de huisarts en Opgroeien zou een meerwaarde zijn.

Overleg met daarbij samenleggen van verschillende visies en stukken informatie zorgt in veel gevallen voor een meerwaarde. Zo ligt er ook heel wat opportuniteit in overleg tussen Opgroeien en de huisarts. Uit de interviews kwam voornamelijk dat huisartsen dit nuttig achten bij gezinnen met sociale problematiek.

- *Het lijkt mij vooral een meerwaarde als er rond de sociale context wat zorgen zijn*. (interview 11)

Bijkomend mag de rol van een huisarts, als coördinerend arts van het hele gezin, niet over het hoofd gezien worden. Een huisarts heeft vaak een nauwe band met de familie en kan ook reeds met de uitwerking van specifieke problemen aan de slag zijn, wat ook nuttige informatie is om met Opgroeien te delen.

- *Over de informatie die vooraf gekend is waarvan je weet, Oké, hier gaat een alarmbelleke afgaan binnenkort bij jullie, maar we zijn er al mee bezig, dat er geen doorverwijzing moet volgen. Dat dat in dat dossier ook gewoon een beetje opgelost*

kan worden door een eenvoudig telefoontje tussen beide partijen of dergelijke. (interview 1)

Een regioverpleegkundige lijkt het ideale aanspreekpunt.

Een regioverpleegkundige is vanuit de rol van vaste dossierbeheerder beter geplaatst als vast aanspreekpunt en het meegeven van mogelijkheden tot contact met hen kan dus een betere optie zijn om de bereikbaarheid te verbeteren.

- *Ik denk dat dat altijd wel een opstapje naar de arts kan zijn en dat de verpleegkundige al wel eigenlijk zelfs nog beter op de hoogte zijn van hun kindjes in het CB dus ik denk dat dat zeker ook via hen kan gaan. (interview 6)*

Daarnaast doen ze ook huisbezoeken en zijn ze dus vaak goed op de hoogte van de sociale context binnen een gezin en hebben ze expertise over topics die voor huisartsen vaak een uitdaging zijn zoals voedingsproblemen en slaapproblemen.

- *Dat doe ik ook gewoon heel vaak wel. Maar natuurlijk ook wel omdat ik in het CB werk, in de regio waar ik ook huisarts ben. Wordt vooral gedaan bij sociale of psychische problemen. (interview 2)*

Ontmoetingsmomenten tussen Opgroeien en huisartsen brengt de twee partijen dichter bij elkaar en kan multifunctioneel ingevuld worden.
Een mogelijkheid om de huisartsen en Opgroeien dichter naar elkaar toe te brengen is het organiseren van netwerkmomenten. Hierbij kan het team van Opgroeien de huisartsen in de buurt leren kennen en omgekeerd krijgen de huisartsen een concreet beeld van wie er bij Opgroeien werkt waardoor de drempel om hen te contacteren verlaagd wordt.

- *Dat zorgt voor een wederzijds vertrouwen. En je kunt wel zeggen, we hebben iemand die dat kan en die komt dat lokaal brengen, maar zorgt er voor dat uw lokaal team er dan ook is voor die uitwisseling te hebben. (interview 1)*

Deze ontmoetingsmomenten kunnen ook dienen om huisartsen beter op de hoogte te brengen van wat Opgroeien allemaal doet en vormen daarbij de ideale gelegenheid om lokale bijscholingen rond topics die leven in de regio te organiseren. Momenteel wordt al een paar keer per jaar een online symposium gehouden, al kan dit mogelijk meer impact hebben indien deze fysiek doorgaan en/of meer afgestemd zijn op de specifieke regio waar de huisarts werkt. Bovendien kan deze bijscholing voorgebracht worden door een specifiek team van Opgroeien waarmee de huisarts in contact kan staan.

Digitalisering

Digitalisering zou een oplossing bieden voor de huidige moeilijkheden binnen de communicatie.
Voor heel wat eerder aangehaalde moeilijkheden lijkt de voor de hand liggende oplossing de digitalisering van de communicatie, eventueel via een specifiek ontworpen platform.

Zo zou de huidige papieren verwijsbrief gedigitaliseerd kunnen worden waarbij die digitaal wordt opgesteld, opgestuurd en ontvangen kan worden door één of meerdere zorgverleners. Nadien kunnen huisartsen ook digitaal hierop antwoorden waardoor deze informatie ook weer rechtstreeks terug bij Opgroeien terechtkomt. Dit werkt efficiënter, tijdbesparend en zo gaat er minder informatie verloren. De communicatie verloopt dan ook volledig tussen artsen,

waarbij geen overbodige ongerustheid bij de ouders gecreëerd wordt. Een eventuele tussenstap zou zijn om via de huidige verwijsbrief te verwijzen naar een online platform voor verdere communicatie (via QR-code of eventueel link).

- *Ik denk dat er gewoon niet heel veel extra nodig is en ik denk altijd, technologisch moet dat toch niet heel ingewikkeld zijn en ik denk echt dat die kwaliteit erdoor enorm zou kunnen verbeteren en dat er nu soms hele goede zorg dubbel gedaan wordt of verloren gaat, doordat we niet digitaal in contact met elkaar kunnen zijn. (interview 2)*
- *Ik heb nu dubbel werk. Zowel voor de voor de CB-arts als voor de behandelend artsen, want je moet als behandelend arts het zelf in uw dossier noteren. Je moet het dan handgeschreven nog eens gaan terugkoppelen om dan als de mensen terugkomen in de CB moet de behandelend arts uw geschrift gaan ontcijferen om dat terug te digitaliseren eigenlijk. Dat is eigenlijk wel echt vier stappen voor niks, voor uiteindelijk te komen aan het antwoord. (interview 6)*

Ook los van verwijzingen kan de communicatie tussen medewerkers van Opgroeien en de huisarts verbeterd worden door digitaal met elkaar in contact te staan. Gezien er dan een duidelijk medium is voor vragen en de tegenpartij kan antwoorden op een moment wanneer dit hem/haar/hen uitkomt. Vanuit de interviews kwam het idee om ook het gebruik van de Siilo app (chatplatform om veilig patiëntgegevens door te sturen naar andere zorgverleners), dat reeds door veel huisartsen gebruikt wordt, eventueel hiervoor ook te gebruiken.

- *Zelfs een soort platform waar wij kunnen inloggen en Opgroeien kan inloggen, eventueel via die weg ook communicatie, dat je niet continu moet bellen of continu een brief sturen als je op die manier. Ik denk dat het veel laagdrempeliger kan moest dat een duaal platform zijn. Ik denk dat dat een zeer mooie uitdaging is om dat op poten te krijgen, sowieso. (interview 12)*

De huisarts wil mee inzicht in het elektronisch dossier van Opgroeien en dit integreren in zijn eigen EMD.

Het zou voor veel huisartsen een meerwaarde zijn om inzicht te krijgen in wat Opgroeien juist doet en welke gegevens zij hebben door een verslag te krijgen van de consultaties bij hen. Door alle informatie te delen via het eHealth-platform gaat er niets verloren van inzichten en wordt dit makkelijk voor alle nodige zorgverleners ter beschikking gesteld. Dit vormt ook weer een mogelijke oplossing voor het huidige hiaat aan informatie die de huisarts na doorverwijzing vanuit Opgroeien ervaart, specifiek het ontbreken van de concrete dingen die zijn besproken op het consultatiebureau.

Specifieke situaties waarbij dit nuttig kan zijn, zijn patiënten die vaccinaties weigeren, waarbij de huisarts dit meteen kan registreren in zijn eigen dossier of de conversatie hierover kan open trekken of bij gezinnen met een taalbarrière waarbij een huisarts anders én weinig informatie via de verwijsbrief krijgt én moeilijk informatie bij de patiënt kan verkrijgen.

- *Ik denk dat dat een heel dankbaar iets is als je daar ook de nota's kunt zien, van al dan niet artsen, wat dat ze al dan niet hebben aanbevolen of niet. (interview 8)*

Het zou dus nuttig zijn moest er automatisch een verslag van een consultatie op eHealth verschijnen.

- *Dat zou wel heel fijn zijn dat ze er ook in komen zoals verslagen van het ziekenhuis. Ik vind dat eigenlijk een groot gemis dat da niet zo is. Of dat da echt alles moet zijn, niet*

perse maar ja ik denk eigenlijk gelijk ne Sumehr in de huisartsenpraktijk dat da er eigenlijk ook van Opgroeien zou moeten zijn. (interview 6)

Bijkomend zou het nuttig zijn om enkele gegevens (voornamelijk de biometrie-gegevens) rechtstreeks te kunnen integreren in het medisch dossier.

- *Maar het zou wel leuk zijn natuurlijk dat je het gewoon kunt integreren. Alle info is, ja, een bijdrage aan uw medisch dossier hè. (interview 4)*

- *Dat is misschien een utopie, maar dat zou toch een schat aan informatie zijn als zowel specialist, huisarts, als die allemaal in één groot dossier werken en gewoon kunnen aanvullen. (interview 10)*

Achtergrondinformatie wordt het best digitaal aangeboden.

Een platform voor het terugvinden van vervolgstappen en andere achtergrondinformatie zou heel nuttig zijn.

Het ontwikkelen van een digitale plek waar er informatie over de preventieve topics van kindergeneeskunde op maat van de huisarts wordt aangeboden, zou nuttig en praktsch zijn om huisartsen die hier interesse in hebben en hierover willen bijleren te ondersteunen. Idealiter kan je ook meteen vanuit de digitale verwijsbrief doorklikken naar dit platform.

- *Ja, bijvoorbeeld, ja gelijk dat wij in de praktijk de 'Evidence Linker' hebben maar dan specifiek voor iets, een platform over pediatrische zaken. Dat zou fijn zijn. (interview 6)*

Momenteel bestaat er reeds een platform waar Opgroeien informatie deelt met zijn medewerkers. Het zou een mogelijkheid zijn om dit uit te breiden waardoor ook andere zorgverleners aan de nodige informatie zouden geraken.

Er is interesse naar een digitale nieuwsbrief met up-to-date informatie.

Een andere mogelijkheid is het delen van stukjes informatie en richtlijnen via een nieuwsbrief waar een huisarts zich op kan abonneren. Ook dit bestaat reeds voor medewerkers van Opgroeien, maar wordt nog niet ter beschikking gesteld voor andere zorgverleners.

