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

Dr. Imane Kalaai

Dr. Fatine Lamkanfi

Dr. Miel Stokmans

Promotor: Professor Dokter Hilde Bastiaens

Master of Family Medicine

Masterproef Huisartsgeneeskunde
Academiejaar: 2025 – 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.

Inhoudstafel

Abstract. …… 4
Inleiding. …… 5
Literatuur. …… 5
Doelstelling en verantwoording. …… 5
Onderzoeksvragen. …… 6
Methode. ……... 6
Resultaten. ……... 6
Conclusie. ……10
Veldonderzoek. …….. 11
Doelstelling en verantwoording. …….. 11
Onderzoeksvragen. ……... 11
Onderzoeksopzet …….. 11
Methode en onderzoekspopulatie. …… 12
Het uitvoeren van de analyse. …… 13
Resultaten. …… 13
Discussie. …… 20
Conclusie…… 21
Referentielijst. ……... 22
Bijlagen. …….. 23
Bijlage 1: Extractiedocument Allergie en astma …….…… 23
Bijlage 2: Extractiedocument Huidafwijkingen…….. 47
Bijlage 3: Extractiedocument Congenitale hartaandoeningen……61
Bijlage 4: De verwijsbrief……..67
Bijlage 5: Script interview…… 70
Bijlage 6: Informatiedocument deelnemers …….. 72
Bijlage 7: Codeboek …… 78

Abstract

Inleiding

Opgroeien Vlaanderen vormt een essentiële speler in de preventieve zorg voor het kind. Jaarlijks worden vele kinderen gescreend op potentieel ernstige aandoeningen en indien nodig doorverwezen.

Deze studie bouwt verder op eerdere suggesties naar het verbeteren van de verwijzing vanuit het consultatiebureau (CB) naar de huisarts en toetste de verwerking af bij de eerder ondervraagde huisartsen. De studie werpt een eerste blik op de praktische verwerking van de suggesties en andere knelpunten die naar voren kwamen.

Methode

Een nieuwe verwijsbrief werd ontwikkeld op basis van de resultaten van een voorgaande studie met betrekking tot de communicatie tussen het CB en de huisarts. We presenteerden de nieuwe template aan zeven huisartsen en peilden naar hun percepties in een semi-gestructureerd interview (zowel fysiek als online). Deze werden gecodeerd volgens een beschrijvende en thematische methode.

Resultaten

De nieuwe verwijsbrief werd positief onthaald en gaf inzicht in waar de huisarts nood aan heeft in het verwijsproces. De huisartsen hechten veel waarde aan een efficiënt systeem met zo weinig mogelijk risico tot informatieverlies, wat bij voorkeur digitaal gebeurt. Een herkenbare structuur en heldere reden van verwijzing vormen hiervoor de basis. De huisartsen zijn vragende partij voor het voorzien van richtlijnen vanuit Opgroeien zelf. Er is vraag naar een helder aanspreekpunt op het CB.

Discussie

De huisarts is vragende partij voor een stroomlijning van het verwijsproces en wil het CB actiever betrekken in het beleid. Dit door middel van een informerende rol door richtlijnen en contextinformatie te voorzien, als eventuele terugkoppeling naar het CB toe.

Inleiding

Preventie en gezondheidspromotie vormt één van de kerntaken van de huisarts. Dit niet enkel voor de al wat oudere patiënt maar ook voor de allerkleinsten. In de preventieve zorg voor kinderen, wordt de huisarts ondersteund door de preventieve nulde lijn, vanaf de geboorte tot een leeftijd van drie jaar door Kind en Gezin, waarna het Centrum voor Leerlingen Begeleiding (CLB) deze taak overneemt tot het verlaten van de school. Zij vormen samen een breed net waarbij elk kind gevolgd kan worden tot adolescentie en hopelijk tijdig doorverwezen kan worden, mocht de ontwikkeling in gedrang komen. Hiervoor is een sterke samenwerking, die steunt op heldere wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen, essentieel. Daarom gingen wij, in opdracht van Opgroeien Vlaanderen, een update van de richtlijnen uitvoeren over de onderwerpen astma en atopische dermatitis, huidafwijkingen en congenitale hartaandoeningen voor op het consultatiebureau. Een update die iedere vijf jaar gebeurt. De samenwerking is complexer dan alleen maar op het juiste moment verwijzen, het is ook essentieel om een goede continuïteit van zorg te faciliteren. Dit kan door een goede informatieoverdracht, in dit geval door een gepaste verwijsbrief. Daarom zijn wij als jonge huisartsen in opleiding ook stil gaan staan bij deze verwijsbrief. Het blijft net als de verwijsbrief van de huisarts naar de tweede lijn, voor de CB-arts een uitdaging om de nodige informatie te voorzien naar de eerste lijn toe. De overdracht van informatie met een ander persoon, waarvan je de context en achtergrondkennis niet kent, blijft uitdagend. Door de grote onderlinge verschillen tussen huisartsen kan hun achtergrondkennis sterk uiteenlopen. Tot op heden is er nog weinig onderzoek gebeurd dat de tevredenheid over de verwijzing van het consultatiebureau naar de eerste lijn in kaart brengt in de Vlaamse context.

Dit onderzoek bestaat uit twee delen. In een eerste deel, uitgevoerd door een andere onderzoeksgroep, werd de tevredenheid van huisartsen over de huidige samenwerking en het verwijsproces in kaart gebracht van het CB van Kind en Gezin naar de huisarts toe.
In het tweede deel, dat in deze thesis centraal staat, werden deze bevindingen verwerkt in een nieuwe verwijsbrief vanuit het CB. Deze verwijsbrief werd vervolgens voorgelegd aan dezelfde huisartsen om na te gaan of dit overeenkomt met hun verwachtingen en in welke mate dit voorstel volgens hen kan bijdragen aan een verbeterde communicatie en samenwerking.

LITERATUUR

Doelstelling en verantwoording

Ondanks het bestaan van richtlijnen binnen de jeugdgezondheidszorg blijven er aanzienlijke verschillen in praktijkvoering, communicatie en verwijzing tussen de nulde en eerste lijn.

De uitdaging binnen deze domeinen is het gebrek aan gestandaardiseerde, evidence-based procedures die zowel door artsen als verpleegkundigen in de preventieve zorg kunnen worden toegepast.

Het doel van deze literatuurstudie is om de bestaande kennis rond drie belangrijke aandoeningen te synthetiseren, met bijzondere aandacht voor hun preventieve opsporing, risicofactoren en verwijsbeleid in de eerste levensjaren.

Deze geïntegreerde analyse beoogt:

- Het identificeren van effectieve strategieën voor vroegtijdige detectie.
- Het evalueren van de kwaliteit van de bestaande richtlijnen en hun toepasbaarheid binnen de Vlaamse context.
- Het formuleren van aanbevelingen die kunnen bijdragen aan een meer gestroomlijnde en wetenschappelijk onderbouwde werking van Opgroeien Vlaanderen.

Methode

Voor de drie deelonderzoeken (astma en atopische dermatitis, huidafwijkingen en congenitale hartaandoeningen) werd een uniforme methodologische aanpak volgens de PRISMA-criteria gevolgd en dusdanig gerapporteerd in de respectievelijke tabellen in bijlage. Het literatuuronderzoek werd uitgevoerd tussen 2023 en 2024 en baseerde zich op internationale richtlijnen, systematische reviews en meta-analyses die relevant zijn voor de preventieve gezondheidszorg bij jonge kinderen (0–3 jaar).

De zoekstrategie werd opgesteld in overleg met het projectteam van Opgroeien Vlaanderen en uitgevoerd in de databanken PubMed, GIN, en de NCJ-richtlijnendatabank. Om de praktische relevantie van de bevindingen te vergroten, werden eveneens Vlaamse en Nederlandse richtlijnen geanalyseerd, zodat de resultaten beter konden worden afgestemd op de specifieke Vlaamse context.

De zoekstrings waren gebaseerd op de PICO-methode en omvatten termen rond preventieve gezondheidszorg, screening, diagnose, en de specifieke aandoeningen van interesse. De resultaten werden beperkt tot publicaties vanaf 2010 (en vanaf 2016 voor congenitale hartaandoeningen) in het Nederlands of Engels.

Na het verwijderen van duplicaten werden de artikelen gescreend via het online platform Rayyan. De selectie gebeurde dubbelblind door twee onafhankelijke lezers, eerst op titel en abstract, vervolgens op volledige tekst. Alleen systematische reviews, meta-analyses en evidence-based richtlijnen werden geïncludeerd. Artikelen werden geëxcludeerd bij een niet-relevante populatie, uitkomst, studiedesign of ontoereikende methodologische kwaliteit.

De kwaliteit van de weerhouden richtlijnen werd beoordeeld met het AGREE II-instrument, terwijl systematische reviews werden geëvalueerd op basis van transparantie, relevantie en consistentie van de resultaten. De kernbevindingen werden samengevat in een extractiedocument, dat vervolgens door werd besproken en voorgelegd aan een expertenpanel binnen Opgroeien Vlaanderen. Dit panel formuleerde op basis van de bevindingen concept aanbevelingen met het oog op aanpassing of verfijning van bestaande richtlijnen. Deze bevindingen werden verwerkt als advies naar Opgroeien toe.[(1)]

Resultaten

De hierboven vermelde concept aanbevelingen werden na het afronden van het literatuuronderzoek voorgelegd aan een expertenpanel. De uiteindelijke versie van deze

aanbevelingen is terug te vinden in een richtlijn die geraadpleegd kan worden op de site van Opgroeien en de Werkgroep Ontwikkeling Richtlijnen Eerste Lijn (WOREL)[1]. De belangrijkste resultaten omtrent de onderwerpen Astma en allergie, Huidafwijkingen en Congenitale hartaandoeningen zijn hieronder weergegeven.

1. Astma en allergie

De literatuur toont aan dat astma en atopische dermatitis belangrijke, vaak samen voorkomende aandoeningen zijn bij jonge kinderen, met een sterke genetische en omgevingsgebonden component. De preventieve aanpak richt zich vooral op het beperken van risicofactoren zoals tabaksrook, luchtvervuiling en allergenen, en het bevorderen van gezonde leefgewoonten vanaf de zwangerschap. Recente meta-analyses ondersteunen het gebruik van probiotische supplementatie bij zwangere vrouwen en jonge kinderen als mogelijke maatregel ter vermindering van atopische dermatitis, terwijl de evidentie voor supplementen zoals vitamine D of omega-3 vetzuren beperkt blijft. Binnen de jeugdgezondheidszorg wordt aangeraden om preventie niet enkel medisch, maar ook opvoedkundig en contextueel te benaderen: door ouders te informeren, rookstop te stimuleren en aandacht te besteden aan psychosociale factoren die bijdragen aan de ontwikkeling van allergische aandoeningen. Vanuit de literatuurstudie zijn de volgende concept aanbevelingen voorgelegd aan de experts.

- Er wordt aanbevolen om als moeder tijdens de zwangerschap voldoende vis te consumeren.
- Het wordt aanbevolen om probiotische supplementen toe te dienen aan zwangere vrouwen en borstvoedende moeders, evenals aan jonge kinderen, om het risico op atopische dermatitis te verminderen.
- Voor kinderen met een hoog risico op atopische dermatitis kan het profylactisch gebruik van verzachtende emulsies worden overwogen om de ontwikkeling van atopische dermatitis te voorkomen. Het is echter belangrijk om de frequentie van het gebruik te matigen en zorgvuldig te kiezen voor verzachtende middelen zonder potentieel schadelijke ingrediënten. Routinematig gebruik van verzachters bij gezonde voldragen pasgeborenen zonder hoog risico wordt niet aanbevolen.

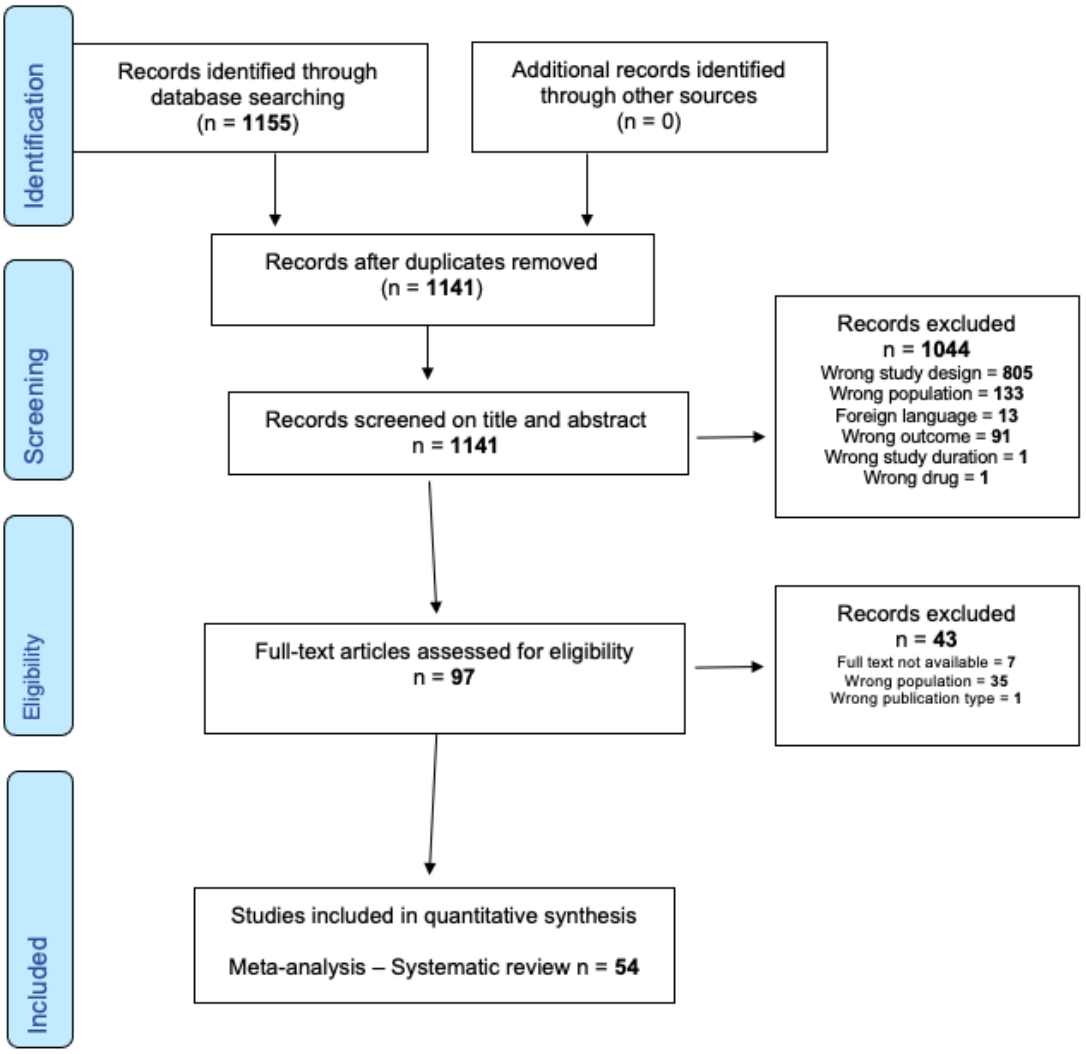


fig. 1: PRISMA-diagram astma en allergie

2. Huidafwijkingen

Het literatuuronderzoek naar huidafwijkingen bij kinderen toont aan dat de huidige JGZ-richtlijn (2012) grotendeels steunt op expert opinion, met weinig recente empirische onderbouwing. De klinische praktijk blijft daardoor sterk afhankelijk van de ervaring van de jeugdarts en het overleg met specialisten. De aanbevelingen wijzen op het belang van gestructureerde observatie, zorgvuldige documentatie en laagdrempelige doorverwijzing bij twijfel. Innovatieve strategieën zoals digitale beeldregistratie kunnen bijdragen aan een objectieve opvolging en een efficiëntere communicatie tussen zorgverleners. De nood aan een geactualiseerde richtlijn is groot, met aandacht voor nieuwe inzichten in diagnostiek, risicostratificatie en opvolgingsbeleid.

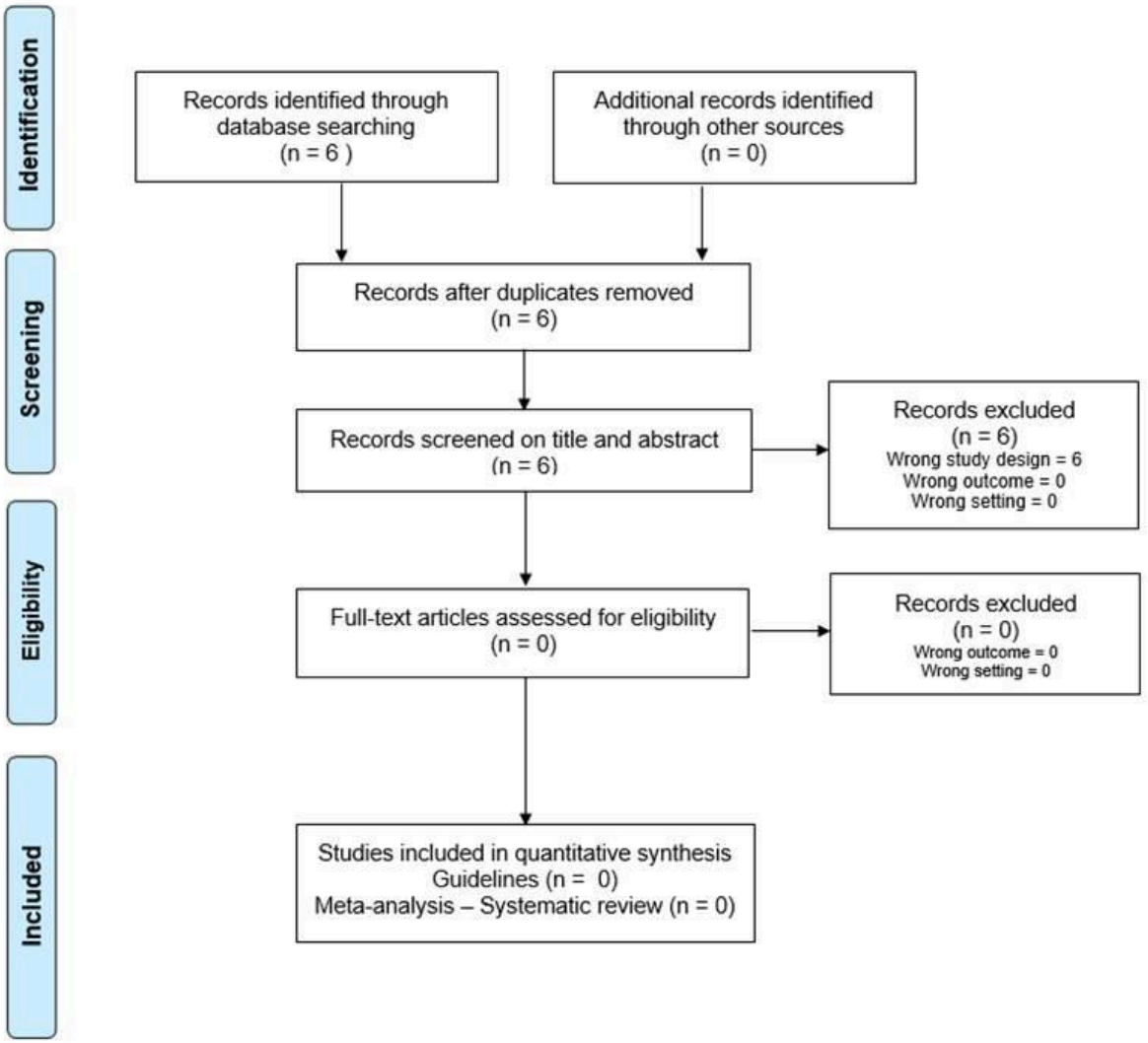


fig. 2: PRISMA-diagram huidafwijkingen

3. Congenitale hartaandoeningen

De literatuur bevestigt het grote belang van vroegtijdige detectie van congenitale hartaandoeningen binnen de jeugdgezondheidszorg. Systematische anamnese, zorgvuldig klinisch onderzoek en de toepassing van zuurstofsaturatie screening blijken de meest betrouwbare methoden om kritieke afwijkingen tijdig op te sporen. De combinatie van deze benaderingen kan complicaties, hospitalisaties en mortaliteit verminderen. Ook maternale risicofactoren, zoals obesitas en diabetes, verdienen aandacht binnen het preventieve kader.

Wanneer er een verdenking op CHA ontstaat, is een snelle en eenduidige verwijzing noodzakelijk. Zo kunnen kinderen met (een vermoeden van) een hartaandoening snel en adequaat worden opgevolgd.

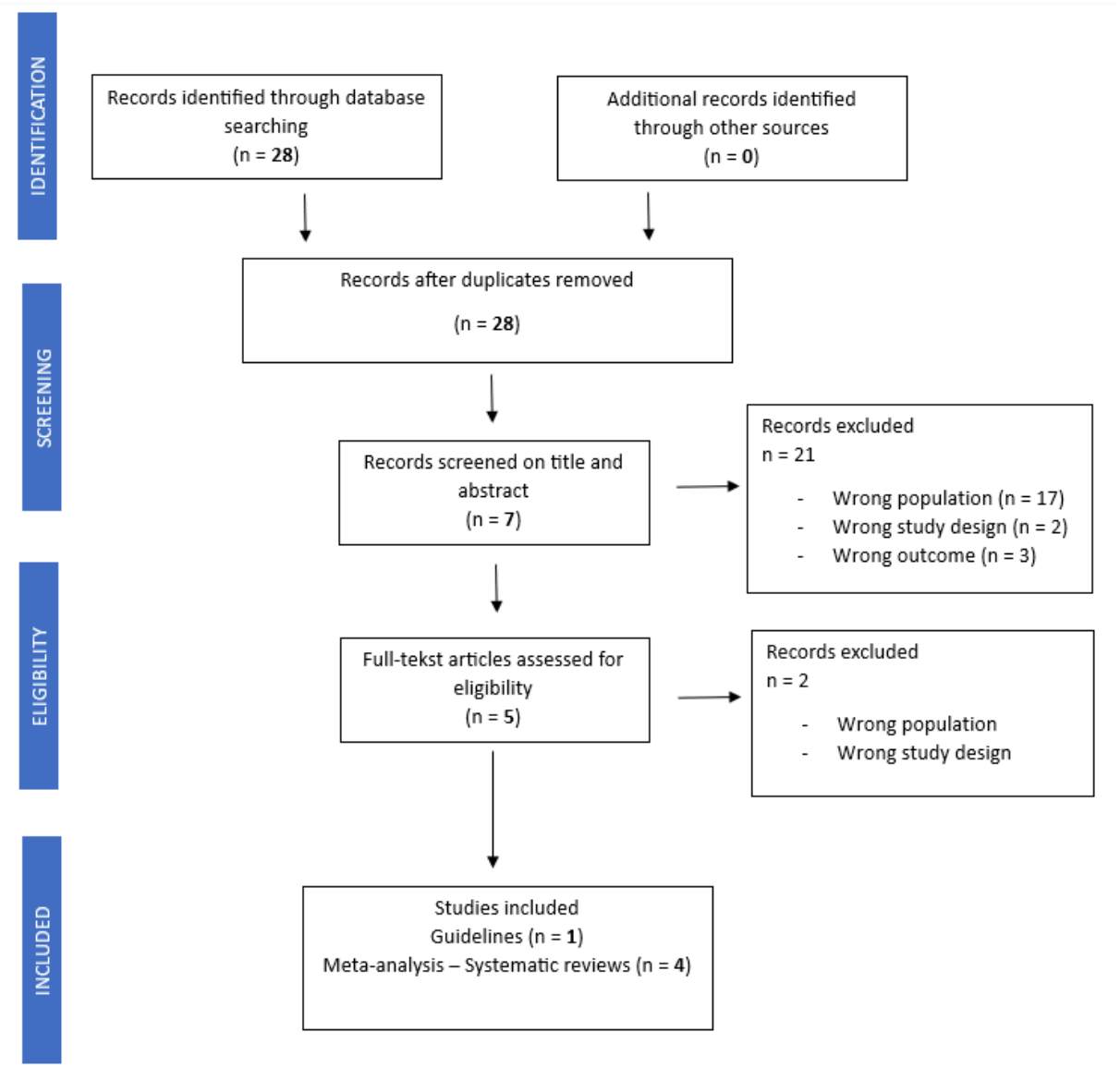


fig. 3: PRISMA-diagram congenitatle hartaandoenigen

Conclusie

Deze geïntegreerde literatuurstudie toont aan dat vroegtijdige detectie van aandoeningen bij jonge kinderen een multidimensionale aanpak vergt.
Voor astma en atopische dermatitis ligt de nadruk op preventieve leefstijlinterventies en voedingsgerelateerde maatregelen; bij huidafwijkingen is er nood aan actualisatie van richtlijnen en visuele opvolgingstools en bij congenitale hartaandoeningen blijft systematische screening met saturatiemeting de hoeksteen van preventieve opsporing.

Gemeenschappelijk voor alle drie de domeinen is de nood aan:

- Gestandaardiseerde en duidelijk omschreven verwijsprocedures tussen de nulde en eerste lijn.
- Een duurzame structuur voor communicatie en informatie-uitwisseling binnen Opgroeien Vlaanderen.

- Richtlijnen die periodiek herzien worden op basis van recente internationale wetenschappelijke inzichten.

