



Samenwerking en gegevensoverdracht tussen het ziekenhuis en de jeugdgezondheidszorg

Beschrijving randvoorwaarden



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

Colofon

Titel

Concept-handreiking Samenwerking en gegevensoverdracht tussen het ziekenhuis en de jeugdgezondheidszorg; beschrijving randvoorwaarden

Een uitgave van

NCJ

Auteurs

Yvonne van Heerwaarden, Betty Bakker

© NCJ - Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

INHOUDSOPGAVE

VOORWOORD	4
INLEIDING	5
1. AANPAK	8
1.1. Documenten	8
1.2. Werkgroep en meeleesgroep	8
1.3. Vervolgprocedure	9
2. RANDVOORWAARDEN VOOR GEGEVENSOVERDRACHT	10
2.1. Professionals	10
2.2. Beroepsverenigingen	12
2.3. Organisaties	12
3. JURIDISCHE CONTEXT	13
3.1. Gegevensoverdracht	13
3.2. Verantwoordelijkheidsverdeling	13
4. CONCLUSIE	14
5. AANBEVELINGEN	15
5.1. Aanbevelingen voor professionals	15
5.2. Aanbevelingen voor instellingen en beroepsverenigingen	17
5.3. Aanbevelingen voor de NVZ, Actiz, GGD-Nederland en het NCJ	17
5.4. Aanbevelingen voor het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport	18
Bijlage 1: Referenties en relevante websites	19
Bijlage 2: Overzicht leden van de werkgroep en meelezers	21
Bijlage 3: Takenpakket Jeugdgezondheidszorg	22
Bijlage 4: Gebruikte afkortingen	23

VOORWOORD

Voor u ligt de concept-handreiking Samenwerking en gegevensoverdracht tussen het ziekenhuis en de Jeugdgezondheidszorg. Intensieve samenwerking tussen verschillende disciplines heeft geleid tot aanbevelingen die bij de implementatie kunnen bijdragen aan een betere samenwerking tussen het ziekenhuis en de jeugdgezondheidszorg. Deze aanbevelingen dienen als leidraad om de samenwerking te versterken, hetgeen de kwaliteit van de zorg aan ouders en hun kinderen ten goede zal komen.

De totstandkoming van deze concept-handreiking is geïnitieerd door het RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid, waarna het NCJ deze taak heeft overgenomen en verder zal zorgdragen voor het stimuleren van de implementatie van deze aanbevelingen.

Wij hopen dat professionals zich door deze concept-handreiking gesteund voelen bij het organiseren van de samenwerking en overdracht van gegevens tussen het ziekenhuis en de JGZ.

Met dank aan iedereen die aan de totstandkoming van deze concept-handreiking heeft meegewerkt.

Ferdinand Strijthagen

Directeur NCJ

INLEIDING

Alle ouders zijn gebaat bij een goede communicatie tussen professionals die bij de zorg voor hun kind betrokken zijn. Uit literatuuronderzoek blijkt dat relevante gegevensuitwisseling tussen professionals in het ziekenhuis- en in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) niet eenduidig en effectief geregeld is. Een inventariserend onderzoek, weergegeven in het recente rapport 'Samenwerken en Afstemmen'⁽¹⁾, geeft aan dat 40-50% van ouders van 0-4 jarigen van mening is dat de communicatie tussen de arts van het consultatiebureau en de kinderarts niet helder is en dat er niet goed wordt samengewerkt. Bart Wolf schrijft in *Praktische Pediatrie*⁽²⁾ over 'een complexe relatie waarbij directe contacten zeldzaam zijn'. Een eerder rapport over samenwerking tussen professionals uit het ziekenhuis en de JGZ, dateert uit 1994 en werd geactualiseerd in 1997⁽³⁾. De landelijke implementatie van dit rapport is mede om financiële redenen niet geëffectueerd. Sauer pleit in *Medisch Contact*⁽⁴⁾ voor nauwere samenwerking tussen kinder- en jeugdartsen en rechtstreeks verwijzen, kortom een integratie tussen JGZ en kindergeneeskunde. Naar aanleiding van de in september 2004 gehouden kwaliteitsconferentie "Zorg voor pré- en dysmature kinderen" voor Jeugdverpleegkundigen en naar aanleiding van het praktijkboek 'Nazorg voor prematuren'⁽⁵⁾, zijn ook tussen verpleegkundigen van het ziekenhuis (kinderverpleegkundigen) en de jeugdverpleegkundigen diverse initiatieven ontstaan in verbetering van gegevensuitwisseling en samenwerking.

Een ander initiatief op basis van bovengenoemde activiteiten is het project 'Nazorg prematuren' in Dordrecht met navolging in Leeuwarden en Gouda. Daarnaast heeft een aantal JGZ instellingen samenwerkingsafspraken gemaakt met ziekenhuizen in de regio^(6,7,8,9). Ook in de workshop tijdens het Congres NCJ werden door deelnemers diverse 'Good practices' gemeld zoals het 'Project warme overdracht' uitgevoerd in Twente, in Noord-Nederland, Friesland, Groningen en Drenthe, waarin alle ziekenhuizen samenwerken met de JGZ en in Rotterdam waar alle kinderartsen en jeugdartsen elkaars e-mailadres kennen. Dit adres wordt overigens alleen gebruikt om afspraken te maken en betreft geen inhoudelijke zorggegevens. Daarnaast wordt in vrijwel alle ziekenhuizen gewerkt via digitale overdrachtssystemen waarin onder andere voorzien is in een overdracht naar de huisarts. Het uitwisselen van medische gegevens zal op termijn landelijk worden georganiseerd. Ondanks alle genoemde positieve initiatieven blijkt de samenwerking voor verbetering vatbaar⁽¹⁾. In een recente handleiding vanuit de eerste lijn wordt aangegeven dat samenwerken een noodzakelijke strategie is de komende decennia wanneer zorgvragen inzet van meerdere disciplines vereisen, de kwaliteit verbeterd kan worden of de kosten gedrukt⁽¹⁰⁾.