Zou het gewoon wel interessant zijn als er bijvoorbeeld vanuit Opgroeien of zo, ik weet niet of dat bestaat, misschien heb ik mezelf er gewoon niet op ingeschreven dat er een of andere nieuwsbrief of zo zou zijn, waar dat er dan wat actuele informatie die ook als huisarts interessant kan zijn dat je daar wel van geupdate wordt, want nu weten we er eigenlijk niet veel. (interview 4)

Discussie

De opzet van deze thesis was zicht krijgen op hoe Vlaamse huisartsen verwijzingen vanuit Opgroeien ervaren. Tot op heden werd hier nog geen onderzoek naar gedaan of is er althans geen bestaande literatuur over.

Uit onze resultaten blijkt dat de huisartsen in Vlaanderen de verwijsbrieven wel terecht vinden en ook voldoende duidelijk vinden, maar dat ze zeker baat zouden hebben bij meer

uitgebreidere verwijsbrieven met de nodige achtergrondinformatie en onderbouwde vraagstelling. Daarnaast lijkt het zeer nuttig om ook via de verwijsbrieven meer achtergrondinformatie over de nodige topics aan te reiken en een link te voorzien naar evidence based medicine (EBM)-vervolgstappen of deze rechtstreeks op de verwijsbrief te vermelden.
Huisartsen zien verder veel mogelijkheden in het digitaliseren van de verwijsbrieven en bij uitbreiding ook de verdere communicatie met Opgroeien.
Daarenboven missen ze ook de mogelijkheid tot overleg met de artsen en verpleegkundigen van Opgroeien, zeker bij de opvolging van gezinnen waar er een taalbarrière is of er sprake is van sociale problematiek.
Tot slot is het ook opvallend dat huisartsen vaak niet op de hoogte zijn van de werking van Opgroeien en hoe ze voor hun patiënten gebruik kunnen maken van de mogelijkheden die Opgroeien te bieden heeft. Wij als onderzoekers denken dat het beschikbaar maken van de E-vervolgstappen hier een verschil kunnen maken. Eventueel zouden lokale bijscholingen ook een oplossing kunnen bieden.

We polsten, naast hoe huisartsen de verwijsbrieven ervaren, ook naar wat ze vervolgens met de casus op de verwijsbrief aanvangen. Het blijkt dat huisartsen die zelf ervaring hebben op een CB van Opgroeien, vaak goed weten wat te doen, zijnde zelf het probleem behandelen of doorverwijzen naar een pediater. Huisartsen zonder CB ervaring daarentegen, vinden het moeilijk om in te schatten en verkiezen dan vaker een extra verwijzing naar een pediater. Ook hier kunnen EBM-vervolgstappen op de verwijsbrief en/of lokale bijscholingen een oplossing bieden.

Als we bovenstaande suggesties van de huisartsen samenvatten, aangevuld met onze suggesties als onderzoekers, zien we volgende mogelijke implicaties voor de praktijk.
Ten eerste lijkt het voor de hand liggend om het format van de huidige verwijsbrief aan te passen met uitbreiding van het aantal gegevens dat gedeeld wordt met de behandelende arts zodat die op de hoogte is van alles nuttige informatie die op een consultatiebureau wordt verzameld. De groeicurves vanuit de gegevens van Opgroeien zouden ook makkelijker raadpleegbaar moeten zijn voor de huisarts. Heden is dat een complex systeem waarbij de ouders eerst toestemming moeten geven en de gegevens vervolgens ook niet automatisch in te brengen zijn in het softwaresysteem van de huisarts. Dat systeem is overigens voor de meeste huisartsen zelfs nog ongekend, zo bleek uit onze interviews.
Ten tweede moet worden nagedacht op welke manier de nodige EBM informatie over de topics, waarvoor Opgroeien patiënten doorstuurt, kan aangereikt worden aan de huisartsen. We merken enorm veel enthousiasme bij de huisartsen om hierover bij te leren zodat zij hiermee aan de slag kunnen, maar ze botsen op de beperkte beschikbaarheid van informatie rond deze topics. In de huidige tijd lijkt het aanbieden van deze informatie online de gemakkelijkste optie. Opgroeien biedt voor de ouders van patiënten al heel wat informatie online aan. Ook voor de artsen die werken bij Opgroeien is er een nieuwsbrief en online platform met richtlijnen en achtergrondinformatie beschikbaar. Mogelijk zou dit platform verder uitgebreid kunnen worden voor huisartsen. Als haalbare tussenstap kan dit ook meegegeven worden op een verwijsbrief en dus geïncorporeerd worden in het format voor de nieuwe verwijsbrief.
Ten derde zien we veel oplossingen in het digitaliseren van de verwijsbrief waarbij de communicatie via een online platform kan gebeuren. Via dit platform zouden zorgverleners dan informatie terug kunnen vinden over hun patiënten (verwijsbrieven, groeicurves, ontwikkeling). Zoals eerder gezegd, zou dit ook als bron kunnen dienen voor achtergrondinformatie en tegelijkertijd kan het gebruikt worden als communicatiemiddel

tussen de medewerkers van Opgroeien en de huisarts.
Het ideale scenario blijft natuurlijk een digitaal gedeeld dossier waarin alle vaststellingen van de verschillende zorgverleners samen terechtkomen en ook beschikbaar zijn voor andere zorgverleners. We zien in als onderzoekers dat hier nog verder onderzoek dient naar te gebeuren en dat dit zeker niet eenvoudig in de praktijk te implementeren is.
Tenslotte zou het interessant zijn om de werknemers van Opgroeien en de huisartsen dichter bij elkaar te brengen zodat de communicatie tussen de twee ook veel laagdrempeliger kan gebeuren. Het opzetten van netwerkmomenten en bijscholingen lijkt ook een haalbare kaart als dit vanuit de lokale teams zou kunnen gebeuren.

Deze thesis groeide onder andere vanuit onze persoonlijke ervaring als huisarts-in-opleiding met eerdere ervaring als consultatiebureau-arts. Doordat we reeds werkten vanuit beide perspectieven ondervonden we zelf pijnpunten in de manier waarom de verwijzingen momenteel verlopen. We hopen dat met enkele kleine ingrepen hier al grote stappen vooruit in gezet kunnen worden.
We zien onze persoonlijke ervaring met deze materie grotendeels als een sterkte van deze studie. We kennen de inhoud van een consultatie bij Opgroeien zelf goed en hebben beide kanten van een verwijsbrief al ervaren, zowel als verzender als ontvanger. Dat heeft tijdens de interviews toch bijgedragen tot belangrijke bijvragen wanneer het antwoord van de interviewer niet duidelijk was, wat dan weer heeft bijgedragen tot het vergaren van nuttige informatie voor ons onderzoek.
Een andere sterkte van de thesis is dat we een gevarieerde populatie aan huisartsen hebben gevonden om te interviewen, zowel qua leeftijd, geslacht als ervaring als CB-arts of niet.

Deze thesis heeft natuurlijk ook zijn beperkingen. Zo is er een zekere vorm van selectie-bias van de geïnterviewde huisartsen. Er zat namelijk vaak wel een persoonlijke link tussen ons en de geïnterviewde huisarts (eigen opleider, bevriende huisarts, ..). Het ging dan ook vaak over huisartsen die nog maar net uit de opleiding zijn of zelf opleider zijn. Ook het geografisch werkgebied van de geïnterviewde huisartsen bevond zich voornamelijk in de provincie Antwerpen, daar wij als onderzoekers allebei in de provincie Antwerpen wonen en vooral rondom ons huisartsen hebben gerecruteerd voor interviews.
Ten tweede konden we door onze ervaring als CB-arts de thesis niet door de bril van een onafhankelijke onderzoekers bekijken. We hadden al inzicht in de werking en de hiaten in het huidige systeem en dat heeft natuurlijk de interviews en deze analyse mee gevormd.

Er zit nog veel toekomst in de verdere uitdieping van dit onderwerp en met uitbreiding in onderzoek naar de communicatie tussen de nulde en de eerste lijn in het algemeen. Een volgende stap zal alvast gezet worden door een andere groep masterstudenten huisartsgeneeskunde. Zij zullen met onze resultaten aan de slag gaan en ook via kwalitatief onderzoek nagaan welke aanpassingen in een verwijsbrief mogelijk kunnen werken in de praktijk. Een ander interessant topic voor verder onderzoek is het nagaan in hoe verre de suggesties voor digitalisering kunnen geïmplementeerd worden in de huidige praktijkvoering.

We kunnen uit deze thesis besluiten dat de communicatie tussen de huisarts en Opgroeien beperkt is. Er zijn echter wel heel wat mogelijkheden tot het verbeteren van deze communicatie, bijvoorbeeld door het uitbreiden van de verwijsbrief of het verwezelijken van een digitaal platform voor communicatie. Of een digitaal gedeeld dossier een utopie zal blijven of niet, zal wellicht in de toekomst duidelijk worden.

Dankwoord

We willen graag onze promotor, Prof. Dr. Hilde Bastiaens en onze co-promotor Dr. Karolien Van Puyenbroeck bedanken voor hun begeleiding binnen respectievelijk het veldonderzoek en het literatuuronderzoek. Onder jullie vleugels hebben we onze eerste stappen kunnen zetten binnen het kwalitatief onderzoek en kunnen groeien als wetenschappers.

Ook bedanken we graag alle geïnterviewde huisartsen voor hun tijd en belangrijke bijdrage aan onze thesis.

Referenties

Literatuuronderzoek:

- Hoppenbrouwers K, et al. Onderzoek naar de wetenschappelijke state of the art op het vlak van preventieve gezondheidszorg voor kinderen onder de 3 jaar. (2010).
- Boere-Boonekamp MM, et al. JGZ richtlijn Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming. NCJ (2012).
- Kamphuis M, et al. Signalering van en verwijzing bij niet-scrotale testis. NCJ (2012).
- Looman WS, et al. Evidence-based care of the child with deformational plagiocephaly, Part I: assessment and diagnosis. J Pediatr Health Care. 2012 Jul-Aug;26(4):242-50.
- Flannery, et al. Evidence-Based Care of the Child With Deformational Plagiocephaly, Part II: Management. Pediatr Health Care. 2012 Sep-Oct;26(5):320-31.
- Argenta L, et al. J Craniofac Surg. 2004 May;15(3):368-72.