De implementatie van deze verbeterpunten maakt het mogelijk dat Opgroeien Vlaanderen haar functie als verbindende schakel in de preventieve geneeskunde voor kinderen verder versterkt, met als doel een efficiënte, toegankelijke en kwaliteitsvolle zorg te waarborgen voor alle kinderen in Vlaanderen.

VELDONDERZOEK

Doelstelling en verantwoording

Dit onderzoek wordt uitgevoerd in opdracht van Opgroeien Vlaanderen en richt zich op de evaluatie van een voorstel voor een nieuwe verwijsbrief vanuit het consultatiebureau (CB) naar de huisarts. In deze studie wordt nagegaan hoe huisartsen dit concrete voorstel beoordelen.
Op basis van hun feedback wordt onderzocht in welke mate de verwijsbrief kan bijdragen aan een meer duidelijke en efficiënte communicatie tussen het CB en huisartsen. Het doel is om de samenwerking te versterken en het verwijsproces te verbeteren, met aandacht voor de kwaliteit en continuïteit van zorg voor het kind.

Onderzoeksvragen

- Hoe beoordelen de huisartsen de nieuw opgestelde verwijsbrief?
- In welke mate kan de nieuwe verwijsbrief bijdragen tot betere samenwerking tussen CB en huisartsen?

Onderzoeksopzet

Dit onderzoek richt zich op de beoordeling van een nieuwe verwijsbrief vanuit het consultatiebureau door huisartsen. Deze verwijsbrief werd ontwikkeld op basis van de bevindingen uit een voorgaande studie, waarin de huidige samenwerking en het verwijsproces werden geëvalueerd.

In de voorgaande studie met titel ‘Communicatie tussen Opgroeien en de huisarts, descriptief kwalitatief onderzoek via interviews’[(2)] is men opzoek gegaan 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.

Voor het ontwikkelen van de nieuwe verwijsbrief werd vertrokken vanuit de resultaten van de eerder vermelde studie[(2)]. Deze resultaten werden individueel doorgenomen, waarbij elk lid van het thesisteam de bevindingen afzonderlijk analyseerde. Er werd aandacht besteed aan de praktische aanbevelingen en concrete aandachtspunten die door de geïnterviewden werden vermeld. Deze werden nadien systematisch verzameld en samengebracht in een overzichtelijke lijst.

Op basis van deze gebundelde input werd vervolgens de bestaande verwijsbrief als uitgangspunt genomen. Deze diende als skelet waarop verder werd gebouwd. We evalueerden kritisch welke elementen behouden konden blijven, welke aangepast dienden te worden en welke bijkomende informatie of structuur noodzakelijk was op basis van de verzamelde aanbevelingen.

Elke onderzoeker leverde daarbij een eigen inhoudelijke bijdrage, waarna de verschillende voorstellen gezamenlijk werden besproken. In deze fase werd actief gereflecteerd over de gemaakte keuzes met als doel tot een consensus te komen. Door deze samenwerking werd uiteindelijk één uniforme verwijsbrief ontwikkeld. Deze kan teruggevonden worden in de bijlage.

In dit onderzoek wordt nagegaan hoe huisartsen dit voorstel ervaren en welke mogelijke verbeterpunten zij formuleren.

Methode en onderzoekspopulatie

Deze studie werpt een blik op hoe de huisartsen de nieuwe verwijsbrief ervaren door middel van een beschrijvend kwalitatief onderzoek. Het gaat specifiek over de huisartsen die we gezamenlijk met de onderzoekers van de voorgaande studie doelgericht hebben geselecteerd. Dit met zo veel mogelijk variatie op basis van geslacht, anciënniteit, ervaring als consultatiebureau-arts en geografische werkregio. Deze huisartsen werden gerekruteerd aan de hand van persoonlijke aansprekingen in de praktijk, het seminarie en verspreiding van de vraag binnen de huisartsenkring Huisartsen Noord Antwerpen. In deze studie werden ze voor een tweede maal gecontacteerd om de nieuw opgestelde verwijsbrief te beoordelen. Deze huisartsen hadden op elk moment de vrije keuze om de studie te verlaten.

Duur van de studie

De studie begon in november 2023 met de literatuurstudie, waarna er samen met de andere onderzoekers de huisartsen werden geworven tot er datasaturatie optrad. Deze werd door hen verwerkt en hun bevindingen werden met ons gedeeld in juni 2025, waarna de tweede fase van het veldonderzoek begon. Gedurende juni tot augustus 2025 werden deze bevindingen verwerkt, waarna de artsen vanaf september 2025 opnieuw werden aangeschreven voor het opvolgingsgesprek. Het aanschrijven en de gesprekken liepen tot en met 28 februari 2026. Daarna verliep de dataverwerking en afwerking tot 30 april 2026.

Onderzoeksproces

Op basis van de resultaten van eerdere onderzoekers ontwikkelden we een concept van een nieuwe verwijsbrief. Daarbij werd rekening gehouden met de knelpunten, die in de vorige studie naar voren kwamen. Dit concept werd vervolgens voorgelegd aan dezelfde huisartsen die we gezamenlijk met de andere onderzoekers hebben gerekruteerd in de eerste fase van het veldonderzoek. Dit gebeurde tijdens interviews van ongeveer dertig minuten. De interviews werden afgenomen door de onderzoekers en vonden zowel fysiek als online plaats. De verdeling van de interviews gebeurde onder de drie onderzoekers op basis van praktische haalbaarheid en locatie.

Tijdens deze fase werd gebruikgemaakt van een vooraf opgesteld interviewscript (zie bijlage), bestaande uit zowel open als gesloten vragen, waarbij voornamelijk werd gepeild

naar het gebruik van de nieuwe template voor de verwijsbrief. Het interviewscript werd opgesteld door de onderzoekers na het doornemen van de resultaten van de vorige studie. Tijdens het proces van interviews werden de vragen na meermaals overleg geoptimaliseerd. Er werden enkele gerichte vragen gesteld om het gebruiksgemak en de effectiviteit van het template verder te evalueren. De interviews werden opgenomen voor verdere analyse.

De gegevens van dit onderzoek werden geanalyseerd aan de hand van een beschrijvend thematische analyse. Deze analysemethode is geschikt om patronen en thema's in kwalitatieve data systematisch te identificeren, analyseren en rapporteren.[3]

Het uitvoeren van de analyse

De uitgeschreven transcripten werden door de drie onderzoekers onafhankelijk van elkaar grondig nagelezen en geanalyseerd. Op basis van deze transcripten werden eerst memo's opgesteld, waarin eerste indrukken en betekenisvolle fragmenten werden vastgelegd. Vanuit deze memo's werden vervolgens initiële codes gegenereerd. De afzonderlijk ontwikkelde coderingen werden nadien met elkaar vergeleken en, waar overlap werd vastgesteld, samengevoegd tot een gezamenlijke set van codes. Deze codes werden opgenomen in een codeboek en verder gegroepeerd in clusters. Vanuit deze clusters werden overkoepelende subthema's afgeleid, die als basis vormden voor de uiteindelijke thema's van het onderzoek.

Resultaten

Van de oorspronkelijk dertien bevraagde artsen werden, na het afsluiten van de dataset op 31 januari 2026 omwille van tijdsbeperkingen, zeven artsen opgenomen in de analyse. Van de overige huisartsen ontvingen we geen reactie meer om een vervolginterview in te plannen. De uiteindelijke populatie bleef voldoende divers, met een duidelijke variatie tussen de artsen wat betreft leeftijd, werkervaring, tewerkstelling als CB-arts, geslacht en regio.

Interview	Arts	Geslacht	Werkregio (Provincie)	Werkervaring als CB-arts	Werkervaring
1	2	Vrouw	Antwerpen	Ja, actief	10-20 jaar
2	7	Vrouw	Antwerpen	Nee	10-20 jaar
3	9	Vrouw	Antwerpen	Nee	Minder dan 10 jaar
4	10	Vrouw	Antwerpen	Ja, actief	Minder dan 10 jaar
5	11	Vrouw	West-Vlaanderen	Nee	Minder dan 10 jaar
6	12	Man	Antwerpen	Nee	Meer dan 20 jaar
7	13	Man	Limburg	Ja, actief	10-20 jaar

Tabel 1: beschrijving van de deelnemers

Met deze steekproef werd geen datasaturatie bereikt, aangezien er naast terugkerende thema's ook nieuwe punten en inzichten aan bod kwamen. De interviews werden getranscribeerd en verwerkt in een codeboek waarin de codes per transcript werden geordend en samengebracht in overkoepelende clusters, zoals weergegeven in tabel 2. Vervolgens werden de clusters uit alle transcripten met elkaar vergeleken en gegroepeerd in vijf thema's.:

Thema	Beschrijving (subthema's)
De verwijsbrief is een essentieel (klinisch) communicatietool	- Efficiëntie en kwaliteit van de verwijsbrief in de huisartsenpraktijk - Structuur, opbouw en gebruiksvriendelijkheid van de verwijsbrief
Digitalisering als opportuniteit en uitdaging binnen het verwijsproces	- Nood aan digitalisering van de verwijsbrief - Digitalisering en gevoelige informatie - Voordelen en risico's van digitalisering
De rol van het CB binnen het zorglandschap	- Belang kennis en expertise van het CB - Doel en praktische samenwerking van CB - Richtlijnen aanbieden is zinvol als dit gebruiksvriendelijk gebeurt
Organisatorische en praktische randvoorwaarden van zorgverlening	- Informatieverlies/ruis bij een verwijzing - Continuïteit van zorg - Praktische bruikbaarheid en efficiënte voor de CB-arts - Organisatorische en contextuele factoren

Tabel 2: samenvattende tabel met de beschrijving van de thema's

Thema 1: De verwijsbrief is een essentieel (klinisch) communicatietool

De verwijsbrief wordt door de artsen als waardevol instrument gezien. Deze verwijsbrief moet inhoudelijk sterk, gestructureerd en praktisch bruikbaar zijn in de eerste lijn.

<u>Efficiëntie en kwaliteit van de verwijsbrief in de huisartsenpraktijk.</u>

Hierdoor geven de artsen, die zelf geen ervaring hebben op het CB, aan dat ze zich onvoldoende vertrouwd voelen in hun kennis van de materie. Hierdoor kan er vertraging van de nodige zorgen optreden en ondermijnt de rol van de huisarts in de zorg voor het kind.

> *"Allez ja, ik kan het zelf eigenlijk niet zo goed inschatten en daar staat er ook nog geen informatie op, dan kan ik niet anders dan doorgeefluik spelen en zeggen 'maak een afspraak bij de kinderarts."* - Interview 3

> "*Nu is dat zo een hete patat dat ik doorgeef."* - Interview 3

De huisartsen geven aan dat ze het gevoel hebben dat de huidige verwijsbrief te beknopt is en hun onvoldoende informeert over de reden van verwijzing en het verwachte verdere beleid.

“Ja, het belangrijkste inderdaad, dat er reden van verwijzing staat, waarom dat het kindje moet komen.” - Interview 2

De artsen geven aan dat een duidelijke inhoud hierin een eerste stap vormt. De artsen uiten dat de inhoud van de huidige verwijsbrief te beperkt is om het vervolgbeleid op te stellen. Verder geven ze aan dat ze het gevoel hebben een onnodige tussenschakel te zijn door de patiënten te verwijzen naar de pediater.

> *“...er zit veel verbetering op. De communicatie zit letterlijk in de kinderschoenen he en dat is jammer want het zijn gemiste kansen.”* - Interview 6 over de huidige samenwerking.

Structuur, opbouw en gebruiksvriendelijkheid van de verwijsbrief:
De verwijsbrief dient inhoudelijk helder en gestructureerd te zijn om relevante informatie over te dragen van het consultatiebureau naar de behandelende arts. De gekende SOEP-structuur wordt door hen als goed ervaren, echter bestaat er bij huisartsen die werkervaring hebben als CB-arts de twijfel hoe toepasbaar dit is in de context van het CB.

> *“Ik vermoed gewoon dat een Kind&Gezin-arts dat nooit deftig gaat kunnen gebruiken..."* - Interview 5 over de SOEP-structuur.

Hier vormt een gestandaardiseerde structuur met de nodige ondersteuning vanuit het computerprogramma op het CB een kans voor de CB-arts om dit proces efficiënter te laten verlopen. Hierbij maakt een arts ook de bemerking dat er voor het maken van een goede verwijsbrief ook de nodige tijd nodig is:

> *"..., maar vanuit de zittingen op het consultatiebureau, daar is echt nougabollen tijd over..."* - Interview 4

Een werkbare manier van informatieoverdracht blijft een werkpunt.

Thema 2: digitalisering als opportuniteit en uitdaging binnen het verwijsproces

Digitalisering wordt door artsen gezien als een belangrijke kans om het verwijsproces te verbeteren. Tegelijk brengt deze evolutie ook nieuwe aandachtspunten met zich mee, onder andere op het vlak van privacy en communicatie. Binnen dit thema komen drie centrale subthema’s naar voren.

Nood aan digitalisering van de verwijsbrief

Er is een duidelijke en breed gedragen vraag naar digitalisering van de verwijsbrief. Het huidige papieren systeem wordt door artsen ervaren als inefficiënt, omslachtig en niet meer aangepast aan de hedendaagse zorgpraktijk.

Een belangrijk knelpunt is dat ouders momenteel instaan voor het overbrengen van de verwijsbrief. Dit maakt het proces kwetsbaar voor fouten: brieven raken verloren, worden vergeten of pas laattijdig afgegeven. Hierdoor kan de opvolging van patiënten vertraging oplopen.

Daarnaast wordt de papieren werkwijze als achterhaald beschouwd. Artsen geven aan dat digitalisering voor hen een vanzelfsprekende stap is richting efficiënter werken en betere zorgcontinuïteit:

> *“Ja, ik mag hopen digitaal, als je alles met de hand moet gaan schrijven...*” - Interview 4

> *“Want ik vind het nu eigenlijk een beetje stom dat de ouders postbode moeten spelen en dan met papieren naar mij moeten komen en dan papieren terug moeten brengen. Ik zie daar de meerwaarde niet van in dat dat op papier is.”* - Interview 3

Digitalisering wordt dus niet enkel gezien als een praktische verbetering, maar als een noodzakelijke evolutie binnen een moderne zorgorganisatie.

Voordelen en risico’s van digitalisering

Volgens de artsen biedt digitalisering duidelijke voordelen. In de eerste plaats verhoogt het de efficiëntie: informatie kan sneller en rechtstreeks worden gedeeld, zonder tussenstappen via de patiënt. Dit vermindert de administratieve last en verkleint de kans op informatieverlies.

Daarnaast maakt digitalisering een betere opvolging mogelijk, bijvoorbeeld doordat verwijsbrieven geïntegreerd kunnen worden in het patiëntendossier. Dit zorgt ervoor dat verwijzingen minder snel uit het zicht verdwijnen:

> *“Dat lijkt me nu zo vanzelfsprekend naar efficiëntie toe en naar goede opvolging toe dat dat digitaal is en dat dat ook in het dossier staat. Want als dat niet digitaal is, dan gaat dat verloren.”* - Interview 1

> *“Ge hebt nergens een valkuil waar het in kan mislopen. Ik zou het absoluut zien zitten om dat gewoon via ook een digitale weg te doen.”* - Interview 6

Ook voor ouders heeft dit voordelen. Hun rol als tussenpersoon wordt kleiner, waardoor de druk om alles correct en tijdig door te geven afneemt. Tegelijk kan een digitale verwijsbrief helpen om informatie overzichtelijker te maken en zo zowel verwarring als ongerustheid te beperken.

Toch brengen digitale systemen ook risico’s met zich mee. Vooral rond privacy en gegevensbescherming leven er bezorgdheden. Artsen benadrukken het belang van veilige platformen en een correcte omgang met patiëntgegevens.

Daarnaast blijft communicatie met ouders een cruciaal onderdeel van het zorgproces. Openheid en transparantie zijn belangrijk om de ouders goed te informeren en te betrekken. Digitalisering mag het contact met ouders niet vervangen, maar moet dit net ondersteunen.

In de huidige situatie spelen ouders vaak een centrale rol in het doorgeven van informatie. Dit verloopt niet altijd vlot: verwijsbrieven worden soms vergeten of laattijdig bezorgd, en

doorverwijzingen worden niet altijd meteen opgevolgd. Dit toont opnieuw aan hoe belangrijk duidelijke communicatie en goede afstemming tussen alle betrokken partijen zijn.

> *“Want ik vind het nu eigenlijk een beetje stom dat de ouders postbode moeten spelen en dan met papieren naar mij moeten komen en dan papieren terug moeten brengen. Ik zie daar de meerwaarde niet van in dat dat op papier is.”* - Interview 3

> *“Omdat ge dan toch weet van het is gewoon boodschapper ontvanger, er zit nergens een ruis op de lijn.”* - Interview 6

<u>Digitalisering en gevoelige informatie</u>

Een specifieke meerwaarde van digitalisering ligt in de mogelijkheid om gevoelige informatie beter te delen tussen zorgverleners. Informatie over bijvoorbeeld de sociale context van een gezin is vaak moeilijk over te brengen via papieren documenten, terwijl dit wel belangrijk kan zijn voor de verdere zorg.

Digitale systemen kunnen het makkelijker maken om dergelijke informatie op een meer discrete en gerichte manier te communiceren. Dit kan de kwaliteit en continuïteit van zorg verbeteren.

"...maar als ze het zien staan. Ja dan is het vaak ‘à la dokter Google style’, dan is het waar he." - Interview 6

Tegelijk vraagt dit om duidelijke afspraken rond privacy en toegang tot informatie. Het delen van gevoelige gegevens moet steeds zorgvuldig en beveiligd gebeuren.

Thema 3: De rol van het consultatiebureau (CB) binnen het zorglandschap

De nulde/preventieve lijn heeft een unieke rol in het Belgische zorglandschap. Naast de tijdige opsporing van pathologieën kan het CB ook voor de behandelende arts een bredere ondersteunende rol aanbieden. Richtlijnen en kennis ondersteunen besluitvorming, mits ze praktisch bruikbaar zijn.

<u>Samenwerking tussen het CB en de huisarts.</u>

De artsen geven aan dat hier de nood is aan een manier om ook de collega’s van het CB te betrekken in de zorg. Om dit te faciliteren komt de vraag van de huisartsen uit om een rechtstreekse communicatie te voorzien met het CB. Op deze manier kan er ook makkelijker naar het CB teruggekoppeld worden en kan er eventueel toelichting gevraagd worden bij de verwijsbrief.

> *"Dus als je dat meer vanuit een huisarts perspectief 'Wat is nu juist de reden dat je die doorstuurt'.”* - Interview 4

<u>Richtlijnen en kennis van zorgverleners</u>

De artsen gaven aan dat hier een nood aan is omdat de arts niet altijd de nodige achtergrondkennis heeft om bijvoorbeeld een Von Wiechen onderzoek te interpreteren.

> “*Ik kan me voorstellen dat niet alle huisartsen het Von Wiechenonderzoek, dat ze nog weten wat dat inhoudt.”* - Interview 2

Het CB heeft belangrijke rol in het zorglandschap

Verder blijven de huisartsen de bredere blik van het CB waardevol vinden en hechten veel waarde aan de geleverde contextinformatie door het CB.

> *“Dat huisartsen, dat wij dat niet altijd weten, we inderdaad niet bij iedereen thuiskomen ofzo, toch bij kleine kids niet. Dus dat dat zeker goed is om mee te geven.”* - Interview 2, over sociale context

Samenwerking en communicatie tussen zorgverleners.

De huisartsen geven aan dat er potentieel veel te winnen valt bij goede onderlinge communicatie tussen behandelend arts en het CB. Ze geven aan dat ze waarde hechten aan het onderling afspreken van de rolverdeling en terugkoppeling tussen de collega’s. Hierin wordt aangegeven dat dit ook voor de huisarts een leermoment kan zijn om hier in de toekomst beter mee om te gaan.

> *"...ik vind het altijd leuk als ik iets bijleer door een brief te krijgen. Oh, dat wist ik niet. Of om een specialist aan de telefoon te krijgen zich me het een en het ander goh heb ik nooit geweten, maar tof dat ik het nu weet op die manier ik, vind dat altijd wel leuk."* - Interview 7

Tegelijk geven artsen aan dat de samenwerking, en vooral die met het consultatiebureau (CB), momenteel niet optimaal verloopt. Huisartsen ervaren de communicatie met het CB als eerder beperkt. Een belangrijk knelpunt is de bereikbaarheid van CB-artsen. Het is vaak onduidelijk hoe zij rechtstreeks gecontacteerd kunnen worden, wat overleg en terugkoppeling bemoeilijkt:

> *“Want veel van die artsen werken enkel voor Kind en Gezin. En ja, die hebben geen werkadres hé. Hoe kan je dan terugkoppelen?”.* - Interview 7

Volgens artsen spelen ook structurele factoren een rol, zoals tijdsdruk en beperkte middelen, waardoor overleg niet altijd haalbaar is. Tegelijk zien ze duidelijke mogelijkheden tot verbetering. Een vast aanspreekpunt en meer directe communicatielijnen met het CB zouden de samenwerking aanzienlijk kunnen versterken.

Richtlijnen op een gebruiksvriendelijke manier aanbieden is zinvol

De huisartsen geven aan dat ze het een grote meerwaarde zouden vinden om toegang te krijgen tot de richtlijnen van de CB-artsen om de verwijzing beter te kunnen behandelen. De artsen zouden meer vertrouwen hebben in hun vervolgbeleid als er richtlijnen vanuit het CB aangeboden worden.

> *"Soms zal het niet nodig zijn, soms is dat wel nuttig om te hebben, soms is het efkes een opfrisser van ah ja wat gaan we ook alweer doen. Ik denk dat dat wel een meerwaarde is."* - Interview 7, over het aanbieden van richtlijnen

Wel waren er van meerdere artsen de bemerking dat dit op een gebruiksvriendelijke manier dient te gebeuren en bij voorkeur digitaal.

> *"Welk alternatief hebt ge? Ge kunt moeilijk de richtlijnen zo mee geven. Dus als ge*

dat gewoon via een link kunt doen, volgens mij is dat perfect te doen dat ge dat dan in uw EMD binnenkrijgt." - Interview 6

Organisatorische en contextuele factoren

De artsen merken hierbij op dat er meerdere valkuilen zijn in het meegeven van richtlijnen. De CB-arts mag geen diagnose stellen maar geeft wel de nodige innuendo's naar het verwachte gevolg.

Hierbij bemerken de artsen dat ze denken dat dit bij ouders voor meer onnodige ongerustheid kan zorgen als zij deze richtlijnen gaan lezen. Hierover waren er verschillende meningen onder de artsen. Waarbij de ene arts volledige transparantie wil, wil de andere net niet te veel informatie meegeven aan de ouders. Zeker wanneer het gaat over bezorgdheden in de sociale context.

"...ik vind het ook wel belangrijk dat er ook open communicatie is met de ouders. Maar ik kan me inbeelden dat er soms bij bepaalde sociale contexten dat dat wel moeilijk kan zijn. Dat dat gevoelig kan liggen als je daar een bezorgdheid mee uit vanuit Kind & Gezin." - Interview 2

"...maar als het zien staan. Ja dan is het vaak 'à la dokter Google style', dan is het waar he." - De arts over diagnoses in de richtlijnen.

Thema 4: Organisatorische en praktische randvoorwaarden van zorgverlening

De haalbaarheid van goede zorg wordt beïnvloed door praktische en systemische factoren. Hierover waren enkele bemerkingen.

Informatieverlies/ruis bij een verwijzing.

De artsen hadden enkele bemerkingen bij het huidige verwijsbeleid. Namelijk dat het voor ouders niet altijd duidelijk is waarom ze juist verwezen zijn. Hierdoor moet de arts soms vanaf het begin herbeginnen om uit te vissen wat er juist het probleem is. Zeker als dit digitaal gebeurt.

"...maar ge wilt ze natuurlijk ook niet bypassen van ze mogen het niet weten." - De arts over de digitale verwijsbrief. - Interview 6

Verder is er de vraag hoe GDPR vriendelijk een digitaal platform kan zijn en er geen risico is dat dit lekt naar een derde partij.

"...op zich GDPR gewijs, ge geeft het met de ouders mee dus het is niet dat het is van een derde partij." - Interview 6 over de papieren verwijsbrief.

Continuïteit van zorg

Om de continuïteit van zorg te faciliteren, wensen de artsen dat er systematisch iemand beschikbaar zou zijn op het CB bij vragen. De artsen uiten een nood naar heldere contactgegevens op de brief.

"Dus als ik dan een vraag heb of ik al een keer wil terugkoppelen of wil afspreken van 'Wij moeten dat gezin meer gaan opvolgen' dan is het makkelijk dat ik rechtstreeks naar de juiste kan bellen." - Interview 5

Praktische bruikbaarheid en efficiëntie voor de CB-arts.
De artsen merken op dat er ook structurele veranderingen moeten komen zodat de CB-arts de nodige tijd heeft om een adequate verwijsbrief op te stellen. Zo kwam de bemerking van de arts met ervaring als CB-arts.:

> *"...dat is allemaal volgepland en overboekt... maar dat staat eigenlijk kwaliteitsvolle doorverwijzingen in de weg, dat is eigenlijk als je voelt van hier moet een doorverwijzing komen, dan weet je al dat je gaat uitlopen, dus dat moet eigenlijk allemaal zo snel mogelijk gebeuren."* - Interview 4 over de agenda op het CB.

Organisatorische en contextuele factoren.
De artsen geven aan dat ze veel waarde hechten aan het contextueel werken van Opgroeien en zien een meerwaarde in het opnemen van een informerende rol voor Opgroeien Vlaanderen. Dit vooral in de vorm van goede, structurele overdracht van informatie en richtlijnen.

