

Bijlage: Onderzoeken, verwijzen en samenwerken bij onzindelijkheid en incontinentie

In deze bijlage wordt uitgebreider ingegaan op de verschillende onderzoeken die de JGZ-professional kan inzetten indien het vermoeden bestaat/er klachten zijn van zindelijkheidsproblematiek of incontinentie. Hierbij is een onderverdeling gemaakt in een aantal onderwerpen. In de praktijk zal deze verdeling niet altijd even scherp te maken zijn.

- Urine-incontinentie overdag en LUTS (Lower Urinary Tract Symptoms)
- Enuresis
- Fecale incontinentie

De onderzoeken richten zich op het maken van onderscheid of begeleiding door de JGZ is aangewezen of dat verwijzing nodig is en naar welke professional. Verder geven de onderzoeken aanknopingspunten voor de begeleiding door de JGZ.

Zie ook de *stroomschema's incontinentie, enuresis en obstipatie*.

Urine-incontinentie overdag en LUTS

1. Algemene anamnese

Indien het vermoeden bestaat/er klachten zijn van urine-incontinentie overdag/LUTS dan worden de volgende onderwerpen met ouders besproken. De JGZ-professional kan op maat bepalen hoe de vragen geformuleerd worden. Zie de bijlage *Anamneselijst Zindelijkheidsproblematiek (urine)* voor een anamneselijst. Deze lijst betreft een suggestie en kan bijvoorbeeld schriftelijk worden afgenomen of tijdens een extra moment van contact.

- Medische voorgeschiedenis (diagnoses, operaties, medicatiegebruik), met specifieke aandacht voor urineweginfecties
- Familieanamnese, met specifieke aandacht voor ontwikkelings-, urogenitale en zindelijkheidsproblematiek
- Drinkgedrag (hoeveelheid drinken en verdeling over de dag)
- Voedingspatroon (hoeveelheid vezels)
- Slaappatroon (doorslapen, snurken)
- Signalen kindermishandeling/seksueel misbruik
- Hoe ervaren ouders de opvoeding
- Zijn er stressvolle situaties in/rond het gezin (overlijden, echtscheiding, financiële problemen)
- Is het kind aangemeld op een school¹, hoe gaat het op school (afhankelijk van de leeftijd)
- Hoe zit het kind in zijn vel (gedragsproblemen, pesten, hoeveel last van de klachten/zindelijkheidsproblemen/incontinentie)
- Motivatie van ouders/kind voor begeleiding
- Wat is er tot nu toe geprobeerd in verband met de klachten

2. Specifieke anamnese

- Verloop zindelijkheidstraining
- Is het kind eerder droog geweest overdag en/of 's nachts (en hoe lang)

¹ Bij zindelijkheidsproblematiek weigeren scholen soms kinderen. De ervaring leert dat als scholen weten dat er gewerkt wordt aan de zindelijkheidsproblemen, ze soms wel bereid zijn om het kind aan te nemen.

- Feces: de frequentie en consistentie van de feces (gebruik bijvoorbeeld de Bristol ontlastingsschaal, zie figuur 2) en de eventuele aanwezigheid van fecale incontinentie
- Urine
 - Nagaan alarmsymptomen (zie tabel 7)
 - Symptomen overdag: Plasfrequentie overdag (aantal keer/dag), plotselinge aandrang om te plassen, neiging om plassen uit te stellen, persmictie, ophoudmanoeuvres, mate en frequentie van natte broeken (graad 1 = druppels, graad 2 = euromunt, graad 3= onderbroek/ buitenbroek), momenten van incontinentie (voor/na het plassen), associatie met drukverhogende momenten.
 - Symptomen 's nachts: Frequentie van bedplassen (aantal keer/week), uitlokkende factoren (bijv. lange vakantie-/slaapuren, drinken voor het slapen gaan).



Figuur 2. Bristol ontlastingsschaal. Type 1 en 2 zijn suggestief voor obstipatie.