Deze concept-handreiking past in een lijn van eerder uitgebrachte standpunten ten aanzien van het uitwisselen van gegevens. Zo is in eerder verschenen rapporten als het *Standpunt overdracht gegevens verloskunde en kraamzorg naar JGZ*⁽¹¹⁾, het rapport *Samenwerken en afstemmen*⁽¹⁾ over de overdracht en samenwerking bij pre- en dysma-

tuur geboren kinderen en andere kinderen met gezondheidsrisico's, de *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg*⁽¹²⁾ en de conceptrichtlijn *Nazorg voor vroeg en/of "small for gestational age" (SGA) geboren kinderen*⁽¹³⁾ al uitgebreid ingegaan op wat er komt kijken bij het uitwisselen van gegevens. Indien genoemde stukken in samenhang worden gelezen zal dit de meerwaarde van deze concept-handreiking vergroten om de samenwerking tussen ziekenhuizen en de JGZ effectief vorm te geven.

Deze concept-handreiking is bedoeld als aanbeveling voor de praktijk en gebaseerd op relevante literatuur en gegevens uit de praktijk. De concept-handreiking is geschreven voor de samenwerking tussen ziekenhuizen en de JGZ. De aanbevelingen kunnen in een later stadium toepasbaar gemaakt worden voor samenwerking met andere ketenpartners zoals bijvoorbeeld de huisartsen en de (Jeugd) Geestelijke Gezondheidszorg ((J)GGZ). In de tekst zijn ter illustratie kaders opgenomen die gelezen mogen worden als 'Good practices'. Waar in de tekst gesproken wordt over de lokale, regionale ziekenhuizen worden ziekenhuizen in de omgeving bedoeld waar kinderen behandeld worden, die ook bij de betreffende JGZ instelling in zorg zijn.

Omdat de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg niet bij alle ketenpartners bekend bleek is in bijlage 3 een beschrijving van de uitvoering opgenomen.

Oorspronkelijke opdracht

De oorspronkelijke opdracht van het ministerie van VWS voor het RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid was om in aansluiting op het standpunt 'Overdracht gegevens van verloskundig actieve huisartsen, verloskundige en kraamverzorgende naar de jeugdgezondheidszorg' een standpunt te ontwikkelen voor de overdracht van de tweede lijn (gynaecoloog, klinisch verloskundige, kinderarts, kinderverpleegkundige en gynaecologie en obstetrie verpleegkundige) naar de jeugdgezondheidszorg.

Reden voor deze opdracht is dat er geen tot onvoldoende gegevens van in het ziekenhuis behandelde kinderen overgedragen worden naar de Jeugdgezondheidszorg. Daar waar gegevens worden overgedragen betreft het veelal een kopie van de medische overdracht naar de huisarts en ontbreken er verpleegkundige en psychosociale gegevens en een contactpersoon. Daarnaast zijn dit vaak gegevens met betrekking tot vroeg- en SGA geboren kinderen.

Bijgestelde opdracht

Reeds in het eerste werkgroep overleg constateerden de leden van de werkgroep dat de oorzaak, mede vanwege de verschuiving van acute naar multidisciplinaire (chronische) zorg⁽⁴⁾ met meerdere behandelaars op verschillende locaties, eerder gelegen is in het ontbreken van randvoorwaarden voor een goede overdracht, dan in het ontbreken van overeenstemming over de inhoud van de gegevens die overgedragen dienen te worden.

Tevens zou de overdracht wederkerig moeten zijn, waarbij ook de overdracht van gegevens van de JGZ naar de 2e en 3e lijn meegenomen zou moeten worden. De werkgroep heeft er daarom voor gekozen de oorspronkelijke opdracht aan te scherpen en heeft in overleg met het hoofd van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid de opdrachtformulering bijgesteld.

De nieuwe opdracht luidt: Het opstellen van een handreiking in samenwerking met relevante ketenpartners over de randvoorwaarden voor wederzijdse gegevensoverdracht tussen het ziekenhuis en de Jeugdgezondheidszorg. Het doel is het beschrijven van randvoorwaarden voor overdracht van gegevens tussen het ziekenhuis en de jeugdgezondheidszorg, zodanig dat de continuïteit in de ketenzorg rondom het kind en het gezinssysteem dat extra zorg behoeft, wordt gewaarborgd.

Reikwijdte

Gegevensoverdracht betreft niet alleen de zorg aan vroeg- en SGA geboren kinderen, maar alle kinderen van 0-19 jaar die extra zorg* behoeven en die door een professional in het ziekenhuis zijn gezien tijdens en na een ziekenhuisopname dan wel poliklinisch. Met de term 'ziekenhuis' worden in dit document ook de specialistische centra bedoeld. Het belang van afstemming en samenwerking in de bredere keten van zorgorganisaties (waaronder Jeugd-GGZ, Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten (AVG) en huisarts) wordt onderkend, maar valt buiten het bereik van deze concept-handreiking. Samenwerking tussen JGZ en eerste lijn is uitgewerkt in de 'Handreiking samenwerking Huisarts – Jeugdgezondheidszorg'.

