

Te vroeg en/of small for gestational age (SGA) geboren kinderen

Samenvatting



Nederlands
Centrum
Jeugdgezondheid

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	3
1.1. Definities	3
1.2. Achtergrond	3
1.3. Indeling en afbakening richtlijn	4
2. SAMENWERKING EN AFSTEMMING IN DE ZORGKETEN	5
2.1. Zorg coördinatie	5
2.2. Overdrachtsmomenten en overdracht gegevens	6
2.3. Afstemming	9
Aanbevelingen hoofdstuk 2 samenwerking in de zorgketen	10
3. BASISKENNIS JGZ (GEVOLGEN KINDEREN EN OUDERS), VROEGSIGNALERING EN DOORVERWIJZING/INTERVENTIES	
3a. Correctie onderzoeksleeftijd voor vroeggeboorte	13
3.1 Mentaal functioneren	15
3.2 Motorisch functioneren	16
3.3 Psychosociaal functioneren en gedrag	16
3.4 Fysiek functioneren	17
3.5 Gevolgen ouders	21
3.6 Algemene aanbeveling hoofdstuk 3	22

1. INLEIDING

1.1. Definities

Te vroeg (prematuur) geboren kinderen: kinderen die geboren worden na een zwangerschapsduur (of gestational age; GA) van minder dan 37 weken.

SGA geboren kinderen: kinderen die bij de geboorte een te laag gewicht hebben voor de zwangerschapsduur (small for gestational age), dat wil zeggen met een groeirestrictie (gewicht ten opzichte van zwangerschapsduur < -2 SDS).

1.2 Achtergrond

In Nederland werden in 2008 in totaal 13.649 kinderen (7,7% van alle pasgeborenen) te vroeg (zwangerschapsduur $< 37,0$ weken) geboren en 1,5% van alle pasgeborenen werd bij een zwangerschapsduur van $< 32,0$ weken geboren. 1,4% van de geboren kinderen heeft een geboortegewicht van < 1500 gram (Stichting Perinatale Registratie Nederland (PRN), 2011a). In de periode 1999-2008 zijn het aantal vroeggeboortes en het gemiddelde geboortegewicht van alle levend- en doodgeboren kinderen in Nederland ongeveer gelijk gebleven (PRN, 2011b).

Het aantal prematuur geboren kinderen dat in leven blijft (met eventuele beperkingen) zal toenemen nu de nieuwe behandelrichtlijn voor extreme vroeggeboorte landelijk geaccepteerd is (NVK, NVOG, 2010). Voor ouders betekent het krijgen van een te vroeg geboren kind onzekerheid, angst en ongerustheid. Een goede overgang vanaf de ziekenhuisopname naar de thuissituatie en nazorg in de eerste levensjaren is gewenst. Ouders dienen te weten waar zij met hun vragen terecht kunnen.

Met de JGZ-richtlijn 'Te vroeg en/of small for gestational age (SGA) geboren kinderen' wil de JGZ samen met kinderartsen, kinderverpleegkundigen, huisartsen en andere hulpverleners de nazorg voor kind en ouders verbeteren.

Aan de ontwikkeling van deze richtlijn is een lang traject voorafgegaan, waarin werkgroepen van de NVK en AJN (voorheen NVJG) een modus zochten om te vroeg geboren kinderen een betere gedeelde nazorg te verlenen. Het consensusdocument 'Nazorg pre- en/of dysmature zuigelingen en andere pasgeborenen met een potentieel gezondheidsrisico' van 1997 vormde een belangrijke tussenstap. Dit consensusdocument werd echter helaas niet actief geïmplementeerd. Uit enquêtes en focusgroepgesprekken blijkt dat de belangrijkste punten om tot een goede nazorg te komen zijn: communicatie tussen ziekenhuis en thuiszorg en kennis van zaken, met name in de JGZ. Het rapport Samenwerken en afstemmen (AJN, NVK, 2009) heeft als belangrijk uitgangspunt voor deze richtlijn gediend. Knelpunten zijn: 1) de vaak gedeelde (na)zorg door kinderartsen, JGZ en andere professionals voor de zeer te vroeg geboren kinderen (< 32 zwangerschapsweken) en 2) mogelijke (later ontstane) gezondheidsproblemen bij de groep mild te vroeg geboren kinderen (32-37 zwangerschapsweken) die na thuiskomst voornamelijk door de JGZ gezien worden.

De JGZ-richtlijn 'Te vroeg en/of small for gestational age (SGA) geboren kinderen' is primair bedoeld voor jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, verpleegkundig specialisten en doktersassistenten werkzaam in de JGZ. De richtlijn is tevens bestemd voor andere professionals betrokken bij de nazorg van deze kinderen in samenwerking met de JGZ. De belangrijkste aanbevelingen zijn: 1) het tijdig en volledig overdragen van gegevens bij thuiskomst uit het ziekenhuis, 2) het aanwijzen van een casemanager per kind die de zorg coördineert en 3) het corrigeren van de onderzoeksleeftijd voor de mate van vroeggeboorte (of het gebruik van speciale curves en normen voor vroeggeboren kinderen) bij het beoordelen van groei en ontwikkeling.

1.3 Indeling en afbakening richtlijn

De richtlijn heeft betrekking op nazorg van te vroeg en/of SGA geboren kinderen door de JGZ 0-4 jaar in samenwerking met kinderartsen en andere professionals in de periode vanaf geboorte tot de schoolleeftijd of overdracht naar de JGZ 4-19 jaar.

Er wordt naar de gehele JGZ-richtlijn verwezen voor literatuuronderbouwing, de literatuurlijst (hoofdstuk 5) en de lijst met afkortingen (subhoofdstuk 1.16). Deze JGZ-richtlijn (en de bijlagen; waaronder een voorbeeld ouderfoldertekst en verpleegkundig overdrachtsformulier) en andere JGZ-richtlijnen zijn te downloaden via: <http://www.ncj.nl/onderwerpen/152/richtlijnen>.

2. SAMENWERKING EN AFSTEMMING IN DE ZORGKETEN

De nazorg voor te vroeg en/of SGA geboren kinderen die volgt op ziekenhuisopname is vaak gedeeld. Als het kind en ouders de reguliere zorg voor pasgeborenen vanuit de JGZ (het consultatiebureau) krijgen, kan het kind daarnaast nog gevolgd worden door de kinderarts uit het (perifere en academische) ziekenhuis en door andere zorgverleners. Zowel in de klinische fase (ziekenhuis) als na ontslag (thuisituatie) is het daarom belangrijk dat de zorg voor te vroeg of SGA geboren kinderen verleend wordt door een team van deskundigen, waarbinnen duidelijke afspraken worden gemaakt over de onderlinge taakverdeling. In dit hoofdstuk komen aan de orde: de coördinatie van de zorg, de overdrachtsmomenten en de inhoud en de wijze van de overdracht.