Tabel 7. Alarmsymptomen die kunnen wijzen op een organische oorzaak.

Symptoom	Kan wijzen op
Pijn bij het plassen	Urineweginfectie
Hematurie (bloed in urine)	Infectie, anatomische obstructie, nierziekte, seksueel misbruik of ander trauma, schistosoma haematobium
(Herhaalde) urineweginfecties	Anatomische afwijkingen, seksueel misbruik
Afwijkend looppatroon of motorische problemen	Neurologische aandoeningen, zoals spina bifida
Continu urineverlies	Afwijkend verlopende ureter of anatomische aandoening sfincter

Persisterend abnormale straal of moeite met plassen ondanks begeleiding	Anatomische afwijkingen
's Avonds en 's nachts veel drinken, 's nachts vaak plassen	Aanwijzing voor diabetes mellitus, AVP-deficiëntie of resistentie (voorheen diabetes insipidus)

Verwijscriteria naar aanleiding van anamnese:

- Verwijzing huisarts bij verdenking op een urineweginfectie.
- Verwijzing kinderarts/kinderuroloog² indien er sprake is van overige alarmsymptomen (zie module *Samenwerken en verwijzen*).
- Overweeg verwijzing naar een kinder(bekken)fysiotherapeut³ indien er na begeleiding door de JGZ aanhoudende klachten zijn van zindelijkheidsproblematiek of incontinentie (bij een kind ouder dan 5 jaar).

3. Lichamelijk onderzoek:

- Een algemeen lichamelijk onderzoek door jeugdarts of verpleegkundig specialist, met name gericht op de buik, rug, en onderste extremiteiten, inclusief neurologisch onderzoek (hakken/tenengang en achillespeesreflexen beiderzijds).
- Biometrie (lengte en gewicht)
- Onderzoek van de genitalia en inspectie van het ondergoed kunnen tekenen van seksueel misbruik of fecale incontinentie aantonen. Het genitaal onderzoek vergt ervaring voor een juiste interpretatie. Let bij meisjes op synechiae van de labia die de meatus afsluiten, gespleten clitoris (wijst op epispadie) en urine in de vagina. Let bij jongens op een nauwe meatus (met name na besnijdenis of ten gevolge van lichen atroficans).
- Een verkleuring van de huid, een putje (dimple), versterkte haargroei of een lipoom (onderhuidse zwelling) in het lumbosacrale gebied kunnen wijzen op een occulte spina bifida⁴.

Verwijscriteria naar aanleiding van lichamelijk onderzoek:

- Verwijzing kinderarts bij afwijkend lichamelijk onderzoek (anders dan tekenen obstipatie).
- Verwijzing kinderarts bij midline laesies, behalve bij een simpele sacrale dimple (minder dan 5 mm diep, en afstand minder dan 2,5 cm van de anus en geen andere sacrale afwijkingen zichtbaar aan de huid), lichte beharing, archipelvlek of een moedervlek.
- Voor verwijscriteria gebaseerd op lengte en gewicht: zie de JGZ-richtlijnen Lengtegroei, Ondergewicht en Overgewicht (**t.z.t. linken toevoegen**).

4. Dagboeken. Deze geven inzicht in het eten en drinken, mictie en/of defecatie en kunnen ook gebruikt worden om het effect van begeleiding te monitoren. Zie de bijlagen van deze richtlijn voor diverse dagboeken. Hierin worden ten minste de volgende punten bijgehouden:

- Vochtinnname
- Frequentie en volume van plassen. Het meten van volume is wenselijk als een kind overdag < 4x of >10 x plast.
- Frequentie en consistentie van feces
- Klachten en symptomen

² Het is afhankelijk van regionale afspraken en beschikbaarheid of wordt verwezen naar een kinderarts of kinderuroloog.