> *“Ik vind dat het er heel goed uitziet, vooral die SOEP-structuur en die richtlijnen eigenlijk. Ik denk dat dat het systeem zo veel zou verbeteren. Ik vind het een meerwaarde!”* - Interview 3

Discussie

Het doel van deze studie was om de verwijzing vanuit het consultatiebureau (CB) naar de huisarts te optimaliseren door middel van de ontwikkeling en evaluatie van een nieuwe verwijsbrief. De onderzoeksvraag kadert binnen een breder en gekend probleem in de geneeskunde, namelijk het verbeteren van de communicatie en samenwerking tussen verschillende zorgniveaus.

De resultaten tonen aan dat de voorgestelde verwijsbrief overwegend positief onthaald werd door de deelnemende artsen. Er was appreciatie voor de helderheid en structuur en er werd benadrukt dat een duidelijke formulering van de reden tot verwijzing essentieel is voor een efficiënte samenwerking. Een gestandaardiseerde en herkenbare opbouw van de verwijsbrief kan hierbij een belangrijke rol spelen.

Een centraal thema in de bevindingen is de nood aan verdere digitalisering. Vooral jongere artsen benadrukken het belang van het stroomlijnen van de zorg, dit vooral op gebied van digitalisatie. Dit wordt niet alleen gezien als efficiënter, maar potentieel ook als ecologisch meer verantwoord ten opzichte van een papieren verwijsbrief. Artsen met ervaring als CB-arts zijn genuanceerder in deze mening. De vraag naar stroomlijning door digitalisering blijft even prominent, echter zijn er bemerkingen bij de praktische uitvoering ervan. Deze artsen maken de bemerking dat het maken van een goede verwijsbrief goede technische ondersteuning en tijd kost, welke beperkt is op het CB. Daarom is er een terechte terughoudendheid over de werkbaarheid van de voorgestelde brief tot er gezien wordt hoe dit technisch en praktisch aangepast kan worden aan het systeem. Een belangrijke kanttekening hierbij is dat dit de ervaringen zijn van de huisartsen met CB ervaring.

Daarnaast kan digitale toegang tot het dossier van Opgroeien Vlaanderen GDPR-gewijs de huisarts toelaten een vollediger beeld te krijgen van de context van het kind. Dit kan de continuïteit van zorg bevorderen en het risico op informatieverlies beperken. Ook wordt

gewezen op mogelijke toepassingen zoals het opvolgen van verwijzingen, het ondersteunen van kwetsbare gezinnen en het discreet signaleren van risicosituaties, zoals kindermishandeling.

Bijkomend gaven sommige deelnemers aan dat onderdelen zoals “evaluatie” en “plan” niet binnen de preventieve functie vallen. Tegelijk werd het idee om richtlijnen te integreren bij de verwijzing positief onthaald, mits deze niet leiden tot het stellen van een diagnose. Deze kunnen de behandelend arts, indien gewenst, van de nodige achtergrondinformatie voorzien voor het courante beloop van de doorverwezen pathologie. Deze bemerkingen over de toepasbaarheid kwamen van de artsen die ook actief zijn als CB-arts en zijn strikt genomen dus eerder de mening van een CB-arts. Wel toont het dat het aftoetsen van de werkbaarheid bij de CB-artsen zeker een belangrijk onderzoeksonderwerp is. Dit valt echter buiten de scope van dit onderzoek.

Een belangrijke beperking van deze studie is de kleine steekproefgrootte en het niet bereiken van datasaturatie. Wegens logistieke redenen gekoppeld aan de afgebakende duur van de masterproef, konden er initieel slechts dertien artsen gerekruteerd worden, een proces dat vermoedelijk onder andere gehinderd werd door de seizoensgebonden drukte bij de huisarts. Dit maakte dat er in dit onderzoek ook een verlies van deelnemers was, aangezien dit ook in een drukke periode viel. Om dit te verhelpen zou er onderzoek kunnen gedaan worden over een langere termijn en over een groter gebied.

Ondanks de beperkte steekproefgrootte werd toch een gevarieerde groep huisartsen geïncludeerd, met verschillen in werkervaring, regio en betrokkenheid bij het consultatiebureau. Deze variatie zorgt ervoor dat verschillende perspectieven aan bod kwamen. Hierdoor bieden de bevindingen, ondanks het beperkte aantal deelnemers, toch een waardevol inzicht in de percepties van huisartsen op een nieuw voorstel van verwijsbrief.

Verder bestaat er een risico op selectiebias, aangezien vooral artsen met een uitgesproken mening of een persoonlijke link met de onderzoekers deelnamen. Hierdoor hebben we minder informatie van de ‘gemiddelde huisarts’. Om deze selectiebias te beperken, zou de studieopzet aangepast moeten worden door rekrutering op grotere en meer diverse schaal te organiseren. Zo zou recruiting via overkoepelende organisaties zoals Domus Medica een algemener beeld kunnen geven. Uit deze kandidaten kan er geselecteerd worden om zo een steekproef te krijgen met een diverse achtergrond en kan men artsen blijven werven tot saturatie wordt bereikt.

Ondanks deze beperkingen biedt deze studie een eerste blik op de huidige situatie. De systematische en transparante opbouw van deze studie vormt bovendien een bruikbare basis voor toekomstig onderzoek, waarin de nieuwe verwijsbrief verder kan worden onderzocht en aangepast.

Conclusie

Deze studie toont aan dat de voorgestelde verwijsbrief positief wordt beoordeeld door huisartsen en tegemoetkomt aan hun nood aan duidelijke, gestructureerde en relevante informatie. De resultaten benadrukken het belang van efficiënte communicatie en samenwerking tussen het CB en huisartsen. Elementen zoals digitalisering, directe contactmogelijkheden en het aanbieden van praktische richtlijnen worden hierbij als belangrijke verbeterpunten naar voren geschoven.

Hoewel de studie beperkt is door een kleine steekproef, zijn er concrete mogelijkheden om het verwijsproces te optimaliseren. De bevindingen tonen aan dat verdere verfijning en praktische uitwerking van de verwijsbrief noodzakelijk is.
Deze studie vormt een basis voor verdere ontwikkeling, met als doel de continuïteit en kwaliteit van de zorg voor het kind te verbeteren. Echter is er bijkomend onderzoek nodig om deze zorg op gewestelijk niveau te optimaliseren en blijft een continue aandacht en periodieke evaluatie van het proces noodzakelijk.

Er zijn meerdere knelpunten bij de huidige werking en er is zeker baat bij het verder uitwerken van een sterke samenwerking tussen de nulde en de eerste lijn. De potentiële gezondheidswinst voor een jong kind bij een tijdige interventie is enorm en er zou als maatschappij naar gestreefd moeten worden dat elk kind de kans krijgt om zich gelukkig te ontwikkelen. Op dat gebied delen de huisarts en CB-arts de rol om tijdig in te grijpen waar nodig en patiëntjes op een tijdige manier verder te helpen. Om dit proces zo gestroomlijnd mogelijk te laten, is evaluatie van het proces essentieel en dient naar de toekomst toe herhaald te worden. Deze studie toont dat verbetering zeker haalbaar is en dat de huisartsen vragende partij zijn voor een meer informerende rol voor het CB naar de huisarts toe. Om zo tot een sterkere samenwerking te komen die mee met de huisarts groeit.

Referenties

1. WOREL [Internet]. Beschikbaar op: https://www.worel.be/worel/document?globals=%7B%22gSessionId%22%3A%22ca0e8126-c642-405b-80ad-2c34a0ffe535%22%7D¶meters=%7B%22PublicationId%22%3A%22e0ebf45c-a437-4e47-acb3-b36b00e1ba70%22%2C%22pJumpFrom%22%3A%22Search%22%7D
2. Communicatie tussen Opgroeien en de huisarts, descriptief kwalitatief onderzoek via interviews 2026, thesis Marlies Geeurickx en Louise Vandenberg
3. Kiger ME, Varpio L. Thematic analysis of qualitative data: AMEE Guide No. 131. Med Teach. 2020 Aug;42(8):846-854. doi: 10.1080/0142159X.2020.1755030. Epub 2020 May 1. PMID: 32356468.

Bijlagen

1. Extractiedocument allergie en astma

Wat zijn de recente adviezen tav astma en allergie die in de JGZ opgepakt moeten worden?		
Aanbeveling Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ-richtlijn (2010)	Bijkomende literatuur
Over voedingsproblemen, allergie en astma, en huidproblemen werd in het kader van deze onderzoeksopdracht geen literatuurstudie verricht. **De hiernavolgende aanbevelingen, die in hoofdzaak betrekking hebben op voeding, zijn afgeleid van een wetenschappelijk dossier over voeding en voedingsproblemen bij jonge kinderen, dat de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (VVK) in samenwerking met Kind en Gezin in voorbereiding heeft.** **Deze aanbevelingen moeten in nauwe samenhang met deze van § IV.2 met betrekking tot de vroege onderkenning van groeistoornissen (hoofdomtrek, lengte, gewicht) gelezen worden.**	**PREVENTIE** **Bij het eerste contact (bijvoorbeeld tijdens het zuigelingenhuisbezoek) vraagt de JGZ-professional na en registreert of astma en/of allergie bij de ouders voorkomt. Tevens wordt het rookprofiel in kaart gebracht.** **Als de ouder(s) tijdens het eerste contact of daaropvolgende contacten aangeeft (aangeven) dat hij/zij rookt (roken) of als de JGZ-professional besluit het gesprek over roken aan te gaan, dan wordt het onderwerp roken bespreekbaar gemaakt volgens de methode "Rookvrij Opgroeien".** **De rookstatus en de motivatie om te stoppen worden bijgehouden in het JGZ-dossier, evenals de gegeven voorlichting en adviezen en evt. verwijzing voor stoppen met roken-hulp.** Onderbouwing: Het is aannemelijk dat blootstelling aan tabaksrook (tijdens de zwangerschap en/of daarna) door meeroken ('tweedehands' rook) bij jeugdigen tot 18 jaar het risico op piepen en astma verhoogt. (Neuman 2012, Burke 2012, Silvestri 2015, Tinuoye 2013) ⊕⊕⊕⊖ MATIG Het is aannemelijk dat motiverende gespreksvoering effectief is en (vergeleken	**Bij kinderen met astma: Raad aan om niet binnen huis te roken en geen dieren binnen huis te houden om toekomstige hospitalisaties te vermijden.** Onderbouwing: Aggarwal et al., 2023 Onafhankelijke risicofactoren die geassocieerd zijn aan een toekomstige hospitalisatie van kinderen met astma zijn tabak rook binnenhuis, de aanwezigheid van dieren binnen huis, en een geschiedenis van vorige hospitalisaties. Deze factoren hebben een informatieve waarde voor preventieve interventies en aanbevelingen om de exposure waar mogelijk te minderen, en kunnen de doorverwijzing naar specifieke zorg voor kwetsbare kinderen uitlokken. **Benadruk het vergrote risico van astma en wheezing bij pre- en postnataal roken.** Onderbouwing: Burke et al., 2011: De blootstelling aan pre- of postnataal passief roken vergroot de incidentie wheezing en astma in kinderen en jongeren bij ten minste 20%. Het ouderlijk roken te voorkomen is een belangrijke stap bij de preventie van astma.

	met standaardzorg) leidt tot een hoger percentage stoppers. (Richtlijn Behandeling van tabaksverslaving en stoppen met roken ondersteuning, herziening 2016) Preventie van luchtwegproblemen door het verminderen van blootstelling aan tabaksrook lijkt mogelijk. (Behod 2018) ⊕⊖⊖⊖ ZEER LAAG **Het is niet zeker of borstvoeding de kans op astma verlaagt, maar vanwege de vele gezondheidsvoordelen blijven JGZ-professionals het geven van borstvoeding aanraden (zie de richtlijn "Borstvoeding".)** Onderbouwing: Er is in de literatuur enig bewijs dat borstvoeding het risico op astma bij jeugdigen in de leeftijd van vijf tot 18 jaar vermindert, maar het grootste beschermende effect wordt gevonden in lage-inkomenslanden. (Lodge 2015) **SIGNALEREN & VERWIJZEN** **De JGZ-professional is tijdens contacten met ouders en jeugdigen alert op het bestaan van luchtwegklachten bij de jeugdige: piepen, benauwdheid/kortademigheid, nachtelijk hoesten. De werkgroep beveelt aan om luchtwegklachten in de leeftijdsperioden 1 t/m 4 jaar, 4 t/m 11 jaar en 12 t/m 17 jaar ten minste éénmaal per periode tijdens reguliere contacten aan de orde te laten komen. JGZ-organisaties bepalen zelf op welke wijze dit wordt gedaan.** Onderbouwing Er is in de literatuur geen methode of techniek beschikbaar waarmee in een standaard populatie nul tot achttienjarigen met voldoende accuratesse vastgesteld kan worden of er bij de jeugdige sprake is van een relatief hoge kans op astma of niet. - **Risicofactoren**	Yu et al 2020 Toont relatie tussen de blootstelling aan formolaldehyde en het risico op het ontwikkelen van astma. Belangrijk verschil gemeld maar niet verduidelijkt tussen ras, omgeving en seizoen. Formolaldehyde zit in sigarettenrook en blijkbaar op bepaald meubilair. Conclusie: roken bij kind is geen goed idee. **Benadruk de inname van Vitamine D bij kinderen met verhoogd risico op astma exacerbaties.** Onderbouwing: Cassim et al., 2015: Hogere levels aan 25(OH)D zijn geassocieerd met een gereduceerd risico op astma exacerbaties, maar er is weinig evidentie die op een associatie met astma incidentie, prevalentie, of intensiteit van astmasymptomen wijzen. Vitamine D supplementen zijn mogelijks effectief in de preventie van astma exacerbaties, maar een meta-analyse kon niet uitgevoerd worden omwille van de hoge heterogeniteit binnen de studie methodieken en resultaten. **Vitamine D suppletie zou eerder niet het risico op astma kunnen laten dalen.** Onderbouwing: Yepes-Nuñez et al 2018 Geen duidelijk verband gevonden tussen vitamin D suppletie van zwangeren, borstvoeding gevende vrouwen en kinderen en het risico op het ontwikkelen van allergie (astma/wheezing, allergische rhinitis, voedselallergie en eczeem).

	Er is in de literatuur momenteel geen enkele risicofactor, combinatie van risicofactoren of predictieregel beschikbaar waarmee jeugdigen met een relatief hoge kans op astma op accurate wijze gesignaleerd kunnen worden (Eysink 2005, Hafkamp-de Groen 2013, Rodríguez-Martínez 2017). - **Luchtwegklachten** Op grond van luchtwegklachten kan bij een jeugdige een vermoeden van astma ontstaan. Over de benodigde frequentie van het aan de orde stellen van luchtwegklachten om astma effectief te signaleren en over de frequentie waarmee preventief medisch onderzoek in het algemeen het beste plaats kan vinden is geen literatuur gevonden. Om deze reden is de aanbeveling over de frequentie van het navragen van luchtwegklachten gebaseerd op 'expert opinion'. - **Spirometrie** Spirometrie door JGZ-professionals is haalbaar bij jeugdigen vanaf vijf á zes jaar, maar vanwege de gebleken lage voorspellende waarde wordt spirometrie niet aanbevolen voor het signaleren van astma in de JGZ (Abramson 2003). - **FeNO-meting** De plaats van FeNO-meting bij het signaleren en het monitoren van astma is niet duidelijk (Petsky 2016). De volgende verschijnselen zijn karakteristiek voor astma en maken de diagnose 'astma' meer waarschijnlijk (GINA richtlijn 2019) - Twee of meer van de volgende symptomen zijn aanwezig: piepen (kernsymptoom), benauwdheid/kortademigheid, hoesten; - Symptomen zijn 's nachts of in de vroege ochtend vaak erger;	**Bij prematuren (voor de 32ste week) is mogelijks het astma-risico bijzonder hoog, bij deze kinderen extra aandacht voor signalen en educatie van ouders.** Onderbouwing: Been et al., 2014: Deze meta-analyse toont aan dat prematuur geboren kinderen (vooral zeer premature kinderen; voor de 32ste week) een verhoogd risico hebben op de ontwikkeling van astma. **Het gebruiken van een ondoorlatend matrashoes zou astma, wheezing, en allergische rhinitis/dermatitis niet voorkomen.** Onderbouwing: Arroyave et al., 2014: Er werd geen evidentie gevonden voor het gebruik van een ondoorlatend matras hoes in de primaire preventie van allergie aandoeningen zoals astma, wheeze, allergische rhinitis, en allergische dermatitis. Ook de tertiaire preventie van symptomen zoals de 'peak flow', astmasymptomen, en nasale symptomen kon niet aangetoond worden, ook al werd het level aan huisstofmijt binnen het matras significant vermindert. **Benadruk de cariës preventie bij kinderen met astma.** Onderbouwing: Alavaikko et al., 2011: Astma verdubbelt het risico op het ontstaan van cariës bij de primaire en secundaire gebitsontwikkeling. Artsen en tandartsen hebben een preventieve rol om maatregelen ter preventie van cariës bij personen met astma te introduceren.

	- Symptomen variëren, zowel in de tijd en als in ernst; - Symptomen worden uitgelokt door inspanning, blootstelling aan allergenen, mist, kou of irriterende stoffen zoals uitlaatgassen, sigarettenrook of sterke geuren. **Astma wordt ook overwogen bij minder specifieke klachten zoals verminderde activiteit (rennen, spelen, lachen), snelle vermoeidheid, bij een ongezonde algemene indruk (bleek zien, wallen onder de ogen) en bij schoolverzuim.** <u>Onderbouwing</u> Dit is gebaseerd op expert opinion. **Jeugdigen met exacerbaties en/of gedeeltelijke/onvoldoende astmacontrole worden door de jeugdarts of de verpleegkundig specialist terug verwezen naar de behandelend huisarts of behandelend kinder(long)arts/verpleegkundig specialist kinderlongziekten.** <u>Onderbouwing</u> De jeugdarts of de verpleegkundig specialist verwijst naar de huisarts bij één of meer van onderstaande verwijscriteria* (afgeleid van de GINA richtlijn 2019). De huisarts verwijst zo nodig door naar de kinder(long)arts. - Conform de samenwerkingsafspraken opgesteld door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) en het Nederlands Huisarts Genootschap (NHG) vindt de diagnostiek en behandeling van jeugdigen met astma als het kan plaats in de eerste lijn. De huisarts verwijst naar de kinder(long)arts als dat nodig is, bijvoorbeeld bij twijfel over de diagnose of bij onvoldoende verbetering met een normale dosering astma medicatie (Bindels 2014).	

	*Het eerste verwijscriterium voor de leeftijdscategorie 0 – 6 jaar is: herhaalde episodes (2 of meer keer in het afgelopen jaar) van expiratoir piepen, waarbij het niet uitmaakt of er een relatie is met verkoudheden, bovenste luchtweginfecties en/of hoesten. Het tweede verwijscriterium is indien er aanwijzingen zijn dat allergische prikkels zijn die de luchtwegklachten uitlokken. **SAMENWERKEN** **Op indicatie, bijvoorbeeld bij schoolverzuim, dient afstemming en samenwerking met de hoofdbehandelaar van de jeugdige met astma plaats te vinden. De hoofdbehandelaar kan ook actief contact opnemen met de JGZ.** Conform de zorgstandaard astma bij kinderen en jongeren heeft de jeugdige met astma één hoofdbehandelaar: de huisarts of de kinder(long)arts/verpleegkundig specialist kinderlongziekten (Long Alliantie Nederland 2012). Het JGZ-team kan bij de zorg rondom jeugdigen met astma een ondersteunende en verbindende rol spelen door (extra) voorlichting en informatie te geven en jeugdigen met astma en hun ouders te ondersteunen bij het naleven van adviezen op maat (zelfmanagement) en bij het omgaan met astma. Op indicatie, bijvoorbeeld bij een gecompliceerd beloop of bij sociale problematiek, bij schoolverzuim of als om andere redenen contact met school, kinderdagverblijf of buitenschoolse opvang nodig is, vindt verdere afstemming en samenwerking met de hoofdbehandelaar plaats. De hoofdbehandelaar kan actief contact opnemen met de JGZ.	

Moeten deze adviezen een plaats hebben binnen de preventieve sector 0-3 jaar?		
Aanbeveling Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ-richtlijn (2010)	Bijkomende literatuur
Over voedingsproblemen, allergie en astma, en huidproblemen werd in het kader van deze onderzoeksopdracht geen literatuurstudie verricht. **De hierna volgende aanbevelingen, die in hoofdzaak betrekking hebben op voeding, zijn afgeleid van een wetenschappelijk dossier over voeding en voedingsproblemen bij jonge kinderen, dat de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (VVK) in samenwerking met Kind en Gezin in voorbereiding heeft.** **Deze aanbevelingen moeten in nauwe samenhang met deze van § IV.2 met betrekking tot de vroege onderkenning van groeistoornissen (hoofdomtrek, lengte, gewicht) gelezen worden.**	**Aanbeveling** **Bij het eerste contact (bijvoorbeeld tijdens het zuigelingenhuisbezoek) vraagt de JGZ-professional na en registreert of astma en/of allergie bij de ouders voorkomt. Tevens wordt het rookprofiel in kaart gebracht.** Onderbouwing Het onderwerp roken wordt met ouders van jeugdigen in de leeftijd van nul tot 12 jaar bij voorkeur besproken volgens de methode “Rookvrij Opgroeien”. Deze methode is ook gebaseerd op de techniek van motiverende gespreksvoering. **Aanbeveling** **De jeugdarts of de verpleegkundig specialist verwijst naar de huisarts bij één of meer van de volgende criteria:** **Nul tot zes jaar:** ● **Herhaalde episodes (≥2 keer in het afgelopen jaar) met expiratoir piepen, waarbij het niet uitmaakt of er een relatie is met verkoudheden, bovenste luchtweginfecties en/of hoesten;** ● **Aanwijzingen dat allergische prikkels luchtwegklachten uitlokken.** Onderbouwing Diagnose ‘astma’, Nul tot zes jaar Veel jeugdigen in de leeftijd van nul tot zes jaar piepen wel eens, vooral tijdens bovenste luchtweginfecties. Slechts een minderheid van hen ontwikkelt astma. Bij jeugdigen tot ongeveer zes jaar wordt daarom meestal de term ‘prikkelbare luchtwegen’ gebruikt. Het is belangrijk om aan ouders uit te leggen dat het bestaan van symptomen op jonge leeftijd niet betekent dat het kind later astma zal hebben/krijgen.	**Postnatale supplementen voor de moeder (visolie, probiotica) vertonen geen effect bij astma risicoreductie. Mogelijks heeft voldoende visinname tijdens zwangerschap een risico verlagend effect op astma.** Onderbouwing: Newsberry et al., 2015: Postnatale supplementen voor de moeder van visolie (n-3 FA) hadden geen consistent effect op het risico van AD/ eczemen, allergieën, astma, of andere respiratorische ziektes. De supplementen met n-3 FA of de verrijking van voedsel met n-3 FA voor kleine kinderen hadden geen tegenstrijdige effecten. Szajewska et al., 2018: Lactobacillus rhamnosus probiotica toont geen effect op het risico op het ontwikkelen van astma. Wei et al., 2020: In deze meta-analyse werd het gebruik van probiotische supplementen tijdens de zwangerschap of de kindertijd in vergelijking met placebo niet geassocieerd met een lager risico op astma bij zuigelingen. Deze bevindingen ondersteunen geen aanbeveling om probiotica te gebruiken voor de preventie van astma bij zuigelingen. De observatie wordt gemaakt dat probiotica geven aan kinderen met atopische ziekten het risico op wheezing ontwikkelen verminderd,

		zijnde heel beperkt (RR, 0.97 [95% CI, 0.88–1.06]). Yang et al., 2013: Voldoende visinname van de moeder zou het risico op het ontwikkelen van astma bij het ongeboren kind en tijdens de borstvoeding verlagen. Echter is meer onderzoek nodig. In vitro studies tonen aan dat lange keten n-3 polyonverzadigde vetten hiervoor verantwoordelijk zou zijn. In vivo is hier nog onvoldoende bewijs voor. Staat gesponsord onderzoek. Zhang et al. 2021 Geen aangetoond verband tussen de blootstelling aan omega-3-vetzuren en de vermindering van de kans op het ontwikkelen van allergie/astma. Azad et al., 2013: Er werd geen evidentie gevonden voor een associatie tussen het perinatal gebruik van probiotische supplementen en een verminderde diagnose ‘astma’ of wheeze gedurende de kindertijd (gemiddelde 24 maand). De subgroep analyses toonden aan dat dat er geen verschillen waren tussen het type participant (moeder, kind, of beiden), het moment van interventie (prenataal, postnataal, of beide) of duur (≤6 maand of ≥6 maand). Het werd opgemerkt dat de subgroepen wegens de kleine groepen last hadden van een type II fout. Bärebring et al., 2022: Deze systematisch review onderzocht of dat de inname van omega 3 supplementen gedurende de zwangerschap, lactatie of de kindertijd

		allergieën of astma gedurende de kindertijd vermindert. Omega 3 supplementen gedurende de zwangerschap minderen mogelijks het risico op astma of astmatische klachten in de kindertijd, maar de evidentie is gelimiteerd. Er konden geen conclusies gemaakt worden over de effecten van andere atopische aandoeningen of het effect van supplementatie gedurende de lactatie en kindertijd. **Mogelijks verlagen probiotica/ prebiotica het risico van terugkerende 'wheezing', maar resultaten zijn inconsistent.** Onderbouwing: Cuello-Garcia et al., 2017: Prebiotica zouden mogelijks het risico van terugkerende 'wheezing' in kinderen kunnen laten dalen. De zekerheid rond deze bevindingen is laag omwille van het bias risico, de indirectheid van de evidentie, en de onnauwkeurigheid van de resultaten. Elazab et al., 2013: Prenatale en/of vroegtijdige suppletie van probiotica reduceren het risico van atopische sensitisatie en verminderen het totale IgE levels in kinderen maar reduceren mogelijks niet het risico op astma/wheezing. **Er bestaat waarschijnlijk geen samenhang tussen verhoogde moederlijke foliumzuur en het risico op astma gedurende de kindertijd.** Onderbouwing: Brown et al., 2013: De meerderheid van de studies vindt geen associatie tussen (verhoogde) moederlijke

		foliumzuur levels en het risico op astma gedurende de kindertijd. In studies waar wel een samenhang bestond, rapporteren studies een kleine stijging in risico die van voorbijgaande aard was, begrenst was tot aan de kindertijd, en geassocieerd was met de supplementatie van foliumzuur gedurende de late zwangerschap. **Mogelijks bestaat er een samenhang tussen voedselsensitisatie en astma ontwikkeling in de kindertijd.** <u>Onderbouwing:</u> Aldurayish et al., 2016: De vroege voedsel sensitisatie gedurende de eerste twee levensjaren verhoogt het risico van het infantiel eczeem, astma/wheeze in de kindertijd, allergische rhinitis, en astma bij jongvolwassenen. Omwille van de mogelijkse confounding binnen de meeste studies en een gebrek aan follow-up in de adolescentie en volwassentijd is voorzichtigheid bij de interpretatie van de studie aangewezen. **Raad een hoge voedsel diversiteit aan om het risico op astma te verlagen.** <u>Onderbouwing:</u> Lv et al., 2024: Studies van hoge kwaliteit tonen aan dat het verhogen van de voedsel diversiteit in de kindertijd effectief voedsel allergieën kan voorkomen, en ook het risico op astma, voedsel sensitisatie, atopische dermatitis. De effecten op eczemen, allergische rhinitis, en andere ziektes blijven controversieel.