Veldonderzoek:

- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. Qualitative Research in Psychology, 3(2), 77–101.
- Maguire, M., & Delahunt, B. (2017). Doing a Thematic Analysis: A Practical, Step-by-Step Guide for Learning and Teaching Scholars. AISHE-J, 9, 3351. http://ojs.aishe.org/index.php/aishe-j/article/view/3354

Bijlagen

Literatuuronderzoek

1. Gebruikte Mesh termen

Zoekstring 1:

(((("Preventive Medicine"[Mesh] OR "Preventive Health Services"[MeSH Terms] OR "Public Health Practice"[MeSH Terms] OR "Public Health Nursing"[MeSH Terms] OR "prevent*"[Title/Abstract] OR Early Medical Intervention*[Title/abstract])
AND
(("Early Diagnosis"[Mesh]
OR "Early Diagnos*"[Title/Abstract]
OR "Early Detect*"[Title/Abstract]
OR predict*[title/abstract]
OR screening[title/abstract]

OR "routine diagnostic test*"[Title/Abstract]
OR "Diagnosis"[Mesh]
OR "Sensitivity and Specificity"[Mesh]
OR sensitivity[Title/Abstract])
AND
("Craniosynostoses"[Mesh]
OR Craniosynostos*[Title/Abstract]
OR Craniostenos*[Title/Abstract]
OR Brachycephal*[Title/Abstract]

OR Metopic Synostos*[Title/Abstract]
OR Scaphocephal*[Title/Abstract]
OR Sagittal Synostos*[Title/Abstract]
OR Lambdoid Synostos*[Title/Abstract]
OR Trigonocephal*[Title/Abstract]
OR Acrocephal*[Title/Abstract]
OR Oxycephal*[Title/Abstract]
OR Unilateral Coronal Synostos*[Title/Abstract]
OR "Cranial Fontanelles"[Mesh]
OR Fontanel*[Title/Abstract]
OR "Cranial Sutures"[Mesh]
OR "cranial suture*"[title/abstract]))
AND
(((systematic*[ti] AND review[ti]) OR Systematic overview*[ti] OR Cochrane review*[ti] OR systemic review*[ti] OR scoping review[ti] OR scoping literature review[ti] OR mapping review[ti] OR Umbrella review*[ti] OR (review of reviews[ti] OR overview of reviews[ti]) OR meta-review[ti] OR (integrative review[ti] OR integrated review[ti] OR integrative overview[ti] OR meta-synthesis[ti] OR metasynthesis[ti] OR quantitative review[ti] OR quantitative synthesis[ti] OR research synthesis[ti] OR meta-ethnography[ti]) OR Systematic literature search[ti] OR Systematic literature research[ti] OR meta-analyses[ti] OR metaanalyses[ti] OR metaanalysis[ti] OR meta-analysis[ti] OR meta-analytic review[ti] OR meta-analytical review[ti] OR meta-analysis[pt] OR ((search*[tiab] OR medline[tiab] OR pubmed[tiab] OR embase[tiab] OR Cochrane[tiab] OR scopus[tiab] or web of science[tiab] OR sources of information[tiab] OR data sources[tiab] OR following databases[tiab]) AND (study selection[tiab] OR selection criteria[tiab] OR eligibility criteria[tiab] OR inclusion criteria[tiab] OR exclusion criteria[tiab])) OR systematic review[pt]) OR
(guidelines as topic[MeSH:noexp] OR practice guidelines as topic[MeSH:noexp] OR Health Planning Guidelines[MeSH:noexp] OR practice guideline[MeSH:noexp] OR clinical protocols[MeSH:noexp] OR Consensus[MeSH:noexp] OR "Consensus Development Conference"[PTYP] OR "Consensus Development Conference, NIH"[PTYP] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[MeSH:noexp] OR "Consensus Development Conferences, NIH as Topic"[MeSH:noexp] OR critical pathway[MeSH:noexp] OR (clinical[TIAB] AND pathway[TIAB]) OR (clinical[TIAB] AND pathways[TIAB]) OR (practice[TIAB] AND parameter[TIAB]) OR (practice[TIAB] AND parameters[TIAB]) OR algorithms[MeSH:noexp] OR care pathway[TIAB] OR care pathways[TIAB] OR guidance[TIAB] OR guideline*[TI])))
NOT (letter[pt] OR editorial[pt] OR comment[pt] OR case reports[pt] OR historical article[pt] OR report[ti] OR protocol[ti] OR protocols[ti] OR withdrawn[ti] OR retraction of publication[pt] OR retraction of publication as topic[mesh] OR retracted publication[pt] OR reply[ti] OR published erratum[pt]))

Zoekstring 2:
("Delayed clos*"[Title/abstract]
AND ("Cranial Fontanelles"[Mesh]
OR "Fontanel*"[Title/Abstract]
OR "Cranial Sutures"[Mesh]
OR "cranial suture*"[title/abstract]))

Zoekstring 3:
((("Preventive Medicine"[Mesh] OR "Preventive Health Services"[MeSH Terms] OR "Public Health Practice"[MeSH Terms] OR "Public Health Nursing"[MeSH Terms] OR "prevent*"[Title/Abstract] OR Early Medical Intervention*[Title/abstract])

AND
("Referral and Consultation"[Mesh]
OR gatekeeper*[Title/Abstract]
OR referral*[Title/Abstract]
OR referring[Title/Abstract]
OR refer[Title/Abstract]
OR Second Opinion*[Title/Abstract])
AND
("Craniosynostoses"[Mesh]
OR Craniosynostos*[Title/Abstract]
OR Craniostenos*[Title/Abstract]
OR Brachycephal*[Title/Abstract]
OR Metopic Synostos*[Title/Abstract]
OR Scaphocephal*[Title/Abstract]
OR Sagittal Synostos*[Title/Abstract]
OR Lambdoid Synostos*[Title/Abstract]
OR Trigonocephal*[Title/Abstract]
OR Acrocephal*[Title/Abstract]
OR Oxycephal*[Title/Abstract]
OR Unilateral Coronal Synostos*[Title/Abstract]
OR "Cranial Fontanelles"[Mesh]
OR Fontanel*[Title/Abstract]
OR "Cranial Sutures"[Mesh]
OR "cranial suture*"[title/abstract]
AND
(((systematic*[ti] AND review[ti]) OR Systematic overview*[ti] OR Cochrane review*[ti] OR systemic review*[ti] OR scoping review[ti] OR scoping literature review[ti] OR mapping review[ti] OR Umbrella review*[ti] OR (review of reviews[ti] OR overview of reviews[ti]) OR meta-review[ti] OR (integrative review[ti] OR integrated review[ti] OR integrative overview[ti] OR meta-synthesis[ti] OR metasynthesis[ti] OR quantitative review[ti] OR quantitative synthesis[ti] OR research synthesis[ti] OR meta-ethnography[ti]) OR Systematic literature search[ti] OR Systematic literature research[ti] OR meta-analyses[ti] OR metaanalyses[ti] OR metaanalysis[ti] OR meta-analysis[ti] OR meta-analytic review[ti] OR meta-analytical review[ti] OR meta-analysis[pt] OR ((search*[tiab] OR medline[tiab] OR pubmed[tiab] OR embase[tiab] OR Cochrane[tiab] OR scopus[tiab] or web of science[tiab] OR sources of information[tiab] OR data sources[tiab] OR following databases[tiab]) AND (study selection[tiab] OR selection criteria[tiab] OR eligibility criteria[tiab] OR inclusion criteria[tiab] OR exclusion criteria[tiab])) OR systematic review[pt]) OR
(guidelines as topic[MeSH:noexp] OR practice guidelines as topic[MeSH:noexp] OR Health Planning Guidelines[MeSH:noexp] OR practice guideline[MeSH:noexp] OR clinical protocols[MeSH:noexp] OR Consensus[MeSH:noexp] OR "Consensus Development Conference"[PTYP] OR "Consensus Development Conference, NIH"[PTYP] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[MeSH:noexp] OR "Consensus Development Conferences, NIH as Topic"[MeSH:noexp] OR critical pathway[MeSH:noexp] OR (clinical[TIAB] AND pathway[TIAB]) OR (clinical[TIAB] AND pathways[TIAB]) OR (practice[TIAB] AND parameter[TIAB]) OR (practice[TIAB] AND parameters[TIAB]) OR algorithms[MeSH:noexp] OR care pathway[TIAB] OR care pathways[TIAB] OR guidance[TIAB] OR guideline*[TI])))
NOT (letter[pt] OR editorial[pt] OR comment[pt] OR case reports[pt] OR historical article[pt] OR report[ti] OR protocol[ti] OR protocols[ti] OR withdrawn[ti] OR retraction of publication[pt] OR retraction of publication as topic[mesh] OR retracted publication[pt] OR reply[ti] OR published erratum[pt]))

Zoekstring 4:
(((("Preventive Medicine"[Mesh] OR "Preventive Health Services"[MeSH Terms] OR "Public Health Practice"[MeSH Terms] OR "Public Health Nursing"[MeSH Terms] OR "prevent*"[Title/Abstract] OR Early Medical Intervention*[Title/abstract])
AND
(("Medical History Taking"[Mesh]
OR Medical History[Title/Abstract]
OR Family Histor*[Title/Abstract]
OR Health Histor*[Title/Abstract])