De aanbevelingen uit deze concept-handreiking kunnen tevens toegepast worden op gegevensoverdracht tussen JGZ en andere klinisch werkzame artsen en verpleegkundigen binnen het ziekenhuis zoals kinderlongartsen en -verpleegkundigen en Keel Neus en Oor (KNO)-artsen en -verpleegkundigen. De overdracht betreft naast contextuele gegevens (zoals naam, adres, geboortedatum) in ieder geval zowel relevante medische, verpleegkundige als psychosociale gegevens.

Deze concept-handreiking past in de brede context van de eerder genoemde documenten ^(1,11,12 en 13). Bovendien heeft de concept-handreiking een relatie met het Standpunt 'Gegevensoverdracht van kraamzorg en verloskunde naar de JGZ'⁽¹¹⁾ en de in ontwikkeling zijnde multidisciplinaire JGZ Richtlijn 'Nazorg voor te vroeg en SGA geboren kinderen'. Bij de implementatie van één van deze documenten dient de brede context van waaruit de genoemde documenten zijn opgesteld in ogenschouw te worden genomen.

* Regionale afspraken zijn nodig om gezamenlijk vast te stellen wat onder extra zorg wordt verstaan.

1. AANPAK

Een plan van aanpak werd op 1-3-2010 goedgekeurd door het RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid en op 15-04-2010 besproken in de vergadering van de Adviesraad van het RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid.

1.1 Documenten

Als eerste is een digitale inventarisatieronde gestart naar bestaande overdrachtsprotocollen tussen ziekenhuizen en de Jeugdgezondheidszorg in Nederland. Daarnaast zijn via de Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) documenten verkregen en is met een internetsearch nog een aantal documenten toegevoegd. Bij het opstellen van deze concept-handreiking zijn naast de documenten uit de referentielijst ook andere, zoals overdrachtsformulieren, betrokken.

Na een beperkte inventarisatie van formulieren die op dit moment voor overdracht in diverse ziekenhuizen gebruikt worden, bleek er grote diversiteit in digitale systemen en in formulieren van diverse afdelingen. Het Digitale Dossier Jeugdgezondheid (DDJGZ) is in nagenoeg alle organisaties voor jeugdgezondheidszorg ingevoerd. De Basisdataset (BDS) zorgt voor uniforme registratie in de JGZ. Inmiddels zijn er ontwikkelingen om binnen de Jeugdgezondheidszorg de onderlinge communicatie van de diverse systemen mogelijk te maken. De diversiteit aan registratiesystemen in de 2e en 3e lijn voorzieningen maakt het onmogelijk op dit moment systemen te koppelen. De werkgroep constateert dat er hooguit een raamwerk van rubrieken te beschrijven is die in de aanbevelingen meegenomen kan worden.

1.2 Werkgroep en meeleesgroep

Betrokken beroepsverenigingen en ouderverenigingen zijn benaderd om leden voor de werkgroep voor te dragen. Mede op advies van medewerkers van het RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid en werkgroepleden is ook een meeleesgroep ingesteld met vertegenwoordigers uit koepelorganisaties (beide groepen zijn opgenomen in bijlage 2) en aangevuld met deskundigen.

De werkgroep heeft vanaf mei 2010 in een vijftal overleggen vorm gegeven aan de inhoud van de voorliggende concept-handreiking. Op grond van de aangepaste opdrachtformulering is de doelstelling zoals geformuleerd in het 'plan van aanpak' aangepast⁽⁵⁾. De werkgroep stelt zich op het standpunt dat gestreefd moet worden naar ketenzorg. Een goede (wederzijdse) overdracht is een belangrijke randvoorwaarde daarvoor. Een 'lijst' van overdrachtgegevens is daar slechts een onderdeel van. Professionals moeten elkaar (bij voorkeur persoonlijk) kennen en weten te vinden. Respect voor en kennis van elkaars werk spelen daarbij een rol. De meeleesgroep heeft de eerste notulen en de eerste en laatste versie van de concept-handreiking ontvangen en becommentarieerd.

Gezien het belang van een goede overdracht vanuit de verloskunde is in tweede instantie de werkgroep uitgebreid met vertegenwoordigers vanuit de KNOV, klinische verloskunde en V&VN, afdeling Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie.

1.3 Vervolprocedure

Het NCJ ziet deze concept-handreiking als een verkenning van mogelijkheden om te komen tot een op termijn wenselijke situatie. Er moet nog veel gebeuren voordat de genoemde wensen zijn gerealiseerd. Een kleine werkgroep wordt ingesteld om de implementatie te stimuleren, waarbij we de uitwerking van de concept-handreiking in de praktijk op een paar plekken willen volgen. Op basis van de lessen die daaruit voortkomen zal ten aanzien van de samenwerking en gegevensoverdracht tussen ziekenhuis en jeugdgezondheidszorg een definitieve handreiking opgesteld worden.

2. RANDVOORWAARDEN VOOR GEGEVENSOVERDRACHT

2.1 Professionals

2.1.1 Competenties

Samenwerking en gegevensoverdracht vraagt om bepaalde competenties. Er is nagegaan of verwacht mag worden, dat de professionals van de betrokken beroepsgroepen deze in hun opleiding aanleren. In het kader van gegevensoverdracht betreft dit voor medisch specialisten onderdelen van de volgende competentiegebieden: communicatie, samenwerking, maatschappelijk handelen, professionaliteit en organisatie⁽¹⁴⁾.