		Informeer erover dat het vermijden van allergenen bij pasgeboren kan mogelijks de incidentie op astma en wheezing bij hoog risicokinderen laten dalen. Onderbouwing: Huiyan et al., 2014: Het vermijden van allergenen bij pasgeboren baby's reduceerde niet de latere incidentie van latere allergie aandoeningen (eczemen, rhinitis, hoest), maar wel de incidentie van astma en wheezing bij hoog-risico kinderen. Eerdere sensitisatie bij patiënten die hun blootstelling tot bekende allergenen reduceerden vertoonden geen verbeteringen in hun longfuncties. Allergeen vermijding is mogelijks niet steeds succesvol bij de preventie van allergische klachten. **Antibiotica inname tijdens de kindertijd verhoogd mogelijks risico op astma.** Onderbouwing: Zhang et al. 2021 Blootstelling aan antibiotica als jong kind is geassocieerd met een verhoogd risico om astma te ontwikkelen, zeker als dit in de eerste levensweek gebeurt. (Dit onderzoek is gesponsord door de staat).

Op welke leeftijd dienen deze activiteiten te gebeuren? (Focus uitsluitend op astma & atopische dermatitis (eczeem))		
Aanbeveling Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ-richtlijn (2010)	Bijkomende literatuur

Over voedingsproblemen, allergie en astma, en huidproblemen werd in het kader van deze onderzoeksopdracht geen literatuurstudie verricht. **De hierna volgende aanbevelingen, die in hoofdzaak betrekking hebben op voeding, zijn afgeleid van een wetenschappelijk dossier over voeding en voedingsproblemen bij jonge kinderen, dat de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (VVK) in samenwerking met Kind en Gezin in voorbereiding heeft.** **Deze aanbevelingen moeten in nauwe samenhang met deze van § IV.2 met betrekking tot de vroege onderkenning van groeistoornissen (hoofdomtrek, lengte, gewicht) gelezen worden.**	Deze richtlijn is gemaakt voor de leeftijdscategorie 0 – 3 jaar. Er werd niet verder gespecificeerd wanneer exact bepaalde activiteiten dienen te gebeuren. Er werd een algemeen beleid voorgesteld voor alle leeftijden binnen de specifieke leeftijdscategorie.	**Er bestaat waarschijnlijk geen samenhang tussen postpartum depressie en AD, maar wel tussen postnatale stress bij moeders en het eczeem risico van het kind.** <u>Onderbouwing:</u> Ai et al., 2024: Vroege moederlijke stress of aandoeningen rond de geestelijke gezondheid (angststoornis, depressie) gedurende de zwangerschap verhoogd bij kinderen het risico op atopische dermatitis. Vooral 'adverse life events' verhogen het risico enorm. Er was geen relatie tussen postpartum depressie en atopische dermatitis. Preventies die inzetten op verminderde moederlijke stress en psychiatrische klachten kunnen het risico op atopische dermatitis laten dalen. Chan et al., 2018: Er werd een positieve correlatie gevonden tussen de ervaring van stress bij moeders en het eczeem risico op hun kind. Deze bevindingen bevestigen het belang van stressreductie programma's voor zwangere vrouwen en gedurende de postnatale periode. **Mogelijks verhoogd een vroege voedselsensitisatie in de eerste twee levensjaren het risico op AD** <u>Onderbouwing:</u> Alduraywish et al., 2016: De vroege voedsel sensitisatie gedurende de eerste twee levensjaren verhoogt het risico van het infantiel eczeem, astma/wheeze in de kindertijd, allergische rhinitis, en astma bij jongvolwassenen. Omwille van de mogelijkse confounding

		binnen de meeste studies en een gebrek aan follow-up in de adolescentie en volwassentijd is voorzichtigheid bij de interpretatie van de studie aangewezen. **Er is geen relatie tussen de leeftijd van eerste vaste voeding/voedseldiversiteit en het risico om atopische dermatitis te ontwikkelen.** <u>Onderbouwing:</u> Obbagy et al., 2019: Moderate evidentie toont aan dat er geen relatie is tussen de leeftijd wanneer vaste voeding geïntroduceerd wordt het risico om voedselallergieën, atopische dermatitis/eczemen, astma in de kindertijd te ontwikkelen. Sommige studies van lage tot sterke evidentie (afhankelijk van type voedsel) suggereert dat de introductie van allergeen voedsel gedurende het eerste levensjaar niet het risico op voedselallergieën en atopische dermatitis/ eczemen verhoogd, maar wel allergieën bij pindanoten en eieren kan voorkomen. Lv et al., 2024: Studies van hoge kwaliteit tonen aan dat het verhogen van de voedsel diversiteit in de kindertijd effectief voedsel allergieën kan voorkomen, en ook het risico op astma, voedsel sensitisatie, atopische dermatitis. De effecten op eczemen, allergische rhinitis, en andere ziektes blijven controversieel. **Mogelijks kan een verhoogde Vitamine D serum de ontwikkeling van eczemen op de leeftijd van 1 jaar voorkomen.**

		<u>Onderbouwing:</u> Zeng et al., 2023 6 cohorte studies raporteren een zwakke OR 0.89-0.94 tussen het hebben van hoog serum vitamine D en het voorkomen van voedingsallergie en eczema op de leeftijd van 1 jaar. 43 artikelen waarvan 6 RCT's rapporteren geen onderlinge significante relatie. Yepes-Nuñez et al 2018 Geen duidelijk verband gevonden tussen vitamin D suppletie van zwangeren, borstvoeding gevende vrouwen en kinderen en het risico op het ontwikkelen van allergie (astma/wheezing, allergische rhinitis, voedselallergie en eczeem). **Visolie bij de moeder geen effect op mindering risico van atopische dermatitis** <u>Onderbouwing:</u> Newsberry et al., 2015: Postnatale supplementen bij de moeder van n-3 FA hadden geen consistent effect op het risico van AD/ eczemen, allergieën, astma, of andere respiratorische ziektes. De supplementen met n-3 FA of de verrijking van voedsel met n-3 FA voor kleine kinderen hadden geen tegenstrijdige effecten. **Het profylactisch gebruik van verzachters kan de ontwikkeling van AD bij hoog-risico kinderen voorkomen.** <u>Onderbouwing:</u> Liang et al., 2022:

		Het profylactisch gebruik van verzachters kan de ontwikkeling van AD bij hoog-risico kinderen voorkomen. Van alle drie types verzachters, crèmes, emulsies, en een mengeling van crèmes en emulsies, heeft vooral de verzachtende emulsie een voordelig effect. Een hogere frequentie van verzachters heeft een eerder nadelig effect. Priyadarshi et al., 2022 Het aanbrengen van topische emolliënten (verzachtend middel) lijkt mogelijk geen beschermend effect te hebben tegen atopische dermatitis bij gezonde voldragen pasgeborenen. Er is beperkte data over andere uitkomsten om het routinematige gebruik van topische emolliënten bij deze pasgeborenen te ondersteunen. Ryczaj et al., 2022: Een zorgvuldige selectie van emolliënten zou rekening moeten houden met de afwezigheid van potentieel schadelijke ingrediënten, vooral bij gebruik bij jonge kinderen. Chronische blootstelling van de huid aan haptenen bevordert de ontwikkeling van allergische contactdermatitis en kan bovendien, via verslechtering van de huidbarrière en subklinische ontsteking, epidermale sensibilisatie vergemakkelijken en atopische dermatitis bevorderen; echter, verder onderzoek is nodig om onze veronderstellingen te valideren. Zhong et al. 2022 Een Britse en noorse studie weerhouden geen gunstige kosten/baten analyse voor het preventief gebruik van vochtinbrengende crème, zelfs in hoog

		risico populaties. Belangrijk is dat er vermeld wordt dat het volhouden van dit smeerregime in praktijk moeilijk vol te houden is, zelfs in studie setting. Enige reserve voor het nut om dit systematisch aan te raden. **De probiotische/synbiotische suppletie bij de zwangere, borstvoedende moeder en het jonge kind is een effectieve manier om het risico van atopische dermatitis te laten dalen. De suppletie van zowel de moeder en het kind heeft de voorkeur dan enkel bij de moeder of het kind. Een mengeling van probiotische supplementen reduceert het risico op atopische dermatitis beter dan enkele, aparte stammen van probiotica. Probiotische suppletie is voordeling bij zowel de hoog-risico en de algemene populatie.** <u>Onderbouwing:</u> Amalie at al., 2020 Cao et al., 2015: Deze meta-analyse toonde aan dat er een preventief effect zou kunnen zijn door de vroegtijdige supplementatie van probiotica (tijdens de zwangerschap op postnataal tot leeftijd van 2 jaar) op de ontwikkeling van atopische dermatitis. Chang et al., 2016: De behandeling met synbiotica voor een duur van 8 weken resulteerde in een betering van de atopische dermatitis klachten. Enkel het gebruik van gemengde stammen bacteriën waren geassocieerd met een voordeling effect.

		Chen et al., 2022: Probiotica verlaagden significant het risico tot atopische dermatitis. Niet enkel de supplementen voor de moeder, of aan de moeder en het kind waren effectief in de preventie van atopische dermatitis in kinderen, en probiotica die enkel aan kinderen gegeven werd konden nog steeds effectief het risico van atopische dermatitis laten dalen. Cuello-Garcia et al., 2015: Prebiotica reduceerden het eczeem als deze gedurende het 3de trimester van de zwangerschap ingezet werden, bij borstvoedende moeders, of bij kinderen. De zekerheid van deze bevindingen is laag tot zeer laag omwille van het bias risico, de inconsistentie en onnauwkeurigheid van de resultaten, en de indirectheid van het beschikbaar onderzoek. Dang et al., 2013: Probiotica of synbiotica, die door zwangere vrouwen, of borstvoedende moeders, en/of hun kinderen ingenomen worden reduceren mogelijks de incidentie van eczemen in kinderen onder 2 jaar oud om 30%. Prebiotica hadden niet dit effect. Vooral de combinatie van niet-sporende lactobacilli en bifidobacteria reduceerde de incidentie van eczemen om 42%. De mengeling van probiotica zou een handige strategie kunnen zijn om eczemen mij kinderen te minderen. Er vond geen systemische sensitisatie plaats door de inname van probiotica. Foolad et al., 2013:

		De suppletie van probiotica in borstvoedende moeders en kinderen (0-3 jaar) heeft het meeste effect om de ontwikkeling van atopische dermatitis en de sterke van de symptomen van atopische dermatitis te laten dalen. Vooral Lactobacillus rhamnosus GG was effectief in lange-termijnspreventie. Linoleniczuur reduceerde de intensiteit van AD. Suppletie met pre-biotica and zwarte bessen zaad olie (gamma-linolenic zuur en omega-3 combinatie) was effectief bij het reduceren van de ontwikkeling of AD. Conflicteerde bevindingen werden gevonden bij suppletie van een formule gebaseerd op aminozuur. Husein-ElAhmed et al., 2022: Een 22% lagere incidentie van atopische dermatitis werd bevonden in de probiotische group. De reductie in incidentie was 49% als de probiotica aan zwangere vrouwen en borstvoedende moeders, en 27% als het aan zwangere vrouwen en kinderen gegeven werd. Een 39% gereduceerde incidentie van atopische dermatitis werd behaald als probiotica gegeven werden aan zwangere-borstvoedende moederen en kinderen. Lactobacillus (L.) rhamnosus was de meest gedocumenteerde stam, maar deze kon de SCORAD (SCORing Atopic Dermatitis) niet minderen, maar wel de L. paracasei en de L. sake stammen zorgden voor een reductie van SCORAD. Probiotica zijn effectief bij de preventie van atopische dermatitis, maar het effect is minder duidelijk bij de behandeling ervan, vooral bij kinderen onder 1 jaar oud. De inname van probiotica bij borstvoedinggevende vrouwen is een belangrijke maatregel en

		zou een nieuwe preventieve strategie kunnen worden. Lin et al., 2019: Probiotische suppletie gedurende de prenatale aan de moeder en postnatale période voor het kind (niet langer dan 6 maand) reduceert de incidentie van AD bij kleine kinderen. Probiotica gedurende de zwangerschap en tot de leeftijd van 6 maand zijn preventief voor AD. Als er enkel postnatal of prenatal supplementen ingenomen werden, was er geen preventief effect op AD. De postnatale supplementen voor het kind (langer dan 12 maand) had geen preventief effect voor AD. Deze stammen hadden een preventief effect: Lactobacillus, Bifidobacterium of Propionibacterium. Mansfield et al., 2014: Bij baby's die gedurende de zwangerschap of tot 6 maanden leeftijd blootgesteld werden aan probiotica hadden een significant lagere incidentie van atopische dermatitis gedurende de leeftijd tot 7 jaar oud. Stammen van Bifidobacterium hadden het meest beschermend effect, ondanks geen studie deze effect apart onderzocht heeft. Ook stammen van Bifidobacterium (apart getest) hadden een groot beschermend effect. Panduru et al., 2014: Probiotica lijken een beschermende rol te spelen bij de preventie van AD als ze worden toegediend in de laatste weken van de zwangerschap (prenatale periode) en tijdens de eerste maanden van het leven van de zuigeling, zowel bij de

		algemene populatie als bij populaties met een allergierisico. Pelucchi et al., 2012: Deze meta-analyse leverde bewijs ter ondersteuning van een matige rol van probiotica bij de preventie van atopische dermatitis en IgE-geassocieerde atopische dermatitis bij zuigelingen. Het gunstige effect was vergelijkbaar ongeacht het tijdstip van probioticagebruik (tijdens de zwangerschap of vroeg in het leven) of de persoon die probiotica ontvingen (moeder, kind of beiden). Sun et al., 2021: De meta-analyse toonde aan dat de orale toediening van gemengde stammen van Lactobacillus en Bifidobacterium aan moeders tijdens de zwangerschap een positief effect heeft op het verminderen van eczeem bij zuigelingen jonger dan drie jaar. Het enkel toedienen aan de zuigelingen na de geboorte vertoonde geen effect, wat mogelijk kan worden toegeschreven aan de steekproefgrootte van deze meta-analyse. Sun et al., 2022: De preventie van eczeem en atopisch eczeem bij kinderen vormt een potentiële indicatie voor het gebruik van probiotica tijdens de zwangerschap en de vroege kinderjaren. Vooral de inname door moeders draagt significant bij aan het verminderen van het risico op eczeem en atopisch eczeem. Bovendien zijn probiotica effectief gebleken in de preventie van eczeem tot de leeftijd van 2 jaar en zijn ze nadien ook nog goed in de verdere

		preventie tegen atopisch eczeem (meer bewijs is nodig). Tan-Lim et al., 2021: Bepaalde probiotische preparaten (die gebruikt zijn in dit onderzoek) tonen effectiviteit aan bij het verminderen van het risico op het ontwikkelen van atopische dermatitis wanneer toegediend aan zwangere vrouwen, zuigelingen, of beide. **Inconsistente bevindingen rond de effecten op incidentie atopische dermatitis van '100% gehydrolyseerde melkwei poedermelk' ten opzichte van kinderen die een formule kregen die op intacte proteïnen uit koemelk gebaseerd was.** <u>Onderbouwing:</u> Alexander et al., 2010: De incidentie van atopische dermatitis was significant lager bij kinderen gedurende een periode van 3 -jaar follow-up als deze gevoed werden met een '100% gehydrolyseerde melkwei poedermelk' ten opzichte van kinderen die een formule kregen die op intacte proteïnen uit koemelk gebaseerd was. Borstvoeding zou nog steeds als het primaire preventiemiddel tegen atopische dermatitis aangeraden mogen worden. Als baby's en kinderen niet uitsluitend borstvoeding krijgen, kan de '100% gehydrolyseerde melkwei poedermelk' een effectieve manier zijn om mogelijks het risico op atopische dermatitis te laten dalen. Boyle et al., 2016:

		Er was geen consistente evidentie dat gedeeltelijke of volledige met gehydrolyseerde poedermelk het risico op allergieën of auto-immune uitkomsten bij kinderen met een bestaande risico op deze uitkomsten zou verminderen. Deze bevindingen steunen niet de recente Internationale richtlijnen dat gehydrolyseerde poedermelk in plaats van de standaard poedermelk het risico op eczemen bij risicogroepen zou kunnen verminderen nog de uitspraak uit een Cochraine review dat gehydrolyseerde poedermelk het risico op melkallergie zou kunnen minderen. Borstvoeding blijft de beste voedingskeuze voor baby's en kinderen. Iskedijan et al., 2010: Deels gehydroliseerde poedermelk die 100% op melkwei gebaseerd (NAN-HA poedermelk (Nestle), PHF-W, had ten opzichte van een extensief gehydroliseerde melkwei poedermelk (EHF-whey) geen toegevoegde meerwaarde in risicoreductie op de ontwikkeling van AD bij baby's tueen 0-12 maand en kinderen tussen 0-36 maand. Gelijkaardig was er geen significant verschil in risicoreductie observeren tussen de extensief gehydroliseerde fomule gebaseerd op casein (EHF-casein), en deels gehydroliseerde melkwei poedermeld (EHF-whey) op 0-12 maanden en 0-36 maanden. De effecten van PHF-W vallen dus in dezelfde range zoals de EHF formules (gebaseerd op melkwei en casein). Szajewska et al., 2017: Deze studie wijst erop dat gedeeltelijk gehydrolyseerde 100% wei-formule (PHF)

		als een potentieel alternatief voor koemelkformule (CMF) kan gezien worden bij het verminderen van het risico op allergische aandoeningen, vooral eczeem, hoewel de zekerheid van het bewijs beperkt is. Verschillende analyses tonen statisch significante verminderen op bepaalde tijdsstippen aan (wel zijn er verdere studies nodig om de doelgroepen van baby's te verduidelijken die het meest profiteren

Voorstel nieuwe aanbeveling	Onderbouwing
Astma	
Er wordt aanbevolen om als moeder tijdens de zwangerschap voldoende vis te consumeren.	Onderbouwing - Newsberry et al., 2015: Postnatale supplementen met visolie (n-3 FA) hadden geen consistent effect op het risico van allergieën, astma of andere respiratorische ziektes. - Szajewska et al., 2018: Lactobacillus rhamnosus probiotica toonde geen effect op het risico van het ontwikkelen van astma. - Wei et al., 2020: Probiotische supplementen tijdens de zwangerschap of kindertijd verminderden het risico op astma bij zuigelingen niet significant. - Yang et al., 2013: Suggereerde dat voldoende visinname door de moeder tijdens de zwangerschap mogelijk het risico op astma bij kinderen kan verlagen. - Zhang et al., 2021: Geen aangetoond verband tussen omega-3-vetzuren en vermindering van het risico op astma.

Voor kinderen met een hoog risico op atopische dermatitis (AD) kan het profylactisch gebruik van verzachtende emulsies worden overwogen om de ontwikkeling van AD te voorkomen. Het is echter belangrijk om de frequentie van het gebruik te matigen en zorgvuldig te kiezen voor verzachtende middelen zonder potentieel schadelijke ingrediënten. Routinematig gebruik van verzachters bij gezonde voldragen pasgeborenen zonder hoog risico wordt niet aanbevolen.	- Azad et al., 2013: Geen evidentie voor een verminderd risico op astma door perinataal gebruik van probiotische supplementen. - Bärebring et al., 2022: Omega-3-supplementen tijdens de zwangerschap kunnen mogelijk het risico op astma verminderen, maar de evidentie is beperkt. Onderbouwing - Liang et al., 2022: Het profylactisch gebruik van verzachters, met name verzachtende emulsies, kan de ontwikkeling van AD bij hoog-risico kinderen voorkomen. Te frequente toepassing kan echter nadelig zijn. - Priyadarshi et al., 2022: Er is geen beschermend effect van topische emolliënten tegen AD bij gezonde voldragen pasgeborenen, en er is beperkte data om routinematig gebruik te ondersteunen. - Ryczaj et al., 2022: De selectie van emolliënten moet zorgvuldig zijn, waarbij producten met potentieel schadelijke ingrediënten moeten worden vermeden om het risico op allergische contactdermatitis te verminderen. - Zhong et al., 2022: De kosten/baten analyse van preventief gebruik van vochtinbrengende crèmes is niet gunstig, en de naleving van een smeerregime is in de praktijk moeilijk vol te houden, zelfs in studie-instellingen
Allergie	
Het wordt aanbevolen om probiotische supplementen toe te dienen aan zwangere vrouwen en borstvoedende moeders, evenals aan jonge kinderen, om het risico op atopische dermatitis te verminderen.	Onderbouwing - Foolad et al., 2013: Probiotica in borstvoedende moeders en kinderen (0-3 jaar) verminderen de

	ontwikkeling en symptomen van AD, met Lactobacillus rhamnosus GG als bijzonder effectief. - Husein-ElAhmed et al., 2022: Probiotica resulteerden in een 22-49% lagere incidentie van AD, met een hogere reductie wanneer zowel moeders als kinderen werden gesuppleerd. - Lin et al., 2019: Prenatale en postnatale probiotische supplementatie tot 6 maanden reduceerde de incidentie van AD, vooral bij gebruik van Lactobacillus, Bifidobacterium of Propionibacterium. - Mansfield et al., 2014: Probiotica tijdens zwangerschap en vroege kinderjaren verminderden de incidentie van AD tot 7 jaar oud. - Panduru et al., 2014: Probiotica toegediend tijdens de laatste weken van de zwangerschap en vroege maanden van het leven bieden bescherming tegen AD. - Pelucchi et al., 2012: Meta-analyse ondersteunt de preventieve rol van probiotica bij AD, ongeacht het tijdstip van gebruik of ontvanger (moeder, kind of beiden). - Sun et al., 2021 en Sun et al., 2022: Gemengde stammen van Lactobacillus en Bifidobacterium tijdens de zwangerschap verminderen eczeem bij zuigelingen en blijven effectief tot de leeftijd van 2 jaar. - Tan-Lim et al., 2021: Specifieke probiotische preparaten verminderen het risico op AD wanneer toegediend aan zwangere vrouwen, zuigelingen of beide

2. Extractiedocument huidafwijkingen

Voor welke aandoeningen is het zinvol naar outcome toe om vroegtijdig op te sporen?		
Aanbeveling Karel Hoppenbrouwers (2010)	**Aanbeveling NCJ (2012)**	**Extra onderbouwing uit SR/MA**
Over voedingsproblemen, allergie en astma, en huidproblemen werd in het kader van deze onderzoeksopdracht geen literatuurstudie verricht. **De hierna volgende aanbevelingen, die in hoofdzaak betrekking hebben op voeding, zijn afgeleid van een wetenschappelijk dossier over voeding en voedingsproblemen bij jonge kinderen, dat de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (VVK) in samenwerking met Kind en Gezin in voorbereiding heeft.** **Deze aanbevelingen moeten in nauwe samenhang met deze van § IV.2 met betrekking tot de vroege onderkenning van groeistoornissen (hoofdomtrek, lengte, gewicht) gelezen worden.**	***Café-au-lait vlekken*** **- Mogelijks geassocieerd met neurofibromatose 1, wat geassocieerd is met neurofibromen die zich in meerdere orgaanstelsels kunnen vormen zoals bijvoorbeeld de oogzenuw met mogelijks positie gebonden problematiek en bijhorende ontwikkelingsproblemen (bijvoorbeeld verminderd zicht bij een groot nervus opticus neurofibroom/opticusglioom).** ***Hemangiomen*** **- Locatie kan zorgen voor bedreiging van orgaanfunctie (bijvoorbeeld indien binnen het gezichtsveld of in de externe gehoorgang of ter hoogte van de externe openingen van het lichaam (anus, mond, neus en urethra)), met mogelijkse ontwikkelingsachterstand hierdoor.** ***Vaatmalformaties*** **- Kan een eerste uiting zijn van het Syndroom van Sturge-Weber (Als het laesie rondom en/of boven het oog bevindt), wat geassocieerd is met vroegtijdig glaucoom,**	**Niet van toepassing**

	krachtsverlies aan arm of been, ontwikkelingsachterstand en epilepsie. **- Een specifiek beeld cutis marmorata teleangiectatica congenita (ook wel syndroom van Van Lohuizen genoemd), waarbij er een erythemateuse, marmerende/netwerkvormende laesies zichtbaar zijn. Waarbij het risico bestaat op glaucoom of lengteafwijking van de grote ledematen.** **- Het syndroom van Klippel-Trenaunay toont zich als lengteafwijking of dikteafwijking van het lidmaat waar de wijnvlek/vaatmalformatie zich bevind.** ***<u>Midline Laesis</u>*** **Bijna alle huidafwijkingen op de middenlijn hebben de kans op een sluitingsdefect. De afwijkingkan van stuit tot hoofd/hals gelegen zijn. Het gaat bijvoorbeeld om een 'open ruggetje', maar ook om een streng van borstbeen naar navel (umbilicale raphe) of een gespleten sternum. Deze laatste gaan soms gepaard met huid-/vaatafwijkingen in het gelaat of een afwijkende ligging van de grote vaten tussen hart en hersenen.** ***<u>Congenitale Naevie</u>*** **De meeste congenitale naevi zijn bij de geboorte zichtbaar, soms pas na enkele maanden. Ze kunnen voorkomen op het hele lichaam en hebben een verhoogd risico op maligne ontaarding.** <u>Onderbouwing:</u> Niet vermeld, wellicht expert opinion.	