OR
("Physical Examination"[Mesh]
OR Physical Exam*[Title/Abstract]
OR physical inspect*[Title/Abstract])
OR
("Referral and Consultation"[Mesh]
OR gatekeeper*[Title/Abstract]
OR referral*[Title/Abstract]
OR referring[Title/Abstract]
OR refer[Title/Abstract]
OR Second Opinion*[Title/Abstract]))
AND
(("Early Diagnosis"[Mesh]
OR "Early Diagnos*"[Title/Abstract]
OR "Early Detect*"[Title/Abstract]
OR predict*[title/abstract]
OR screening[title/abstract]
OR "routine diagnostic test*"[Title/Abstract]
OR "Diagnosis"[Mesh]
OR "Sensitivity and Specificity"[Mesh]
OR sensitivity[Title/Abstract])
AND
("Plagiocephaly"[Mesh]
OR Plagiocephal*[title/abstract]
OR Head-turning preference*[Title/Abstract]))
AND (((systematic*[ti] AND review[ti]) OR Systematic overview*[ti] OR Cochrane review*[ti] OR systemic review*[ti] OR scoping review[ti] OR scoping literature review[ti] OR mapping review[ti] OR Umbrella review*[ti] OR (review of reviews[ti] OR overview of reviews[ti]) OR meta-review[ti] OR (integrative review[ti] OR integrated review[ti] OR integrative overview[ti] OR meta-synthesis[ti] OR metasynthesis[ti] OR quantitative review[ti] OR quantitative synthesis[ti] OR research synthesis[ti] OR meta-ethnography[ti]) OR Systematic literature search[ti] OR Systematic literature research[ti] OR meta-analyses[ti] OR metaanalyses[ti] OR metaanalysis[ti] OR meta-analysis[ti] OR meta-analytic review[ti] OR meta-analytical review[ti] OR meta-analysis[pt] OR ((search*[tiab] OR medline[tiab] OR pubmed[tiab] OR embase[tiab] OR Cochrane[tiab] OR scopus[tiab] or web of science[tiab] OR sources of information[tiab] OR data sources[tiab] OR following databases[tiab]) AND (study selection[tiab] OR selection criteria[tiab] OR eligibility criteria[tiab] OR inclusion criteria[tiab] OR exclusion criteria[tiab])) OR systematic review[pt]) OR (guidelines as topic[MeSH:noexp] OR practice guidelines as topic[MeSH:noexp] OR Health Planning Guidelines[MeSH:noexp] OR practice guideline[MeSH:noexp] OR clinical protocols[MeSH:noexp] OR Consensus[MeSH:noexp] OR "Consensus Development Conference"[PTYP] OR "Consensus Development Conference, NIH"[PTYP] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[MeSH:noexp] OR "Consensus Development Conferences, NIH as Topic"[MeSH:noexp] OR critical pathway[MeSH:noexp] OR (clinical[TIAB] AND pathway[TIAB]) OR (clinical[TIAB] AND pathways[TIAB]) OR (practice[TIAB] AND parameter[TIAB]) OR (practice[TIAB] AND parameters[TIAB]) OR algorithms[MeSH:noexp] OR care pathway[TIAB] OR care pathways[TIAB] OR guidance[TIAB] OR guideline*[TI])))
NOT (letter[pt] OR editorial[pt] OR comment[pt] OR case reports[pt] OR historical article[pt] OR report[ti] OR protocol[ti] OR protocols[ti] OR withdrawn[ti] OR retraction of publication[pt] OR retraction of publication as topic[mesh] OR retracted publication[pt] OR reply[ti] OR published erratum[pt]))
NOT ((child[mesh:noexp] OR adolescent[mesh] OR adult[mesh]) NOT (infant[mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh]))

Zoekstring 5:
(("Medical History Taking"[Mesh]
OR Medical History[Title/Abstract]
OR Family Histor*[Title/Abstract]
OR Health Histor*[Title/Abstract])
OR

("Physical Examination"[Mesh]
OR Physical Exam*[Title/Abstract]
OR physical inspect*[Title/Abstract])
OR
("Referral and Consultation"[Mesh]
OR gatekeeper*[Title/Abstract]
OR referral*[Title/Abstract]
OR referring[Title/Abstract]
OR refer[Title/Abstract]
OR Second Opinion*[Title/Abstract]))
AND
(("Early Diagnosis"[Mesh]
OR "Early Diagnos*"[Title/Abstract]
OR "Early Detect*"[Title/Abstract]
OR predict*[title/abstract]
OR screening[title/abstract]
OR "routine diagnostic test*"[Title/Abstract]
OR "Diagnosis"[Mesh]
OR "Sensitivity and Specificity"[Mesh]
OR sensitivity[Title/Abstract])

AND
("Plagiocephaly"[Mesh]
OR Plagiocephal*[title/abstract]
OR Head-turning preference*[Title/Abstract]
OR "Cranial Fontanelles"[Mesh]
OR Fontanel*[Title/Abstract]
OR "Cranial Sutures"[Mesh]
OR "cranial suture*"[title/abstract])
OR
("Delayed clos*"[Title/abstract]
AND ("Cranial Fontanelles"[Mesh]
AND
(((systematic*[ti] AND review[ti]) OR Systematic overview*[ti] OR Cochrane review*[ti] OR systemic review*[ti] OR scoping review[ti] OR scoping literature review[ti] OR mapping review[ti] OR Umbrella review*[ti] OR (review of reviews[ti] OR overview of reviews[ti]) OR meta-review[ti] OR (integrative review[ti] OR integrated review[ti] OR integrative overview[ti] OR meta-synthesis[ti] OR metasynthesis[ti] OR quantitative review[ti] OR quantitative synthesis[ti] OR research synthesis[ti] OR meta-ethnography[ti]) OR Systematic literature search[ti] OR Systematic literature research[ti] OR meta-analyses[ti] OR metaanalyses[ti] OR metaanalysis[ti] OR meta-analysis[ti] OR meta-analytic review[ti] OR meta-analytical review[ti] OR meta-analysis[pt] OR ((search*[tiab] OR medline[tiab] OR pubmed[tiab] OR embase[tiab] OR Cochrane[tiab] OR scopus[tiab] or web of science[tiab] OR sources of information[tiab] OR data sources[tiab] OR following databases[tiab]) AND (study selection[tiab] OR selection criteria[tiab] OR eligibility criteria[tiab] OR inclusion criteria[tiab] OR exclusion criteria[tiab])) OR systematic review[pt]) OR
(guidelines as topic[MeSH:noexp] OR practice guidelines as topic[MeSH:noexp] OR Health Planning Guidelines[MeSH:noexp] OR practice guideline[MeSH:noexp] OR clinical protocols[MeSH:noexp] OR Consensus[MeSH:noexp] OR "Consensus Development Conference"[PTYP] OR "Consensus Development Conference, NIH"[PTYP] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[MeSH:noexp] OR "Consensus Development Conferences, NIH as Topic"[MeSH:noexp] OR critical pathway[MeSH:noexp] OR (clinical[TIAB] AND pathway[TIAB]) OR (clinical[TIAB] AND pathways[TIAB]) OR (practice[TIAB] AND parameter[TIAB]) OR (practice[TIAB] AND parameters[TIAB]) OR algorithms[MeSH:noexp] OR care pathway[TIAB] OR care pathways[TIAB] OR guidance[TIAB] OR guideline*[TI])))
NOT (letter[pt] OR editorial[pt] OR comment[pt] OR case reports[pt] OR historical article[pt] OR report[ti] OR protocol[ti] OR protocols[ti] OR withdrawn[ti] OR retraction of publication[pt] OR retraction of publication as topic[mesh] OR retracted publication[pt] OR reply[ti] OR published erratum[pt]))

Zoekstring urogenitale aandoeningen:

Aandoeningen: fimosis en parafimosis, cryptorchidie, synechia vulvae, hypospadie, hydrocoele, liesbreuk

((("Preventive Medicine"[Mesh] OR "Preventive Health Services"[MeSH Terms] OR "Public Health Practice"[MeSH Terms] OR "Public Health Nursing"[MeSH Terms] OR "prevent*"[Title/Abstract] OR Early Medical Intervention*[Title/abstract])
AND
(("Medical History Taking"[Mesh]
OR Medical History[Title/Abstract]
OR Family Histor*[Title/Abstract]
OR Health Histor*[Title/Abstract])
OR
("Physical Examination"[Mesh]
OR Physical Exam*[Title/Abstract]
OR physical inspect*[Title/Abstract])
OR
("Referral and Consultation"[Mesh]
OR gatekeeper*[Title/Abstract]
OR referral*[Title/Abstract]
OR referring[Title/Abstract]
OR refer[Title/Abstract]
OR Second Opinion*[Title/Abstract]))
AND
(("Early Diagnosis"[Mesh]
OR "Early Diagnos*"[Title/Abstract]
OR "Early Detect*"[Title/Abstract]
OR predict*[title/abstract]
OR screening[title/abstract]
OR "routine diagnostic test*"[Title/Abstract]
OR "Diagnosis"[Mesh]
OR "Sensitivity and Specificity"[Mesh]
OR sensitivity[Title/Abstract])
AND
("Phimosis"[Mesh]
OR phimos*[TiAb]
OR Paraphimos*[tiab]
OR "Cryptorchidism"[Mesh]
OR “Undescended Test*”[TiAb]
OR “Cryptorch*”[TiAb]
OR "Hypospadias"[Mesh]
OR “Hypospadia*”[TiAb]
OR "Testicular Hydrocele"[Mesh]
OR “Hydrocele*”[TiAb]
OR "Hernia, Inguinal"[Mesh]
OR “Inguinal Hernia*”[TiAb]
OR “synaechia vulvae” [TiAb]
OR “synechia vulvae” [TiAb]
OR “labial adhesion*” [TiAb]
OR "labial agglutination*"[tiab]
OR "labial synechia*"[tiab]
OR "Vulvar Diseases"[Mesh]))
AND
(((systematic*[ti] AND review[ti]) OR Systematic overview*[ti] OR Cochrane review*[ti] OR systemic review*[ti] OR scoping review[ti] OR scoping literature review[ti] OR mapping review[ti] OR Umbrella review*[ti] OR (review of reviews[ti] OR overview of reviews[ti]) OR meta-review[ti] OR (integrative review[ti] OR integrated review[ti] OR integrative overview[ti] OR meta-synthesis[ti] OR metasynthesis[ti] OR quantitative review[ti] OR quantitative synthesis[ti] OR research synthesis[ti] OR meta-ethnography[ti]) OR Systematic literature search[ti] OR Systematic literature research[ti] OR meta-analyses[ti] OR metaanalyses[ti] OR metaanalysis[ti] OR meta-analysis[ti] OR meta-analytic review[ti] OR meta-analytical review[ti] OR meta-analysis[pt] OR ((search*[tiab] OR medline[tiab] OR pubmed[tiab] OR embase[tiab] OR Cochrane[tiab] OR

scopus[tiab] or web of science[tiab] OR sources of information[tiab] OR data sources[tiab] OR following databases[tiab]) AND (study selection[tiab] OR selection criteria[tiab] OR eligibility criteria[tiab] OR inclusion criteria[tiab] OR exclusion criteria[tiab])) OR systematic review[pt]) OR (guidelines as topic[MeSH:noexp] OR practice guidelines as topic[MeSH:noexp] OR Health Planning Guidelines[MeSH:noexp] OR practice guideline[MeSH:noexp] OR clinical protocols[MeSH:noexp] OR Consensus[MeSH:noexp] OR "Consensus Development Conference"[PTYP] OR "Consensus Development Conference, NIH"[PTYP] OR "Consensus Development Conferences as Topic"[MeSH:noexp] OR "Consensus Development Conferences, NIH as Topic"[MeSH:noexp] OR critical pathway[MeSH:noexp] OR (clinical[TIAB] AND pathway[TIAB]) OR (clinical[TIAB] AND pathways[TIAB]) OR (practice[TIAB] AND parameter[TIAB]) OR (practice[TIAB] AND parameters[TIAB]) OR algorithms[MeSH:noexp] OR care pathway[TIAB] OR care pathways[TIAB] OR guidance[TIAB] OR guideline*[TI])))

NOT (letter[pt] OR editorial[pt] OR comment[pt] OR case reports[pt] OR historical article[pt] OR report[ti] OR protocol[ti] OR protocols[ti] OR withdrawn[ti] OR retraction of publication[pt] OR retraction of publication as topic[mesh] OR retracted publication[pt] OR reply[ti] OR published erratum[pt]))
NOT ((child[mesh:noexp] OR adolescent[mesh] OR adult[mesh]) NOT (infant[mesh] OR "Child, Preschool"[Mesh]))

2. Concept-aanbevelingen

DEEL 1 SLUITINGSPROCES FONTANEL

Op welke leeftijd dient een beoordeling te gebeuren van het sluitingsproces van de fontanel bij het jonge kind in de preventieve gezondheidszorg om craniosynostose vroegtijdig op te sporen?