Binnen de opleidingen van de diverse professionals wordt op verschillende wijzen aandacht geschonken aan het belang van samenwerking en de competenties die hiervoor nodig zijn. Voor Jeugdartsen wordt bij de competentie 'samenwerking' de volgende explicitering toegevoegd: 'de specialist (in dit geval de jeugdarts) draagt bij aan effectieve interdisciplinaire samenwerking en ketenzorg'⁽¹⁵⁾. Jeugdverpleegkundigen kennen competenties beschreven onder de vijf rollen (zorgverlener, regisseur, ontwerper, beroepsbeoefenaar en coach) van waaruit een verpleegkundig professional het vak uit oefent⁽¹⁶⁾. Met name in de rol van zorgverlener en regisseur zijn competenties op het gebied van ketensamenwerking terug te vinden. Het opstellen van competenties voor klinisch verloskundigen is nog in ontwikkeling en zal ook onderdelen voor samenwerking bevatten.

De handreiking Professionals in het CJG⁽¹⁷⁾ geeft aan dat onder andere competenties op de volgende gebieden, als voorwaarde voor samenwerking, aandacht verdienen: omgevingsgericht werken en samenwerkingsgericht werken. In het kader van het stimuleren van een optimale gegevensoverdracht is het van belang dat alle betrokken beroepsgroepen in de praktijk aandacht besteden aan het versterken van genoemde competenties. Het artikel van Scheele⁽¹⁸⁾ bevestigt onder andere de noodzaak om meer aandacht te besteden aan deze competentiegebieden.

2.1.2 Samenwerking

De huidige samenwerking tussen kinderartsen en jeugdartsen, kinderverpleegkundigen/obstetrie en gynaecologieverpleegkundigen en jeugdverpleegkundigen verschilt per lokale situatie. De werkgroep heeft de volgende succesfactoren benoemd:

- elkaar als persoon kennen
- elkaars specialisme, en verschillen in de aard van het specialisme, kennen
- creëren van een lage drempel om elkaar te consulteren
- een pro-actieve houding ten aanzien van samenwerking
- inzicht in zorgbehoeften buiten het eigen werkveld

- samenwerking verloopt beter als per instelling een contactpersoon c.q. aandachtsfunctionaris* is aangesteld

Warme overdracht bij vroeg en SGA geboren kinderen met de stafverpleegkundige van de JGZ bespreken en uitwerken.

Actie genoteerd door deelnemers aan de workshop tijdens het Congres NCJ 2010.

De werkgroep stelt voor de afspraken op regionaal niveau te maken vanwege de lokale verschillen.

Investeren in het persoonlijk contact tussen ketenpartners draagt bij aan de samenwerking en erkenning van elkaars vakgebied. Uit ervaring blijkt dit een goede uitwerking te hebben op informatieoverdracht.

“In Almere vindt na de geboorte van een baby die langer dan twee weken is opgenomen op de neonatologieafdeling van het Flevozieken-huis een kennismakingsbezoek door de Jeugdverpleegkundige in het ziekenhuis plaats. Op dat moment wordt door betrokken professionals en ouders de zorgbehoefte in kaart gebracht en een coördinator afgesproken. Op de ochtend van ontslag volgt een digitale verpleegkundige overdracht. De inhoud van deze overdracht is tot stand gekomen via samenwerking tussen de JGZ en de afdeling neonatologie. Brieven van bezoeken aan De Kinderkliniek worden met toestemming van de ouders in kopie verzonden naar het betreffende consultatiebureau.” (citaat van een van de werkgroepleden)

In sommige situaties is een ‘warme overdracht’ gewenst om een versnelling in de continuïteit van de zorgverlening te bewerkstelligen.

Alle zorgverleners zijn verantwoordelijk voor het zorgproces en dienen daarom een actieve houding aan te nemen om zorgbehoefte na ontslag in kaart te brengen en te starten c.q. over te dragen. Door dit tijdig te doen wordt een hiaat in zorg voorkomen en een doorlopende en eenduidige advisering aan ouders gewaarborgd. De werkgroep constateert dat sommige situaties zullen vragen om attitudeverandering.

*Met de term aandachtsfunctionaris doelt de werkgroep op een specifiek taakaccent of een rol die onder gebracht dient te worden in een bestaande functie.

2.1.3 Casemanager

Multidisciplinaire behandeling van een complexe of chronische aandoening vraagt om coördinatie van zorg. In deze complexe situaties is het van groot belang dat er één multidisciplinair behandelplan wordt opgesteld en dat het zorgproces wordt bewaakt door een casemanager. Om het zorgproces te optimaliseren zal per situatie uit één van de betrokken disciplines een casemanager moeten worden vastgesteld. Hierbij kan gedacht worden aan het ketennetwerk Vroeg Voortdurend en Integraal (VVI) indien aanwezig. De casemanager houdt, samen met de ouders het overzicht over het proces. Hij is verantwoordelijk voor de gegevensverzameling, het aansturen van het multidisciplinaire team en het bewaken van het zorgproces in het kader van 'Eén gezin, één plan'. De casemanager neemt initiatieven en denkt mee buiten de muren van de eigen organisatie. Daarnaast heeft de casemanager zicht op de sociale kaart en ondersteuningsmogelijkheden in de regio. Ouders en andere hulpverleners hebben met deze persoon een vast aanspreekpunt om hun ervaringen of vragen voor te leggen. De casemanager hoeft niet de hoofdbehandelaar te zijn en kan in de loop van de tijd wisselen van persoon.

2.2 Beroepsverenigingen

Beroepsverenigingen spelen een rol in het ondersteunen van professionals bij de beroepsuitoefening en kunnen stimulerend optreden ten aanzien van het uitvoeren van aanbevelingen uit deze concept-handreiking. In hoofdstuk 5 staan aanbevelingen beschreven.