³ Fysiotherapeutische zorg voor kinderen met zindelijkheidsproblematiek kan worden verleend door geregistreeerde kinderfysiotherapeuten en geregistreeerde bekkenfysiotherapeuten met aanvullende scholing op dit specifieke aandachtsgebied.

⁴ Bij een simpele sacrale dimple (minder dan 5 mm diep, en afstand minder dan 2,5 cm van de anus en geen andere sacrale afwijkingen zichtbaar aan de huid) is geen aanvullend onderzoek noodzakelijk naar spina bifida (Seregini, Weatherby, & Beardsall, 2019). In alle andere gevallen (zoals een sacrale dimple in combinatie met andere aangeboren afwijkingen of een hemangioom) dient aanvullend onderzoek te worden verricht.

Besprek met ouders hoe de dagboeken ingevuld moeten worden en waar ouders eventuele knelpunten zien. Zoek samen naar mogelijke oplossingen voor deze knelpunten.

Verwijscriteria naar aanleiding van dagboeken:

- Verwijzing huisarts bij verdenking op een urineweginfectie.
- Verwijzing kinderarts/kinderuroloog bij overige alarmsymptomen (zie module *Samenwerken en verwijzen*).

5. Vragenlijsten

Om eventuele co-morbiditeit uit te sluiten, wordt afname van een brede inventariserende gedragsvragenlijst zoals de SDQ aanbevolen. De SDQ kan worden afgenomen vanaf de leeftijd van 2 jaar. Als deze recent al eens is afgenomen is hernieuwde afname in principe niet nodig.

Verwijscriteria naar aanleiding van dagboeken:

- Zie [JGZ-richtlijn Psychosociale problemen](#).

Enuresis

1. Algemene anamnese

Indien het vermoeden bestaat/er klachten zijn van enuresis dan worden de volgende onderwerpen nagevraagd. De JGZ-professional kan op maat bepalen hoe de vragen geformuleerd worden. Zie de bijlage *Anamneselijst Zindelijkheidsproblematiek (urine)* voor een anamneselijst. Deze lijst betreft een suggestie en kan bijvoorbeeld schriftelijk worden afgenomen of tijdens een extra moment van contact.

- Medische voorgeschiedenis (diagnoses, operaties, medicatiegebruik), met specifieke aandacht voor urineweginfecties
- Familieanamnese, met specifieke aandacht voor ontwikkelings-, urogenitale en zindelijkheidsproblematiek
- Drinkgedrag (hoeveelheid drinken en verdeling over de dag)
- Voedingspatroon (hoeveelheid vezels)
- Slaappatroon (wekbaarheid, doorslapen, snurken, parasomniën, opvallend onrustige slaap)
- Signalen kindermishandeling/seksueel misbruik
- Hoe ervaren ouders de opvoeding
- Zijn er stressvolle situaties in/rond het gezin (overlijden, echtscheiding, financiële problemen)
- Hoe gaat het op school
- Hoe zit het kind in zijn vel (gedragsproblemen, pesten, hoeveel last van enuresis)
- Motivatie van ouders/kind voor begeleiding
- Wat is er tot nu toe geprobeerd in verband met de klachten

2. Specifieke anamnese

- Verloop zindelijkheidstraining
- Feces: de frequentie en consistentie van de feces (gebruik bijvoorbeeld de Bristol ontlastingsschaal, zie figuur 2) en de eventuele aanwezigheid van fecale incontinentie
- Urine
 - Symptomen overdag: zindelijkheid overdag, plasfrequentie overdag (aantal keer/dag), plotselinge aandrang om te plassen, neiging om plassen uit te stellen, persmictie, ophoudmanoeuvres.
 - Is het kind eerder droog geweest 's nachts (en hoe lang)
 - Nagaan alarmsymptomen (zie module *Samenwerken en verwijzen*)

- Symptomen 's nachts: Frequentie van bedplassen (aantal keer/week), luiergebruik, uitlokkende factoren (bijv. lange vakantie, lang slapen, drinken voor het slapen gaan).

Verwijscriteria naar aanleiding van anamnese:

- Verwijzing huisarts bij verdenking op een urineweginfectie.
- Verwijzing kinderarts/kinderuroloog indien er sprake is van overige alarmsymptomen (zie module *Samenwerken en verwijzen*).

3. Lichamelijk onderzoek:

- Een algemeen lichamelijk onderzoek door jeugdarts of verpleegkundig specialist, met name gericht op de buik, rug, en onderste extremiteiten, inclusief neurologisch onderzoek (hakken/tenengang en achillespeesreflexen beiderzijds)
- Biometrie (lengte en gewicht)
- Onderzoek van de genitalia en inspectie van het ondergoed kunnen tekenen van seksueel misbruik of fecale incontinentie aantonen. Het genitaal onderzoek vergt ervaring voor een juiste interpretatie. Een verkleuring van de huid, een putje (dimple), versterkte haargroei of een lipoom (onderhuidse zwelling) in het lumbosacrale gebied kunnen wijzen op een occulte spina bifida⁵.

Verwijscriteria naar aanleiding van lichamelijk onderzoek:

- Verwijzing kinderarts bij afwijkend lichamelijk onderzoek (anders dan tekenen obstipatie).
- Verwijzing kinderarts bij midline laesies, behalve bij een simpele sacrale dimple (minder dan 5 mm diep, en afstand minder dan 2,5 cm van de anus en geen andere sacrale afwijkingen zichtbaar aan de huid), lichte beharing, een archipelvlek of een moedervlek.
- Voor verwijscriteria gebaseerd op lengte en gewicht: zie de JGZ-richtlijnen Lengtegroei, Ondergewicht en Overgewicht (**t.z.t. linken toevoegen**).

4. Dagboeken. Deze geven inzicht in eten en drinken, mictie en/of defecatie en kunnen ook gebruikt worden om het effect van begeleiding te monitoren. Zie de bijlagen van deze richtlijn voor diverse dagboeken. Hierin worden ten minste de volgende punten bijgehouden:

- Vochtinnname
- Frequentie en volume van plassen. Het meten van volume (overdag) is wenselijk als een kind overdag < 4x of >10 x plast.
- Frequentie en consistentie van feces
- Klachten en symptomen

Besprek met ouders hoe de dagboeken ingevuld moeten worden en waar ouders eventuele knelpunten zien. Zoek samen naar mogelijke oplossingen voor deze knelpunten. Geef duidelijk aan of de volumes gemeten en ingevuld moeten worden.

Verwijscriteria naar aanleiding van dagboeken:

- Verwijzing huisarts bij verdenking op een urineweginfectie.
- Verwijzing kinderarts/kinderuroloog⁶ bij overige alarmsymptomen (zie module *Samenwerken en verwijzen*).

5. Vragenlijsten

⁵ Bij een simpele sacrale dimple (minder dan 5 mm diep, en afstand minder dan 2,5 cm van de anus en geen andere sacrale afwijkingen zichtbaar aan de huid) is geen aanvullend onderzoek noodzakelijk naar spina bifida (Seregni et al., 2019). In alle andere gevallen (zoals een sacrale dimple in combinatie met andere aangeboren afwijkingen of een hemangioom) dient aanvullend onderzoek te worden verricht.

⁶ Het is afhankelijk van regionale afspraken en beschikbaarheid of wordt verwezen naar een kinderarts of kinderuroloog.

Om eventuele co-morbiditeit uit te sluiten, wordt afname van een brede inventariserende gedragsvragenlijst zoals de SDQ aanbevolen. De SDQ kan worden afgenomen vanaf de leeftijd van 2 jaar. Als deze recent al eens is afgenomen is hernieuwde afname in principe niet nodig.

Verwijscriteria naar aanleiding van dagboeken:

- Zie [JGZ-richtlijn Psychosociale problemen](#).

Obstipatie en fecale incontinentie

1. Algemene anamnese

Indien het vermoeden bestaat/er klachten zijn van obstipatie of fecale incontinentie dan worden de volgende onderwerpen nagevraagd. De JGZ-professional kan op maat bepalen hoe de vragen geformuleerd worden. Zie de bijlage *Anamneselijst Zindelijkheidsproblematiek (feces)* voor een anamneselijst. Deze lijst betreft een suggestie en kan bijvoorbeeld schriftelijk worden afgenomen of tijdens een extra moment van contact.

- Medische voorgeschiedenis (diagnoses, operaties, medicatiegebruik), met specifieke aandacht voor urineweginfecties, buikpijn en eerdere defecatieproblemen
- Familieanamnese, met specifieke aandacht voor ontwikkelings- en zindelijkheidsproblematiek
- Drinkgedrag (hoeveelheid drinken en verdeling over de dag)
- Voedingspatroon (hoeveelheid vezels, borst/kunstvoeding, hoe wordt kunstvoeding bereid)
- Signalen kindermishandeling/seksueel misbruik
- Hoe ervaren ouders de opvoeding
- Zijn er stressvolle situaties in/rond het gezin (overlijden, echtscheiding, financiële problemen)
- Is het kind aangemeld op een school⁷, hoe gaat het op school (afhankelijk van de leeftijd)
- Hoe zit het kind in zijn vel (gedragsproblemen, pesten, hoeveel last van de klachten/zindelijkheidsproblemen/incontinentie)
- Motivatie van ouders/kind voor begeleiding
- Wat is er tot nu toe geprobeerd in verband met de klachten

2. Specifieke anamnese

- Verloop zindelijkheidstraining
- Is het kind eerder zindelijk geweest voor feces (en hoe lang)
- Feces: eerste meconiumlozing, frequentie en consistentie van de feces (gebruik bijvoorbeeld de Bristol ontlastingsschaal, zie figuur 2), bloed of slijm bij de feces, buikpijn, misselijkheid, eetlust, en de eventuele aanwezigheid van fecale incontinentie, ervaringen van pijn geassocieerd met defecatie.
- Urine
 - Symptomen overdag: Plasfrequentie overdag (aantal keer/dag), plotselinge aandrang om te plassen, neiging om plassen uit te stellen, persmictie, ophoudmanoeuvres, mate en frequentie van natte broeken (graad 1 = druppels, graad 2 = euromunt, graad 3= onderbroek/buitenbroek), momenten van incontinentie (voor/na het plassen), associatie met drukverhogende momenten.
 - Symptomen 's nachts: Frequentie van bedplassen (aantal keer/week), uitlokkende factoren (bijv. lange vakantie-/slaapuren, drinken voor het slapen gaan).

⁷ Bij zindelijkheidsproblematiek weigeren scholen soms kinderen. De ervaring leert dat als scholen weten dat er gewerkt wordt aan de zindelijkheidsproblemen, ze soms wel bereid zijn om het kind aan te nemen.

Tabel 8. Alarmsymptomen bij obstipatie/fecale incontinentie (NVK, 2025).

Symptoom	Kan wijzen op
Late meconiumlozing: > 48 uur na geboorte	M. Hirschsprung, cystic fibrosis (meconiumplug)
Obstipatie vóór leeftijd 3 maanden	M. Hirschsprung
Bloederige diarree	M. Hirschsprung, (allergische) colitis
Gallig braken	Intestinale obstructie
Vermoeidheid	Hypothyreoïdie, coeliakie
Koorts	Ontsteking
Eczeem	Koemelkeiwitallergie
Bolle buik	O.a. Coeliakie, M Hirschsprung
Failure to thrive	M. Hirschsprung, hypothyreoïdie, cystic fibrosis, coeliakie, koemelkeiwitallergie
Smeren met feces (bij ontwikkelingsleeftijd > 2 jaar)	Seksueel misbruik

Verwijscriteria naar aanleiding van anamnese:

- Verwijzing kinderarts indien er sprake is van alarmsymptomen (zie module *Samenwerken en verwijzen*).
- Overweeg verwijzing naar de huisarts voor diagnostiek
 - o Naar allergie bij kinderen < 3 jaar als er sprake is van een positieve familieanamnese en/of atopische klachten (NVK, 2025).
 - o Naar coeliakie, hypothyreoïdie of hypercalciëmie als hier aanleiding toe is op basis van symptomen en familieanamnese (NVK, 2025).

3. Lichamelijk onderzoek:

- Een algemeen lichamelijk onderzoek door jeugdarts of verpleegkundig specialist, met name gericht op de buik, rug, en onderste extremiteiten, inclusief neurologisch onderzoek (hakken/tenengang en achillespeesreflexen beiderzijds)
- Biometrie (lengte en gewicht)
- Onderzoek van de genitalia en inspectie van het ondergoed kunnen tekenen van seksueel misbruik of fecale incontinentie aantonen. Het genitaal onderzoek vergt ervaring voor een juiste interpretatie. Kijk bij de anus naar positie van de anus, fissuren, feces, roodheid, littekens of hemorroiden en let op of de anus openstaat. Er wordt geen rectaal toucher verricht in de JGZ.
- Een verkleuring van de huid, een putje (dimple), versterkte haargroei of een lipoom (onderhuidse zwelling) in het lumbosacrale gebied kunnen wijzen op een occulte spina bifida⁸.

Verwijscriteria naar aanleiding van lichamelijk onderzoek:

- Verwijzing kinderarts bij afwijkend lichamelijk onderzoek (anders dan tekenen obstipatie).
- Verwijzing kinderarts bij midline laesies, behalve bij een simpele sacrale dimple (minder dan 5 mm diep, en afstand minder dan 2,5 cm van de anus en geen andere sacrale afwijkingen zichtbaar aan de huid), lichte beharing, een archipelvlek of een moedervlek.

⁸ Bij een simpele sacrale dimple (minder dan 5 mm diep, en afstand minder dan 2,5 cm van de anus en geen andere sacrale afwijkingen zichtbaar aan de huid) is geen aanvullend onderzoek noodzakelijk naar spina bifida (Seregini, Weatherby, & Beardsall, 2019). In alle andere gevallen (zoals een sacrale dimple in combinatie met andere aangeboren afwijkingen of een hemangioom) dient aanvullend onderzoek te worden verricht.

- Voor verwijscriteria gebaseerd op lengte en gewicht: zie de JGZ-richtlijnen Lengtegroei, Ondergewicht en Overgewicht ([t.z.t. linken toevoegen](#)).

4. Dagboeken. Deze geven inzicht in het eten en drinken, mictie en/of defecatie en kunnen ook gebruikt worden om het effect van begeleiding te monitoren. Zie de bijlagen van deze richtlijn voor diverse dagboeken. Hierin worden ten minste de volgende punten bijgehouden:

- Vochtinnamen
- Frequentie en consistentie van de feces (gebruik bijvoorbeeld de Bristol ontlastingsschaal, zie figuur 2)
- Frequentie van fecale incontinentie
- Pijnklachten (m.n. rondom het poepen)

Besprek met ouders hoe de dagboeken ingevuld moeten worden en waar ouders eventuele knelpunten zien. Zoek samen naar mogelijke oplossingen voor deze knelpunten.

Verwijscriteria naar aanleiding van dagboeken:

- Verwijzing kinderarts bij alarmsymptomen (zie module *Samenwerken en verwijzen*).
- Overweeg verwijzing naar een diëtist voor begeleiding bij het optimaliseren van het voedingspatroon.

5. Vragenlijsten

Om eventuele co-morbiditeit uit te sluiten, wordt afname van een brede inventariserende gedragsvragenlijst zoals de SDQ aanbevolen. De SDQ kan worden afgenomen vanaf de leeftijd van 2 jaar. Als deze recent al eens is afgenomen is hernieuwde afname in principe niet nodig.

Verwijscriteria naar aanleiding van dagboeken:

- Zie [JGZ-richtlijn Psychosociale problemen](#).
- Overweeg verwijzing naar een psycholoog naast de medische behandeling bij kinderen waarbij er sprake is van gedragsproblemen, ontwikkelingsstoornissen of een sterk verstoorde ouder-kind interactie rond de defecatie, of de aanwezigheid van gedragsfactoren die een effectieve medische behandeling in de weg staan.

Samenwerken

Rond het onderwerp zindelijkheid zijn goede samenwerking en afstemming tussen de verschillende betrokken professionals in de eerste en tweede lijn essentieel. Een goede samenwerking en afstemming bevordert de continuïteit in de zorg voor jeugdigen en ouders. Daarnaast komen goede samenwerking en afstemming ten goede aan de kwaliteit, toegankelijkheid en betaalbaarheid van de zorg.

Kenmerkend voor de JGZ-professional is de integrale visie, dat wil zeggen: de JGZ-professional kijkt niet alleen naar lichamelijke, psychische en sociale aspecten van de jeugdige, maar ook naar het sociale en fysieke leefmilieu van de jeugdige. In deze integrale werkwijze werkt de JGZ-professional samen met andere professionals die betrokken zijn bij de jeugdige en/of zijn leefomgeving, bijvoorbeeld het onderwijs en wijk- en buurtteams.

De volgende netwerkpartners kunnen betrokken zijn bij de signalering, begeleiding, verwijzing, diagnostisering en behandeling van (ouders van) kinderen met zindelijkheidsproblemen:

Voorschoolse voorzieningen en scholen

De JGZ kan in haar contacten met voorschoolse voorzieningen en scholen aandacht besteden aan kennisoverdracht rond het onderwerp zindelijkheid. Zo is het van belang dat men zich bewust is van de rijpheidssignalen, de juiste aanpak bij het zindelijkheidsproces en het belang van samenwerking met ouders qua aanpak.

Daarnaast is het van belang dat er op tijd gesignaleerd wordt dat een kind mogelijk niet zindelijk gaat zijn voor de start op de basisschool. De JGZ kan dan worden benaderd voor evaluatie en eventuele begeleiding.

Huisarts

Verwijzing naar de huisarts is wenselijk bij verdenking op een urineweginfectie of indien er sprake is van obstipatie (met het verzoek medicatie te overwegen). Het is van belang dat de huisarts op de hoogte is van de mogelijkheden van de JGZ, zoals begeleiding op het gebied van zindelijkheidsproblematiek.

Bij rechtstreekse verwijzing naar het ziekenhuis of andere hulpverlening brengt de JGZ de huisarts op de hoogte (bijvoorbeeld via een kopie van de verwijzing).

Eerstelijnszorg (kinder(bekken)fysiotherapeut)

De JGZ kan zo nodig rechtstreeks verwijzen naar hulpverleners in de eerste lijn, zoals de kinder(bekken)fysiotherapeut. Dit kan bijvoorbeeld als begeleiding door de JGZ onvoldoende resultaat heeft.

Ziekenhuis (kinderarts, kinderuroloog, specialistische poli's)

De JGZ kan zo nodig rechtstreeks verwijzen naar de tweede lijn, bijvoorbeeld als er sprake is van alarmsymptomen of als begeleiding door de JGZ onvoldoende resultaat heeft.

In veel regio's worden regionale (transmurale) werkafspraken gemaakt tussen kinderartsen, huisartsen en JGZ. Dit bevordert de kennis over elkaars (on)mogelijkheden en de samenwerking tussen alle partijen.