Aanbeveling document Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ richtlijn (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
Normale evolutie sluiting voorste fontanel: Tussen 8 maand en 2 jaar Gemiddeld: 13,8 maand Sluit eerder bij jongens dan meisjes. Bij elk consult op CB: - palpatie van de fontanellen (volheid, grootte en sluitingsproces opvolgen) Daarnaast ook oog voor: - de evolutie van de hoofdomtrek op de groeicurven - de schedelvorm - andere symptomen en dysmorfe kenmerken (cf. bijlage X, symptomen van macro- en microcefalie)	De voorste fontanel is ruitvormig en varieert in grootte van 1 tot 4 cm bij 1 tot 2,5 cm en sluit meestal voor de leeftijd van 2,5 jaar. De driehoekige achterste fontanel is klein en sluit normaliter op de leeftijd van 2 tot 3 maanden.	Geen

VOORSTEL aan experts voor aanbevelingen met betrekking tot beoordeling sluitingsproces fontanel

Oude aanbevelingen die we handhaven:

Bij elk consult in het eerste levensjaar op het CB dient het sluitingsproces van de fontanel beoordeeld te worden. Dit onderzoek omvat:

- Palpatie van de fontanellen
- Beoordeling van de schedelvorm
- Alert zijn op dysmorfe kenmerken van mogelijke syndromen
- Beoordeling van de evolutie van de hoofdomtrek

Oude aanbevelingen die we niet handhaven:

n.v.t.

Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:

n.v.t.

Vanaf welke leeftijd kan een nog open fontanel wijzen op een onderliggende aandoening?

Aanbeveling document Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ richtlijn (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
De fontanellen groeien progressief dicht, maar de grootte en het tijdstip van de sluiting zijn erg variabel, vooral voor wat de voorste fontanel betreft. Er is geen correlatie tussen de aanvankelijke grootte van de fontanel en het tijdstip van de sluiting. Sluiting van de anterieure fontanel: - Tussen de leeftijd van 8 maanden en 2 jaar - Gemiddeld rond de leeftijd van 13,8 maanden - Gesloten bij: 96% op 24 maanden Sommige aandoeningen zijn verantwoordelijk voor abnormaalgrote fontanellen en/of voor een vertraagde sluiting ervan (zoals achondroplasie, congenitale hypothyroïdie, Down syndroom, verhoogde intracraniële druk, familiale macrocefalie, rachitis).	/	Geen

VOORSTEL aan experts voor aanbevelingen met betrekking tot onderliggende aandoening bij open fontanel

Oude aanbevelingen die we handhaven:

Bij elk artsenconsult in het eerste levensjaar op het CB dient het sluitingsproces van de fontanel beoordeeld te worden. Dit onderzoek omvat:
- Palpatie van de fontanellen
- Beoordeling van de schedelvorm
- Alert zijn op kenmerken van dysmorfe syndromen
- Beoordeling van de evolutie van de hoofdomtrek

Beoordeel zeker het sluitingsproces van de voorste fontanel tijdens het consult van 24 maanden.

Oude aanbevelingen die we niet handhaven:

n.v.t.

Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:

n.v.t.

Hoe dient een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met vroegtijdige sluiting van de fontanel opgevolgd te worden binnen de jeugdgezondheidszorg of verwezen te worden naar de eerste lijn?

Aanbeveling document Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ richtlijn (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
Bij elk consult op CB: - palpatie van de fontanellen (volheid, grootte en sluitingsproces opvolgen) Daarnaast ook oog voor: - de evolutie van de hoofdomtrek op de groeicurven - de schedelvorm - dysmorfe kenmerken **Doorverwijzing bij (vermoeden van) pathologie.**	Het lichamelijk onderzoek van de schedel bestaat uit de volgende onderdelen: - palpatie van de achterste en voorste fontanel: beoordeling van de grootte: gesloten of open; de vorm: ruitvormig, doorlopend naar voorhoofd; gevuldheid: gezonken, in niveau, bol, bomberend; - palpatie van de schedelnaden naar aanwezigheid van richels of	Geen

	verwijding; - beoordeling van de schedelvorm vanaf verschillende kanten.	

VOORSTEL aan experts voor aanbevelingen met betrekking tot opvolging bij vroeg-/laattijdige sluiting fontanel

Oude aanbevelingen die we handhaven:

Verwijs naar behandelend arts bij een volledige sluiting van de voorste fontanel voor de leeftijd van 3 maanden of een onvolledige sluiting op de leeftijd van 24 maanden.

Oude aanbevelingen die we niet handhaven:

n.v.t.

Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:

n.v.t

DEEL 2 VOORKEURSHOUDING

Welke anamnestische gegevens dient men na te vragen bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om voorkeurshouding vroegtijdig op te sporen?

Aanbeveling document Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ richtlijn (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
Geen	In de anamnese wordt gevraagd naar het bij voorkeur kijken naar één kant en **het hebben van een duidelijke voorkeurskant** (bij het voeden). Tijdens het eerste zuigelingenhuisbezoek door de jeugdverpleegkundige wordt aan de ouders gevraagd of de baby een voorkeurshouding heeft; dit kan zich ook uiten in een duidelijke voorkeurskant bij de voeding. Bij de volgende groepen is extra aandacht voor signalering van voorkeurshouding en schedelvervorming geïndiceerd: - prematurenn - inactieve of zich traag ontwikkelende kinderen.	Geen

VOORSTEL aan experts voor aanbevelingen met betrekking tot anamnestische gegevens voor vroegtijdige opsporing van voorkeurshouding

Oude aanbevelingen die we handhaven:

n.v.t.

Oude aanbevelingen die we niet handhaven:

n.v.t.

Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:

Bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg dient men volgende anamnestische gegevens te verkrijgen:
- De aanwezigheid van het bij voorkeur kijken naar één kant en het hebben van een duidelijke voorkeurskant. Dit kan zich ook uiten in een duidelijke voorkeurskant bij de voeding.
- De aanwezigheid van prematuriteit
- De indruk dat het kind inactiever is dan andere kinderen van dezelfde leeftijd.

Welke klinische onderzoeken en door wie dienen uitgevoerd te worden bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om voorkeurshouding vroegtijdig op te sporen?

Aanbeveling document Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ richtlijn (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
Bij het klinisch onderzoek dient men ter gelegenheid van elk consult met een CB-arts aandacht te geven aan volgende aspecten: - Observatie van de schedelvorm (vanuit bovenaanzicht): afplatting en/of asymmetrie (van schedel, gelaat, positionering van de oortjes, uitstulping van voorhoofd…) - Palpatie van schedelnaden en fontanellen - Mobiliteit van de nek (zowel actief als passief) - Eventuele geassocieerde afwijkingen zoals asymmetrische houding, abnormale tonus, ontwikkelingsachterstand, …	Tijdens het lichamelijk onderzoek worden de volgende items onderzocht: - Voorkeurshouding hoofd. - Schedelnaden en fontanellen (alleen door de arts). - Schedelvervorming: om de aard van de vervorming vast te leggen, gebruikt de jeugdarts de classificatie van Argenta. - Romp-asymmetrie. - De Van Wiechen-items met extra aandacht voor symmetrie	Geen

VOORSTEL aan experts voor aanbevelingen met betrekking tot klinische onderzoeken voor vroegtijdige opsporing van voorkeurshouding

Oude aanbevelingen die we handhaven:

Bij het klinisch onderzoek dient bij elk consult met een CB-arts aandacht gegeven te worden aan volgende aspecten:
- Observatie van een voorkeurshouding van het hoofd
- Observatie van de schedelvorm (vanuit bovenaanzicht): afplatting en/of asymmetrie (van schedel, gelaat, positionering van de oortjes, uitstulping van voorhoofd…)
- Palpatie van schedelnaden en fontanellen
- Mobiliteit van de nek (zowel actief als passief)
- Eventuele geassocieerde afwijkingen zoals asymmetrische houding, abnormale tonus, ontwikkelingsachterstand.

Oude aanbevelingen die we niet handhaven:

n.v.t.

Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:

Aandacht voor asymmetrie tijdens het van Wiechenonderzoek

Op welke leeftijd dient ten laatste een klinisch onderzoek te gebeuren van voorkeurshouding om asymmetrie van de schedel vroegtijdig op te sporen en te behandelen?

Aanbeveling document Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ richtlijn (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
Geen	Geen	Geen

VOORSTEL aan experts voor aanbevelingen met betrekking tot de leeftijd van vroegtijdige opsporing van voorkeurshouding / asymmetrie schedel

Oude aanbevelingen die we handhaven:

n.v.t.

Oude aanbevelingen die we niet handhaven:

n.v.t.

Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:

n.v.t

DEEL 3 PLAGIOCEFALIE

Welke anamnestische gegevens dient men na te vragen bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om plagiocefalie vroegtijdig op te sporen?

Aanbeveling document Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ richtlijn (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
De talrijke mogelijke determinanten zijn onderverdeeld in 4 groepen: 1. Socio-demografische en socio-economische factoren; 2. Zwangerschapsfactoren; 3. Kindfactoren; 4. Zorggerelateerde factoren. De best gedocumenteerde risicofactoren zijn: - kunstverlossing - eerstgeboren kind - mannelijk geslacht -kind dat frequent/langdurig op de rug ligt - zuigeling met nekprobleem (beperkte actieve en/of passieve nekrotatie) Hiernaast is er een brede waaier aan andere inter-gerelateerde factoren, waarvan de rol bij de ontwikkeling van positionele plagiocefalie nog onduidelijk is (risicofactor versus verstorende variabele?). Volgens Bialocerkowski is er voor de meeste van deze aspecten nog onvoldoende evidentie voorhanden.	Tijdens het eerste zuigelingenhuisbezoek door de jeugdverpleegkundige wordt aan de ouders gevraagd of de baby een voorkeurshouding heeft; dit kan zich ook uiten in een duidelijke voorkeurskant bij de voeding Over de determinanten die bepalend zijn voor een gunstig dan wel ongunstig natuurlijk beloop van voorkeurshouding en schedelvervorming zijn in de literatuur geen gegevens gevonden.	Geen

VOORSTEL aan experts voor aanbevelingen met betrekking tot de anamnese voor vroegtijdige opsporing van plagiocefalie

<u>Oude aanbevelingen die we handhaven:</u>

Bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg dient men volgende anamnestische gegevens te verkrijgen:
- Socio-demografische en socio-economische factoren
- Zwangerschapsfactoren; oa prematuriteit, eerstgeborenen, kunstverlossing
- Kindfactoren; mannelijk geslacht
- Zorggerelateerde factoren
- Hoe frequent en hoe lang het kind op de rug ligt

<u>Oude aanbevelingen die we niet handhaven:</u>

n.v.t.