2.3 Organisaties

Organisaties, zoals thuiszorginstellingen, ziekenhuizen en GGD-en, spelen een belangrijke rol in het scheppen van voorwaarden teneinde hun professionals de mogelijkheid te bieden uitvoering te geven aan de aanbevelingen, die in deze concept-handreiking beschreven zijn. Zoals bijvoorbeeld het faciliteren van een contactpersoon/ aandachtfunctionaris en het op elkaar afstemmen van de verschillende digitale registratiesystemen. In hoofdstuk 5 wordt hier nader op ingegaan.

3. JURIDISCHE CONTEXT

3.1 Gegevensoverdracht

Alle betrokken BIG-geregistreerde disciplines binnen deze concept-handreiking zijn gehouden aan de WGBO. Voor de wederzijdse uitwisseling van gegevens van en naar de JGZ is toestemming nodig van de jongere* en/ of diens ouders; een mondelinge toestemming is al voldoende. Hierbij dient sterk te worden aanbevolen dit in het dossier van het kind op te nemen. De voorbeeldtekst voor informatie over gegevensoverdracht aan ouders uit de leidraad van de NVK kan hierin gevolgd worden⁽¹⁹⁾. Voor jurisprudentie hoe om te gaan bij kinderen van gescheiden ouders verwijzen we naar 'Richtlijnen inzake omgaan met medische gegevens' van de KNMG⁽²⁰⁾ en naar de Staatscourant van 1 juni 2011 'Uitspraak Centraal College voor de gezondheidszorg'⁽²¹⁾.

3.2 Verantwoordelijkheidsverdeling

In de handreiking 'Verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerken in de zorg'⁽¹²⁾, zijn een dertiental aandachtspunten geformuleerd waarin voor de cliënt geregeld is dat het duidelijk moet zijn wie van de betrokken zorgverleners het aanspreekpunt is, dat er een gezamenlijk zorg- of behandelplan is en dat rechten van de cliënt op juiste wijze worden nagekomen. Relevante gegevens dienen aanwezig en aangetekend te zijn in het dossier. Overige aandachtspunten betreffen de samenwerkingsrelatie, het vastleggen van verantwoordelijkheden en maken van afspraken met betrekking tot overleg en evaluatie. Ten slotte is het vereist de ouders te betrekken bij de ontwikkeling en uitvoering van het zorg- of behandelplan en dat er aangegeven is hoe er omgegaan dient te worden met incidenten.

*Tussen 12 en 16 jaar mag de jeugdige hierover meebeslissen, vanaf 16 jaar mag de jeugdige ook zelfstandig toestemming geven.

4. CONCLUSIE

Op grond van de vraagstelling van de concept-handreiking: 'Welke randvoorwaarden maken een goede gegevensoverdracht en samenwerking tussen het ziekenhuis en de jeugdgezondheidszorg mogelijk?', zijn de volgende conclusies geformuleerd.

De beste wijze van overdracht staat of valt met het creëren van de juiste randvoorwaarden zoals een pro-actieve houding ten aanzien van samenwerking op grond van professionele competenties en afstemming op regionaal niveau ondersteund door koepelorganisaties en wetenschappelijke verenigingen.

Zowel intramuraal als extramuraal werkende professionals krijgen door middel van deze concept-handreiking handvatten aangereikt om tot een verbetering van samenwerking te komen.

Om de daadwerkelijke overdracht van gegevens te faciliteren moeten de diverse digitale systemen met elkaar kunnen communiceren.

5. AANBEVELINGEN

Implementatie en borging van de aanbevelingen uit deze concept-handreiking verdienen uitgebreid aandacht. Gedegen implementatie vraagt om een cyclus van: verspreiding, adoptie, implementatie en continuering⁽²²⁾. De kracht ligt in een regionale lokale aanpak. Tijdens het congres NCJ (december 2010) en het congres V&VN (februari 2011) zijn workshops met betrekking tot de concept-handreiking gehouden. Bevindingen van deelnemers zijn voor zover mogelijk in de concept-handreiking verwerkt. Borging zal plaats vinden door evaluatie na een jaar. Deze evaluatie kan worden verzorgd door de beroepsverenigingen en de koepelorganisaties tezamen. Gedacht wordt aan visitatie van medici en controle op naleving door koepelorganisaties, beroepsverenigingen en de inspectie.

5.1 Aanbevelingen voor professionals

Aanbevelingen t.a.v. individuele zorg

- a. Stel indien nodig per kind met extra zorgbehoefte een casemanager aan voor de coördinatie en afstemming rond de individuele zorg. De casemanager kan zowel afkomstig zijn vanuit de JGZ als de ziekenhuizen, afhankelijk van de lokale situatie en problematiek.
- b. Alle betrokken professionals nemen in het kader van de ketenzorg over en weer contact op bij vragen of onduidelijkheden en maken afspraken omtrent verantwoordelijkheden. Indien nodig vindt afstemming plaats met betrokken professionals afhankelijk van de complexiteit van het probleem en de draaglast van ouders.
- c. Vraag ouders/jeugdigen (>11 jaar) om toestemming om relevante gegevens uit te kunnen wisselen tussen ketenpartners.
- d. Geef in de overdrachtgegevens de naam en functie van deze casemanager aan en hoe die bereikbaar is.
- e. De casemanager stelt per kind een (digitale) gids samen met adressen en telefoonnummers van alle betrokken professionals en hulpverleners. Zorg ervoor dat ouders ook een dergelijke lijst hebben.
- f. Alle betrokken professional zijn in eerste instantie degene die de verantwoordelijkheid hebben ouders te informeren over de zorg van hun kind. Voor overdracht van gegevens kan een kopie van relevante onderdelen van het dossier aan hen meegegeven worden, zoals groeicurves, het van Wiechenschema etc.
- g. Tweede lijn professionals informeren middels een brief zowel de JGZ als de huisarts. De JGZ informeert de huisarts over alle verwijzingen van de JGZ naar de tweede lijn door middel van een kopie van de verwijsbrief van de jeugdarts aan de tweede lijn professional. Lokaal kunnen hier afspraken over worden gemaakt, die (mede voor de inspectie) in samenwerkingsafspraken dienen te worden opgenomen.