Ouders moeten altijd geïnformeerd worden over de toestand van hun kind, het zorgproces en de afspraken die hierin gemaakt worden. Dit moet op een zodanige manier gebeuren dat rekening gehouden wordt met hun begripsniveau, taal en cultuur. Indien nodig moet gebruikgemaakt worden van een tolk. Bespreek met ouders uit andere culturen of er een taboe is, of ze een sociaal netwerk hebben en of ze ondersteuning krijgen na eventuele stoornissen bij het kind. Ook bij het geven van adviezen, bijvoorbeeld op het gebied van voeding, is het belangrijk om rekening te houden met eventuele cultuurverschillen.

2.1 Zorgcoördinatie

De casemanager is degene die verantwoordelijk is voor de bewaking en coördinatie van het zorgproces. Deze persoon is volledig op de hoogte van welke zorgverleners betrokken zijn bij een patiënt en in welk stadium het behandel-/begeleidingstraject zich bevindt. De casemanager is eerste aanspreekpunt voor ouders en zorgverleners, tenzij voor specifieke vragen anders is afgesproken. Hij/zij zorgt ervoor dat de behandeling/begeleiding door verschillende zorgverleners gecoördineerd verloopt en dat afspraken waar mogelijk op elkaar afgestemd worden. In verschillende fases van het zorgtraject kan deze functie door verschillende personen ingevuld worden. Lokaal dient echter goed afgesproken te worden wie in welke fase van het proces de casemanager is.

Ouders en andere zorgverleners dienen altijd op de hoogte te zijn van wie op welk moment de casemanager is, wat er van de casemanager verwacht kan worden en hoe deze persoon te bereiken is. Bij het aanwijzen van de casemanager zijn twee fasen van belang: de klinische fase (tijdens opname in het ziekenhuis) en de nazorgfase (na thuiskomst). De *Handreiking verantwoordelijkheidsverdeling bij samenwerking in de zorg* (2010) van de KNMG geeft aandachtspunten bij afspraken over verantwoordelijkheden bij samenwerking van diverse zorgverleners.

Fase	Casemanager
Klinische fase	Kinderarts (evt. neonatoloog).
Na ontslag (nazorgfase)	Volgens afspraak: te bepalen door kinderarts bij ontslag (kinderarts/JGZ/huisarts).
Niet in het ziekenhuis opgenomen geweest	Reguliere zorgverlener (zoals JGZ/huisarts).

2.2 Overdrachtsmomenten en overdracht gegevens

Voor deze richtlijn ligt de nadruk op de overdracht van gegevens bij 1) thuiskomst vanuit het ziekenhuis en 2) de overdracht tussen kinderarts en JGZ in de nazorgfase.

Direct bij ontslag stuurt de kinderarts alle direct relevante medische en verpleegkundige correspondentie over een kind naar de huisarts en in kopie naar de jeugdarts en follow-upafdeling van de NICU. Ouders moeten hierover schriftelijk, bijvoorbeeld door middel van een afdelingsfolder, worden geïnformeerd. Met betrekking tot de overdracht van gegevens van kinderarts aan JGZ wordt de leidraad *Schriftelijke communicatie tussen kinderartsen en artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg* (NVK, 2007) gevolgd, waarin een voorbeeldtekst voor gegevensoverdracht naar ouders toe is opgenomen. Daarnaast wordt verwezen naar de (concept-) handreiking *'Samenwerking en gegevensoverdracht tussen het ziekenhuis en de jeugdgezondheidszorg; beschrijving randvoorwaarden'* (NCJ, 2012).

1. Afsluiten periode ziekenhuis en voorbereiden thuiskomst

Direct bij ontslag uit het ziekenhuis vindt 1) een verpleegkundige en 2) een medische overdracht van gegevens plaats. De kinderarts is er eindverantwoordelijk voor dat deze overdracht plaatsvindt. Lokaal kan worden afgesproken wie (arts of verpleegkundige) welke elementen overdraagt aan wie en op welke manier (schriftelijk of mondeling gevolgd door schriftelijk). Gestructureerde multidisciplinaire overdracht kan het risico op gegevensverlies en onduidelijkheden voor ouders en hulpverleners beperken.

Indien geen overdrachtsgesprek gehouden kan worden waarbij alle partijen aanwezig zijn, is het van belang dat er goed contact is (eventueel per telefoon) met de JGZ over het moment van ontslag. Tevens is er een gecombineerd medisch en verpleegkundig ontslaggesprek met de ouders.

Om de overdracht tijdig te kunnen laten plaatsvinden, dient vóór het moment dat het kind naar huis gaat bij het ziekenhuis bekend te zijn welke JGZ-locatie (consultatiebureau of CJG-locatie) het kind zal gaan bezoeken. Daarbij dient bij de JGZ vóór dat moment bekend te zijn dat het kind naar huis komt.

Bij de verpleegkundige overdracht worden de meest essentiële gegevens vóórdat het kind naar huis gaat aan de jeugdverpleegkundige overgedragen. Deze overdracht kan schriftelijk of mondeling (per telefoon) plaatsvinden, in het laatste geval gevolgd door een schriftelijke bevestiging via de e-mail. De jeugdverpleegkundige verwerkt deze gegevens in het JGZ-dossier en geeft deze gegevens door aan de jeugdarts. De definitieve overdracht kan vlak voor of vlak na ontslag plaatsvinden, bij voorkeur binnen één week na thuiskomst, zodat de gegevens bekend zijn bij het eerste huisbezoek. Voor de verpleegkundige overdracht kan het voorbeeld verpleegkundige-overdrachtsformulier gebruikt worden (zie bijlagen richtlijn).

Wanneer sprake is van een situatie met een speciale zorgbehoefte (te bepalen door de casemanager) is een warme overdracht wenselijk. Bij een warme overdracht vindt een gesprek plaats tussen ten minste de kinderverpleegkundige, de jeugdverpleegkundige en de ouders. De volgende onderwerpen worden besproken: wie de casemanager is, of verlengde kraamzorg nodig is, de speciale zorgbehoefte (bijvoorbeeld sondevoeding, monitoring) en mogelijkheden voor het betrekken van andere zorgverleners (fysiotherapie, logopedie, maatschappelijk werk). Ook worden afspraken gemaakt over de invulling van het nazorgtraject, met name wanneer daar verschillende zorgverleners bij betrokken zijn. Besproken onderwerpen en gemaakte afspraken worden schriftelijk vastgelegd. Om de warme overdracht goed te kunnen uitvoeren is een goede ontslagplanning door het ziekenhuis essentieel.

De (voorlopige) medische overdracht wordt direct bij ontslag van het kind naar de huisarts en de jeugdarts gestuurd.

De definitieve overdracht van kinderarts aan JGZ vindt schriftelijk plaats *binnen 14 dagen na ontslag*, zodat de JGZ volledig geïnformeerd is over het klinische traject. Het is voor de continuïteit van het zorgproces van belang dat alle gegevens op structurele wijze worden vastgelegd en overgedragen.