<u>Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search</u>:

Vraag tijdens de consulten tijdens de eerste 3 maanden na of of het kind bij voorkeur naar één kant kijkt en een duidelijke voorkeurskant heeft. Dit kan zich ook uiten in een duidelijke voorkeurskant bij de voeding.

Hoe dient een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met plagiocefalie opgevolgd te worden binnen de jeugdgezondheidszorg of verwezen te worden naar de eerste lijn?

Aanbeveling document Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ richtlijn (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
Doorverwijzing naar de behandelende arts in geval van: - uitgesproken plagio- of brachycefalie; - verslechtering van de schedelvervorming tijdens de 2 eerste levensmaanden ondanks adviezen aan de ouders; - geen duidelijke verbetering van DP op de leeftijd van 4-5 maanden	Drie kernadviezen bij voorkeurshouding (preventief en geïntensifieerd bij signaleren van voorkeurshouding): - *Bij het wakker zijn:* De baby minimaal drie keer per dag op de buik leggen, wanneer hij wakker én onder toezicht is. Begin hiermee in de eerste weken, bijvoorbeeld tijdens het verschonen, met drie tot vijf keer per dag gedurende één tot vijf minuten. Breid dit uit naar vijf keer vijftien of drie keer dertig	<u>Flannery et al, 2012:</u> Systematic review naar aanpak, opvolging en doorverwijzing van plagiocefalie in de eerste lijn. Mits kleine aanpassingen is deze review ook toepasbaar in de preventieve gezondheidszorg. Doorverwijzing voor verdere

	minuten per dag op de leeftijd van drie maanden. - *Bij het voeden:* De baby afwisselend op de rechter- en linkerarm vasthouden of recht voor op de benen leggen. - *Bij het slapen*: De baby altijd op de rug te slapen leggen en het hoofd afwisselend per slaap naar links en naar rechts draaien. Na signalering van een sterke voorkeurshouding en/of schedelvervorming door de jeugdverpleegkundige vindt een (extra) consult binnen 2 weken door de jeugdarts plaats; bij een milde voorkeurshouding binnen 4 weken (zo mogelijk tijdens een regulier consult bij de jeugdarts) voor het verrichten van differentiaaldiagnostiek. De jeugdarts neemt een aanvullende anamnese af en verricht onderzoek naar de volgende (achterliggende) aandoeningen die consequenties hebben voor verwijzing en aanpak: 1. craniosynostose; 2. gelokaliseerde asymmetrie door problematiek in hoofd / hals / schouders /armen, wervelkolom of heupen / benen; 3. gegeneraliseerde asymmetrie: functioneel (waarschijnlijk door omgevingsfactoren) of door een neurologische aandoening. *Onderliggende pathologie:* Bij verdenking op craniosynostose, zintuigproblemen (visuele of auditieve systeem), torticollis (congenitaal musculair versus posturaal), obstetrische plexus-brachialislaesie, trauma, scoliose of neurologische problematiek verwijst de jeugdarts het kind in overleg met de huisarts naar de kinderarts, kinderneuroloog of een andere specialist. *Geen onderliggende pathologie:* - voorlichting en advisering worden geïntensiveerd; nagegaan wordt of de adviezen door de ouders worden begrepen en toegepast. - bij onvoldoende verbetering van een voorkeurshouding (zonder achterliggende pathologie) wordt na maximaal 4 weken na signalering of op de leeftijd van 7 weken verwezen naar de kinderfysiotherapeut. Cruciaal in deze interventie is het intensief en herhaald geven van ouderinstructie over positionering, hantering en oefening. - bij persisteren van schedelvervorming zonder voorkeurshouding verwijst de jeugdarts, als de ouders dit willen, de zuigeling op de leeftijd van circa 4 tot 6 maanden voor een meting van de mate van scheefheid (plagiocefalometrie) naar de kinderfysiotherapeut - De jeugdarts of jeugdverpleegkundige gaat bij kinderen met een ernstige schedelvervorming op de leeftijd van 4 tot 6 maanden na of de mogelijkheid van helmtherapie met de ouders is besproken door een kinderfysiotherapeut. Indien dit niet het geval is, dan bespreekt de jeugdarts, in overleg met de kinderfysiotherapeut, de afwegingen voor	investigaties indien: - Vermoeden van een craniosynostose - Ernstige plagiocefalie indien er twijfel is over de diagnose van 'houdingsgebonden plagiocefalie' - Milde of ernstige plagiocefalie die refractair is aan toepassing van de repositineringsadviezen na de leeftijd van 4-6 maanden Doorverwijzing voor kinesitherapie indien: - Torticollis weerhouden wordt bij klinisch onderzoek - Voorkeuringshouding vastgesteld wordt Het beleid hangt af van de ernst van de hoofd asymmetrie en de leeftijd van het kind. Concreet beleid in functie van de leeftijd: - Onder de leeftijd van 2 maanden dienen ouders gerustgesteld te worden en geëduceerd te worden over positioneringsadvies onafhankelijk van de ernst van de plagiocefalie. - Vanaf 4 maanden: Milde of matige plagiocefalie: buiklig- en positioneringsadvies intensifiëren + herevaluatie binnen de maand. Indien geen beterschap na 1 maand: doorverwijzing (voor eventuele helmtherapie) - Op de leeftijd van 6 -9 maanden: een beslissing omtrent al dan niet doorverwijzing voor helmtherapie dient best genomen te zijn. ▪ Indien nog steeds asymmetrie aanwezig: monitoring met frequente consultaties is nodig ▪ Milde asymmetrie: geen helmtherapie ▪ Matige of ernstige asymmetrie: doorverwijzing voor helmtherapie

	helmtherapie alsnog. - Vanwege het ontbreken van gerandomiseerde studies naar de effecten (op lange termijn) dient men echter wel terughoudend te zijn in het adviseren van helmtherapie. Ouders dienen daarbij uitleg te krijgen over de aanwijzingen in de literatuur voor de positieve effecten op korte termijn, het gebrek aan kennis over de effecten op langere termijn en over de negatieve effecten. - Behandeling door een manueel therapeut, osteopaat, chiropractor of craniosacraal therapeut in verband met voorkeurshouding of schedelvervorming dient aan ouders te worden ontraden.	

VOORSTEL aan experts voor aanbevelingen met betrekking tot opvolging van of verwijzen vanwege plagiocefalie:

Oude aanbevelingen die we handhaven:

n.v.t.

Oude aanbevelingen die we niet handhaven:

Doorverwijzing naar de behandelende arts in geval van:
- uitgesproken plagio- of brachycefalie;
- verslechtering van de schedelvervorming tijdens de 2 eerste levensmaanden ondanks adviezen aan de ouders;
- geen duidelijke verbetering van deformatieve plagiocefalie op de leeftijd van 4-5 maanden

Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:

- Bij het opmerken van plagiocefalie tijdens een consultatie dient steeds een klinisch onderzoek uitgevoerd te worden om niet-positionele oorzaken van plagiocefalie uit te sluiten. Bij verdenking op craniosynostose, zintuigproblemen (visuele of auditieve systeem), torticollis (congenitaal musculair versus posturaal), obstetrische plexus-brachialislaesie, trauma, scoliose of neurologische problematiek verwijst de arts het kind naar de behandelend arts.
- Bij opmerken van schedelvervorming door de regioverpleegkundige plant deze een (extra) consult binnen 2 weken in bij de arts.
- *Bij aanwezigheid van voorkeurshouding* (zonder achterliggende pathologie) wordt na maximaal 4 weken na signalering of op de leeftijd van 7 weken verwezen naar de kinderfysiotherapeut.
- *Bij afwezigheid van voorkeurshouding* of beterschap van voorkeurshouding wordt het beleid bepaald in functie van leeftijd en ernst:
    - 2 maanden of jonger: geruststelling + buiklig- en positioneringsadvies intensifiëren
    - 2-4 maanden: bepaal de ernst van de plagiocefalie (mild-matig-ernstig) + buiklig- en positioneringsadvies intensifiëren + follow-up na 6-8 weken
    - 4 -6 maanden: bepaal de ernst van de plagiocefalie (mild-matig-ernstig)
        - Indien ernstig: doorverwijzing naar behandelend arts
        - Indien mild of matig: buiklig- en positioneringsadvies intensifiëren + herevaluatie binnen 2-4 weken
            - Indien beterschap: follow-up na 4 weken
            - Indien geen beterschap na maximum 4 weken: doorverwijzing naar de behandelend arts
    - 6-9 maanden: bepaal de ernst van de plagiocefalie (mild-matig-ernstig)
        - Indien matig of ernstig: doorverwijzing naar behandelend arts
        - Indien mild: buiklig- en positioneringsadvies intensifiëren + follow-up na 4 weken

- Indien beterschap: follow-up na 4 weken
- Indien geen beterschap na maximum 4 weken: doorverwijzing naar de behandelend arts

- Behandeling door een manueel therapeut, osteopaat, chiropractor of craniosacraal therapeut in verband met voorkeurshouding of schedelvervorming dient aan ouders te worden ontraden.

DEEL 4 UROGENITALE AANDOENINGEN – NIET -INGEDAALDE TESTES

Welke anamnestische gegevens dienen nagevraagd te worden bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om niet-scrotale testis vroegtijdig op te sporen?

Aanbeveling document Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ richtlijn (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
Leeftijd moeder, vroeggeboorte, laag geboortegewicht, problemen tijdens de zwangerschap of bevalling, blootstelling moeder (en volgens sommige auteurs ook de vader) aan endocriene verstoorders. ligging testes kort na de geboorte (gegevens dossier)	navraag aan ouders over recente positie testes ligging testes volgens gegevens dossier	Geen

VOORSTEL aan experts voor aanbevelingen met betrekking tot anamnestische gegevens voor vroegtijdige opsporing van niet-scrotale testis

Oude aanbevelingen die we handhaven:

Noteren ligging van de testes in het medische dossier zo snel mogelijk na geboorte

Risicofactoren bevragen voor niet ingedaalde testis (zoals beschreven in document van Karel Hoppenbrouwers)

Oude aanbevelingen die we niet handhaven:

n.v.t.

Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:

n.v.t.

Welke klinische onderzoeken zijn noodzakelijk bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om niet-scrotale testis vroegtijdig op te sporen? Op welke leeftijd?

Aanbeveling document Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ richtlijn (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
- Uitvoeren in een warme ruimte en met warme handen - Bij een liggend kind (eventueel bij oudere kinderen aan te vullen met een onderzoek in hurk- of kleermakerszit) - Eerst gebeurt een visuele beschrijving van het scrotum, grootte, symmetrie, aan- of afwezigheid van testes	Omgeving: Het lichamelijk onderzoek wordt verricht in een warme kamer, op een warm oppervlak, waarbij de onderzoeker warme handen heeft. Het onderzoek wordt uitgevoerd met de jongen in de houding die de arts het meest handig acht. Als de testis dan echter niet palpabel is of niet scrotaal is te krijgen, dan zal het onderzoek alsnog in kleermakerszit of hurkzit uitgevoerd moeten worden (of liggend, afhankelijk van de leeftijd). Visuele inspectie: Voordat het genitaal wordt aangeraakt (omdat de cremasterreflex daarmee geïnduceerd kan worden):	Geen

- De cremaster reflex wordt geïnhibeerd door de niet-dominante hand vlak boven de symphysis in de liesregio te leggen, vooraleer het scrotum aan te raken - De liesregio wordt zacht gemasseerd van craniaal naar caudaal om de testis naar het scrotum te brengen (verschil tussen lymfeknoop en testis kan zo opgemerkt worden) - Een retractiele testis zal meestal tot in het scrotum kunnen gebracht worden, maar zal na loslaten door het opwekken van de cremaster reflex (aanraken van de huid van de binnenzijde van dij) terugtrekken in het lieskanaal - Een unilaterale niet-palpabele testis en een vergrote contralaterale testis kunnen wijzen op afwezigheid of atrofie. Deze vaststelling is echter niet specifiek en sluit de noodzaak van chirurgische exploratie niet uit.	beoordeling van grootte en symmetrie van het scrotum en aanwezigheid van de testis. Manueel onderzoek: Beginnend op de onderbuik, vanaf de bovenste bekkenrand, worden de vingertoppen van de voorkeurshand naar het scrotum bewogen. Als in de lies een testis wordt gevoeld, wordt deze voorzichtig naar 'beneden' gemobiliseerd en de laagste ligging bepaalt de classificatie van NST. Als de manipulatie naar caudaal pijnlijk is, moet deze niet worden voortgezet. Is de manipulatie pijnloos, dan kan mogelijk een normale scrotale testispositie worden bereikt. Bij twijfel over de aanwezigheid van een testikel of de te bereiken positie kunnen de hand en het te onderzoeken gebied glad worden gemaakt met gel of zeep. Dit vergemakkelijkt palpatie. Als het onderzoek slecht uitvoerbaar of interpreteerbaar is, wordt het bij een volgende gelegenheid herhaald.	

VOORSTEL aan experts voor aanbevelingen met betrekking tot klinische onderzoek bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om niet-scrotale testis vroegtijdig op te sporen

Oude aanbevelingen die we handhaven:

- CB arts onderzoekt het kind minstens 2 maal beneden de leeftijd van 6 maand, liefst gebeurt dit door dezelfde onderzoeker. Dit wordt ook nog eenmalig herhaald op de leeftijd van 24 maand voor de verworven vormen van niet ingedaalde testis. Tussen de 6 en 24 maand enkel op indicatie.
- Wat duidelijk naar voren komt, is het belang van een warme omgeving het en het onderzoeken van het kind met warme handen. Dit om het effect van de cremaster reflex te minimaliseren
- Eerst een goede inspectie doen, alvorens het palperen van de testis van craniaal naar caudaal toe. De inspectie dient te gebeuren volgens grootte en symmetrie van het scrotum en de aanwezigheid van testis.
- Voorkeur uit naar een liggende houding van het kind en kan bij oudere kinderen eventueel hurkzit of kleermakerszit geprobeerd worden

Oude aanbevelingen die we niet handhaven:

n.v.t.

Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:

n.v.t.

Hoe dient een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met vermoeden van niet-scrotale testis opgevolgd te worden binnen de jeugdgezondheidszorg of verwezen te worden naar de eerste lijn?

Aanbeveling document Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ richtlijn (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
Bilateraal niet-palpabele niet-ingedaalde testes, in combinatie met micropenis en/of hypospadie, vergt spoedverwijzing naar de kinderarts, ongeacht de leeftijd waarop dit werd vastgesteld (moet normaal gedetecteerd zijn kort na de geboorte) gezien de verhoogde kans op een aandoening van de seksuele ontwikkeling. Vaststelling van een retractiele testis wettigt een afwachtende houding. Indien dit	Altijd verwijzen bij: • Aangeboren bilaterale niet-palpabele NST en/of ambigu genitaal zo spoedig mogelijk na de geboorte naar kinderarts voor verdere diagnostiek. Bij voorkeur verwijzing naar kinderarts met specifieke belangstelling voor kinderendocrinologie of naar kinderendocrinoloog. Diagnostiek en behandeling van kinderen met ambigu genitaal altijd in kinderendocrinologisch centrum. • Aangeboren unilateraal palpabel/niet-palpabel en aangeboren bilateraal palpabel NST vanaf de leeftijd van 6 maanden verwijzen naar huisarts of indien mogelijk rechtstreeks naar de (kinder)uroloog of (kinder)chirurg. Geadviseerd wordt	Geen

persisteert of gepaard gaat met klachten, moet men verwijzen voor verdere evaluatie, ten laatste vóór de leeftijd van 12 jaar. In alle andere gevallen volgt een verwijzing naar de huisarts voor verdere diagnostiek en eventuele behandeling, indien na 6 maanden de testis niet scrotaal is. Ook bij verworven vormen van niet-scrotale testis die pas na de leeftijd van 6 maanden voor het eerst worden vastgesteld, bij onderzoek op indicatie of bij het systematisch onderzoek op de leeftijd van 24 maanden, wordt best verwezen naar de huisarts met het oog op een evaluatie of behandeling op korte termijn nodig is of kan gewacht worden tot in de prepuberale leeftijdsperiode.	tussen 6 en 12 maanden te opereren. • Verworven unilateraal en bilateraal NST bij diagnose en na verificatie (zie pagina 10) verwijzen naar huisarts en/of kinderarts/(kinder)uroloog/(kinder)chirurg om de behandelopties (direct opereren of gecontroleerd afwachten tot de puberteit) te bespreken. Wie deze taak op zich neemt, dient regionaal te worden afgesproken. Als besloten wordt niet direct te opereren, wordt een vervolgafspraak gemaakt en wordt bij niet spontaan indalen in de puberteit alsnog geopereerd, bij voorkeur voor de 13e verjaardag. • Pijn in liesgebied/scrotum bij verworven NST: doorverwijzen naar huisarts/kinderarts/ (kinder)uroloog/(kinder)chirurg. • Bij twijfel over retractiliteit verwijzen naar kinderarts, (kinder)uroloog of (kinder)chirurg voor beoordeling. • Bij ingedaalde testis of NST met een andere aangeboren afwijking aan het genitaal (penisafwijking, hypospadie) en/of syndromale kenmerken verwijzen naar huisarts/ kinderarts(endocrinoloog) voor nader onderzoek en zo nodig behandeling door (kinder)uroloog of (kinder)chirurg. Niet verwijzen/geen operatie bij jongens met de diagnose: retractiele testis	

VOORSTEL aan experts voor aanbevelingen met betrekking tot opvolging van een kind met vermoeden niet-scrotale testis

Oude aanbevelingen die we handhaven:

- bilateraal niet-palpabele NST en/of ambigue genitaal en/of hypospadie of andere penisafwijking moet doorverwezen worden zo kort mogelijk na geboorte naar tweede lijn (kinderarts, kinderuroloog)
- retractiele testis behoeft geen verwijzing
- Indien de testis na 6 maanden niet scrotaal is: verwijzen naar 1e lijn (of mag ook ineens 2e lijn volgens NCJ)
- NST en pijn: verwijzen 1e lijn

Oude aanbevelingen die we niet handhaven:

n.v.t.

Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:

NCJ voegt er ook nog aan toe dat bij twijfel over retraciliteit er ook verwijzen dient te worden naar 2e lijn

Veldonderzoek

3. Goedgekeurd protocol

Protocol Masterpaper

Groepswerk met gemeenschappelijke onderzoeksvraag

Onderwerp:
Hoe ervaren huisartsen doorverwijzingen vanuit (een arts van) Opgroeien en hoe gaan ze hiermee om?

Type:
Kwalitatief onderzoek door middel van interviews

Achtergrond:
In Vlaanderen verzorgt Opgroeien een preventief screeningsprogramma waarbij kinderen van de geboorte tot en met 3 jaar opgevolgd worden. Bij het vaststellen van afwijkingen bij klinisch onderzoek, bij onrustwekkende anamnestische elementen of bij abnormale evolutie van biometrie of ontwikkeling worden de kinderen doorgestuurd naar de behandelend arts voor verdere investigaties en/of oppuntstelling. Wat binnen dit screeningsprogramma als normaal of afwijkend wordt beschouwd wordt zo veel mogelijk gebaseerd op de meest recente literatuur. Dit wordt in richtlijnen gegoten die de medewerkers (artsen en verpleegkundigen) van Opgroeien volgen.
Wanneer ze een kind doorverwijzen is er een veronderstelling dat de behandelend arts voldoende op de hoogte is van waarom Opgroeien verder nazicht van dit specifiek element vraagt en welke stappen gezet dienen te worden om te bekijken of dit element effectief alarmerend is of er gerustgesteld kan worden. Ouders hebben vrije keuze in het kiezen van hun behandelend arts. Dit kan zowel een huisarts of een kinderarts zijn. Uit de praktijk weten we dat niet elke huisarts dezelfde ervaring met kinderen heeft en kennis heeft over het normale ontwikkelen en opgroeien van een kind. Dit leidt ertoe dat niet steeds de juiste stappen worden gezet om mogelijk problematische evoluties verder te onderzoeken.
Gezien artsen bij Opgroeien een preventieve functie hebben, mogen ze geen diagnose stellen, onderzoeken aanvragen of een behandeling starten. Zij geven momenteel een verwijsbrief mee met een bondige omschrijving van het probleem.