	VOORSTEL aan de experts voor aanbevelingen: **<u>Oude aanbevelingen die we handhaven:</u>** <u>*Café-au-lait vlekken*</u> - Mogelijks geassocieerd met neurofibromatose 1, wat geassocieerd is met neurofibromen die zich in meerdere orgaanstelsels kunnen vormen zoals bijvoorbeeld de oogzenuw met mogelijks positie gebonden problematiek en bijhorende ontwikkelingsproblemen (bijvoorbeeld verminderd zicht bij een groot nervus opticus neurofibroom/opticusglioom). <u>*Hemangiomen*</u> - Locatie kan zorgen voor bedreiging van orgaanfunctie (bijvoorbeeld indien binnen het gezichtsveld of in de externe gehoorgang of ter hoogte van de externe openingen van het lichaam (anus, mond, neus en urethra)), met mogelijkse ontwikkelingsachterstand hierdoor. <u>*Vaatmalformaties*</u> - Kan een eerste uiting zijn van het Syndroom van Sturge-Weber (Als het laesie rondom en/of boven het oog bevindt), wat geassocieerd is met vroegtijdig glaucoom, krachtsverlies aan arm of been, ontwikkelingsachterstand en epilepsie. - Een specifiek beeld cutis marmorata teleangiectatica congenita (ook wel syndroom van Van Lohuizen genoemd), waarbij er een erythemateuse, marmerende/netwerkvormende laesies zichtbaar zijn. Waarbij het risico bestaat op glaucoom of lengteafwijking van de grote ledematen. - Het syndroom van Klippel-Trenaunay toont zich als lengteafwijking of dikteafwijking van het lidmaat waar de wijnvlek/vaatmalformatie zich bevind. <u>*Midline Laesis*</u> Uiting van mogelijks onderliggend sluitingsdefect. <u>*Congenitale naevi*</u> Hebben een hoger risico op maligne ontaarding. **<u>Oude aanbevelingen die we niet blijven handhaven:</u>** **Nvt.** **<u>Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:</u>** **Nvt.**

Welke anamnestische gegevens dient men na te vragen bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om huidafwijkingen uit vraag 1 vroegtijdig op te sporen?		
Aanbeveling Karel Hoppenbrouwers (2010)	**Aanbeveling NCJ (2012)**	**Extra onderbouwing uit SR/MA**
Over voedingsproblemen, allergie en astma, en huidproblemen werd in het kader van deze onderzoeksopdracht geen literatuurstudie verricht. **De hierna volgende aanbevelingen, die in hoofdzaak betrekking hebben op voeding, zijn afgeleid van een wetenschappelijk dossier over voeding en voedingsproblemen bij jonge kinderen, dat de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (VVK) in samenwerking met Kind en Gezin in voorbereiding heeft.** **Deze aanbevelingen moeten in nauwe samenhang met deze van § IV.2 met betrekking tot de vroege onderkenning van groeistoornissen (hoofdomtrek, lengte, gewicht) gelezen worden.**	***Café-au-lait vlekken*** **Anamnese** **- Toename aantal** **- Meer dan 1 vlek en positieve familieanamnese of andere verdachte symptomen** ***Hemangiomen*** **Anamnese** **- Groeisnelheid, snel/traag/niet groeiend?** **- Betreft ulceratie kan er anamnestisch naar de thuissituatie gevraagd worden: Wonde gezien?** **- Indien wonde: niet genezend na een week? Veel pijn?** ***Vaatmalformaties*** **Anamnese** **Niet van toepassing/niet beschreven** ***Midline Laesies*** **Anamnese** **Niet van toepassing/niet beschreven** ***Congenitale naevie:*** **Anamnese** **Niet van toepassing/niet beschreven**	**Niet van toepassing**

	VOORSTEL aan de experts voor aanbevelingen: **<u>Oude aanbevelingen die we handhaven:</u>** **<u>Café-au-lait vlekken</u>:** **- Anamnese focust op eventuele toename aantal en positieve familieanamnese of andere verdachte symptomen** **<u>Hemangiomen</u>** **- Anamnestisch moet er nagegaan worden of er sprake is van groei. Verandering zichtbaar tussen de soms kort opeenvolgende consulten. Indien snel groeiende is dit een indicatie voor spoedverwijzing** **- Betreft ulceratie kan er anamnestisch naar de thuissituatie gevraagd worden: Wonde gezien? Indien wonde: niet genezend na een week? Veel pijn?** **<u>Vaatmalformaties</u>** **- Belangrijk in het klinisch onderzoek locatie (dreiging voor orgaanfunctie) en uitzicht (ulcererend)** **- Bijkomende symptomen zoals hypo- of hypertrofie van een ledemaat** ***<u>Midline Laesis</u>*** **- niet beschreven** ***<u>Congenitale naevi</u>*** **-niet beschreven** **<u>Oude aanbevelingen die we niet blijven handhaven:</u>** **Nvt.** **<u>Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:</u>** **Nvt.** **<u>Ter overweging in de expertenmeeting op basis van search:</u>** - In het kader van de opvolging van laesies: het controleren op alle huidafwijkingen bij het laatste visite bij de arts om te overlopen of eventuele verwijzing verwezenlijkt is en of er nog vragen of ongerustheden zijn - Verduidelijking van “positieve familieanamnese” in concrete vragen op patiënt niveau. Wat wordt hier concreet mee bedoeld (gelijkaardige aandoening bij ouders?) en wanneer moet dit afgetoetst worden tijdens de gevulde bezoeken bij de arts? Rol van verpleegkundige bij het eerste bezoek?

	- De richtlijn is geschreven voor kinderen voor kinderen met een lichte huidskleur met een vermelding dat de diagnostiek moeilijker is bij kinderen met een donkere huidskleur. Met een steeds diverser wordende samenleving dient er nagedacht worden over de benadering van huidafwijkingen bij kinderen met een donkere huidskleur.

Welke screeningsinstrumenten zorgen voor een betere opsporing van vroegtijdige huidafwijkingen uit vraag 1 bij het jonge kind in de preventieve gezondheidszorg (bv. bilirubinemeter, app voor pigmentvlekken)?		
Aanbeveling Karel Hoppenbrouwers (2010)	**Aanbeveling NCJ (2012)**	**Extra onderbouwing uit SR/MA**
Over voedingsproblemen, allergie en astma, en huidproblemen werd in het kader van deze onderzoeksopdracht geen literatuurstudie verricht. **De hierna volgende aanbevelingen, die in hoofdzaak betrekking hebben op voeding, zijn afgeleid van een wetenschappelijk dossier over voeding en voedingsproblemen bij jonge kinderen, dat de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (VVK) in samenwerking met Kind en Gezin in voorbereiding heeft.** **Deze aanbevelingen moeten in nauwe samenhang met deze van § IV.2 met betrekking tot de vroege onderkenning van groeistoornissen (hoofdomtrek, lengte, gewicht) gelezen worden.**	**Niet beschreven**	**Niet van toepassing**
	VOORSTEL aan de experts voor aanbevelingen: **<u>Oude aanbevelingen die we handhaven:</u>** **Nvt.** **<u>Oude aanbevelingen die we niet blijven handhaven:</u>** **Nvt.** **<u>Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:</u>** **Nvt.** **<u>Ter overweging in de expertenmeeting op basis van search:</u>**	

	- Integreren van fotomateriaal via beveiligd platform in het dossier van de patiënt. Dit op een gestandaardiseerde met bijvoorbeeld een meetinstrument/lat ernaast zodat er verbetering van continuïteit van zorg kan gegarandeerd worden tussen meerdere zorgverleners en bied het een objectieve blik op het verloop van huidafwijkingen. Deze zouden dan eventueel rechtstreeks naar de behandelende arts gestuurd worden om sneller tot een correct opvolgbeleid te komen. Dit maakt het mogelijk om op langere termijn een samenwerking op te starten tussen het CB en dermatologen in de regio. Dit kan bij twijfel het verwijsbeleid versoepelen betreft de keuze of er naar de huisarts of de dermatoloog verzien moet worden. - Vergelijkbaar qua concept bestaat er de mogelijkheid om een deel van de opvolging ambulant te laten verlopen. Zo zou een vergelijkbare app ontwikkeld kunnen worden waarmee ouders foto's van hun huidafwijkingen kunnen insturen. Dit staat toe om laagdrempeliger te screenen en kan bij banale pathologie (bijvoorbeeld: luierdermatitis) naar de juiste zorgverstrekker te verwijzen en zou op deze manier druk van de gezondheidszorg over nemen/verminderen.

Hoe dient een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met vermoeden van huidafwijking uit vraag 1 opgevolgd te worden binnen de jeugdgezondheidszorg of verwezen te worden naar de eerste lijn?

Aanbeveling Karel Hoppenbrouwers (2010)	Aanbeveling NCJ (2012)	Extra onderbouwing uit SR/MA
Over voedingsproblemen, allergie en astma, en huidproblemen werd in het kader van deze onderzoeksopdracht geen literatuurstudie verricht. **De hierna volgende aanbevelingen, die in hoofdzaak betrekking hebben op voeding, zijn afgeleid van een wetenschappelijk dossier over voeding en voedingsproblemen bij jonge kinderen, dat de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (VVK) in samenwerking met Kind en Gezin in voorbereiding heeft.** **Deze aanbevelingen moeten in nauwe samenhang met deze van § IV.2 met betrekking tot de vroege onderkenning van groeistoornissen (hoofdomtrek, lengte, gewicht) gelezen worden.**	***<u>Café-au-lait vlekken</u>*** **Te verwijzen naar behandelend arts naargelang lokale regeling** **- Toename aantal ten opzichte van vorig bezoek** **- Meer dan 1 vlek en positieve familieanamnese of andere verdachte symptomen (niet nader beschreven in tekst)** **- Grootte: indien >10cm** **- Leeftijd: <10 jaar: meer dan 5 vlekken groter dan 0.5cm** ***<u>Hemangiomen</u>*** ***Spoed*** **- Met spoed verwijzen naar de behandelende arts met als doel het kind binnen de 2 dagen in de 2e lijn gezien te krijgen, deze kan, zo nodig, doorverwijzen naar de plastisch chirurg** **- Klinisch aspect: bij grote ulceratie (gaat veelal gepaard met pijn) of kleine ulceratie die niet overgaat na een week** **- Locatie: in het geval van (dreigende) directe belemmering van orgaanfuncties, hemangiomen in de buurt van oog, oor, neus, mond, luchtwegen, plasbuis of anus** **- Groeisnelheid: erg snel groeiende hemangiomen (waarbij dagelijks of al na enkele dagen verschil is te zien)** ***Versneld*** **- Verwijzing naar de behandelende arts met als doel dat het kind binnen de twee weken in de 2de lijn gezien worden op het spreekuur en niet via een wachtlijst. Ook mogen er geen criteria zijn voor spoedverwijzing, maar wel aan onderstaande criteria. De behandelend arts kan voor curatieve behandeling verwezen worden naar de plastisch chirurg** **- Locatie, waarbij de grootte en precieze plek ook een rol spelen. Dit is naar de beoordeling van de JGZ-professional. Wanneer er op korte termijn geen belemmering of obstructie van orgaanfuncties dreigt bij een klein hemangioom en deze niet in de midline ligt, kan de jeugdarts/verpleegkundig specialist ervoor kiezen het kind zelf terug te zien binnen een periode van enkele weken om de groei van het hemangioom en de noodzaak voor verwijzing te beoordelen. Het gaat om: hemangiomen in het gelaat, het baardgebied en het centrum van de hals en hemangiomen op het onderste deel van de rug en in het luiergebied** **- Bij meer dan 10 hemangiomen, onafhankelijk van grote. Dit kan een aanwijzing zijn voor interne hemangiomen (verwijzen voor echo-onderzoek van de lever)**	**Niet van toepassing**

	Niet dringend **- Naar behandelend arts indien er aan bovenstaande voorwaarden niet wordt voldaan maar wel sprake van:** **o Laesies in/bij de huidplooien, wat kan leiden tot functiebeperking en hogere kans op bloeding/laesies** **o Er wordt aangeraden ook te verwijzen indien de laesies na het 4de levensjaar blijven bestaan. In praktijk valt dit buiten de periode dat het kind opgevolgd worden via het CLB. Echter kan dit al bij het CB worden meegegeven worden.** ***Geruststelling*** **- Indien er aan de bovenstaande voorwaarden niet voldaan worden, dient er geen verwijzing gebeuren. Hierbij moet er ingezet worden op educatie van de ouders. Advies betreft pijnstilling met paracetamol zo nodig en eventueel zinkolie gedurende week kan aangeraden worden. Het JGZ voorziet hiervoor ook digitale ondersteuning via (https://huidhuis.nl/).** ***<u>Vaatmalformaties</u>*** **Verwijzing naar de behandelend arts op geleide van:** **o Locatie: gelaat, trigeminusgebied (voorhoofd, bovenkaak, onderkaak), in of juist naast de middenlijn van het lichaam** **o Klinisch aspect: 'vlekkerig', asymmetrisch 'netwerkvormig' patroon** **o Bijkomende symptomen: hypo- of hypertrofie van een ledemaat (in het geval van een vaatmalformatie op/in de betreffende ledemaat)** ***<u>Midline Laesis</u>*** **Een groot aantal huidafwijkingen (zwelling, putje, verkleuring, beharing, recidiverende ontsteking met of zonder uitvloed, skin tag) die vanaf de geboorte aanwezig zijn en gelegen zijn in of juist naast de middenlijn van het lichaam (ook hemangiomen en vaatmalformaties in of juist naast de middenlijn van het lichaam vallen hieronder) zijn reden voor verwijzing naar de kinderarts, vanwege de kans op een sluitingsdefect.** **Solitaire huidintrekkingen met een diameter kleiner dan 5 mm, gelegen in de mediaanlijn (de zogenaamde dimple, met goed zichtbare bodem), lichte beharing, de archipelvlek en een moedervlek vormen hierop een uitzondering. Hierbij is de kans op een occult sluitingsdefect gering en daarom hoeft hierbij niet verwezen te worden. Uiteraard dient men altijd alert te zijn op de mentale en motorische ontwikkeling en bij twijfel alsnog te verwijzen. Bij verwijzing wordt met beeldvormend onderzoek bepaald of de onderliggende botdelen goed gesloten zijn.** ***<u>Congenitale Naevie</u>*** **De noodzaak tot verwijzen bij een congenitale naevus hangt onder andere af van de grootte ervan,**	

	gerelateerd aan het lichaamsoppervlak van het kind. Hiervoor wordt het oppervlak van de vlakke hand van het kind met gestrekte, tegen elkaar aanliggende vingers (hierna te noemen: 'de hand van het kind') gebruikt. Daarnaast hangt de noodzaak tot verwijzen af van het aspect (kleur, verhevenheid, vorm, randen) en van de aanwezigheid van klachten (jeuk, bloeden). In het geval van multipele congenitale naevi worden de verwijscriteria toegepast op de grootste naevus. Deze criteria zijn tot stand gekomen op basis van consensus in de expertgroep, kernredactie en werkgroep. **- Kleiner dan de hand Verwijzen naar de huisarts bij familiaal voorkomen van een melanomen bij het kind. bij onrustig aspect (onregelmatig qua kleur, verhevenheid, vorm of randen) en bij klachten (jeuk, bloeden). In andere gevallen is verwijzing medisch gezien niet noodzakelijk.** **- Groter dan de hand Verwijzen naar de huisarts, die afhankelijk van de grootte van het kind van de naevus en de lokale situatie kan verwijzen naar de (kinder)dermatoloog, plastisch chirurg of de kinderarts voor beoordeling en/of eventueel verwijderen (neonatale curettage).** ***<u>Droge huid (xerosis cutis/xerodermie)</u>*** **Verwijzing is doorgaans niet nodig.** **Bij een gevoelige en een droge huid wordt bij kinderen < 1 jaar geadviseerd de consensus van een Europese groep dermatologen te volgen en dus een badfrequentie te adviseren van 2 tot 3 keer per week en daarbij water niet warmer dan 37° te gebruiken. Deze aanbeveling is mede gebaseerd op expert opinion. Voor de groep > 1 jaar wordt geadviseerd een op de huid van het individu afgestemd advies te geven en ook niet te warm water te gebruiken.** **• Bij een normale huid en ter voorkoming van een droge huid is het wenselijk dat verzorgers van het jonge kind geen gebruik maken van zeep en/of andere was-/ badproducten met een hoge pH, maar bij voorkeur een zeepvrije wasemulsie/wasgel met een neutrale pH (pH = 7) zonder kleur- en geurstoffen gebruiken.** **• Bij een droge huid is het advies de huid regelmatig in te smeren met een zalf of crème en eventueel gebruik te maken van een badolie.** **• De patiënt dient voorlichting te krijgen over factoren die een negatieve invloed kunnen hebben op droge huid. Deze factoren zijn langdurig (warm)watercontact, ontvettende huidproducten (zoals zeep), zweten, warm weer, lage luchtvochtigheid, ruwe vezels, ziek zijn en stress.**	

	VOORSTEL aan de experts voor aanbevelingen: **<u>Oude aanbevelingen die we handhaven:</u>** - Verwijsbeleid naar de behandelende arts met duidelijke termijn en cutoff-criteria: <u>Café-au-lait vlekken</u> - Te verwijzen naar behandelend arts naargelang lokale regeling bij: ● Toename aantal ten opzichte van vorig bezoek. ● Meer dan 1 vlek en positieve familieanamnese of andere verdachte symptomen (niet nader beschreven in tekst). ● Grootte: indien grote dan 10cm of meer dan 5 vlekken groter dan 0.5cm <u>Hemangiomen:</u> *Spoed* - Met spoed verwijzen naar de behandelende arts met als doel het kind binnen de 2 dagen in de 2e lijn gezien te krijgen, deze kan, zo nodig, doorverwijzen naar de plastisch chirurg - Bij grote ulceratie (gaat veelal gepaard met pijn) of kleine ulceratie die niet overgaat na een week - In het geval van (dreigende) directe belemmering van orgaanfuncties, hemangiomen in de buurt van oog, oor, neus, mond, luchtwegen, plasbuis of anus of bij erg snel groeiende hemangiomen (waarbij dagelijks of al na enkele dagen verschil is te zien) *Versneld* - Verwijzing naar de behandelende arts met als doel dat het kind binnen de twee weken in de 2de lijn gezien worden op het spreekuur en niet via een wachtlijst. Ook mogen er geen criteria zijn voor spoedverwijzing, maar wel aan onderstaande criteria. De behandelend arts kan voor curatieve behandeling verwezen worden naar de plastisch chirurg - Locatie, waarbij de grootte en precieze plek ook een rol spelen. Dit is naar de beoordeling van de JGZ-professional. Wanneer er op korte termijn geen belemmering of obstructie van orgaanfuncties dreigt bij een klein hemangioom en deze niet in de midline ligt, kan de jeugdarts/verpleegkundig specialist ervoor kiezen het kind zelf terug te zien binnen een periode van enkele weken om de groei van het hemangioom en de noodzaak voor verwijzing te beoordelen. Het gaat om: hemangiomen in het gelaat, het baardgebied en het centrum van de hals en hemangiomen op het onderste deel van de rug en in het luiergebied - Bij meer dan 10 hemangiomen, onafhankelijk van grote. Dit kan een aanwijzing zijn voor interne hemangiomen (verwijzen voor echo-onderzoek van de lever) ***Niet dringend*** - Naar behandelend arts indien er aan bovenstaande voorwaarden niet wordt voldaan maar wel sprake van: o Laesies in/bij de huidplooien, wat kan leiden tot functiebeperking en hogere kans op bloeding/laesies o Er wordt aangeraden ook te verwijzen indien de laesies na het 4de levensjaar blijven bestaan. In praktijk valt dit buiten de periode dat het kind opgevolgd worden via het CLB. Echter kan dit al bij het CB worden meegegeven worden. *Geruststelling* - Verwijzing naar behandelend arts indien er aan bovenstaande voorwaarden niet wordt voldaan maar wel sprake van: Laesies in/bij de huidplooien, wat kan leiden tot functiebeperking en hogere kans op bloeding/laesies

	Er wordt aangeraden ook te verwijzen indien de laesies na het 4de levensjaar blijven bestaan. In praktijk valt dit buiten de periode dat het kind opgevolgd worden via het CLB. Echter kan dit al bij het CB worden meegegeven worden Indien er aan de bovenstaande voorwaarden niet voldaan worden, dient er geen verwijzing gebeuren. Hierbij moet er ingezet worden op educatie van de ouders. Advies betreft pijnstilling met paracetamol zo nodig en eventueel zinkolie gedurende week kan aangeraden worden. Het JGZ voorziet hiervoor ook digitale ondersteuning via (https://huidhuis.nl/) <u>Vaatmalformaties</u> Verwijzing naar de behandelend arts op geleide van: - Locatie: gelaat, trigeminusgebied (voorhoofd, bovenkaak, onderkaak), in of juist naast de middenlijn van het lichaam. - Klinisch aspect: 'vlekkerig', asymmetrisch 'netwerkvormig' patroon. - Bijkomende symptomen: hypo- of hypertrofie van een ledemaat (in het geval van een vaatmalformatie op/in de betreffende ledemaat). <u>Midline laesies</u> Altijd verwijzen tenzij sacrale dimple. <u>Congenitale Naevi</u> De noodzaak tot verwijzen bij een congenitale naevus hangt onder andere af van de grootte ervan, gerelateerd aan het lichaamsoppervlak van het kind, toegepast op de grootste naevus: -Kleiner dan de hand Verwijzen naar de huisarts bij familiair voorkomen van van het kind een melanoom, bij onrustig aspect (onregelmatig qua kleur, verhevenheid, vorm of randen) en bij klachten (jeuk, bloeden). In andere gevallen is verwijzing medisch gezien niet noodzakelijk. -Groter dan de hand Verwijzen naar de huisarts, die afhankelijk van de grootte van het kind van de naevus en de lokale situatie kan verwijzen naar de (kinder)dermatoloog, plastisch chirurg of de kinderarts voor beoordeling en/of eventueel verwijderen (neonatale curettage). <u>Droge huid</u> Hygiënische maatregelen vormen de kern van de behandeling. Verwijsbeleid wordt niet nader beschreven. **<u>Oude aanbevelingen die we niet blijven handhaven:</u>** **Nvt.** **<u>Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:</u>** **Nvt.** **<u>Ter overweging in de expertenmeeting op basis van search:</u>** - Verduidelijking en concrete toepassing van de beschreven 'verdachte symptomen' bij café-au-lait vlekken. Wellicht wordt hier gedoeld op orgaangebonden klachten/afwijkingen voorkomende door mogelijks massa-effect door lokale groei van neurofibromen. - Verwijzing naar behandelende arts bij congenitale naevi indien het oppervlak groter is dan het oppervlak van de hand van het kind. - Alle midline laesies dienen verwezen worden met uitzondering van een sacrale dimple. - Uitwerking van hygiënisch advies op patiënten niveau voor kinderen met droge huid. - Hemangiomen verwezen worden op basis van locatie, groeisnelheid en bijkomende klachten. - Vaatmalformaties op geleide van locatie, klinisch aspect en eventueel bijkomende symptomen.