2. Overdracht tijdens de nazorgfase

Ook in de nazorgfase geldt dat overdracht tussen de verschillende zorgverleners gestructureerd plaats moet vinden, bij voorkeur met behulp van formulieren of checklists. Het is belangrijk dat de gegevens uitwisselbaar en volledig zijn. Tijdens de nazorgfase zou de overdracht tussen kinderarts en JGZ door een voor alle zorgverleners toegankelijk EPD de beste manier van gegevensoverdracht zijn. Gezien de huidige ontwikkelingen rondom de flexibilisering van de contactmomenten wordt aanbevolen om de kinderen een status toe te kennen waarbij zij extra aandacht krijgen. Na elk bezoek aan de jeugdarts/jeugdverpleegkundige respectievelijk de kinderarts dienen binnen een afgesproken termijn de relevante gegevens te worden uitgewisseld met de andere partij, met een kopie daarvan aan de casemanager.

Voor overdracht van de JGZ 0-4 jaar naar de JGZ 4-19 jaar zie richtlijn hoofdstuk 2.3.2.

Overdrachtmomenten en gegevens die overgedragen moeten worden

Overdrachtmoment	Gegevens die overgedragen moeten worden*
1. Ontslag Kinderarts bepaalt moment van ontslag/ naar huis gaan en draagt zorg voor overdracht**	Zwangerschap • Bijzonderheden, zwangerschapsduur, rangorde kind en miskramen, psychosociale aspecten, culturele achtergrond.
	Bevalling • Verloop en wijze van de bevalling, beleving ouders. • Perinatale problemen, Apgar-score. • Gewicht, lengte, hoofdomtrek (inclusief SDS) na geboorte.
	Opname • Groei tijdens opname (lengte, gewicht, hoofdomtrek). • Verloop motorische ontwikkeling (begeleiding kinderfysiotherapie). • Ziektegeschiedenis (diagnostiek, operatieve ingrepen en beloop, consulten). • Voeding(sproblemen) tijdens opname (prelogopedie/ begeleiding diëtist?) • Bijzonderheden m.b.t. verzorging. • Begeleiding kinderfysiotherapie, pedagogisch medewerker, maatschappelijk werk, psycholoog.
	Ontslag • Wie is casemanager en tot wanneer (inclusief contactgegevens)? • Gewicht, lengte, hoofdomtrek (en SDS). • Voedingsproblemen, welke voeding, hoeveelheid, frequentie, wijze van voeden, wie geeft voedingsadvies? • Medicatie en supplementen. • Bijzondere aandachtspunten m.b.t. kind en ouders.*** • Ingezette ondersteuning/begeleiding. • Aanwezige hulp na ontslag (uitgestelde kraamzorg?) en gewenste extra ondersteuning vanuit de JGZ. • Nog geplande diagnostiek. • Hielprik, neonatale gehoorscreening en ROP-screening verricht of nog te verrichten? • Vaccinaties**** reeds toegediend, wie geeft de volgende en waar? • Bij wie kunnen de ouders terecht bij vragen m.b.t. groei en ontwikkeling? • Bij wie kunnen de ouders terecht bij vragen m.b.t. voeding? • Wie is verantwoordelijk voor de zorg bij intercurrente ziektes? • Datum eerste policonrole, kinderarts met naam. • Datum eerste controle-follow-up poli academisch ziekenhuis (indien van toepassing). • Controle bij kinderfysiotherapie en/of andere medisch specialisten en hulpverleners. • Naam en adresgegevens JGZ-instelling.

2. Nazorg Contactmoment (na)zorg kind	• Groei: bij vragen m.b.t. groei: diagnostiek/therapie/adviezen.
	• Ontwikkeling: bij vragen m.b.t. ontwikkeling: diagnostiek/therapie/adviezen, uitslagen van test, bijv. Bayley.
	• Voedingsadvies.
	• Aanpassingen medicatie.
	• Bijzondere aandachtspunten m.b.t. kind en ouders, eventuele ingestelde begeleiding ouders/kind.
	• Eventuele verandering casemanager.
	• Datum volgende controles.

* De dikgedrukte items moeten **direct bij ontslag** overgedragen worden.

** Voor of direct bij ontslag stuurt de kinderarts alle direct relevante medische en verpleegkundige correspondentie over een kind naar de huisarts en in kopie naar de jeugdarts en de follow-upafdeling van de NICU. Ouders moeten hierover schriftelijk worden geïnformeerd volgens de leidraad Schriftelijke communicatie tussen kinderartsen en artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg (NVK, 2007), bijvoorbeeld d.m.v. de afdelingsfolder.

*** Bijvoorbeeld traumatische ervaringen voor kind en/of ouders tijdens opname en welke begeleiding en/of adviezen daarbij zijn (of kunnen worden) gegeven. Maar ook: psychiatrische voorgeschiedenis ouders, verslavingsproblematiek, klein/geen sociaal netwerk, stress in het gezin, evt. AMK-melding, jonge leeftijd ouders, sterfte bij deel meerling, sterfte kind bij eerdere zwangerschap.

**** Bij kinderen, geboren na een zwangerschap van minder dan 32 weken geeft de kinderarts aan of de eerste vaccinaties klinisch moeten plaatsvinden. Voor passieve immunisatie RSV: zie standpunt NVK 2005.

2.3 Afstemming

Afstemmen van afspraken/contactmomenten en adviezen

Wanneer er sprake is van een gedeelde nazorg of controles door verschillende zorgverleners, is het van belang dat er heldere afspraken gemaakt worden tussen de betrokken zorgverleners en in overleg met de ouders. Goede onderlinge afstemming kan zorgen voor op elkaar afgestemde afspraken en adviezen en voorkomen dat er meerdere afspraken in één week gepland worden en dat er verschillende adviezen door diverse zorgverleners gegeven worden. De kinderarts kan zijn/haar controles afstemmen op de gebruikelijke JGZ-contactmomenten. Ook kunnen JGZ en kinderarts in het lokale ziekenhuis rekening houden met de tijdstippen van controles bij de NICU. De casemanager kan hierin een belangrijke rol spelen. Hij/zij bewaakt het proces, de terugkoppeling en de afstemming.

De nazorgfase loopt tot het JGZ Preventief Gezondheidsonderzoek (PGO) op de leeftijd van 3 jaar en 9 maanden. Op dat moment wordt bepaald of het kind aangemerkt moet worden als risicokind dat met een hogere frequentie gezien moet worden, omdat na deze leeftijd kinderen niet meer standaard jaarlijks onderzocht worden.

Regionale afspraken, aandachtsfunctionaris en sociale kaart

Er dienen zowel regionaal als lokaal afspraken vastgelegd te worden in een protocol voor een goede afstemming in de nazorgfase. Gezamenlijke bij- en nascholingen zorgen voor bekendheid met elkaar in persoon en werk. Door het aanwijzen van een aandachtsfunctionaris op het gebied van te vroeg of te licht geboren kinderen of een vast contactpersoon per zorginstelling blijft de nazorg in beeld.

Het is van belang dat zowel casemanager als ouders als huisarts als kinderarts (lokaal en NICU-follow-up) als jeugdgezondheidszorg beschikken over een sociale kaart/de contactgegevens van de betrokken contactpersonen uit de eerste (huisarts, jeugdarts, jeugdverpleegkundige), tweede (kinderarts) en derde lijn (neonatoloog) en van andere betrokken zorgverleners bij de nazorg van het kind.