Concrete vraagstelling:
Welke informatie zou een huisarts vanuit (een arts van) Opgroeien best krijgen om zijn rol als behandelend arts bij afwijkingen van de normale ontwikkeling van het jonge kind optimaal te kunnen uitvoeren?

Bijkomende vragen:
Hoe beleven huisartsen een verwijzing vanuit Opgroeien? Hebben ze het gevoel dat ze over voldoende informatie en kennis beschikken om een aanmelding van probleem voldoende uit te werken? Welke informatie zou hen kunnen ondersteunen in hun rol als behandelend arts? Welke manier van informatie delen over de richtlijnen en de literatuur hierachter lijkt voor hen het handigste in gebruik (in de brief of verwijzing via een site)?

Methodologie:
We zullen een kwalitatief onderzoek uitvoeren in de vorm van interviews met huisartsen. Zo willen we een specifiek beeld krijgen van hoe een verwijzing vanuit Opgroeien momenteel onthaald en uitgewerkt wordt door huisartsen en welke informatie ze graag nog willen ontvangen om dit proces te ondersteunen. We hopen een gevarieerde groep van huisartsen te includeren door huisartsen aan te spreken met uiteenlopende achtergrond (oa ervaring met werken voor Opgroeien, leeftijd, geslacht). Via een vooraf opgesteld interview script zullen de interviews afgenomen worden door 1 van de onderzoekers. Er wordt steeds een audio opname gemaakt. Opnames worden getranscribeerd en de data wordt vervolgens geanalyseerd gebruik makend van thematische analyse door beide onderzoekers.

4. Gunstig advies Ethisch Comité

ETHISCH COMITE
Voorzitter
Prof. dr. Peter Michielsen
Secretariaat
03 821 38 97

Professor Hilde Bastiaens

Universiteit Antwerpen

Dr. Louise Vandenberg

Datum: 13/01/2025

Project ID 7134 - EDGE n/a - BUN n/a

Project titel: Hoe ervaren huisartsen doorverwijzingen vanuit (een arts van) Opgroeien?

Hoe ervaren huisartsen doorverwijzingen vanuit (een arts van) Opgroeien en hoe gaan ze hiermee om?

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte collega

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de universiteit Antwerpen heeft bovenvermelde studie besproken en geeft een gunstig advies dd. 13/01/2025.

De volgende bijlagen werden volgens de ICH-GCP richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

Document Type	File Name	Date	Version
Questionnaire	Script interview 22102024	22/10/2024	1
Protocol	Protocol Masterpaper 17122024	17/12/2024	2
Insurance	UA VERZEKERINGSATTEST M2024	17/12/2024	1
ICF	Toestemmingsformulier voor deelname aan een	22/10/2024	1

Document Type	File Name	Date	Version
	interview 22102024		
GCP	GCP attest Geeurickx Marlies	06/11/2024	1
GCP	Louise Vandenberg	20/11/2024	1
GCP	GCP_Bastiaens_Dec2024	30/12/2024	2
CV	Short CV_Hilde Bastiaens_2024_EC	22/10/2024	1
CV	CVVandenbergLouise2024	22/10/2024	1
CV	Marlies Geeurickx	22/10/2024	1
Accompanying letter	Accompanying letter 17122024	17/12/2024	2

Deze goedkeuring is geldig tot een jaar na bovenvermelde datum. Wij verzoeken u ons te melden wanneer de eerste deelnemer werd geïncludeerd, wanneer en waarom de studie (vroegtijdig) werd stopgezet of nooit werd opgestart.

Indien de studie nog loopt na een jaar verwachten we een follow-up rapport waarin eventuele voorvallen worden gemeld.

Tot slot wijzen we er op dat, voor in het UZA lopende studies, de ernstige ongewenste voorvallen dienen gerapporteerd via het incidentenmeldingssysteem.

Met vriendelijke groeten



Prof. dr. Peter Michielsen

Voorzitter Ethisch Comité UZA/UAntwerpen

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
mevr. Madina Bachayeva	Legal
prof. dr. An Bervoets	Dermatologist
prof. dr. Bettina Blaumeiser	Physician
prof. dr. emeritus Hilde Bortier	MD, PhD
mevr. Vera Callebaut	Psychologist
mevr. Sarah Claes	Staffmember Research Dept. UAntwerpen
mevr. Renka Cools	Nurse
prof. dr. Patrick Cras	Physician
dr. Elyne De Baetselier	Nurse

Meeting Attendee Full Name	Meeting Attendee Qualifications
prof. dr. Ingrid De Meester	Pharmacologist
dr. Katrien Eger	Physician
mevr. Lina Fierens	Nurse
prof. dr. Kristien Hens	Philosopher
dhr. Kris Ides	Physiotherapist
prof. dr. Greet Ieven	Vice-Chair, Physician
dhr. Daan Kenis	Pharmacist
dr. Leon Luyten	Physician
dr. Barbara Michiels	General Practitioner
prof. dr. Peter Michielsen	Chair, Physician
dhr. Pieter Moons	Vice-Chair, Coordinator Bio- and Human Tissue bank
prof. dr. Bernard Paelinck	Physician
prof. dr. Patrick Pauwels	MD, PhD, Pathologist
dhr. Michaël Pössel	Healthy volunteer phase 1
dhr. Kris Smulders	Nurse
mevr. Daphne Van de Wildebergh	Legal
prof. dr. Pieter Van Dyck	Physician
dhr. Guy Van Honste	Patient Representative
dhr. Yves Vandermotten	Healthy volunteer phase 1
prof. dr. Thierry Vansweevelt	Legal
mevr. Sien Venneman	Psychologist
dr. Michiel Voeten	Physician
mevr. Griet Wyers	Pharmacist
prof. dr. Dirk Ysebaert	Physician

5. Script interview

Introductie interview

*Interviewer **stelt zich voor** en **bedankt de deelnemer** voor de participatie in dit interview.*

*Het **onderzoek en de doelstelling** van het interview dienen geschetst te worden.*

In dit onderzoek gaan we na wat de huidige ervaring is van huisartsen met betrekking tot verwijzingen en verwijsbrieven vanuit Opgroeien. Opgroeien verzorgt in Vlaanderen de preventieve geneeskundige zorg voor kinderen van de geboorte tot en met 3 jaar.
Het doel van dit onderzoek is om de ervaring van huisartsen in kaart te brengen over de huidige werking van verwijzing en om na te gaan of er eventuele verbeteringen mogelijk zijn.

*Licht toe wat de **methode van dataverzameling** is en overloop praktische zaken en afspraken.*

U werd gevraagd om deel te nemen aan dit onderzoek omdat u huisarts bent. Tijdens het interview zullen wij gebruik maken van een vragenlijst die vooraf werd opgesteld, om zeker te zijn dat alles aan bod komt. Er wordt wel ruimte voorzien om uw eigen invulling te geven.

Enkele praktische afspraken alvorens we het interview starten:

- Tijdens het gesprek zullen we **notities** nemen. Dit gesprek duurt maximaal 45 minuten. Het gesprek kan ten allen tijde stopgezet worden. Er zijn geen juiste of foute antwoorden.
- Het gesprek zal opgenomen worden (**audio-opname**).
- Uw antwoorden worden verwerkt zonder dat uw naam daaraan gekoppeld wordt. Niemand zal dus weten wat u geantwoord heeft.
- Heeft u zelf nog vragen?
- Het gesprek wordt vanaf nu opgenomen.

START INTERVIEW

- Mag ik u dan vragen om nogmaals te zeggen dat u toestemming geeft voor dit interview?

Wat is jouw ervaring met doorverwijzingen vanuit Opgroeien?

- Hoe frequent ontvangt u verwijzingen en verwijsbrieven vanuit Opgroeien?
- Wat vind u over de duidelijkheid en helderheid van deze verwijsbrieven en hun vraagstelling?
- Welke informatie mist u op de verwijsbrieven?
- Kan u met de verwijsbrieven aan de slag qua diagnose en beleid?
- Wat doet u indien u niet meteen verder kan qua diagnose en beleid? Bij welke zorgverleners kan u eventueel terecht?
- Wat vindt u over de terechtheid van de verwijzingen vanuit Opgroeien?

Onderwerpen van de verwijsbrieven

- Zijn er bepaalde onderwerpen op de verwijsbrieven (groei, ontwikkeling, dermatologische problemen, niet ingedaalde testis, …) minder duidelijk geformuleerd dan andere? Welke dan?

Mogelijkheden tot verbetering

- Welke mogelijkheden ziet u en suggesties heeft u om de verwijsbrieven te verbeteren?
- Wat zou u ervan vinden indien er 'evidence-based' vervolg stappen vermeld worden in de verwijsbrief?
- Wat zou u ervan vinden indien er in de verwijsbrief via een link verwezen wordt naar een platform met uitgebreidere 'evidence-based' informatie over het topic?
- Wat is uw idee over de mogelijkheid om contact te kunnen opnemen met een arts van Opgroeien om te overleggen over een patiëntje? In welke gevallen lijkt u dat dan interessant? (ontwikkelingsprobleem, sociaal probleem, ..)
- Op welke manier zou je het liefst in contact staan met artsen en verpleegkundigen van Opgroeien?
- Wat is uw idee over de mogelijkheid om contact te kunnen opnemen met een verpleegkundige van Opgroeien? In welke gevallen lijkt u dat dan interessant? (borstvoedingsproblemen, voedingsproblemen, sociaal probleem,...)

Verwijzing van huisarts naar arts van Opgroeien

- Wat is uw idee over de mogelijkheid van een omgekeerde doorverwijzing (van de huisarts naar de arts van Opgroeien)?

Nieuwe extra vragen:

- Wat vindt u algemeen over de communicatie tussen Opgroeien en de huisarts?
- Wat zou u ervan vinden om inkijk te hebben in de nota's die gemaakt worden tijdens consulten bij Opgroeien?

Afronding interview

'We zijn bijna aan het einde gekomen van ons gesprek.
Is er een onderwerp of thema dat volgens u nog niet aan bod is gekomen, maar dat toch erg belangrijk is om te bespreken?
Zijn er zaken die u zelf nog zou willen toevoegen?'

Slot

"Ik wil u heel hartelijk bedanken voor uw waardevolle bijdrage en tijd." De onderzoeker rondt het interview af en vertelt de participant dat hij/zij beschikbaar blijft telefonisch indien de arts nog iets wenst toe te voegen aan zijn/haar antwoorden op de vragen.