Op welke leeftijd is screening naar huidafwijkingen uit vraag 1 bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg effectief?		
Aanbeveling Karel Hoppenbrouwers (2010)	**Aanbeveling NCJ (2012)**	**Extra onderbouwing uit SR/MA**
Over voedingsproblemen, allergie en astma, en huidproblemen werd in het kader van deze onderzoeksopdracht geen literatuurstudie verricht. **De hierna volgende aanbevelingen, die in hoofdzaak betrekking hebben op voeding, zijn afgeleid van een wetenschappelijk dossier over voeding en voedingsproblemen bij jonge kinderen, dat de Vlaamse Vereniging voor Kindergeneeskunde (VVK) in samenwerking met Kind en Gezin in voorbereiding heeft.** **Deze aanbevelingen moeten in nauwe samenhang met deze van § IV.2 met betrekking tot de vroege onderkenning van groeistoornissen (hoofdomtrek, lengte, gewicht) gelezen worden.**	***Café-au-lait vlekken*** **Te controleren op 4w en rond 11 tot 14 maanden.** ***Hemangiomen*** **Klinisch te controleren bij elke visite.** ***Vaatmalformaties*** **Klinisch te controleren bij de controle op 4 weken.** ***Midline Laesis*** **Niet vermeld** Onderbouwing: Niet vermeld, wellicht expert opinion.	**Niet van toepassing**
	VOORSTEL aan de experts voor aanbevelingen: **Oude aanbevelingen die we handhaven:** *Café-au-lait vlekken* Te controleren op 4w en rond 11 tot 14 maanden. *Hemangiomen* Klinisch te controleren bij elke visite. *Vaatmalformaties* Klinisch te controleren bij de controle op 4 weken. *Midline Laesies* Klinisch te controleren op 2 en 4 weken. *Congenitale naevi* Controle op 4 weken en tussen 11 en 14 maanden. **Oude aanbevelingen die we niet blijven handhaven:** **Nvt.** **Nieuwe aanbevelingen op basis van resultaten search:** **Nvt.**	

3. Extractiedocument: Congenitale hartaandoeningen

1. Is vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen in de preventieve jeugdgezondheidszorg zinvol en geeft dit een betere outcome?

Aanbeveling NCJ richtlijn (2016)	**State of the art (2010)**	**Bijkomende literatuur**
De richtlijn adviseert om kinderen in de eerste 14 maanden 5 keer te laten onderzoeken op aangeboren hartafwijkingen, waarvan minimaal 4 keer door de jeugdarts. Belangrijke onderzoeksmomenten zijn het huisbezoek 14 (10-18) dagen na de geboorte en het eerste contact bij de jeugdarts op 4 (3-5) weken. Voor de opsporing van risicofactoren voor hart- en vaatziekten wordt aanbevolen om in de leeftijdsperiodes 4-12 jaar en 12-18 jaar ten minste eenmaal te vragen naar doorgemaakte ziektes sinds het laatste contact met de JGZ en naar het voorkomen van syncope/wegrakingen. Daarnaast wordt aanbevolen om te overwegen om in de leeftijdsperiodes 12-18 jaar de familieanamnese na te vragen, specifiek op hart- en vaatziekten en plotseling overlijden van 1e en 2e graads familieleden.	Vooral de aandoeningen van de categorieën 'Afwijkingen die progressief leiden tot hartfalen en hypoxie in de eerste levensmaanden' en 'Minder ernstige afwijkingen, met overwegen klachten op oudere leeftijd' komen in aanmerking voor screening in een consultatiebureau, omdat ze pas tekenen vertonen in de loop van de eerste levensweken of later. Er wordt geschat dat direct na de geboorte en in de eerste levensweken ongeveer 50% van de afwijkingen ontdekt wordt. Geschat wordt dat in België ongeveer 8 kinderen per 1000 geboren worden met een aangeboren hartafwijking, waardoor het een van de meest voorkomende aangeboren afwijkingen is. <u>Onderbouwing:</u> Er werd op basis van een evaluatie van alle kinderen met een aangeboren hartafwijkin, geboren tussen 1985 en 1994 in een "Health Region" in de UK vastgesteld, dat slechts 74% van de gevallen gediagnosticeerd werd in het eerste levensjaar, 18% tussen 1 en 4 jaar en 8% in de leeftijdsperiode 5-13 jaar. Vooral VSD, open ductus arteriosus, ASD en pulmonalisstenose werden laattijdig ontdekt (Wren, 2001). Het is evident dat het aantal late diagnoses gerelateerd is aan het al dan niet bestaan van een strategie van systematische opsporing van aangeboren hartafwijkingen bij zuigelingen en jonge kinderen. Zo vroegtijdig mogelijk opsporen van aangeboren hartafwijkingen veronderstelt dat de diagnose kan gesteld worden alvorens complicaties optrede (de Wilde, 2005; Juttmann, 2000; Raat, 2000) Tot 50% van de aangeboren hartafwijkingen wordt zeer vroeg (prenataal en perinataal) ontdekt, maar niet alle aandoeningen geven duidelijke symptomen op dit moment. Het postnatale onderzoek probeert deze aandoeningen alsnog op te sporen (de Wilde, 2005). - de Wilde J. (2005). JGZ-standaard 'Vroegtijdige opsporing van aangeboren afwijkingen'. AJN Artsengezondheidszorg Nederland - Juttmann RE, Hess J, Looman CW et al. (2000). Factors that determine the effectiveness of screening for congenital heart malformations at child health centres. Int.J Epidemiol. 29(1): 113-117. - Raat H. (2000). Vroege onderkenning van aangeboren afwijkingen. In: Eerste Programmeringsstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg. Deel II: 87-91.Leiden, TNOPreventie en Gezondheid.	

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

Aanbeveling NCJ richtlijn (2016)	**State of the art (2010)**	**Bijkomende literatuur**
Voor de opsporing van risicofactoren voor hart- en vaatziekten wordt aanbevolen om in de leeftijdsperiodes 4-12 jaar en 12-18 jaar ten minste eenmaal te vragen naar doorgemaakte ziektes sinds het laatste contact met de JGZ en naar het voorkomen van syncope/wegrakingen. Daarnaast wordt aanbevolen om te overwegen om in de leeftijdsperiodes 12-18 jaar de familieanamnese na te vragen, specifiek op hart- en vaatziekten en plotseling overlijden van 1e en 2e graads familieleden. Er wordt gevraagd naar de zwangerschap, familieanamnese, inspanningstolerantie tijdens drinken, en het gedrag (onrust). Aritmieën en verworven hartafwijkingen: Alarmsignalen zijn: ● Syncope tijdens inspanning ● Pijn op de borst voorafgaand aan syncope tijdens inspanning ● Hartkloppingen voorafgaand aan syncope ● De afweigheid van prodromale verschijnselen (bleekheid, misselijkheid, zweten) voor syncope ● Syncope na schrikken, hard geluid of emotionele stress Jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen dienen regelmatig aandacht te besteden aan de risicofactoren voor hart- en vaatziekten: voeding, beweging, roken, lengte/gewicht/BMI. In de leeftijdsperiode 0-4 jaar dienen deze risicofactoren ten minste tweemaal aan de orde te komen, in de leeftijdsperiode 4-12 jaar en 13-18 jaar ten minste eenmaal per periode. Cardiale anamnese: gegevens die kunnen wijzen op een hartafwijking en risicofactoren; ● Huisbezoek en eerste contactmoment jeugdarts: o Is er een 20 weken-echo uitgevoerd? Waren er bijzonderheden op de echo? o Verloopzwangerschap o Ziekte tijdens zwangerschap? o Medicatiegebruik tijdens zwangerschap? ● Huisbezoek, eerste contactmoment jeugdarts, leeftijd 12)18 jaar: o Heeft iemand in de familie, op jonge leeftijd (onder 50 jaar) problemen gehad aan/van hart- en bloedvaten?	Uitgebreide cardiale anamnese: gegevens die kunnen wijzen op een aangeboren hartafwijknig en risicofactoren; - Zwangerschap o Infectieziekten o DM o Medicijnengebruik o Verslavingen - Familiaal o Aangeboren hartafwijkingen o Syndromale afwijkingen o Wiegendood/plotse dood o Spierziekten - Inspanningstolerantie - Algemene indruk van de ouders - Luchtwegen/ademhaling: herhaalde onderste luchtwegeninfecties <u>Onderbouwing</u>: De Wilde, 2005	1 Meta-analyse en 1 systematic review weerhouden het volgende: Een verhoogd maternale BMI is geasocieerd met een verhoogd risico op een kind congenitale hartaandoeningen. - Meta-analyse: “Increased maternal Body Mass Index is associated with congenital heart defects: An updated meta-analysis of observational studies” o Zheng Z, Yang T, Chen L, Wang L, Zhang S, Wang T, Zhao L, Ye Z, Chen L, Qin J. Increased maternal Body Mass Index is associated with congenital heart defects: An updated meta-analysis of observational studies. Int J Cardiol. 2018 Dec 15;273:112-120. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.09.116. Epub 2018 Oct 1. PMID: 30293662. - Systematic Review: “The impact of Maternal Obesity on Offspring Cardiovascular Health: A Systematic Literature review” o Kankowski L, Ardissino M, McCracken C, Lewandowski AJ, Leeson P, Neubauer S, Harvey NC, Petersen SE, Raisi-Estabragh Z. The Impact of Maternal Obesity on Offspring Cardiovascular Health: A Systematic Literature Review. Front Endocrinol (Lausanne). 2022 May 20;13:868441. doi: 10.3389/fendo.2022.868441. PMID: 35669689; PMCID: PMC9164814.

o Zo ja, welk familielid? ● Alle contactmomenten in eerste 6 maanden, verder op indicatie: o Inspanningstolerantie bij voeding en/of activiteiten o Algemene indruk die de ouders van de zuigeling hebben ● Ten minste een keer per jaar in de periode 0-4 jaar, ten minste eenmaal in de periode 4-12 jaar, ten minste eenmaal in de periode 12-18 jaar. o Doorgemaakte ziektes sinds laatste contact JGZ ● Ten minste eenmaal in de periode 4-12 jaar, ten minste eenmaal in de periode 12-18 jaar o Syncope/wegrakingen: frequentie van optreden, duur van de episode, omstandigheden waaronder het bewustzijnsverlies optrad, prodromale verschijnselen die op een vasovagale oorzaak kunnen duiden, zoals bleekheid, misselijkheid, zweten		

3. Welke klinische onderzoeken dienen te gebeuren bij het jonge kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg om aangeboren hartafwijkingen vroegtijdig op te sporen?

Aanbeveling NCJ richtlijn (2016)	State of the art (2010)	Bijkomende literatuur
Inspectie: Voor inspectie moet ten minste het bovenlijf ontbloot zijn om een goede indruk te krijgen van ademhaling, borstkas en huidskleur Bij inspectie wordt gelet op: ● Algemene indruk: gemoedstoestand en voedingstoestand ● Dysmorfieën: tekenen van een syndromaal uiterlijk ● Huid: bleekheid, cyanose, mate van transpiratie ● Thorax: zichtbare pulsaties precordiaal ● Ademhaling: tachypnoe, dyspnoe, subcostal intrekkingen, neusvleugelen, stridor ● Hoofd-hals en extremiteiten: oedemen, trommelstokvingers en -tenen, horlogeglasnagels. **Palpatie**: ● Bij alle contactmomenten bij de jeugdarts in de leeftijdsperiode t/m 6 maanden; in ieder geval bij het eerste contactmoment (leeftijd 4 weken) en het tweede contactmoment: o Femoralispulsaties palperen o Bij afwezige of twijfelachtige femoralispulsaties vergelijking brachilais- en femoralispulsaties o Leverpalpatie o Milt palpatie ● Op indicatie: o Thrills en ictus cordis o Bij thrills suprasternaal en over carotiden **Auscultatie**: Auscultatie geeft informatie over hartklepfunctie en anatomische afwijkingen. Indien auscultatie op de leeftijd van 4 weken niet goed mogelijk of niet goed te beoordelen is en er is	- Beoordeling van de groeicurven - Inspectie voor huidkleur - Inspectie voor dysmorfieën - Inspectie van de thorax - Auscultatie - Palpatie van de aa. Femorales <u>Onderbouwing</u>: De Wilde, 2005 Grech, 1999	Deze 2 studies weerhouden het volgende: Het gebruik van een zuurstofsaturatiemeter tijdens het klinisch onderzoek kan helpen om een significante aantal congenitale hartaandoeningen op te sporen, zonder de toename van vals-positieven. - "Canadian Cardiovascular Society/Canadian Pediatric Cardiology Association Position Statement on Pulse Oximetry Screening in Newborns to Enhance Detection of Critical Congenital Heart Disease" o Wong KK, Fournier A, Fruitman DS, Graves L, Human DG, Narvey M, Russell JL. Canadian Cardiovascular Society/Canadian Pediatric Cardiology Association Position Statement on Pulse Oximetry Screening in Newborns to Enhance Detection of Critical Congenital Heart Disease. Can J Cardiol. 2017 Feb;33(2):199-208. doi: 10.1016/j.cjca.2016.10.006. Epub 2016 Oct 26. PMID: 28043739. - "Oximetry and neonatal examination for the detection of critical congenital heart disease: a systematic review and meta-analysis" o Aranguren Bello HC, Londoño Trujillo D, Troncoso Moreno GA, Dominguez Torres MT, Taborda Restrepo A, Fonseca A, Sandoval Reyes N, Chamorro CL, Dennis Verano RJ. Oximetry and neonatal examination for the detection of critical congenital heart disease: a systematic review and meta-analysis. F1000Res. 2019 Mar 1;8:242. doi: 10.12688/f1000research.17989.1. PMID: 31372214; PMCID: PMC6659768.

twijfel over het welzijn van het kind, dan dient een extra contactmoment te worden afgesproken, bijvoorbeeld op de leeftijd van 8 weken. **Bloeddrukmeting** **Zuurstofsaturatiemeting**: Het is belangrijk om hartafwijkingen bij baby's zo vroeg mogelijk te ontdekken, zodat tijdig en zo veilig mogelijk ingegrepen kan worden. Zuurstofsaturatiemeting is een eenvoudige en niet-invasieve manier om te screenen op ernstige aangeboren hartafwijkingen bij zuigelingen. <u>Onderbouwing</u>: Een systematische review van 13 studies toonde een sensitiviteit van 76,5%, een specificiteit van 99,9%, en een vals positief percentage van 0,14% (Thangaratinam 2012).		

4. Wanneer dient een kind in de preventieve jeugdgezondheidszorg met vermoeden van aangeboren hartafwijking aandoening verwezen te worden naar de eerste lijn?

Aanbeveling NCJ richtlijn (2016)	**The state of the art (2010)**	**Bijkomende literatuur**
Indien een hartafwijking wordt vermoed die niet acuut bedreigend lijkt, is schriftelijke verwijzing naar de kinderarts/ -cardioloog voldoende. Er kan rechtstreeks worden verwezen, waarbij de huisarts wordt geïnformeerd. Indien rechtstreeks verwijzen naar de kinderarts/-cardioloog niet mogelijk is, wordt naar de huisarts verwezen.	Verwijzing voor verdere diagnostisch onderzoek gebeurt in geval van één of een combinatie van de volgende vaststellingen: cyanose, pathologisch geruis, inspanningsvermoeidheid. Een beslissing tot verwijzing is steeds het resultaat van afweging van anamnestische en klinische gegevens. Met het oog op verwijzing moeten de resultaten van het anamnestisch en klinisch onderzoek tegen elkaar afgewogen worden, waarbij de aanwezigheid van een hartgeruis altijd de doorslag geeft. Dit betekent niet dat de afwezigheid van een geruis een reden zou zijn om niet door te verwijzen, wanneer andere signalen op een mogelijk hartlijden kunnen wijzen. Het onderstaande beslisschema voor verwijzen bij mogelijk aangeboren hartafwijking dat door de Nederlandse jeugdgezondheidszorg gehanteerd wordt, is een aanbevelingswaardige leidraad voor het beleid in een consultatiebureau. Zeker moet verwezen worden in geval van: - Inspanningsvermoeidheid, vooral zweten en kortademigheid tijdens het voeden - Afwijkend klinisch onderzoek , zoals cyanose en hartgeruis - Zwakke femoralispols - Groeiachterstand	

Geïncludeerde artikels obv full tekst:

1. “The impact of Maternal Obesity on Offspring Cardiovascular Health: A Systematic Literature review”
    a. Kankowski L, Ardissino M, McCracken C, Lewandowski AJ, Leeson P, Neubauer S, Harvey NC, Petersen SE, Raisi-Estabragh Z. The Impact of Maternal Obesity on Offspring Cardiovascular Health: A Systematic Literature Review. Front Endocrinol (Lausanne). 2022 May 20;13:868441. doi: 10.3389/fendo.2022.868441. PMID: 35669689; PMCID: PMC9164814.
2. “Increased maternal Body Mass Index is associated with congenital heart defects: An updated meta-analysis of observational studies”
    a. Zheng Z, Yang T, Chen L, Wang L, Zhang S, Wang T, Zhao L, Ye Z, Chen L, Qin J. Increased maternal Body Mass Index is associated with congenital heart defects: An updated meta-analysis of observational studies. Int J Cardiol. 2018 Dec 15;273:112-120. doi: 10.1016/j.ijcard.2018.09.116. Epub 2018 Oct 1. PMID: 30293662.
3. “Canadian Cardiovascular Society/Canadian Pediatric Cardiology Association Position Statement on Pulse Oximetry Screening in Newborns to Enhance Detection of Critical Congenital Heart Disease”
    a. Wong KK, Fournier A, Fruitman DS, Graves L, Human DG, Narvey M, Russell JL. Canadian Cardiovascular Society/Canadian Pediatric Cardiology Association Position Statement on Pulse Oximetry Screening in Newborns to Enhance Detection of Critical Congenital Heart Disease. Can J Cardiol. 2017 Feb;33(2):199-208. doi: 10.1016/j.cjca.2016.10.006. Epub 2016 Oct 26. PMID: 28043739.
4. “Oximetry and neonatal examination for the detection of critical congenital heart disease: a systematic review and meta-analysis”
    a. Aranguren Bello HC, Londoño Trujillo D, Troncoso Moreno GA, Dominguez Torres MT, Taborda Restrepo A, Fonseca A, Sandoval Reyes N, Chamorro CL, Dennis Verano RJ. Oximetry and neonatal examination for the detection of critical congenital heart disease: a systematic review and meta-analysis. F1000Res. 2019 Mar 1;8:242. doi: 10.12688/f1000research.17989.1. PMID: 31372214; PMCID: PMC6659768.
5. “Pulse oximetry screening of critical congenital heart defects in the neonatal period. Update of the Spanish National Neonatal Society recommendation”
    a. Sánchez Luna M, Perez Muñuzuri A, Couce Pico M; en representación de la Junta Directiva, Comité Asesor y Comité de Estándares de la Sociedad Española de Neonatología. Cribado de cardiopatías congénitas críticas en el periodo neonatal. Actualización de la recomendación de la Sociedad Española de Neonatología [Pulse oximetry screening of critical congenital heart defects in the neonatal period. Update of the Spanish National Neonatal Society recommendation]. An Pediatr (Engl Ed). 2021 Dec;95(6):492-493. Spanish. doi: 10.1016/j.anpedi.2021.01.001. Epub 2021 Feb 20. PMID: 33622523.
6. https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S2341287917302211

4. De verwijsbrief

Datum: *XX/XX/XXXX*

Beste

Deze verwijzing gaat over

XXXXX XXXXXX, geboortedatum XX/XX/XXXX

Voor de medisch preventieve opvolging van een kind baseert Kind en Gezin zich op wetenschappelijk onderbouwde protocollen en richtlijnen.

Vanuit een bezorgdheid bij de medisch preventieve opvolging verwijs ik dit kind door voor je verdere opvolging.

Reden van verwijzing: *Korte, duidelijke vraagstelling: waarom nu verwijzen?*
……
……
……

Subjectief	
Objectief	
Evaluatie	
Plan	

Verwijzing naar de richtlijnen (QR code ⇔ link):

https://www.kindengezin.be/nl/thema/gezondheid-en-vaccinatie/lichamelijke-aandoeningen

Verwijsbrief: aanvullende informatie

Vaccinatiestatus

O Op schema
O Niet op schema*

Ontwikkeling

(Gelieve de nodige schema's mee af te drukken)

O Geen bijzonderheden
O Wel bijzonderheden, namelijk:
……
……
……
……

Relevante sociale context

(Gezin, school, …)
……
……
……
……
……..

*Indien niet op schema, gelieve het vaccinatieschema mee af te drukken

Verwijsbrief: antwoordformulier

XXXXX XXXXXX, geboortedatum XX/XX/XXXX

Is er verdere opvolging bij jou of een collega in de curatieve sector?

- o Ja
- o Neen

Wat zijn je bevindingen?

- o Geen onderliggende pathologie
- o Onduidelijk of onderliggende pathologie aanwezig is
- o Onderliggende pathologie, namelijk:

……
……
……
……
……

Bijkomende info:

……
……
……
……
……

Datum:

Naam arts (stempel):

5. Script Interview

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

Interviewer bedankt de deelnemer voor de verdere participatie en bevraagt of er nog bemerkingen zijn over het vorige interview of vragen over de studie. Waar nodig wordt bijkomende informatie voorzien en bemerkingen genoteerd.

Tijdens het voorgaande interview werden uw ervaringen meegenomen. De resultaten van de interviews werden bekeken en een voorstel van nieuwe verwijsbrieven werd opgesteld. Het doel van vandaag is om deze samen onder de loep te nemen, om te evalueren of deze de verwachtingen van de huisarts beter benadert. Inhoudelijk gaan deze verschillen per onderwerp, daarom ook graag aandacht voor de vormfactor en bemerkingen over de globale inhoud van de brief. Het gesprek duurt ongeveer 15 tot 30 minuten en verloopt aan de hand van een gelijkaardige vooropgestelde vragen.

Vooraleer we beginnen nogmaals de afspraken vooraf

- 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 beantwoord heeft.
- Heeft u zelf nog vragen?
- Het gesprek wordt vanaf nu opgenomen. Mag ik u dan vragen om nogmaals te zeggen dat u toestemming geeft voor dit interview?

Algemeen open vraag:

- Wat vindt u van de nieuwe verwijsbrief?
    - Wat vindt u van het SOEP-gegeven
    - Wat vindt u van het onderdeel “aanvullende informatie”
- Is dit wat u had verwacht?

Onderwerpen van de verwijsbrieven

- Sluiten de gerealiseerde verwijsbrief aan bij de onderwerpen waar u nood aan heeft? Indien nee, zijn er nog andere onderwerpen waar u ondertussen nog aan gedacht hebt?
- Is het formaat goed gebruiksvriendelijk en overzichtelijk?
- Heeft u met de nieuwe verwijsbrief voldoende informatie over het doel van de verwijzing?

Mogelijkheden tot verbetering (van behandelingsmogelijkheden)

- Is de verwijsbrief wat u verwacht had?
- Zijn de verdere behandelmogelijkheden en hun wetenschappelijke onderbouwing duidelijk?
- Is dit volgens u een verwijsbrief die we met ouders kunnen meegeven of zouden we dit best (ook) (of enkel) online doorsturen van zorgverlener naar zorgverlener?
- Is het voorbeeld van de link praktisch bruikbaar? Zou u met de nieuwe verwijsbrief zich comfortabeler voelen in het stellen van een vervolgbeleid?

- Zijn de contactgegevens van het consultatiebureau een meerwaarde of overbodig?

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 nogmaals 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.

6. Informatiedocument deelnemers

INFORMATIEDOCUMENT VOOR DE DEELNEMER AAN EEN NIET-COMMERCIEEL EXPERIMENT OP DE MENSELIJKE PERSOON

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

Opdrachtgever:
Opgroeien Vlaanderen

Promotor(s):
Prof. dr. Hilde Bastiaens

Onderzoeker(s):
Dr. Imane Kalaai
Dr. Fatine Lamkanfi
Dr. Miel Stokmans

Contactpersoon voor informatie:
Dr. Imane Kalaai
imanekalaai1@gmail.com

Contact in geval van dringende medische hulp:
Niet van toepassing

Commissie voor Medische Ethiek:
Ethisch Comité UZA-UA
UZA, Drie Eikenstraat 655, B-2650 Edegem
Tel +32 3 821 38 97
Ethisch.Comite@uza.be

Beste deelnemer,

U wordt uitgenodigd om vrijwillig deel te nemen aan een onderzoek met betrekking tot de ervaringen van huisartsen met doorverwijzingen vanuit het consultatiebureau van Opgroeien.

Vooraleer u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen, is het belangrijk dat u dit formulier leest.

1. Studiespecifieke inlichtingen

Dit onderzoek werd op ### goedgekeurd door het onafhankelijke Ethisch Comité UZA-UA.

Doel en beschrijving van het onderzoek

Dit is een wetenschappelijk kwalitatief onderzoek waarin ongeveer 15 huisartsen zullen worden geïnterviewd.

Deze studie heeft tot doel de verwijsprocedure vanuit Opgroeien te optimaliseren, zodat de zorg voor jonge kinderen verbeterd wordt aan de hand van een duidelijker en gestandaardiseerd verwijssysteem.

Dit is een observationele studie.

De interviews worden opgenomen (audio), getranscribeerd, en gepseudonimiseerd verwerkt. Alle identificeerbare informatie wordt binnen drie maanden verwijderd uit de transcripties.

Duur van het onderzoek

De inclusie loopt van 14 januari 2025 tot en met 30 april 2025. De datacollectie loopt tot april 2026, en het onderzoek eindigt in juli 2026.

Voor- en nadelen

Voordelen:
Indien u toestemt om aan dit onderzoek deel te nemen, kan dit al dan niet nuttig blijken te zijn voor een betere communicatie tussen Opgroeien en huisartsen, en tot betere zorg voor kinderen.

Nadelen en risico's:
Er zijn geen fysieke risico's verbonden aan deelname. Uw deelname houdt in dat u een interview geeft dat wordt opgenomen, wat een minimale inbreuk op uw privacy kan betekenen. U blijft tijdens de interviewfase herkenbaar voor de onderzoekers, maar de gegevens worden gepseudonimiseerd en veilig bewaard.