Voor een overzicht van diverse bestaande regionale nazorgmodellen wordt verwezen naar de volledige richtlijn (subhoofdstuk 2.5).

Aanbevelingen hoofdstuk 2 Samenwerking en afstemming in de zorgketen

Op het moment dat het kind naar huis gaat vanuit het ziekenhuis wordt voor elk kind een casemanager aangewezen die verantwoordelijk is voor de bewaking en coördinatie van het (na)zorgproces.

In de klinische fase is de kinderarts de casemanager.

Als er geen klinische fase is, dan is een van de in de thuissituatie betrokken zorgverleners (bijvoorbeeld de JGZ of de huisarts) de casemanager.

In de nazorgfase is de kinderarts de casemanager totdat deze het casemanagement overdraagt aan een van de andere betrokken zorgverleners. Dit moment is afhankelijk van de ernst van de prematuriteit en van de problematiek (medisch en qua ontwikkeling) van het kind en wordt bepaald door de kinderarts. Het verdient aanbeveling om hier lokaal afspraken over te maken. Bij afwijken van deze afspraak wordt dit expliciet besproken en vastgelegd.

Gedurende de nazorgfase kan afhankelijk van de omstandigheden het casemanagement (al dan niet tijdelijk) wisselen.

Voor ouders en alle andere betrokkenen dient altijd duidelijk te zijn wie op welk moment de casemanager is van het zorgproces, wat de rol is van de casemanager en hoe zij de casemanager kunnen bereiken.

Ook moet voor ouders altijd duidelijk zijn bij wie zij terechtkunnen met specifieke vragen.

De casemanager is verantwoordelijk voor een zorgvuldige en tijdige planning van het tijdstip van ontslag en voor de coördinatie van het nazorgtraject.

Vóór het moment dat het kind naar huis gaat vanuit het ziekenhuis is in het ziekenhuis bekend naar welke JGZ-locatie (consultatiebureau, CJG-locatie) het kind gaat.

Communicatie met de JGZ in de dagen rondom thuiskomst is nodig.

De aanwezigheid van eventuele risicofactoren bij kind en omgeving, met name de draagkracht van de ouders, moet meegewogen worden bij het bepalen van het moment van ontslag.

Benodigde professionele ondersteuning is bij ontslag geregeld.

Een sociale kaart van deskundigen die goed onderbouwde en onderzochte interventies kunnen doen ondersteunt een goede organisatie van de nazorg.

Vóór of direct bij het moment dat het kind naar huis gaat vanuit het ziekenhuis vindt een schriftelijke overdracht plaats van de meest relevante medische en verpleegkundige gegevens van de kinderarts aan de huisarts en de JGZ.

De definitieve overdracht volgt binnen twee weken na ontslag en wordt schriftelijk vastgelegd. De casemanager coördineert deze overdracht.

Ouders worden geïnformeerd over de overdracht aan de JGZ volgens de leidraad *Schriftelijke communicatie tussen kinderartsen en artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg* (NVK, 2007).

Met name in situaties met een speciale zorgbehoefte (te bepalen door de casemanager) heeft het de voorkeur dat rond het ontslag een 'warme' verpleegkundige overdracht plaatsvindt tussen ziekenhuis en jeugdgezondheidszorg.

Hierbij zijn ten minste de verpleegkundige uit het ziekenhuis, de jeugdverpleegkundige en de ouders aanwezig.

Deze warme overdracht kan zowel in het ziekenhuis als thuis plaatsvinden.

Vóór ontslag naar huis worden onder verantwoordelijkheid van de casemanager heldere afspraken over het nazorgtraject gemaakt tussen de betrokken zorgverleners, in overleg met de ouders.

Controles worden zodanig op elkaar afgestemd dat de belasting voor ouders en kind minimaal is.

De werkgroep beveelt aan dat de relevante gegevens bij overdrachten ten minste schriftelijk en gestructureerd worden vastgelegd, bij voorkeur met behulp van een checklist.

De werkgroep adviseert betrokken hulpverleners gebruik te maken van uitwisselbare gegevens/onderzoeksmethoden.
Een voor alle zorgverleners toegankelijk elektronisch dossier is hiervoor de beste oplossing. Een alternatieve mogelijkheid is een pendeldossier dat of een checklist die wordt ingevuld na bezoek aan consultatiebureau of kinderarts.

Casemanager, ouders, huisarts, neonatoloog (NICU), kinderarts en jeugdgezondheidszorg dienen te beschikken over de contactgegevens van de betrokken contactpersonen uit de eerste (huisarts, jeugdarts, jeugdverpleegkundige, JGZ-organisatie), tweede (kinderarts) en derde lijn (neonatoloog) en van andere betrokken zorgverleners.

Bij elk contactmoment in de JGZ wordt bepaald of een extra contactmoment nodig is en met welke discipline.

De werkgroep beveelt aan om per JGZ-organisatie een aandachtsfunctionaris aan te wijzen die de nazorg aan pasgeborenen met een gezondheidsrisico als aandachtsgebied heeft. Deze persoon kan zich inzetten om overdracht, scholing en regionale afspraken te ontwikkelen en te bewaken.

Ingeval de JGZ-organisaties 0-4 jaar en 4-19 jaar gescheiden zijn, is de JGZ 0-4 jaar ervoor verantwoordelijk dat op het moment dat de zorg overgaat naar de JGZ 4-19 jaar het complete dossier wordt overgedragen. Indien het kind nog onder controle of behandeling is van andere zorgverleners, zoals de kinderarts, worden deze van de overdracht op de hoogte gesteld.

3. BASISKENNIS JGZ (GEVOLGEN KINDEREN EN OUDERS), VROEGSIGNALERING EN DOORVERWIJZING/INTERVENTIES

3a. Correctie onderzoeksleeftijd voor vroeggeboorte

Door de JGZ wordt op contactmomenten met behulp van het Van Wiechen-schema de ontwikkeling van het kind gevolgd. Bij te vroeg of SGA geboren kinderen dient rekening te worden gehouden met correctie van de onderzoeksleeftijd voor vroeggeboorte (uitgaande van de uitgerekende of à terme datum en niet van de geboortedatum of kalenderleeftijd).

Aanbeveling correctie onderzoeksleeftijd voor vroeggeboorte

- Tot en met de gecorrigeerde leeftijd van 24 maanden wordt bij de beoordeling van lengtegroei, gewicht, hoofdomtrek en mentale, motorische en spraak- en taalontwikkeling van alle te vroeg geboren kinderen (GA < 37 weken) uitgegaan van de gecorrigeerde leeftijd (de leeftijd berekend vanaf de uitgerekende datum) en niet van de kalenderleeftijd.
- Indien er valide speciale instrumenten beschikbaar zijn voor te vroeg geboren kinderen, zoals de 'prematurengroeicurves van UMCG/TNO', dan kunnen deze gebruikt worden.
- Na de gecorrigeerde leeftijd van 24 maanden:
 - wordt bij vertraagde mentale, motorische en/of spraak- en taalontwikkeling naast de kalenderleeftijd altijd ook de gecorrigeerde leeftijd in het eindoordeel meegenomen;
 - worden de lengtegroei, gewicht en hoofdomtrek tot 5 jaar gecorrigeerd voor de mate van vroeggeboorte.
- Altijd wordt goed gedocumenteerd welke beoordelingsinstrumenten gebruikt zijn, of gecorrigeerd is voor vroeggeboorte en, zo ja, tot welke leeftijd.

Correctie onderzoeksleeftijd voor vroeggeboorte (alle kinderen < 37 weken)

	Gebied	Correctie
Tot en met gecorrigeerde leeftijd van 24 maanden	Lengtegroei*, gewicht, hoofdomtrek, mentale, motorische en spraak- en taalontwikkeling.	Ja. Ga uit van de gecorrigeerde leeftijd (de leeftijd berekend vanaf de uitgerekende datum), niet van de kalenderleeftijd.
Na gecorrigeerde leeftijd van 24 maanden	Mentale, motorische en spraak- en taalontwikkeling	Nee. Ga uit van de kalenderleeftijd; bij een vertraagde ontwikkeling ook de gecorrigeerde leeftijd in het eindoordeel betrekken.
Na gecorrigeerde leeftijd van 24 maanden	Lengtegroei*, gewicht, hoofdomtrek.	Ja. Ga uit van de gecorrigeerde leeftijd tot 5 jaar.

* Groei kan worden beoordeeld met de nieuw ontwikkelde UMCG/TNO-prematurendiagrammen (www.tno.nl/groei) of met de standaard groeicurves op basis van gecorrigeerde leeftijd (zie ook subhoofdstuk 3.4 Fysiek functioneren, Groeiachterstand in de richtlijn).

Voor de uitwerking van de nu volgende onderwerpen (zoals de precieze gevolgen voor kinderen en ouders) en de achterliggende literatuurstudie wordt naar de volledige richtlijn verwezen. De andere JGZ-richtlijnen waar naar verwezen wordt zijn terug te vinden op: <http://www.ncj.nl/onderwerpen/191/overzicht-richtlijnen>.

Aanbeveling basiskennis JGZ over gevolgen kinderen en ouders

- De JGZ heeft basiskennis over de diversiteit aan mogelijke problematiek bij zowel de kinderen zelf (subhoofdstuk 3.1-3.4) als bij de ouders (subhoofdstuk 3.5) van te vroeg of SGA geboren kinderen.
- De JGZ is op de hoogte van problematiek bij te vroeg of SGA geboren kinderen op de volgende gebieden: mentaal, (neuro)motorisch, psychosociaal en fysiek.
- De JGZ is op de hoogte van problematiek bij de ouders, zowel van de psychische en psychosociale gevolgen voor ouders zelf als de gevolgen voor de ouder-kindinteractie en voor het gehele gezin.
- De JGZ is op de hoogte van de risicofactoren, zowel kindfactoren als ouderfactoren.
- De JGZ is alert op deze gevolgen en bespreekt deze onderwerpen met ouders.

Gevolgen kinderen

Vroeg- en SGA-geboorte kunnen ten eerste gevolgen hebben op de korte termijn, wat directe implicaties heeft voor de preventieve zorg en nazorg. Ten tweede kunnen gevolgen zich op de lange termijn manifesteren, waarbij tijdige herkenning en doorverwijzing van belang zijn. Ieder kind is anders: een deel van de extreem of zeer te vroeg en SGA geboren kinderen kan geen tot weinig last hebben van hun te vroege of SGA-geboorte, terwijl kinderen die matig te vroeg geboren zijn ernstige gevolgen kunnen ondervinden.

Problematiek te vroege en/of SGA-geboorte

Kinderen

Risicofactoren voor problematiek n.a.v. de vroeg en/of SGA-geboorte

- Extreem vroege/SGA-geboorte.
- Chronische longziekte (CLD/BPD).
- Neurologische afwijkingen, cerebrale echoafwijkingen met intraventriculaire bloedingen en periventriculaire leukomalacie (IVH/PVL).
- Andere complicaties tijdens de opnameperiode.
- Mannelijk geslacht.
- Kinderen die al vroeg achterstanden laten zien in het cognitief of motorisch functioneren of vroeg (regulerende) gedragsproblemen laten zien.
- Ouders met laag opleidingsniveau of lage sociaal-economische klasse (SES).
- Verwaarlozing of een weinig stimulerende thuisomgeving.

Risicofactoren die voorkomen in de algemene populatie gelden ook voor deze kinderen.

Gevolgen

1. Mentaal

- Mentale/cognitieve achterstand.
- Schoolproblemen.
- Spraak- en taalproblemen.
- Achterstand executief functioneren (processen die het doelgericht uitvoeren van taken aansturen, o.a. planning, werkgeheugen, aandacht, verwerkingssnelheid, flexibiliteit etc.).

2. (Neuro)motorisch

- (Neuro)motorische achterstand.
- Cerebrale parese (CP).
- Problemen tonusregulatie; verminderde kwaliteit van bewegen.

3. Psychosociaal

- Aandachtproblemen/ADHD.
- Autismespectrumstoornis (ASS).
- Internaliserende/externaliserende gedragsproblemen.
- Psychosomatische klachten.

4. Fysiek*

- Groeiachterstand.
- Visuele en/of gehoorbeperkingen.
- Luchtwegproblemen (CLD/BPD, benauwdheid).
- Eet-/voedingsproblemen; vertraagde zuig- en slikontwikkeling.
- Liesbreuken.
- Verminderde weerstand.
- Overige fysieke beperkingen (zie subhoofdstuk 3.4).

* Een deel van de fysieke gevolgen voor kinderen zijn 'normale' gevolgen van de vroege of SGA-geboorte waarvoor (na overleg met de kinderarts) meestal niet direct doorverwezen hoeft te worden en een deel zijn gevolgen waarvoor (in overleg met de kinderarts) wél direct terug- of doorverwezen moet worden naar in elk geval de kinderarts (zie onderstaand bij 3.4). Meer informatie over de gevolgen van een te vroege of SGA-geboorte zijn o.a. te vinden op het kenniscentrum binnen de website van de Vereniging van Ouders van Couveusekinderen (www.couveuseouders.nl).

3.1 Mentaal functioneren

Aanbeveling vroegsignalering mentaal functioneren

- Voor het monitoren van de ontwikkeling van te vroeg of SGA geboren kinderen wordt het Van Wiechenonderzoek gebruikt. Bij de interpretatie wordt rekening gehouden met de (mate van) vroeggeboorte.
- Bij twijfel over achterstand na het afnemen van het Van Wiechenonderzoek wordt overlegd met de kinderarts over deze twijfel, tenzij de ontwikkeling van het kind tevens in het kader van een follow-up door een andere professional gevolgd wordt.
- Bij een geconstateerde achterstand wordt het kind door-/terugverwezen naar de kinderarts.

Interventies en doorverwijzing bij mentale of spraak- en taalachterstand:

- Gebruikelijke JGZ-adviezen bij mentale achterstand op het Van Wiechenonderzoek, echter wel gecorrigeerd voor vroeggeboorte.
- Door-/terugverwijzen naar kinderarts, vooral indien de kinderarts bij ontslag is aangewezen als casemanager voor de nazorg van het kind. Bij twijfel overleggen met de kinderarts.
- In overleg met de kinderarts doorverwijzen naar de orthopedagoog, kinderpsychiater, ontwikkelings-/kinder-/jeugdpsycholoog. Bij brede ontwikkelingsproblematiek kan eventueel de kinderrevalidatiearts of Integrale Vroeghulp ingezet worden.
- Eventueel kan speciaal onderwijs of een speciaal kinderdagverblijf door ouders overwogen worden.

3.2 Motorisch functioneren

Aanbevelingen vroegsignalering (neuro)motorisch functioneren

- Voor het monitoren van het motorisch functioneren van te vroeg of SGA geboren kinderen wordt het Van Wiechenonderzoek gebruikt. Bij de interpretatie wordt rekening gehouden met de (mate van) vroeggeboorte.
- Bij het monitoren van het motorisch functioneren bij te vroeg of SGA geboren kinderen let de JGZ extra op: tonus, symmetrie en motorische afwijkingen. Bij afwijkingen wordt tijdig doorverwezen, in overleg met de kinderarts, vooral bij kinderen die een hersenbloeding (cysteuze PVL) of zuurstoftekort hebben gehad tijdens de neonatale periode.
- Als door de JGZ een achterstand wordt vastgesteld die niet eerder bekend was, wordt overlegd met de kinderarts hierover, ook als de ontwikkeling van het kind tevens in het kader van een follow-up door een andere professional (kinder(revalidatie)arts, neonatoloog of kinderfysiotherapeut) gevolgd wordt.

Interventies/doorverwijzing bij motorische achterstand:

- Gebruikelijke JGZ-adviezen bij motorische achterstand, echter wel gecorrigeerd voor vroeggeboorte.
- Door-/terugverwijzen naar kinderarts die de indicatie stelt voor verwijzing naar de kinderfysiotherapeut, kinderrevalidatiearts of neuroloog of andere specialisten. Bij brede ontwikkelingsproblematiek kan de kinderrevalidatiearts of Integrale Vroeghulp ingezet worden. Bij twijfel dient overlegd te worden met de kinderarts.

Richtlijn: JGZ-richtlijn 'Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvorming'

3.3 Psychosociaal functioneren en gedrag

Aanbeveling vroegsignalering psychosociaal functioneren en gedrag

- Voor de vroegsignalering van gedragsproblemen en psychosociale problematiek hanteert de JGZ de huidige aanpak binnen JGZ-contactmomenten en -richtlijnen.
- Bij het monitoren van gedrag en psychosociaal functioneren bij te vroeg of SGA geboren kinderen is de JGZ extra alert op: mogelijke aandachtsproblemen/ADHD, sociale/aan autisme verwante problemen en andere gedragsproblemen of psychosomatische klachten.
- Bij twijfel over gedragsproblematiek kan overlegd worden met de kinderarts en kan ouders gevraagd worden om vragenlijsten benoemd in de richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen' in te vullen (indien beschikbaar), tenzij het gedrag van het kind tevens in het kader van een follow-up door een andere professional gevolgd wordt.

Interventies/doorverwijzing bij afwijkingen psychosociaal functioneren en gedrag:

- Terug-/doorverwijzen naar de kinderarts, zodat de kinderarts indien nodig naar de psycholoog, orthopedagoog, kinderpsychiater, medisch maatschappelijk werker of andere specialisten kan doorverwijzen. Bij twijfel overleggen met de kinderarts.
- Bij gedragsproblemen kan ook videohometraining ingezet worden vanuit de JGZ.
- Bij gedrags-/regulatieproblemen en huilen/overprikkelijkheid kunnen ook gedragsdeskundigen vanuit het IBA-IP ingezet worden die gespecialiseerd zijn in gedragsob-

servaties van te vroeg geboren kinderen en de begeleiding van ouders (ToP-ondersteuning; zie bijlage 2 Interventies na ontslag in de gehele richtlijn).

Richtlijnen die geraadpleegd kunnen worden over gedrag, psychosociale problemen, aandachtsproblemen, ADHD en autismespectrumstoornissen:

- Multidisciplinaire richtlijn voor ADHD bij kinderen en jeugdigen.
- JGZ-richtlijn 'Autismespectrumstoornissen (ASS)'.
- JGZ-richtlijn 'Vroegsignalering van psychosociale problemen'.
- Multidisciplinaire richtlijn excessief huilen.

3.4 Fysiek functioneren

Aanbeveling vroegsignalering groei

- De groei wordt gecorrigeerd voor vroeggeboorte beoordeeld. Dit kan met de prematurendiagrammen van UMCG/TNO of met standaard groeicurves op basis van gecorrigeerde leeftijd.
- Bij te vroeg geboren kinderen is het van belang de (gecorrigeerde) groei goed te blijven monitoren. Dit is van extra belang bij kinderen die SGA geboren zijn.
- Altijd wordt goed gedocumenteerd welke instrumenten gebruikt zijn, of gecorrigeerd is voor vroeggeboorte en, zo ja, tot welke leeftijd.
- Een negatieve afbuiging van de SD-scores ten opzichte van de gebruikte curves is een indicatie voor door-/terugverwijzing naar de kinderarts.
- Een te snelle inhaalgroei wordt afgeraden.

Interventies/doorverwijzing bij afwijkingen groei:

- Door-/terugverwijzen naar kinderarts, met kopie van de verwijsbrief naar de huisarts.

Richtlijnen die geraadpleegd kunnen worden:

- JGZ-richtlijn 'Signalering van en verwijscriteria bij kleine lichaamslengte'.
- JGZ-richtlijn 'Overgewicht - Preventie, signalering, interventie en verwijzing'.

Aanbeveling vroegsignalering visuele en gehoorstoornissen

- Voor de signalering van visus- en gehoorproblemen hanteert de JGZ het onderzoek binnen de huidige JGZ-contactmomenten en -richtlijnen en is de JGZ extra alert op deze problemen bij te vroeg en SGA geboren kinderen.
- Bij kinderen die bekend zijn met ROP gaat de JGZ in de voorschoolse periode na of de oogarts deze kinderen onderzocht heeft op visuele stoornissen.

Interventies/doorverwijzing bij visuele en gehoorstoornissen:

- Inlichten kinderarts en huisarts, eventueel doorverwijzen naar audiologisch centrum.

Richtlijnen die geraadpleegd kunnen worden:

- JGZ-richtlijn 'Opsporing visuele stoornissen'.
- JGZ-Standaard Vroegtijdige Opsporing van Gehoorstoornissen 0-19 jaar.

Aanbeveling vroegsignalering luchtwegproblemen

- Voor de signalering van luchtwegproblemen en benauwdheid hanteert de JGZ het onderzoek binnen de huidige JGZ-contactmomenten.
- Bij het lichamelijk onderzoek bij te vroeg en/of SGA geboren kinderen is het van belang om extra alert te zijn op luchtwegklachten en benauwdheid, vooral bij kinderen die bekend zijn met BPD of die een infectie met het RS-virus hebben doorgemaakt.

Interventies/doorverwijzing bij luchtwegproblemen:

- Gebruikelijke JGZ-adviezen, rekening houdend met verhoogde vatbaarheid en gevolgen van verkoudheid voor te vroeg en SGA geboren kinderen.
- Niet-roken advies aan ouders.
- Door-/terugverwijzen naar kinderarts, met kopie naar huisarts.

Richtlijnen die geraadpleegd kunnen worden:

- JGZ-richtlijn 'Astma'.

Aanbeveling (vroeg)signalering eetgedrag en eetproblemen

- De kinderarts en/of (kinder)diëtist geeft bij ontslag een voedingsadvies aan de ouders en JGZ en geeft aan wanneer de JGZ het voedingsbeleid kan overnemen.
- Bij het voedingsbeleid is het van belang aandacht te hebben voor verrijkte (post-discharge-) voeding en een eventueel vertraagde zuig- en/of slikontwikkeling, vooral bij kinderen die SGA geboren zijn of BPD/NEC hebben (gehad).
- Streven naar een snelle inhaalgroei wordt afgeraden bij te vroeg of SGA geboren kinderen.

Interventies/doorverwijzing bij voedings- en eetproblemen

- Door-/terugverwijzen naar (reeds betrokken) diëtist in het ziekenhuis of naar eerste-lijns (kinder)diëtist. In enkele gevallen is reeds de (kinder)diëtist vanuit het ziekenhuis betrokken bij voedingsproblemen (regionaal verschillend).
- Tevens is het van belang aandacht te hebben voor tijdige en adequate introductie van vaste voeding (gecorrigeerde leeftijd 4-6 maanden).
- Door-/terugverwijzen naar de kinderarts indien er twijfels of indicaties zijn over afwijkingen in neurologie/(neuro)motoriek.
- Doorverwijzing naar prelogopedist bij primaire voedings-/eetproblemen. Soms heeft deze dan ook nog de hulp van de lactatiedeskundige, kinderdiëtist of orthopedagoog nodig.

Richtlijnen/werkboeken die geraadpleegd kunnen worden:

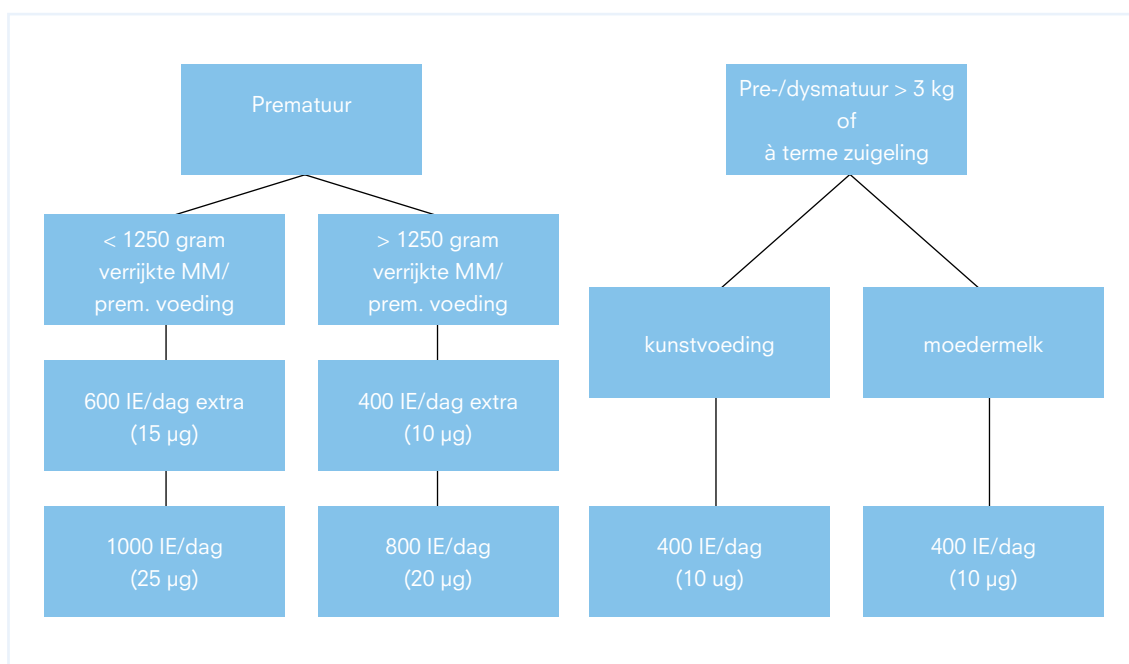
- JGZ-richtlijn 'Voeding en eetgedrag'.
- Werkboek Enterale en parenterale voeding bij pasgeborenen (Lafeber en Van Zoeren-Grobbe, 2012); voor een samenvatting van de aanbevelingen binnen dit werkboek zie richtlijn hoofdstuk 3.4.3.

Suppletieadvies voor vitamine K

zwangerschapsduur en gewicht	dosering vlak na geboorte	dosering bij moedermelk op dag 8 ¹	duur ²
≥ 35 weken	1 mg oraal	1 dd 150 µg oraal	12 weken
< 35 weken > 1500 g	1 mg i.v. of 1 mg oraal	1 dd 150 µg oraal	vanaf 35 weken nog 12 weken
< 35 weken < 1500 g	0,5 mg i.v.	1 dd 150 µg oraal	vanaf 35 weken nog 12 weken

1. Ook als "breast milk fortifier" (supplement ter verrijking van borstvoeding) gegeven wordt.
Als de vitamine K binnen een uur na toediening wordt uitgespuugd, wordt de gift herhaald.
2. Suppletie kan gestaakt worden zodra minimaal 500 ml kunstvoeding per dag wordt gegeven.

Suppletieadvies voor vitamine D



De hoogte van de vitamine D-suppletie is afhankelijk van het gewicht, zoals te zien is in bovenstaand figuur, en is onafhankelijk van huidskleur en seizoenen. Er staat in de onderste rij hoeveel eenheden in totaal moeten worden gegeven, inclusief de extra eenheden die gegeven worden bij zuigelingen < 3 kg.

Wanneer het huidige gewicht boven de 3 kg is, wordt 400 IE/dag vitamine D gegeven, net als aan à terme zuigelingen. Vitamine D-suppletie wordt gecontinueerd tot de leeftijd van 4 jaar.

Suppletieadvies voor ijzer bij te vroeg geboren kinderen

	Gewicht			
	< 1000 g	1000-2000 g	2000-2500 g	> 2500 g
Aanbevolen ijzerinname (mg/kg/d)	2-3	2-3	1	1
Moedermelk (evt. met fortifier) (mg/100 ml)	0,03-0,06	0,03-0,06	0,03-0,06	0,03-0,06
Standaardkunstvoeding (mg/100 ml)	0-0,8	0-0,8	0-0,8	0-0,8
Post-discharge-voeding (mg/100 ml)	1,6-1,8	1,6-1,8	1,6-1,8	1,6-1,8
Extra ijzersuppletie (mg/kg/d)	2-3	2-3	nee	nee

Te vroeg geboren kinderen krijgen ijzersuppletie vanaf 2-6 weken tot de leeftijd van 6-12 maanden, alleen bij borstvoeding of standaardkunstvoeding en niet bij post-discharge-voeding.

Overige fysieke gevolgen en doorverwijzing

Fysieke gevolgen in de eerste levensjaren die meestal **doorverwijzing of actie behoeven (na overleg met de kinderarts)**: anemie, strabismus, icterus prolongatus (>3 weken), snelle toename hoofdomtrek, liesbreuken, ademhalingsproblemen, tonusregulatieproblematiek (dit laatste is meestal tijdelijk, maar kan het functioneren belemmeren en zich later in andere motorische problematiek uiten, waardoor adviezen en behandeling noodzakelijk kunnen zijn), visuele of gehoorsbeperking.

'Normale' gevolgen van de vroeggeboorte in de eerste levensjaren die meestal geen (directe) actie behoeven (na overleg met kinderarts): afwijkingen als gevolg van het lange liggen (bijvoorbeeld afgeplat hoofd), littekens van infusen e.d., nog niet ingedaalde testikels (de testikels dalen vaak later vanzelf in, dit moet wel binnen 6 maanden kalenderleeftijd gebeurd zijn), navelbreuken (sluiten meestal vanzelf nog), huilen en overprikkelijkheid. Wel blijft oplettendheid van belang en kunnen de gewoonlijke JGZ-adviezen gegeven worden en kan bij huilen/overprikkelijkheid een gedrags-interventie als het IBA-IP (zie bijlage 2 van de richtlijn) ingezet worden.

Aanbeveling vroegsignalering overige fysieke gevolgen

- Bij het lichamelijk onderzoek is de JGZ bij de vroegsignalering bij te vroeg en/of SGA geboren kinderen alert op problematiek die actie of doorverwijzing behoeven (zie bovenstaand).
- 'Normale' gevolgen van de vroeggeboorte in de eerste levensjaren die meestal geen directe actie behoeven zijn: afwijkingen als gevolg van het lange liggen (bijvoorbeeld afgeplat hoofd), littekens van infusen e.d., nog niet ingedaalde testikels (dalen vaak later vanzelf in, dit moet binnen 6 maanden (kalenderleeftijd) gebeurd zijn), navelbreuken, huilen en overprikkelijkheid. Bij het signaleren van deze problematiek kan in overleg met de kinderarts nagegaan worden of er sprake is van onderliggende problematiek.

Richtlijnen die geraadpleegd kunnen worden m.b.t. overige fysieke gevolgen:

- Multidisciplinaire richtlijn verwijzing bij niet-scrotale testes.

- JGZ-richtlijn 'Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming'.
- Kennissynthese en LESA Dysplastische Heup Ontwikkeling (DHO).

3.5 Gevolgen ouders

Ouders

Risicofactoren

- Lagere sociaal-economische klasse (SES).
- Angstige persoonlijkheid.
- Posttraumatische stress.
- Stressoren in de omgeving (steun is beschermend).
- Psychiatrische aandoening, zoals eerder doorgemaakte depressie/angststoornis.
- Door moeder doorgemaakte problemen tijdens de zwangerschap (zoals HELLP of zwangerschapsvergiftiging).

Gevolgen

1. Psychisch/psychosociaal:
 - Depressie.
 - Angst.
 - Posttraumatische stress.
 - Onverwerkte schuldgevoelens.
2. Ouder-kindinteractie:
 - Hechting.
 - Te intense/overbeschermende ouder-kindinteractie.
 - Gevolgen voor hele gezin/moeder en ook vader en hun onderlinge relatie/hele omgeving (familierelaties, werkrelaties enz.)

Aanbeveling ondersteuning ouders

Aanbeveling ondersteuning ouders

- De JGZ is alert op mogelijke psychosociale gevolgen voor ouders en op gevolgen hiervan voor de hechting en/of opvoeding (zie 3.5.1).
- De JGZ is op de hoogte van de deelname van ouders aan interventieprogramma's rondom/na ontslag.
- Ouders worden vooral optimaal ondersteund in de periode rondom het ontslag en in de periode direct daarna.
- Bij opvoedproblematiek of psychosociale problematiek hanteert de JGZ de gebruikelijke JGZ-interventies, -adviezen en -richtlijnen (opvoedingsondersteuning) of verwijst door naar/via de huisarts.

Informatie voor ouders

Het is van belang om ouders goed te informeren over het hele traject en tijdens de contactmomenten. Om ouders te informeren over het nazorgtraject en de aanbevelingen die in de richtlijn beschreven staan, is in de bijlagen een foldertekst te vinden die aan ouders

uitgedeeld kan worden. Ook kan verwezen worden naar het Belgische groeiboekje voor prematuren, dat te vinden is op: www.kindengezin.be/img/groeiboekje.pdf. Ook de VOC kan veel informatie bieden aan ouders, zoals het boekje 'Eindelijk thuis' en het Kenniscentrum Prematuren, beide te vinden op de website van de VOC (www.couveuseouders.nl).

3.6 Algemene aanbeveling hoofdstuk 3

Aanbeveling vroegsignalering bij te vroeg/SGA geboren kinderen binnen de JGZ

- Voor signalering van de meeste gevolgen voor kinderen die te vroeg en/of SGA geboren zijn, hanteert de JGZ de vroegsignalering zoals opgenomen en beschreven binnen de huidige JGZ-contactmomenten en -richtlijnen.
- Bij flexibilisering van de contactmomenten wordt aanbevolen deze kinderen een status toe te kennen waarbij zij extra aandacht krijgen.
- De JGZ corrigeert voor vroeggeboorte zodat overdiagnostiek en onnodig doorverwijzen deels kunnen worden voorkomen, waarbij een goede afstemming met de kinderarts van belang blijft.
- De JGZ zorgt voor een goede afstemming van het diagnostische traject met de kinderarts (zie hoofdstuk 2).

Aanbeveling interventies

De JGZ is op de hoogte van welke aanvullende interventies ingezet kunnen worden voor te vroeg of SGA geboren kinderen. De JGZ is op de hoogte van de interventies en/of behandelingen die aangeboden worden aan een te vroeg of SGA geboren kind en zijn/haar ouders via de kinderarts of andere specialisten.

Aanbeveling indicaties voor doorverwijzing

Indien de JGZ bij te vroeg of SGA geboren kinderen een afwijking of problematiek signaleert die niet (of niet in die mate) eerder bekend was, neemt de JGZ contact op met de kinderarts (met kopie aan de huisarts). Als het kind niet bekend is bij een kinderarts of andere specialist (zoals een kinderrevalidatiearts of kinderfysiotherapeut) neemt de JGZ contact op met de huisarts.

Nederlands Centrum Jeugdgezondheid

Churchillaan 11
3527 GV Utrecht

www.ncj.nl