“Verbetering van samenwerking in de praktijk vereist inzicht in en respect voor elkaars werkzaamheden. In Amsterdam West is in 2001 het transmurale en interdisciplinaire samenwerkingsverband ‘Werkzaam West’ opgericht dat twee maal per jaar thema-avonden organiseert, waaraan gemiddeld 70 hulpverleners met uiteenlopende professionele achtergrond deel nemen”⁽²³⁾.

Aanbevelingen t.a.v. de ouders

- a. Betrek ouders actief bij de afstemming van de zorg van hun kind tussen ziekenhuis en jeugdgezondheidszorg. Ouders moeten ervan uit kunnen gaan dat deze afstemming plaats vindt.
- b. Zorg dat ouders de naam van de casemanager kennen en dat zij, indien zij constateren dat afstemming in de zorg van hun kind ontbreekt, deze professional hier proactief op aanspreken.

Aanbevelingen t.a.v. ketenzorg

- a. Stel op regionaal niveau per instelling tenminste één contactpersoon c.q. aandachtsfunctionaris vast die als aandachtsgebied de samenwerking heeft tussen de JGZ en ketenpartners (denk bijvoorbeeld aan (J)GGZ, AVG, (para)medici, huisartsen en CJG partners).
- b. Deze contactpersoon/ aandachtsfunctionaris draagt zorg voor een actueel overzicht van medewerkers van de verschillende instellingen.
- c. Elke professional stelt zich op de hoogte van de zorgverlening vanuit de ketenpartners. De organisatie is verantwoordelijk voor het beschikbaar stellen van een goede actuele (regionale) sociale kaart.
- d. De contactpersonen/ aandachtsfunctionaris neemt initiatief tot het organiseren van gezamenlijke scholingen op regionaal niveau, die opengesteld zijn voor kinderverpleegkundigen, obstetrie- en gynaecologieverpleegkundigen, jeugdverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, kinderartsen, klinisch verloskundigen, jeugdartsen en huisartsen. De thema’s worden aangegeven door betrokken professionals. Casuïstiek-overleg is een goede manier om elkaar en elkaar werk te leren kennen.

Het convenant tussen verloskundigen en gynaecologen/ kinderartsen van VSV Bronovo⁽²⁴⁾ is een 'good practice' waarin de volgende onderwerpen als raamwerk weergegeven worden:

- Uitwisselen van kennis en ervaring
- Verbeteren bereikbaarheid, terugkoppeling, overdracht, deskundigheid
- Uitwerken van consultatiemogelijkheden
- Opstellen schriftelijke werkafspraken
- Onderwerpgerichte bijeenkomsten/ bijscholingen voor alle betrokken professionals
- Casuïstiekbespreking
- Regelmatig bijeenkomen

5.2 Aanbevelingen voor instellingen en beroepsverenigingen

- a. Faciliteer als instelling een contactpersoon/ aandachtsfunctionaris die verantwoordelijk wordt gesteld voor de samenwerking tussen organisaties en de implementatie van deze concept-handreiking.
- b. Maak als JGZ instelling samenwerkingsafspraken met de ziekenhuizen in de regio, leg deze schriftelijk vast en evalueer deze na een jaar. N.B. Deze concept-handreiking betreft in eerste instantie de afdelingen kindergeneeskunde maar is zeker ook van belang voor andere afdelingen zoals bijvoorbeeld orthopedie, keel neus en oor (KNO) en oogheelkunde.
- c. Besteedt in alle gangbare PR-uitingen van beroepsverenigingen aandacht aan deze concept-handreiking (magazines, vakliteratuur, nieuwsbrieven, congressen en websites met een link naar de concept-handreiking).

5.3 Aanbevelingen voor de NVZ, Actiz, GGD-Nederland en het NCJ

- a. Ontwikkel een (landelijk) raamwerk gegevensoverdracht tussen ziekenhuis en JGZ.

Van ziekenhuis naar JGZ: gangbare rubrieken zijn:

- GBA/ NAW gegevens
- Reden van opname/ bezoek polikliniek/ verwijzing
- Voorgeschiedenis
- Anamnese
- Behandeling/ zorgverlening en beloop,

De volgende gegevens worden door de werkgroep tevens van belang geacht:

- Conclusie van de behandeling/ zorgverlening
- Gegevens bij ontslag/ verwijzing:
 - medisch
 - verpleegkundig
 - psychosociaal
- Moment van overdracht/ verwijzing
- Retour poli/ JGZ consult

- Contactpersoon/ casemanager indien van toepassing, JGZ team en bereikbaarheid
- Van JGZ naar ziekenhuis:* gegevens op grond waarvan de jeugdarts vermoedt dat er pathologie aanwezig is of ontstaat en die gegevens die relevant zijn voor de groei en ontwikkeling, zoals:
- Groeicurves
 - Schema ontwikkelingsonderzoek
 - Samenvatting van eerder ingezette zorg vanuit de JGZ (JGZ heeft soms meer informatie dan de huisarts)
- b. Zorg voor afstemming van systemen om medische gegevens uit te wisselen van betrokken samenwerkingspartners.
 - c. Maak gezamenlijk een toolkit waarin onder andere een presentatie over deze concept-handreiking, competentieprofielen van betrokken disciplines en een raamwerk voor samenwerkingsprotocollen opgenomen zijn. Deze opdracht zou bij het NCJ gelegd kunnen worden.
 - d. Ondersteun genoemde randvoorwaarden zodat leden tot verbetering van samenwerking kunnen komen door:
 - Publicatie via de website
 - Benaderen van alle communicatieadviseurs binnen de betrokken instellingen
 - e. Het NCJ stelt samen met de werkgroep een implementatietraject op om de concept-handreiking optimaal in de organisaties te kunnen doorvoeren.