2. Algemene informatie over de deelname aan een onderzoek

Vrijwillige deelname

Indien u toestemt om deel te nemen aan het onderzoek, dient u deze informatiefolder te bewaren en zal er u gevraagd worden het aangehechte toestemmingsformulier te ondertekenen.

U neemt geheel vrijwillig deel aan deze studie en u heeft het recht te weigeren eraan deel te nemen.

U heeft ook het recht om uw deelname aan het onderzoek op elk ogenblik stop te zetten, zelfs nadat u het toestemmingsformulier ondertekend heeft. U hoeft hiervoor geen reden te vermelden. Het intrekken van uw toestemming zal geen enkel nadeel of verlies van voordelen met zich meebrengen.

Uw deelname aan het onderzoek kan ook, zonder uw toestemming, op elk ogenblik stopgezet worden door de onderzoeker(s), het Ethisch Comité of de opdrachtgever. Mogelijke redenen voor zulke beslissing kunnen onder andere zijn:

- U houdt zich niet aan de instructies voor deelname aan het onderzoek
- Uw verdere deelname blijkt schadelijk te zijn voor u
- Er wordt tijdens het onderzoek vastgesteld dat u toch niet of niet meer aan de voorwaarden voor deelname voldoet

Aansprakelijkheid en verzekering

Indien u schade ondervindt als gevolg van uw deelname aan dit onderzoek, zal u of uw rechthebbenden door de opdrachtgever van dit onderzoek vergoed worden voor deze schade, overeenkomstig de geldende Belgische wetgeving. U hoeft hiervoor geen fout aan te tonen.

De opdrachtgever heeft een foutloze verzekering afgesloten die de eventuele schade dekt die zou voorvloeien uit dit onderzoek. U of uw rechthebbenden kunnen hiervoor op elk ogenblik deze verzekeraar rechtstreeks dagvaarden.

Kosten en vergoeding

Deze studie zal voor u geen bijkomende kosten met zich meebrengen. Alle kosten die voortvloeien uit uw deelname aan het onderzoek zijn voor rekening van de onderzoeker of de opdrachtgever.

Bescherming van uw persoonlijke levenssfeer

Uw identiteit en uw deelname aan dit onderzoek worden strikt vertrouwelijk behandeld. U zal niet bij naam of op een andere wijze geïdentificeerd worden in dossiers, resultaten of publicaties in verband met het onderzoek.

Om uw privacy te garanderen met betrekking tot het bewaren en verwerken van de gegevens in het kader van deze studie, worden uw gegevens gepseudonimiseerd. Dit betekent dat uw naam, voornaam, geboortedatum en woonplaats vervangen worden door een code. Alle verdere verwerkingen gebeuren op deze gepseudonimiseerde gegevens. Het verband tussen de code en uw persoon wordt wel bewaard . Deze link wordt enkel gebruikt om in uw eigenbelang bepaalde informatie naar u te kunnen terugkoppelen.

Bescherming van uw persoonsgegevens

Indien u toestemt om deel te nemen aan dit onderzoek betekent dit dat u toestemming geeft tot het gebruik van uw persoonsgegevens die in het kader van dit onderzoek worden verzameld.

U kan de toestemming om uw gegevens te verzamelen en te verwerken op elk moment intrekken. Indien uw studiedeelname voortijdig gestopt wordt, zal uw oorspronkelijke toestemming het gebruik toelaten van de over u verzamelde gegevens met betrekking tot de periode dat u in het onderzoek ingesloten was.

Enkel personen die rechtstreeks bij het onderzoek betrokken zijn, zullen toegang hebben tot uw persoonsgegevens. Uw gegevens worden niet doorgegeven aan derden.

De onderzoekers zullen uw gegevens bewaren gedurende een periode van 20 jaar.

U heeft het recht aan de onderzoeker te vragen welke gegevens er over u worden verzameld in het kader van het onderzoek en wat de bedoeling ervan is. U kan vragen om bepaalde gegevens te verbeteren of te wissen, of om uw gegevens niet meer te gebruiken.
Alle persoonsgegevens, die over u verzameld worden, zullen worden verwerkt in overeenstemming met de Europese Algemene Verordening Gegevensbescherming (General Data Protection Regulation (AVG/GDPR) – EU2016/679) en de Belgische wet van 30 juli 2018 die deze verordening verder uitwerkt.

De Universiteit van Antwerpen is als opdrachtgever van de studie verantwoordelijk voor de verwerking van uw persoonsgegevens. Zij heeft daartoe een functionaris voor de gegevensverwerking aangesteld.

Vragen betreffende het beheer van uw gegevens kan u stellen aan de onderzoeksarts, uw behandelend arts of aan de functionaris voor de gegevensbescherming van het UA via email: koen.pepermans@uantwerpen.be.
.

Wanneer u vindt dat uw rechten met betrekking tot uw persoonsgegevens onvoldoende worden gerespecteerd, kan u steeds terecht bij de functionaris voor de gegevensbescherming die desgevallend de nodige maatregelen zal treffen. U hebt ook het recht om een klacht in te dienen bij de Belgische Gegevensbeschermingsautoriteit.

Meer informatie kan u nalezen op https://www.uza.be/privacy.html.

We hopen u met dit document voldoende informatie te hebben gegeven over het onderzoek.

U heeft het recht om op elk ogenblik bijkomende vragen te stellen over de inhoud, het doel of het verloop van het onderzoek, over de mogelijke en/of bekende voor- en nadelen die dit onderzoek voor u inhoudt, enz.. U kunt zich daarvoor wenden tot de onderzoeker(s) *(en de hierboven genoemde contactpersoon)*.

Datum *(dag/maand/jaar)*

TOESTEMMINGSFORMULIER

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

Deel enkel bestemd voor de deelnemer:

Hierbij bevestig ik, ondergetekende …… *(naam en voornaam deelnemer – indien van toepassing: handelend als wettelijke vertegenwoordiger van ……)* dat ik over het onderzoek ben ingelicht en een kopie van het informatiedocument ontvangen heb.

Ik heb de informatie gelezen en begrepen. De onderzoeker heeft mij voldoende informatie gegeven met betrekking tot het doel en het opzet van het onderzoek, de voorwaarden en de duur ervan, en de mogelijke bekende voor- of nadelen die dit onderzoek voor mij kunnen inhouden. Bovendien werd mij voldoende tijd gegeven om de informatie te overwegen en om vragen te stellen, waarop ik bevredigende antwoorden gekregen heb.

Ik ben ervan op de hoogte dat ik mijn toestemming tot deelname aan het onderzoek en tot verwerking van mijn gegevens kan weigeren en dat ik de toestemming om mijn data te gebruiken op elk moment kan intrekken, nadat ik de onderzoeker hierover heb ingelicht, zonder dat dit mij enig nadeel kan berokkenen. Mijn oorspronkelijke toestemming tot deelname aan het onderzoek en gebruik van mijn persoonsgegevens zal het gebruik van mijn gegevens toelaten met betrekking tot de periode dat ik in het onderzoek ingesloten was.

Ik ben mij bewust van het doel waarvoor mijn *(medische)* gegevens verzameld, verwerkt en gebruikt worden in het kader van dit onderzoek. Ik ben ervan op de hoogte gesteld dat mijn gegevens gedurende *20 jaar* zullen bewaard worden voor wetenschappelijk onderzoek.

Ik weet dat ik het recht heb om mijn gegevens in te zien en te verbeteren. Als ik klachten heb over het beheer van mijn gegevens weet ik dat ik me kan richten tot de onderzoekers, mijn arts, of de functionaris voor de gegevensbescherming van

(voor UA:) de UA, [koen.pepermans@uantwerpen.be, *hilde.bastiaens@uantwerpen.be]*

Ik geef toestemming aan de onderzoeker om mijn gegevens te verzamelen, te verwerken en te gebruiken zoals beschreven in het informatiedocument dat ik ontving en conform de geldende wetgeving. Mijn gegevens zullen strikt vertrouwelijk behandeld worden. Wanneer de studieresultaten gepubliceerd worden, zal mijn identiteit geheim blijven.

Ik stem geheel vrijwillig toe om deel te nemen aan dit onderzoek en om mee te werken aan alle gevraagde onderzoekshandelingen (*bijv. invullen van vragenlijsten, deelname aan een interview*, …).

_____	_____	_____
Naam van de deelnemer *(hoofdletters)* *(indien van toepassing: naam wettelijke vertegenwoordiger)*	Handtekening	Datum *(dag/maand/jaar)*

Deel enkel bestemd voor het onderzoeksteam

(het is niet noodzakelijk dat de onderzoeker zelf de informatie en IC procedure met de deelnemer doorloopt, dit wordt soms ook door een ander lid van het onderzoeksteam gedaan, vb. door studieverpleegkundigen, de behandelende arts, …):

Ik bevestig hierbij dat ik *(naam van de deelnemer en/of – indien van toepassing – naam van zijn/haar wettelijke vertegenwoordig(st)er*) heb ingelicht en dat hij (zij) zijn (haar) toestemming heeft gegeven om deel te nemen aan de studie.

_____ _____ _____

Naam *(hoofdletters)* Handtekening Datum *(dag/maand/jaar)*

(ondertekening door een lid van het onderzoeksteam is de regel – indien hiervan afgeweken wordt motivering bijvoegen)

7. Codeboek

CODES	CLUSTERING CODES	THEMA
2. Papieren verwijsbrieven worden als inefficiënt ervaren. x2	**CLUSTER 2.1: Inefficiëntie van papieren systemen**	**THEMA 2.1: Nood aan digitalisering van de verwijsbrief (1)**
7. De huidige werkwijze wordt als ouderwets gezien.	2. Papieren verwijsbrieven worden als inefficiënt ervaren. x2	Cluster 1: Inefficiëntie van papieren systemen
	7. De huidige werkwijze wordt als ouderwets gezien.	
3. Digitalisering zorgt voor minder tijdsdruk en meer efficiëntie.	**CLUSTER 2.2: Verwachte voordelen van digitalisering**	Cluster 2: Verwachte voordelen van digitalisering
1. Digitalisering verbetert de efficiëntie van de zorg en betere opvolging.	3. Digitalisering zorgt voor minder tijdsdruk en meer efficiëntie.	Cluster 3: Concrete vraag vanuit huisartsen
	1. Digitalisering verbetert de efficiëntie van de zorg en betere opvolging.	
8. Er is vraag naar digitalisering van de verwijsbrief. x2	**CLUSTER 2.3: Concrete vraag vanuit huisartsen**	Cluster 4: Veiligheid en informatiebeheer
	8. Er is vraag naar digitalisering van de verwijsbrief. x2	
11. Digitale verwijsbrieven zijn veiliger. x3	**CLUSTER 2.4: Veiligheid en informatiebeheer**	Cluster 5: Impact op patiënten/ouders
19. Digitalisering vermindert het risico op informatieverlies. x2	11. Digitale verwijsbrieven zijn veiliger. x3	
	19. Digitalisering vermindert het risico op informatieverlies. x2	
18. Digitaliseren van de verwijsbrief kan de druk op de ouders verminderen om de verwijzing te realiseren. x2	**CLUSTER 2.5: Impact op patiënten/ouders**	
	18. Digitaliseren van de verwijsbrief kan de druk op de ouders verminderen om de verwijzing te realiseren. x2	
6. Financiële beperkingen werkt de beperkte samenwerking in de hand.	**CLUSTER 2.6: Beperkte huidige samenwerking**	**THEMA 2.2: Samenwerking tussen CB-arts en huisarts (2)**
	5. Huisartsen ervaren de samenwerking met de CB-arts als beperkt.	
5. Huisartsen ervaren de samenwerking met de CB-arts als beperkt.	**CLUSTER 2.7: Structurele barrières**	Cluster 6: Beperkte huidige samenwerking
	6. Financiële beperkingen werkt de beperkte samenwerking in de hand.	
20. Mogelijkheid tot betere samenwerking met de CB-verpleegkundige.	**CLUSTER 2.8: Verbeterkansen in samenwerking**	Cluster 7: Structurele barrières
	20. Mogelijkheid tot betere samenwerking met de CB-verpleegkundige.	
17. Er is vraag naar een volledige toegang tot het patiëntendossier van het CB.	**CLUSTER 2.9: Communicatie en informatie-uitwisseling**	Cluster 8: Verbeterkansen in samenwerking
12. Communicatie tussen zorgverleners in de twee richtingen	17. Er is vraag naar een volledige toegang tot het patiëntendossier van het CB.	Cluster 9: communicatie en informatie-uitwisseling
	12. Communicatie tussen zorgverleners in de twee richtingen	
10. Duidelijke structuur verwijsbrief.	**CLUSTER 2.10: Positieve evaluatie van de nieuwe template**	**THEMA 2.3: Inhoud en structuur nieuwe verwijsbrief (3)**
9. De nieuwe template toont een duidelijk opzet.	10. Duidelijke structuur verwijsbrief.	Cluster 10: Positieve evaluatie van de nieuwe template
	9. De nieuwe template toont een duidelijk opzet.	
	16. Voldoende informatie als huisarts.	
15. Er is een aanpassing van werking nodig op het CB om de SOEP-structuur toe te passen.	**CLUSTER 2.11: Geschiktheid van de SOEP structuur**	Cluster 11: Geschiktheid van de SOEP-structuur
13. De 0de lijn werkt niet op klachtenbasis/heeft een preventieve rol.	15. Er is een aanpassing van werking nodig op het CB om de SOEP-structuur toe te passen.	
14. SOEP-structuur lijkt minder toepasselijk voor de 0de lijn.	13. De 0de lijn werkt niet op klachtenbasis/heeft een preventieve rol.	
16. Voldoende informatie als huisarts.	14. SOEP-structuur lijkt minder toepasselijk voor de 0de lijn.	

MEMOS
Er komt onmiddelijk de vraag of de verwijsbrief digitaal of op papier gaat zijn.
Er werd een langere pauze gelaten, het leek voor de interviewer alsof de arts de bedenking niet durfde te maken.
De arts merkt op dat opgroeien lijkt achter te lopen in de digitalisering van de zorg.
Uitgesproken expressie van ongeloof dat de verwijsbrief nog steeds enkel op papier kan.
Artsen hechten veel waarde aan efficiënt werken, digitalisering kan dit in de hand werken alsook een goede opvolging faciliteren.
Bevindingen worden vaak enkel binnen de organisatie gedeeld.
De arts gebruikt meerdermaals het woord "bizar" om de huidige samenwerking te beschrijven.
De arts begrijpt het opzet van de verwijsbrieven maar stoort zich aan het eenrichtingsverkeer.
SOEP-structuur is volgens de arts eerder een eerstelijnstool.
De arts uit twijfel over de bruikbaarheid va nde SOEP-structuur.
De arts geeft aan voldoende informatie te hebben met de nieuwe verwijsbrief.
Een verwijsbrief kan verloren gaan in het soms chaotische leven van jonge ouders.

Het meegeven van de contactgegeven van de toegewezen VPK per kind zou handig zijn.		
REFLECTIES		
Arts lijkt nood te hebben aan digitalisering voor de efficiëntie van de zorg.		
Arts lijkt zich te ergeren aan het verlies van interessante informatie naar de huisarts toe.		
Het lijkt dat de arts veel waarde hecht aan het moderniseren van de zorg.		
De arts bestempeld de huidige tekortkomingen als van financiële aard.		
De arts uit een heldere vraag tot modernisering van de communicatie tussen de huisarts en het CB.		
Niet elke arts werkt met de SOEP-structuur en dit kan voor verwarring zorgen.		
De arts geeft herhaaldelijk de verwachting aan dat de verwijzing digitaal gebeurt.		
QUOTES		
Hoe kwetsbaarder een gezin, hoe chaotischer, als er dan papieren verloren gaan….Ja, dan komen die mogelijks laat of niet terecht.		
Dat lijkt me nu zo vanzelfsprekend naar efficiëntie toe en naar goede opvolging toe dat dat digitaal is en dat dat ook in het dossier staat. Want als dat niet digitaal is, dan gaat dat verloren		
CODES		
1. Het invullen van de SOEP-structuur is bijkomend werk voor de CB-arts. x2	**CLUSTER 7.1: Efficiëntie van digitale verwijsbrieven**	**THEMA 7.1: Digitalisering van de verwijsbrief en communicatie (1)**
2. Twijfel bij toepasbaarheid SOEP-structuur in de 0de lijn.	3. Digitale vewijsbrieven zijn makkelijker/efficiënter	Cluster 1: Efficiëntie van digitale verwijsbrieven
3. Digitale verwijsbrieven zijn makkelijker/efficiënter.		Cluster 2: veiligheid en inhoud van digiale communicatie
4. De kennis van de huisarts over het von wiechenonderzoek wordt ingeschat als beperkt.	**CLUSTER 7.2: Veiligeheid en inhoud van digitale communicatie**	Cluster 3: Alternatieve digitale communicatiekanalen
5. Verwijzing naar de recente richtlijnen van opgroeien wordt als nuttig ervaren. x2	8. Digitale verwijsbrieven kunnen toelaten om gevoelig liggende informatie over te	Cluster 4: Ecologische voordelen
6. Digitale verwijsbrieven vermijden papierverspilling.		
7. Niet elke sociale context is het zelfde. x3	**CLUSTER 7.3: Alternatieve digitale communicatiekanalen**	**THEMA 7.2: Samenwerking tussen CB en huisarts (2)**
8. Digitale verwijsbrieven kunnen toelaten om gevoelig liggende informatie over te dragen.	12. Beveiligde apps kunnen een vlottere communicatievorm vormen	Cluster 5: Bereikbaarheid van het CB
9. Open communicatie naar de ouders is belangrijk. x2		Cluster 6: Interprofessionele samenwerking
10. Er is vraag naar een makkelijkere manier om het CB te contacteren.	**CLUSTER 7.4: Ecologische voordelen**	Cluster 7: kennisverschillen tussen disciplines
11. Het betrekken van de andere betrokken zorgverleners wordt als meerwaarde gezien.	6. Digitale verwijsbrieven vermijden papierverspilling	
12. Beveiligde app's kunnen een vlottere communicatievorm vormen.		**THEMA 7.3: Informatie-uitwisseling en context van het kind (1?)(2)**
	CLUSTER 7.5: Bereikbaarheid van het CB	Cluster 8: Sociale context van het gezin
MEMOS	10. Er is vraag naar een makkelijke manier om het CB te contacteren	Cluster 9: Communicatie met ouders
Deze voormalige CB-arts twijfelt over de toepasbaarheid van de SOEP-structuur in het CB.		
De arts uit herhaaldelijk uit naar bijkomende werkdruk voor de CB-arts.	**CLUSTER 7.6: Interprofessionele samenwerking**	**THEMA 7.4: Evaluatie van de nieuwe verwijsbrief (3)**
	11. Het betrekken van de andere betrokken zorgverleners wordt als meerwaarde g	Cluster 10: Toepasbaarheid van de SOEP-structuur
REFLECTIES		Cluster 11: Impact op het werkproces van de CB-arts
De arts geeft aan de de reden tot verwijzing de kern van de verwijsbrief vormt.	**CLUSTER 7.7: Kennisverschillen tussen disciplines**	Cluster 12: Inhoudelijke ondersteuning van de verwijsbrief
Gebruiksvriendelijke richtlijnen kunnen de effeciëntie van het verdere beleid bevorderen.	4. De kennis van de huisarts over het Von Wiechenonderzoek wordt ingeschat als beperkt.	
Beveiligde apps zoals SILLO kunnen een efficiënter platform voor interdisciplinair overleg vormen.		
Niet elke arts gebruikt SILLO.	**CLUSTER 7.8: Sociale context van het gezin**	
QUOTES	7. Niet elke sociale context is hetzelfde. 3x	
mijn enige bezorgdheid hierbij is dat het voor de verwijzer van het cb (consultatiebureau) zelf dan gewoon wat extra werk is.		
Dat huisartsen, dat wij dat niet altijd weten, we inderdaad niet bij iedereen thuiskomen ofzo, toch bij kleine kids niet. Du	**CLUSTER 7.9: Communicatie met ouders**	
	9. Open communicatie naar de ouders is belangrijk. 2x	
	CLUSTER 7.10: Toepasbaarheid van de SOEP-structuur	
	2. Twijfel bij toepasbaarheid SOEP-structuur in de 0de lijn.	
	CLUSTER 7.11: Impact op het werkproces van de CB-arts	
	1. Het invullen van de SOEP-structuur is bijkomend werk voor de CB-arts. 2x	
	CLUSTER 7.12: Inhoudelijke ondersteuning van de verwijsbrief	

	5. Verwijzing naar de recente richtlijnen van Opgroeien wordt als nuttig ervaren. 2x	
CODES		
1. De SOEP-structuur wordt als meerwaarde beschouwd.	**CLUSTER 9.1: Onvoldoende inhoudelijke informatie**	**THEMA 9.1: Beperkingen van de huidige verwijsbrief en werkwijze (3)**
2. De huidige verwijsbrief wordt als te beknopt ervaren.	2. De huidige verwijsbrief wordt als te beknopt ervaren.	Cluster 1: Onvoldonde inhoudelijke informatie
3. De huidige verwijsbrief bevat onvoldoende informatie om bepaalde inschattingen te maken.	3. De huidige verwijsbrief bevat onvoldoende informatie om bepaalde inschattinger	Cluster 2: Inefficiëntie van de huidige werkwijze
4. De huidige verwijsbrief wordt als inefficiënt ervaren.	12. Huidige verwijsbrieven geven weinig handvaten.	Cluster 3: Beperkte meerwaarde van de huisarts
5. De huisarts voelt zich een overbodige schakel met de huidige verwijsbrief.		Cluster 4: Problemen met opvolging
6. Er is vraag naar concrete richtlijnen.	**CLUSTER 9.2: Inefficiëntie van de huidige werkwijze**	
7. Mogelijkheid tot efficiënter werken met de nieuwe verwijsbrief.	4. De huidige verwijsbrief wordt als inefficiënt ervaren.	**THEMA 9.2: Evaluatie van de nieuwe verwijsbrief(3)**
8. Er is een tijdsdruk bij CB-artsen.	11. Huidige werkwijze K&G qua verwijzingen is inefficiënt (2x)	Cluster 5: Structuur van de nieuwe verwijsbrief
9. Doorverwijzing naar HA lijkt nutteloos met beperkte info		Cluster 6: Overzichterlijkheid en volledigheid
10. Ruis op de kabel van arts naar pt en omgekeerd.	**CLUSTER 9.3: Beperkte meerwaarde van de huisarts**	Cluster 7: Efficiëntie van de nieuwe verwijsbrief
11. Huidige werkwijze K&G qua verwijzingen is inefficiënt (2x)	5. De huisarts voelt zich een overbodige schakel met de huidige verwijsbrief.	
12. Huidige verwijsbrieven geven weinig handvaten.	9. Doorverwijzing naar HA lijkt nutteloos met beperkte info	**THEMA 9.3: Digitalisering van het verwijsproces (1)**
13. Vernieuwde template is overzichtelijk, volledig en duidelijk.		Cluster 8 Vraag naar digitalisering
14. HA willen duidelijkheid over de verwachtingen van de CB arts.	**CLUSTER 9.4: Problemen met opvolging**	Cluster 9: Digitale communicatie en samenwerking
15. K&G artsen mogen niet diagnosticeren.	19. De opvolging verdwijnt (bezorgdheid omtrent opvolging)	Cluster 10: Betrouwbaarheid van digitale informatieoverdracht
16. Contactgegevens op de VB verbetert de samenwerking.	21. Lost to follow up.	
17. Overleg met de betrokken zorgverleners is een meerwaarde.		**THEMA 9.4: Samenwerking en communicatie tussenzorgverleners (2)**
18. Communicatie via Siilo is efficiënter.	**CLUSTER 9.5: Structuur van de nieuwe verwijsbrief**	Cluster 11: Verwachtingen en rolverdeling
19. De opvolging verdwijnt (bezorgdheid omtrent opvolging)	1. De SOEP-structuur wordt als meerwaarde beschouwd.	Cluster 12: Praktische samenwerking
20. Richtlijnen beschikbaar stellen zorgt voor efficiëntie van de zorg.	27. SOEP structuur is een meerwaarde.	Cluster 13: Feedback en leereffect
21. Lost to follow up.		Cluster 14: Communicatieproblemen
22. Geen leercurve door te weinig feedback naar de HA.	**CLUSTER 9.6: Overzichtelijkheid en volledigheid**	
23. Liever digitalisering van de doorverwijzing (efficiëntie)	13. Vernieuwde template is overzichtelijk, volledig en duidelijk.	**THEMA 9.5: Organisatorische en contextuele factoren (2)**
24. Ouders hebben recht op open communicatie.		Cluster 15: Richtlijnen en ondersteuning
25. Digitale antwoordformulier zorgt voor efficiëntere samenwerking.	**CLUSTER 9.7: Efficiëntie van de nieuwe verwijsbrief**	Cluster 16: Werkdruk in het CB
26. Digitalisering beperkt verlies van informatie.	7. Mogelijkheid tot efficiënter werken met de nieuwe verwijsbrief.	Cluster 17: Communicatie met ouders
27. SOEP structuur is een meerwaarde.		
28. Richtlijnen beschikbaar stellen is een meerwaarde.	**CLUSTER 9.8: Vraag naar digitalisering**	
MEMOS	23. Liever digitalisering van de doorverwijzing (efficiëntie)	
Huisarts ervaart huidige verwijsbrief als onvolledig, snapt niet wat het nut is om met zo weinig info naar de huisarts te sturen. Huisarts vindt het jammer dat hij/zij niet echt een bijdrage kan leveren en de opvolging zo volledig kwijt is , vindt dit inefficiënt.		
De huisarts zou het ook handig vinden als een CB arts bereikbaar zou zijn voor eventuele vragen.	**CLUSTER 9.9: Digitale communicatie en samenwerking**	
Huisarts is zeer positief over template verwijsbrief, vindt het overzichtelijk en beknopt.	18. Communicatie via Siilo is efficiënter.	
Deze huisarts zou de verwijsbrief ook graag digitaal verstuurd krijgen.	25. Digitale antwoordformulier zorgt voor efficiëntere samenwerking.	
De SOEP-structuur wordt positief ervaren omdat dit een voor huisartsen gekende structuur is.		
De arts geeft aan zich een "doorgeefluik" te voelen.	**CLUSTER 9.10: Betrouwbaarheid van digitale informatieoverdracht**	
De optie op aan te geven of de vaccinatie status in orde is door middel van een al dan niet aangekruist vakje wordt als	26. Digitalisering beperkt verlies van informatie.	
Het invullen van de nieuwe verwijsbrief zou niet samengaan met het in de hand helpen van de tijdsdruk die artsen ervaren.		
Er wordt een onderscheid gemaakt tussen 2 type patiënten: pt die het begrijpen en pt die het niet begrepen hebben.	**CLUSTER 9.11: Verwachtingen en rolverdeling**	
De arts heeft het gevoel sneller te kunnen werken met de vernieuwde template.	14. HA willen duidelijkheid over de verwachtingen van de CB arts.	
De arts moet detective werk verrichten, wat zorgt voor tijdverlies en inefficiëntie van de zorg.	15. K&G artsen mogen niet diagnosticeren.	
De arts stelt zich vragen bij hoe de werking er nu aan toe gaat, moet het patiëntje wel eerst langs de huisarts?		
REFLECTIES	**CLUSTER 9.12: Praktische samenwerking**	
	16. Contactgegevens op de VB verbetert de samenwerking.	
QUOTES	17. Overleg met de betrokken zorgverleners is een meerwaarde.	
Allez ja, ik kan het zelf eigenlijk niet zo goed inschatten en daar staat er ook nog geen informatie op, dan kan ik niet anders dan doorgeefluik spelen en zeggen ‘maak een afspraak bij de kinderarts’.		
Wat ik daar gewoon wel wil zien op staan is: Wat hebben ze vastgesteld? Waar zijn ze ongerust over? En welke opvolg	**CLUSTER 9.13: Feedback en leereffect**	
Nu is dat zo een hete patat dat ik doorgeef.	22. Geen leercurve door te weinig feedback naar de HA.	

Want ik vind het nu eigenlijk een beetje stom dat de ouders postbode moeten spelen en dan met papieren naar mij moeten komen en dan papieren terug moeten brengen. Ik zie daar de meerwaarde niet van in dat dat op papier is.		
Ik vind dat het er heel goed uitziet, vooral die SOEP-structuur en die richtlijnen eigenlijk. Ik denk dat dat het systeem zo	**CLUSTER 9.14: Communicatieproblemen**	
	10. Ruis op de kabel van arts naar pt en omgekeerd.	
	CLUSTER 9.15: Richtlijnen en ondersteuning	
	6. Er is vraag naar concrete richtlijnen.	
	20. Richtlijnen beschikbaar stellen zorgt voor efficiëntie van de zorg.	
	28. Richtlijnen beschikbaar stellen is een meerwaarde.	
	CLUSTER 9.16: Werkdruk in het CB	
	8. Er is een tijdsdruk bij CB-artsen.	
	CLUSTER 9.17: Communicatie met ouders	
	24. Ouders hebben recht op open communicatie	
	CLUSTERING CODES	**THEMA**
CODES		
1. Nood aan een concrete, duidelijke reden van verwijzing (2x)	**CLUSTER 10.1: Duidelijke en relevante informatie**	**THEMA 10.1: Kwaliteit & inhoud van de verwijsbrief (3)**
2. Snelle toegankelijkheid richtlijn is nuttig	1. Nood aan een concrete, duidelijke reden van verwijzing (2x) 3. Belangrijkste zaken van het preventief dossier worden vermeld 6. Er moet worden nagedacht over een kwalitatieve verwijzing (zodat de ontvangend arts niet te veel moet doorlezen.	cluster 1: duidelijke en relevante informatie cluster 2 structuur en lay-out cluster cluster 3: bruikbaarheid van de SOEP-structuur
3. Belangrijkste zaken van het preventief dossier worden vermeld		
4. Te hoge werkdruk en tijdstekort CB-arts	**CLUSTER 10.2: Structuur en lay-out**	
5. Er is nood aan een efficiënt systeem (qua verwijsbrief opstellen)	11. SOEP-structuur is overzichtelijker 12. Lay-out verwijsbrief speelt een rol: reden van verwijzing staat nu bovenaan de brief.	
6. Er moet worden nagedacht over een kwalitatieve verwijzing (zodat de ontvangend arts niet te veel moet doorlezen.		
7. "Planning" (SOEP) in 0de lijn is overbodig want zal altijd doorverwijzing zijn.	**CLUSTER 10.3: Bruikbaarheid van de SOEP-structuur**	
8. Het luik 'planning' van de SOEP-structuur wordt als moeilijk bruikbaar gezien.	7. "Planning" (SOEP) in 0de lijn is overbodig want zal altijd doorverwijzing zijn. 8. Het luik 'planning' van de SOEP-structuur wordt als moeilijk bruikbaar gezien.	
9. De gebruiksvriendelijkheid van de verwijsbrief (voor de CB-arts) is afhankelijk van de manier van opstellen. (2x)		
10. Er is vraag naar de digitalisering van de verwijsbrief	**CLUSTER 10.4: Werkdruk & tijd**	**THEMA 10.2: Praktische bruikbaarheid en efficiënte voor de CB-arts (1**
11. SOEP-structuur is overzichtelijker	4. Te hoge werkdruk en tijdstekort CB-arts	cluster 4: werkdruk & tijd cluster 5: efficiëntie van het systeem
12. Lay-out verwijsbrief speelt een rol: reden van verwijzing staat nu bovenaan de brief		
13. Communicatie bij de doorverwijzing vanuit CB	**CLUSTER 10.5: Efficiëntie van het systeem**	
14. Een digitale verwijzing kan verlies van informatie tegengaan	5. Er is nood aan een efficiënt systeem (qua verwijsbrief opstellen) 9. De gebruiksvriendelijkheid van de verwijsbrief (voor de CB-arts) is afhankelijk van de manier van opstellen. (2x)	
15. Een digitale verwijsbrief kan gezinnen waarbij er sprake is van een taalbarrière ondersteunen om de juiste hulp te krijgen		
16. Afhankelijk van de sociale context is het soms beter dat een brief rechtstreeks van zorgverlener naar zorgverlener gaat.	**CLUSTER 10.6: Voordelen van digitale verwijzing**	**THEMA 10.3: Digitalisering van de verwijsbrief (1)**
17. Open communicatie naar de ouders toe	10. Er is vraag naar de digitalisering van de verwijsbrief 14. Een digitale verwijzing kan verlies van informatie tegengaan	cluster 6: voordelen van digitale verwijzing. cluster 7: toegankelijkheid voor gezinnen
18. Een goed beschikbare richtlijn kan de drempel tot behandelen voor de huisarts verlagen.		
19. Doorverwijzen naar pediater indien je het als huisarts ook niet weet.	**CLUSTER 10.7: Toegankelijkheid voor gezinnen**	
20. Samenwerking met zorgverleners van Kind & Gezin (inclusief verpleegkundigen)	15. Een digitale verwijsbrief kan gezinnen waarbij er sprake is van een taalbarrière ondersteunen om de juiste hulp te krijgen	
21. Geen communicatie naar de huisarts na verwijzing (antwoordbrief)		
22. Er is twijfel over voldoende achtergrondkennis bij oudere huisartsen	**CLUSTER 10.8: Communicatie bij verwijzing**	**THEMA 10.4: Communicatie (& informatieoverdracht?) tussen zorgver**
	13. Communicatie bij de doorverwijzing vanuit CB 21. Geen communicatie naar de huisarts na verwijzing (antwoordbrief)	cluster 8: communicatie bij verwijzing cluster 9: communicatie tussen zorgverleners onderling cluster 10: communicatie met ouders
MEMOS		

Vanuit perspectief consultatiebureau arts is het moeilijk om een duidelijke vraagstelling te formuleren.	**CLUSTER 10.9: Communicatie tussen zorgverleners onderling**	
De intentie van het antwoordformulier lijkt volgens deze arts louter een statistiek te zijn.	16. Afhankelijk van de sociale context is het soms beter dat een brief rechtstreeks van zorgverlener naar zorgverlener gaat.	
De arts durft een advies vanuit de eigen ervaring/kennis te geven bij haar werk op het consultatiebureau.		
Er is een verschil tussen opnieuw zelf typen, of hetgeen dat reeds is getypt te kunnen extraheren om dit zo automatisch in de verwijsbrief template te krijgen	**CLUSTER 10.10: Communicatie met ouders**	
	17. Open communicatie naar de ouders toe	
REFLECTIES		
Antwoordformulier lijkt eerder overbodig te zijn	**CLUSTER 10.11: Interprofessionele samenwerking**	**THEMA 10.5: Samenwerking en rolverdeling tussen zorgverleners (2)**
Veronderstelling dat de huisarts zijn achtergrondkennis in bepaalde zaken eerder beperkt is	20. Samenwerking met zorgverleners van Kind & Gezin (inclusief verpleegkundigen)	cluster 11: interprofessionele samenwerking cluster 12: doorverwijzen (naar 2e lijn)
QUOTES	**CLUSTER 10.12: Doorverwijzen (naar 2e lijn)**	
"..., maar vanuit de zittingen op het consultatiebureau, daar is echt nougabollen tijd over... "	19. Doorverwijzen naar pediater indien je het als huisarts ook niet weet.	
"Ja, ik mag hopen digitaal, als je alles met de hand moet gaan schrijven..."		
	CLUSTER 10.13: rol van richtlijnen	**THEMA 10.6: Richtlijnen en kennis van zorgverleners (2)**
	2. Snelle toegankelijkheid richtlijn is nuttig	cluster 13: rol van richtlijnen cluster 14: kennisverschillen tussen artsen
	18. Een goed beschikbare richtlijn kan de drempel tot behandelen voor de huisarts verlagen.	
	CLUSTER 10.14: Kennisverschillen tussen artsen	
	22. Er is twijfel over voldoende achtergrondkennis bij oudere huisartsen	
CLUSTERING CODES		
CODES		
23. Weinig vertrouwen in het deftig invullen van SOEP	**CLUSTER 11.1: duidelijkheid van informatie**	**THEMA 11.1: inhoud en structuur van de verwijsbrief (3)**
24. Duidelijke brief, gemakkelijk info uit te halen	24. Duidelijke brief, gemakkelijk info uit te halen	cluster 1: duidelijkheid van informatie cluster 2: bruikbaarheid van de SOEP-structuur
25. Link/QR is gemakkelijker, werkt efficiënter		
26. Voorzichtheid in communicatie in kader van sociale context	**CLUSTER 11.2: bruikbaarheid van de SOEP-structuur**	
27. Bezorgdheid dient gedeeld te worden met de ouders.	23. Weinig vertrouwen in het deftig invullen van SOEP	
28. Het digitaal doorsturen van de verwijsbrief kan het makkelijker maken voor de consultatiebureau arts om (gevoelige) sociale context te communiceren.		
29. (Goede) samenwerking met de zorgverleners van Kind & Gezin	**CLUSTER 11.3: digitale oplossingen**	**THEMA 11.2: Praktische haalbaarheid en digitalisering (1)**
30. Bevordering zorg door aanbieden van contactgegevens CB-zorgverlener	25. Link/QR is gemakkelijker, werkt efficiënter	cluster 3: digitale oplossingen cluster 4: digitalisering en gevoelige informatie
MEMOS		
Twijfels over het SOEP-systeem	**CLUSTER 11.4: digitalisering en gevoelige informatie**	
Arts twijfelt of het SOEP-systeem deftig ingevuld kan worden door een consultatiebureau arts	28. Het digitaal doorsturen van de verwijsbrief kan het makkelijker maken voor de consultatiebureau arts om (gevoelige) sociale context te communiceren.	
REFLECTIES	**CLUSTER 11.5: communicatie met ouders**	**THEMA 11.3: Communicatie & samenwerking tussen zorgverleners (2)**
/	27. Bezorgdheid dient gedeeld te worden met de ouders.	cluster 5: communicatie met de ouders cluster 6: communicatie in sociale context cluster 7: interprofessionele samenwerking
QUOTES	**CLUSTER 11.6: communicatie in sociale context**	
Ik vermoed gewoon dat een Kind&Gezin-arts dat nooit deftig gaat kunnen gebruiken.	26. Voorzichtheid in communicatie in kader van sociale context	
Dus als ik dan een vraag heb of ik al een keer wil terugkoppelen of wil afspreken van “Wij moeten dat gezin meer gaan opvolgen” dan is het makkelijk dat ik rechtstreeks naar de juiste kan bellen.		
	CLUSTER 11.7: interprofessionele samenwerking	
	29. (Goede) samenwerking met de zorgverleners van Kind & Gezin	
	CLUSTER 11.8: Telefonische bereikbaarheid tussen zorgverleners	**THEMA 11.4: continuïteit van zorg (2)**

	30. Bevordering zorg door aanbieden van contactgegevens CB-zorgverlener	cluster 8: Telefonische bereikbaarheid tussen zorgverleners
CODES		
1. Duidelijke structuur.	**CLUSTER 12.1: Structuur en lay-out**	**THEMA 12.1: Kwaliteit & inhoud van de verwijsbrief (3)**
2. De SOEP-structuur wordt als goed ervaren.	1. Duidelijke structuur.	cluster 1 structuur en lay-out cluster cluster 2: duidelijke en relevante informatie cluster 3: bruikbaarheid van de SOEP-structuur
3. Beknopte en essentiële info in de verwijsbrief.	2. De SOEP-structuur wordt als goed ervaren.	
4. Communicatie tussen de betrokken zorgverleners. x3	7. De SOEP-structuur is gekend bij de huisarts.	
5. Bijkomende info/sociale context vanuit het CB	**CLUSTER 12.2: Duidelijke en relevante informatie**	
6. Blijvende aandacht voor preventie.	3. Beknopte en essentiële info in de verwijsbrief.	
7. De SOEP-structuur is gekend bij de huisarts.	5. Bijkomende info/sociale context vanuit het CB	
8. Bereikbaarheid CB.	13. Nood efficiëntere verwijzing/efficiëntie zorg.	
9. Er is vraag naar digitalisering van de verwijsbrief.	**CLUSTER 12.3: Bruikbaarheid van de SOEP-structuur**	
10. Een verwijzing wordt soms pas later gerealiseerd.	2. De SOEP-structuur wordt als goed ervaren.	
11. De verwijsbrief wordt soms door ouders vergeten.	7. De SOEP-structuur is gekend bij de huisarts.	
12. Verlies informatie aan derde parij (GDPR)/Veiligheid digitaal platform.	**CLUSTER 12.4: Communicatie tussen zorgverleners onderling**	**THEMA 12.2: Communicatie tussen de betrokken partijen (2)**
13. Nood efficiëntere verwijzing/efficiëntie zorg.	4. Communicatie tussen de betrokken zorgverleners. x3	cluster 4: Communicatie tussen zorgverleners onderling cluster 9: Nood aan goede communicatie met ouders cluster 10: Nood aan communicatie methode naar het CB toe
14. Communicatie verbeterd de opvolging.	5. Bijkomende info/sociale context vanuit het CB	
15. Extra achtergrondkennis is een meerwaarde/hulpmiddel.	8. Bereikbaarheid CB.	
16. Open communicatie met de ouders. x2	14. Communicatie verbeterd de opvolging.	
17. Digitalisering voorkomt ongerustheid van de ouders.	**CLUSTER 12.5: De werking van het CB wordt als belangrijk ervaren**	**THEMA 12.3: het CB heeft belangrijke rol in het zorglandschap (2)**
	5. Bijkomende info/sociale context vanuit het CB	cluster 5: De werking van het CB wordt als belangrijk ervaren cluster 8: Aanbieden richtlijnen aan de huisarts
MEMOS	6. Blijvende aandacht voor preventie.	
De huisarts vindt de huidige verwijsbrief te beknopt.	15. Extra achtergrondkennis is een meerwaarde/hulpmiddel.	
De Huisarts vindt de nieuwe template overzichtelijk.	**CLUSTER 12.6: Voordelen van digitale verwijzing**	**THEMA 12.4: Digitalisering van de verwijzing (1)**
De arts geeft een nood naar efficiëntere informatieoverdracht en denkt dat een digitale verwijsbrief dit kan verbeteren.	9. Er is vraag naar digitalisering van de verwijsbrief.	cluster 6: Voordelen van digitale verwijzing cluster 7: Risico's van een digitale verwijzing
	10. Een verwijzing wordt soms pas later gerealiseerd.	
REFLECTIES	11. De verwijsbrief wordt soms door ouders vergeten.	
/	14. Communicatie verbeterd de opvolging.	
	17. Digitalisering voorkomt ongerustheid van de ouders.	
QUOTES	**CLUSTER 12.7: Risico's van digitale verwijzing**	**THEMA 12.5: Informatieverlies/ruis bij een verwijzing (1)**
Ge hebt nergens een valkuil waar het in kan mislopen. Ik zou het absoluut zien zitten om dat gewoon via ook een digita	12. Verlies informatie aan derde partij (GDPR)/Veiligheid digitaal platform.	cluster 7: Risico's van een digitale verwijzing cluster 9: Nood aan goede communicatie met de ouders
er zit veel verbetering op. De communicatie zit letterlijk in de kinderschoenen he en dat is jammer want het zijn gemiste	16. Open communicatie met de ouders. x2	
"Omdat ge dan toch weet van het is gewoon boodschapper ontvanger, er zit nergens een ruis op de lijn."	**CLUSTER 12.8: Aanbieden richtlijnen aan de huisarts**	
	15. Extra achtergrondkennis is een meerwaarde/hulpmiddel.	
	CLUSTER 12.9: Nood aan goede communicatie met ouders	
	10. Een verwijzing wordt soms pas later gerealiseerd.	
	11. De verwijsbrief wordt soms door ouders vergeten.	
	14. Communicatie verbeterd de opvolging.	
	16. Open communicatie met de ouders. x2	
	CLUSTER 12.10: Nood aan communicatie methode naar het CB toe	
	8. Bereikbaarheid CB.	
CODES		
1. Digitalisering van de verwijsbrief is goed. x2	**CLUSTER 13.1: Voordelen van digitale verwijzing**	**THEMA 13.1: Digitale verwijzing kan verwijzen efficiënter maken. (1)**

2. Digitale verwijsbrieven beschermen ouders tegen informatievloed.	1. Digitalisering van de verwijsbrief is goed. x2	cluster 1: Voordelen van digitale verwijzing cluster 2: Nood aan efficiënt opmaken van de verwijsbrief cluster 4: Duidelijke en relevante informatie.
3. Ouders verliezen soms de verwijsbrief	2. Digitale verwijsbrieven beschermen ouders tegen informatievloed.	
4. Automatische overname bij het maken van verwijsbrieven is efficiënt x4.	3. Ouders verliezen soms de verwijsbrief	
5. Een goede verwijsbrief opstellen kost tijd.	10. Een goed gestructureerde verwijsbrief maakt duidelijk wat relevant is.	
6. Er is een hoge tijdsdruk op het CB.	**CLUSTER 13.2: Nood aan efficiënt opmaken van de verwijsbrief.**	**THEMA 13. 2: Het maken van een verwijsbrief kan efficiënter. (3)**
7. Er is nood aan duidelijke en volledige communicatie naar de behandelend arts.	5. Een goede verwijsbrief opstellen kost tijd.	cluster 2: Nood aan efficiënt opmaken van de verwijsbrief cluster 3: Er is een hoge werkdruk in de zorg. cluster 4: Duidelijke en relevante informatie. cluster 5: Efficiëntie zorg. cluster 6: Structuur verwijsbrief.
8. Efficiënte planning is belangrijk in de zorg.	6. Er is een hoge tijdsdruk op het CB.	
9. Er is vaak hoge tijdsdruk in de zorg.	7. Er is nood aan duidelijke en volledige communicatie naar de behandelend arts.	
10. Een goed gestructureerde verwijsbrief maakt duidelijk wat relevant is.	10. Een goed gestructureerde verwijsbrief maakt duidelijk wat relevant is.	
11. Relevante info duidelijk maken voor huisartsen.	11. Relevante info duidelijk maken voor huisartsen.	
12. Conclussie als eerste aangeven wordt als zinvol gezien.	**CLUSTER 13.3: Er is een hoge tijdsdruk in de zorg.**	
13. 0de lijn is preventieve zorg en mag niet diagnosticeren.	5. Een goede verwijsbrief opstellen kost tijd.	
14. Het aanbieden van relevante richtlijnen wordt als een meerwaarde gezien. x2	6. Er is een hoge tijdsdruk op het CB.	
15. Richtlijnen moeten gebruiksvriendelijk zijn. x2	9. Er is vaak hoge tijdsdruk in de zorg.	
16. GSM-gebruik tijdens een consult voor het openen van richtlijnen wordt als vreemd ervaren.	**CLUSTER 13.4: Duidelijke en relevante informatie**	
17. De communicatie naar het CB toe loopt niet altijd goed.	7. Er is nood aan duidelijke en volledige communicatie naar de behandelend arts.	
18. Er is nood aan een duidelijk aanspreekpunt in het CB.	10. Een goed gestructureerde verwijsbrief maakt duidelijk wat relevant is.	
19. Er zijn meerdere zorgverleners betrokken in de werking van het CB.	11. Relevante info duidelijk maken voor huisartsen.	
20. Er is vraag naar een manier om het CB te betrekken in het vervolgbeleid.	12. Conclussie als eerste aangeven wordt als zinvol gezien.	
	CLUSTER 13.5: Efficiëntie zorg	
	4. Automatische overname bij het maken van verwijsbrieven is efficiënt x4.	
	8. Efficiënte planning is belangrijk in de zorg.	
	15. Richtlijnen moeten gebruiksvriendelijk zijn. x2	
	18. Er is nood aan een duidelijk aanspreekpunt in het CB.	
MEMOS	**CLUSTER 13.6: Structuur verwijsbrief**	
Artsen lezen niet graag lange brieven waardoor een heldere weergave van relevante zaken veel kan helpen.	10. Een goed gestructureerde verwijsbrief maakt duidelijk wat relevant is.	
Bedenking van de arts dat het interessant kan zijn om de conclussie bovenaan de brief te zetten.	11. Relevante info duidelijk maken voor huisartsen.	
De GSM bovenhalen voor tijdens een consult om een QR-code te lezen is niet de gewoonte.	12. Conclussie als eerste aangeven wordt als zinvol gezien.	
	CLUSTER 13.7: Verschillen in de werking van het CB in vergelijking m	**THEMA 13.3: Communicatie & samenwerking tussen zorgverleners (2)**
REFLECTIES	13. 0de lijn is preventieve zorg en mag niet diagnosticeren.	cluster 7: Vershillen in de werking van het CB in vergelijking met de huisarts cluster 8: Aanbieden van richtlijnen is een meerwaarde. cluster 10: De communicatie naar het CB kan beter. cluster 11: Het CB betrekken in het vervolgbeleid.
/	18. Er is nood aan een duidelijk aanspreekpunt in het CB.	
	19. Er zijn meerdere zorgverleners betrokken in de werking van het CB.	
QUOTES	20. Er is vraag naar een manier om het CB te betrekken in het vervolgbeleid.	
Misschien, zou dat misschien goed zijn als er ook nog een stukje voor de behandelende arts zijn van wat is mijn verwa	**CLUSTER 13.8: Aanbieden van richtlijnen is een meerwaarde.**	**THEMA 13.4: Richtlijnen aanbieden is zinvol als dit gebruiksvriendelijk**
Want veel van die artsen werken enkel voor Kind en Gezin En ja, Die hebben geen werkadres he. Hoe kan je	14. Het aanbieden van relevante richtlijnen wordt als een meerwaarde gezien. x2	cluster 8: Aanbieden van richtlijnen is een meerwaarde. cluster 9: Aangeboden richtlijnen moeten gebruiksvriendelijk zijn
	15. Richtlijnen moeten gebruiksvriendelijk zijn. x2	
	CLUSTER 13.9: Aangeboden richtlijnen moeten gebruiksvriendelijk zijn.	
	15. Richtlijnen moeten gebruiksvriendelijk zijn. x2	
	16. GSM-gebruik tijdens een consult voor het openen van richtlijnen wordt als vreemd ervaren.	
	CLUSTER 13.10: De communicatie naar het CB kan beter.	
	17. De communicatie naar het CB toe loopt niet altijd goed.	
	18. Er is nood aan een duidelijk aanspreekpunt in het CB.	
	19. Er zijn meerdere zorgverleners betrokken in de werking van het CB.	
	CLUSTER 13.11: Het CB betrekken in het vervolgbeleid.	**THEMA 13.5: Wens Cb te betrekken in het vervolgbeleid. (2)**

	20. Er is vraag naar een manier om het CB te betrekken in het vervolgbeleid.	cluster 11: Het CB betrekken in het vervolgbeleid.