5.4 Aanbevelingen voor het ministerie van Volksgezondheid Welzijn en Sport

- a. Ondersteun de aanbevelingen uit deze concept-handreiking en faciliteer waar nodig de realisatie van de bovengenoemde aanbevelingen.
- b. Zorg t.z.t. voor aansluiting van digitale gegevens op het Landelijk Schakel Punt; goede infrastructuur is een vereiste voor de professionals om adequate ketenzorg te kunnen bieden.
- c. Geef een vervolgoopdracht voor de uitwerking van een Standpunt gegevensoverdracht voor andere partners in de ketenzorg rondom een kind en het gezinssysteem dat extra zorg behoeft. Hierbij dient met name gedacht te worden aan de huisartsen, de AVG en de (J)GGZ.

BIJLAGE 1 REFERENTIES EN RELEVANTE WEBSITES

Referenties

1. Samenwerken en afstemmen, Rapport 'Overdracht en samenwerking bij pre- en dysmatuur geboren kinderen en andere kinderen met gezondheidsrisico', NVK en AJN, januari 2009
2. Praktische samenwerking tussen kinderartsen en jeugdartsen op wijkniveau', Wolf, B., Burger-de Geus, A., Kesler-Koppe, A., Budde, H., Praktische Pediatrie, september 2010
3. Protocol nazorg pré- en/of dysmatuur zuigelingen en andere pasgeborenen met een potentieel gezondheidsrisico, NVK en AJN, 1994 (1997)
4. Kindergeneeskunde en JGZ horen bij elkaar', Dr. Sauer, P.J.J., Medisch Contact, 20 mei 2010
5. Plan van aanpak gegevensoverdracht van ziekenhuis naar jeugdgezondheidszorg, Bakker-Camu, G.J.W., april 2010
6. Procedure gegevensoverdracht JGZ en kinderafdeling van het Gelre ziekenhuis, Stichting Thuiszorg Oost-Veluwe, 2003
7. Protocol nazorg pre- en/of dysmatuur zuigelingen en andere pasgeborenen met een potentieel gezondheidsrisico, VitrasCMD en Antonius Ziekenhuis, 2006
8. Protocol Zorg voor prematuren en sga kinderen, Yunio
9. Borstvoedingsoverdracht, De Stroom Opmaat Groep
10. Multidisciplinair samenwerken in de eerste lijn; handreiking voor zorgverleners: deze samenwerkingswijzer en een informatieve website, Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg (LOVE), oktober 2010
11. Standpunt gegevensoverdracht kraamzorg en verloskunde naar JGZ, Beckers, M., RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, 2011
12. Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg, KNMG, V&VN, KNOV, KNGF, KNMP, NIP, NVZ, NFU, GGZ Nederland en NCPF, 26 januari 2010
13. Conceptrichtlijn Nazorg voor vroeg en/of "small for gestational age"(SGA) geboren kinderen. TNO/OMS, 2011
14. Algemene competenties medisch specialist, KNMG, juli 2005 (download; <http://knmg.artsennet.nl/Diensten/knmgpublicaties/KNMGpublicatie/Algemene-competenties-van-de-medisch-specialist-2005.htm>)
15. Competentieprofiel Jeugdgezondheidszorg, KNMG, juni 2008 (download; <http://knmg.artsennet.nl/Artikel/Competentieprofiel-jeugd-gezondheidszorg.htm>)
16. 'In ontwikkeling'; competentieprofiel van jeugdverpleegkundigen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg 0-19, Mast, J., Pool, A., NIZW, 2005
17. Professionals in het Centrum voor Jeugd en Gezin; samenwerken in het belang van jeugdigen en opvoeders, Jeugd en Gezin, Den Haag, 2010
18. 'Spiegelen alleen is niet genoeg', Scheele, F., medisch contact, 17 juni 2010
19. Leidraad NVK, Schriftelijke communicatie tussen kinderartsen en artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg, 2007 <http://www.nvk.nl/Kwaliteit/Richtlijnenindicatoren/Gedragscodesenleidraden/CommunicatiekinderartsenJGZart-senleidraad.aspx>
20. Richtlijnen inzake het omgaan met medische gegevens, KNMG, januari 2010
21. Uitspraak Centraal College voor de gezondheidszorg. Staatscourant, nr 9437, juni 2011.
22. Succesvol implementeren, Fleuren, M., TNO Kwaliteit van Leven, download; http://www.tno.nl/downloads/KvL-PZ-Succesvol_implementeren-TNO-new.pdf
23. Handreiking samenwerking Huisarts – Jeugdgezondheidszorg, dr. Boere-Boonekamp, M.M. en dr. van Sleuwen, B.E., 2008
24. Samenwerkingsconvenant VSV Bronovo, maart 2006

Overige geraadpleegde literatuur

- Protocol nazorg pré- en/of dysmature zuigelingen en andere pasgeborenen met een potentieel gezondheidsrisico, NVK en AJN, 1994 (1997)
- Praktijkboek nazorg voor prematuren, Kerstjens, J.M., Bulk-Bunschoten. A.M.W., Leeuwarden april 2004

Relevante websites

www.artsenjgz.nl

www.couveuseouders.nl

www.kindenziekenhuis.nl

www.knov.nl

www.knmg.nl

www.ncj.nl

www.nvk.nl

www.nvz.nl

www.venvn.nl

www.verwijsindex.nl

www.verwijsindex.tv

www.vog.venvn.nl

BIJLAGE 2 OVERZICHT LEDEN VAN DE WERKGROEP EN MEELEZERS

Leden van de werkgroep

Netty Aalders, NVOG
Betty Bakker-Camu, (voorzitter werkgroep vanuit: RIVM/ Centrum Jeugdgezondheid)
Hans Budde, NVK
Ellen van Hoorn, AJN
Helydia Kenswiël, KNOV
Dionne Mooij, V&VN, Fractie Jeugd
Brenda Naoum, V&VN, afdeling Kinderverpleegkunde
Pauline Nieuwenhuizen, V&VN, afdeling Voortplanting, Obstetrie en Gynaecologie
Gert Jan van Steenbrugge, Vereniging Ouders van Couveusekinderen (mede namens Barbara Wijsen, Stichting Kind en Ziekenhuis)

Meelezers

Marga Beckers, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
Trudy Boshuizen, NVZ
Yvonne van Heerwaarden, Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
Berty Hilderink, Medisch Spectrum Twente (deels)
Sonja Hoedjes, Programmaministerie Jeugd en Gezin
Don Houben, JGZ
Anneke Kesler, AJN
Frank van Leerdam, IGZ
Sabine Neppelenbroek, GGD Nederland
Irma van Straaten; NICU screening, Isala Klinieken Zwolle
Sylvia Veen, NVK
Jacqueline de Vries, Actiz
Nathalie de Vries, NVK (deels)
Barbara Wijsen, Stichting Kind en Ziekenhuis

Geraadpleegde personen/instanties:

Esther Coenen/ Sylvia van der Pal, TNO (in verband met de Richtlijn 'Nazorg voor vroeg en/of "small for gestational age" (SGA) geboren kinderen')
Selma van der Harst, Jong Florence
Gregor Neggers, VWS
Anke Oostveen en Lucie Martijn, KNOV

BIJLAGE 3 TAKENPAKKET JEUGDGEZONDHEIDSZORG

De jeugdgezondheidszorg heeft als doel het beschermen en bevorderen van de gezondheid van alle jeugdigen van 0-19 jaar. Het is preventieve gezondheidszorg gericht op het voorkomen van ziekten en het vroegtijdig opsporen van gezondheidsproblemen bij kinderen en jeugdigen. Het gaat om gezondheid en ontwikkeling van jeugdigen in de breedste zin van het woord: lichamelijk, cognitief en psychosociaal. De JGZ streeft naar het verkleinen van gezondheidsverschillen en het bieden van gelijke kansen op gezondheid aan iedereen.

Alle kinderen in Nederland hebben het recht op deze zorg en gemeenten hebben de wettelijke taak (Wet Publieke Gezondheid (WPG) en Wet Maatschappelijke Ondersteuning (WMO)) om te zorgen dat 0-19 jarigen woonachtig in hun gemeenten deze zorg ook krijgen aangeboden. Het aanbod van de JGZ is omschreven in het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (BTP)⁽¹⁷⁾.

Dit Basistakenpakket kent de volgende zes productgroepen:

- monitoren en signaleren
- inschatten zorgbehoefte
- screening en vaccinatie
- advies, instructie en begeleiding
- beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen en zorgsysteem
- netwerken overleg en samenwerking

Sinds 2003 is er een integrale jeugdgezondheidszorg voor kinderen van 0-19 jaar. Momenteel wordt deze zorg uitgevoerd door diverse instellingen (GGD, Thuiszorg en stichtingen JGZ of Centra Jeugd en Gezin (CJG)). Professionals die de JGZ uitvoeren zijn: jeugdverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten, jeugdartsen en (dokters)assistenten. Daarnaast zijn binnen JGZ instellingen ook andere disciplines werkzaam zoals pedagogen, logopedisten en maatschappelijk werkers.

BIJLAGE 4 GEBRUIKTE AFKORTINGEN

Actiz	Organisatie van zorgondernemers
AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
AVG	Artsen voor Verstandelijk Gehandicapten
BDS	Basis Data Set
BIG	Beroepen in de Individuele Gezondheidszorg
BTP	Basistakenpakket
CB	Consultatiebureau
CJG	Centrum Jeugd en Gezin
DD JGZ	Digitaal Dossier Jeugdgezondheid
EPD	Elektronisch Patiënten Dossier
GBA	Gemeentelijke Basis Administratie
GGD	Gemeentelijke Gezondheids Dienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KNGF	Koninklijk Nederlands Genootschap Fysiotherapie
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
KNMP	Koninklijke Nederlandse Maatschappij ter bevordering der Pharmacie
KNO	Keel Neus en Oor
NAW	Naam, Adres, Woonplaats
NVOG	Nederlandse Vereniging voor Obstetrie en Gynaecologie
KNOV	Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen
LOVE	Landelijk Overleg Versterking Eerstelijnszorg
LSP	Landelijk Schakel Punt
NAW	Naam Adres Woonplaats
NCJ	Nederlands Centrum Jeugdgezondheid
NCPF	Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie
NFU	Nederlandse Federatie Universitaire Centra
NIP	Nederlands Instituut van Psychologen
NVK	Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
NVZ	Vereniging van ziekenhuizen
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SGA	Small for Gestational Age
VSV	Verloskundig Samenwerkings Verband
VWS	Volksgezondheid Welzijn en Sport
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
WMO	Wet Maatschappelijke Ondersteuning
WGBO	Wet op de Geneeskundige BehandelingsOvereenkomst
WPG	Wet Publieke Gezondheid



Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

www.ncj.nl



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid