



De huilbaby

Peter Lucassen

Lucassen PLBJ, huisarts en onderzoeker. Afdeling huisartsgeneeskunde, UMC St Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.
Correspondentie: p.lucassen@chello.nl

Probleem

Ouders die bij de dokter komen omdat hun baby zo huilt, zijn vaak ten einde raad. Het huilen roept bij hen heftige emotionele reacties op: ze zijn bezorgd over het lichamelijk welzijn van het kind, ze voelen zich tekortschieten, en zijn uitgeput door de verstoring van het dagelijkse ritme. Een gewoon consult is te kort om het probleem goed aan te pakken. Er is tijd nodig om het verhaal van de ouders goed op tafel te krijgen en voor een effectieve behandeling. Een brede benadering met aandacht voor lichamelijke, emotionele, cognitieve en gedragsmatige aspecten is essentieel.

Wat moet ik weten?

Is er sprake van excessief huilen? Elke normale zuigeling huilt, de duur hangt af van de leeftijd. Vlak na de geboorte huilt een kind een tot anderhalf uur per dag; rond de zesde week piekt het huilen met twee tot tweeënhalf uur; daarna neemt de huilduur af tot ongeveer een uur per dag. Om onderscheid te maken tussen normaal en excessief huilen gebruikt men de 'regel van drie': excessief huilen is langer dan drie uur per dag, op drie of meer dagen per week, gedurende minimaal drie weken. Voorwaarde voor de diagnose 'huilbaby' is dat de baby verder goed groeit en gezond is. Meestal gaan die twee zaken samen.

Er is onvoldoende bewijs dat het effectief is om gewone flesvoeding te vervangen door hypoallergene voeding, soja- of laaglacto-sevoedingen. Huilbaby's met een positieve gezinsanamnese voor atopie (minimaal 1 gezinslid met een atopische aandoening) hebben mogelijk wel baat bij hypoallergene voeding. Bij deze kinderen is het huilen een symptoom van koemelkallergie. Waarschijnlijk geldt deze uitzondering voor ongeveer 1 op elke 10 huilbaby's. Op soja gebaseerde voeding is niet aan te raden, omdat de baby dan een soja-allergie kan ontwikkelen, wat vervelender is dan koemelkallergie.

Ook van de volgende adviezen is de effectiviteit niet bewezen: stimuli verminderen, babymassage, specifieke adviezen voor babyverzorging, inbakeren of manipulatie van de cervicale wervelkolom. Het helpt ook niet om te stoppen met borstvoeding. Het meer wiegen en dragen van de baby helpt evenmin en verhoogt mogelijk alleen maar de onrust. Het is waarschijnlijk – maar niet bewezen – dat rust en regelmaat goede uitgangspunten zijn bij het behandelen van een huilbaby.

Wat moet ik doen?

Het allerbelangrijkste is dat de huisarts de tijd neemt voor een goed gesprek. In dat gesprek moet het probleem in zijn gehele omvang op tafel komen. Het gaat hierbij om een goede afbake-

ning van de klacht: op welke leeftijd is het huilen begonnen, hoe lang huilt het kind en wanneer? Vervolgens besteedt de huisarts aandacht aan de voeding: borst- of flesvoeding, hoeveelheid voeding, relatie tussen tijdstip van voeden en huilen, regelmaat van voedingstijden. Daarna informeert de huisarts naar het ritme van het kind: is er sprake van regelmaat, hoe slaapt het kind? De huisarts peilt ongerustheid en de redenen daarvoor. Hij informeert naar gedachten en fantasieën van ouders rond het huilen. De huisarts moet inventariseren wat de ouders al gedaan hebben.

Als dit al niet door de consultatiebureauarts is gedaan, kan de huisarts een specifieke anamnese afnemen en eventueel een lichamelijk onderzoek doen. Zoals gezegd, moet hierbij aandacht zijn voor atopie bij gezinsleden.

De huisarts spreekt expliciet een herhalingsconsult af na een week om te evalueren welke effecten de adviezen gehad hebben en welke adviezen slecht uitvoerbaar waren.

Wat moet ik uitleggen?

Het is belangrijk aan de ouders te vertellen dat het huilen niet wordt veroorzaakt door ziekte en dat het in de meeste gevallen overgaat als het kind vier tot vijf maanden oud is. Veel ouders denken dat het kind iets moet mankeren, omdat ze huilen als een signaal beschouwen. Besteed hier expliciet aandacht aan en controleer of de ouders werkelijk gerustgesteld zijn. Kenmerkend voor het probleem is dat ouders zeer veel adviezen krijgen van veel verschillende hulpverleners en ook van leken. Vaak zijn deze adviezen strijdig met elkaar en hebben ouders elke paar dagen een andere aanpak geprobeerd. Het is goed mogelijk dat door de steeds wisselende aanpak een vicieuze cirkel is ontstaan, waarbij de onzekerheid van de ouders het huilen bevordert en omgekeerd. Geef de ouders dan ook het advies zich te richten op één hulpverlener en niet steeds iets nieuws te proberen. Adviseer rust en regelmaat (in voedings- en slaaptijden) en maak duidelijk dat het steeds bezig zijn met het kind de onrust alleen maar vergroot. Het ritme wordt bovendien vaak verstoord door interventies van de ouders zelf: kind uit bed nemen, steeds met het kind rondlopen of extra voeding aanbieden. Leg uit dat het beter is de baby in bed te laten liggen dan hem steeds op te pakken. Vertel erbij dat ouders hierdoor vaak het gevoel krijgen slechte ouders te zijn, maar dat ze dat niet zijn. Benadruk dat ze consequent moeten zijn: het doorvoeren van deze lijn kan in het begin het huilen doen toenemen, maar leidt in veel gevallen na enkele dagen tot een rustiger kind.

Vertel de ouders aan wie u een proef met hypoallergene voeding adviseert dat ze het effect binnen enkele dagen kunnen verwachten en dat ze, indien de voeding helpt, hiermee enkele maanden moeten doorgaan.

Literatuur

Lucassen P. Infantile colic. *BMJ Clin Evid* 2007;7:309-17.

Scheef koppie

Henk Schers

Schers HJ, huisarts en onderzoeker. Afdeling huisartsgeneeskunde, UMC St Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen. Correspondentie: h.schers@hag.umcn.nl

Probleem

Baby's met een scheef hoofdje roepen veel onrust op bij hun ouders en omgeving. Soms is men bang dat er iets fundamenteel niet goed is. Vaak leeft in ieder geval de overtuiging dat er iets aan moet worden gedaan. Ouders krijgen wisselende verklaringen over de oorzaak en allerlei adviezen over de meest geschikte therapie. Familie, vrienden, consultatiebureauartsen en paramedici zijn het vaak niet met elkaar eens. De huisarts wordt dan ook vaak geconfronteerd met bezorgde ouders die bijvoorbeeld om een verwijzing naar de kinderarts vragen.

Wat moet ik weten?

Een scheef hoofdje komt vaak voor. In populatieonderzoek blijkt ongeveer 10% van de zuigelingen van 0-6 maanden een afplatting te hebben. Dit ontstaat vanaf de eerste levensmaand en betreft meestal het achterhoofd.

De oorzaken van een scheef hoofd zijn divers: waarschijnlijk hebben vooral de campagnes ter preventie van wiegendood met de nadruk op rugslapen geleid tot het frequenter voorkomen van een voorkeurshouding en plagiocefalie.

Andere oorzaken zijn congenitale musculaire torticollis door een fibrosering van de m. sternocleidomastoideus, en synostose van de schedelnaden, wat slechts zelden voorkomt (0,04%). Craniosynostose moet vooral worden overwogen bij afplatting van het voorhoofd. Plagiocefalie is een vormafwijking met een gunstig natuurlijk beloop. Vooral gedurende de eerste twee levensjaren, maar ook daarna, vertoont de groeiende schedel een sterk zelfcorrigerend vermogen. Op de leeftijd van twee jaar blijken vrijwel alle gevallen van plagiocefalie te zijn hersteld zonder medisch of paramedisch ingrijpen.

Het effect van fysiotherapie op het beloop is onduidelijk. Er is één onderzoek waaruit blijkt dat fysiotherapie de afplatting op de leeftijd van een jaar vermindert. De voorkeurshouding verdween in dit onderzoek bij alle kinderen, ook in de controlegroep. Langeterminresultaten ontbreken.

Helmtherapie blijft uiterst controversieel. Er zijn tot op heden geen RCT's die het effect van helmtherapie onderzocht hebben.

Wat moet ik doen?

Het belangrijkste is de tijd te nemen om de angsten en zorgen van de ouders serieus te nemen. De huisarts vraagt naar de ideeën die bij de ouders leven en de adviezen die zij van anderen hebben gekregen.

Tijdens het lichamenlijk onderzoek kijkt de huisarts vooral of er een voorkeurshouding is. Hiervan is sprake als een zuigeling tijdens

het onderzoek meer dan driekwart van de tijd naar één richting kijkt, en niet spontaan en actief volgt met ogen en hoofd over 180 graden. Daarnaast onderzoekt hij of er sprake is van musculaire torticollis, in dat geval is ook de passieve beweeglijkheid van de hals verstoord. Als laatste informeert de huisarts of de schedelgroei normaal is tijdens de consultatiebureauconsulten. Een afbuigende groeicurve van de schedelomtrek kan in de richting van craniosynostose wijzen.

Wat moet ik uitleggen?

Nadat de diagnose plagiocefalie is gesteld, is het allerbelangrijkste de ouders duidelijk te maken dat ongeacht het gevolgde beleid de schedelvormafwijking zal verbeteren in de loop van de eerste twee levensjaren.

Een craniosynostose moet worden doorverwezen. In geval van musculaire torticollis is verwijzing naar de fysiotherapeut geïndiceerd om de beweeglijkheid van de cervicale halswervelkolom te verbeteren. Helpt fysiotherapie niet, dan volgt op de leeftijd van een jaar verwijzing naar de kinderarts. Bij een voorkeurshouding kunnen eenvoudige adviezen worden gegeven: vaker in buikligging leggen, de voorkeurskant van het licht vandaan leggen, afwisselend rechts en links voeden en stimuleren met speelgoed. Vooral bij een sterke voorkeurshouding kan overwogen worden om op de leeftijd van drie maanden te verwijzen naar de fysiotherapeut, hoewel een positief effect op de langere termijn niet is aangetoond. Vanaf de leeftijd van zes maanden propageren sommigen helmtherapie. Er is echter onvoldoende bewijs dat deze voor de ouders belastende interventie daadwerkelijk effectief is.

Literatuur

- 1 Saeed NR, Wall SA, Dhariwal DK. Management of positional plagiocephaly. Arch Dis Child 2008;93:82-4.
- 2 Van Vlimmeren LA, Van der Graaf YPT, Boere-Boonekamp MM, L'Hoir MP, Helders PJM, Engelbert RHH. Effect of pediatric physical therapy on deformational plagiocephaly in children with positional preference. A randomized controlled trial. Arch Pediatr Adolesc Med 2008;712-8.

PDD-NOS

Rutger Jan van der Gaag

Van der Gaag RJ, hoogleraar kinder- en jeugdpsychiatrie. Afdeling klinische kinder- & jeugdpsychiatrie, UMC St Radboud, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen.

Correspondentie: rutger.jan.van.der.gaag@skjpon.nl

Probleem

Ouders komen bij de huisarts, omdat ze op de basisschool hebben gehoord dat hun kind 'een typisch geval van PDD-NOS' is. Ze vragen om nader onderzoek, omdat zij zonder diagnose geen 'rugzakje' of 'cluster IV-indicatie' kunnen krijgen. Zij verwachten dat de huisarts een PGB voor activerende begeleiding ondersteunt.

Wat moet ik weten?

PDD

PDD (Pervasive Developmental Disorder) wordt tegenwoordig ook Autisme Spectrum Stoornis (ASD) genoemd. PDD of ASD kent drie subcategorieën.

Autistische stoornis

Deze kinderen hebben een uitgesproken stoornis van de prikkelverwerking. Al heel jong vallen ze op door niet aankijken, geen aandacht of plezier delen, het achterblijven van de taal-spraakontwikkeling, taaleigenaardigheden (echoën) en motorisch maniërisme. Ongeveer driekwart heeft ook een verstandelijke beperking. Op het consultatiebureau wordt de diagnose vaak al in het tweede of derde levensjaar gesteld.

Stoornis van Asperger

Deze parmantige, welbespraakte, maar niet-communicatieve jongens (m/v-verhouding is 9:1) vallen meestal pas op vanaf de basisschoolleeftijd door hun letterlijke en figuurlijke (sociale) houterigheid. Zij hebben een eenzijdige intelligentie. Hun alwetendheid op sommige gebieden contrasteert met hun onnozelheid op andere. Sommigen brengen het door hun bijzondere gaven heel ver in de wetenschap en kunst. Soms lopen ze pas in hun volwassenheid vast door hun inflexibiliteit in het maatschappelijk of huiselijk functioneren.

PDD-NOS

PDD-NOS is een lastige 'restcategorie'. Deze kinderen, jongeren of volwassenen lopen door een milde stoornis in het autismespectrum vast als de sociale en maatschappelijke complexiteit toeneemt. Sommigen zijn rigide en sociaal onhandig. Bij anderen overheersen forse emotionele problemen (angst en paniek) of gedragsproblemen (agressie) het PDD-beeld. De diagnose helpt om een adequaat bejegeningplan te maken waardoor patiënten minder overbelast raken. PDD komt voor op alle niveaus van verstandelijk functioneren.

PDD-NOS is niet minder erg dan een autistische stoornis. Het wordt wel vaak pas veel later herkend, omdat patiënten zich meestal redelijk goed kunnen redden in een-op-eensituaties. Pas als de sociale interacties ingewikkelder worden, vanaf 4 jaar, gaat het opvallen. Patiënten zijn zich vaak pijnlijk bewust van hun tekortkomingen en verlangen naar 'normale' sociale contacten, waardoor zij vaak lijden aan hun stoornis.

Rugzak

Binnen het onderwijs kan er voor een leerling met PDD-NOS extra geld toegewezen worden. Dat heet een 'rugzak'. Die rugzak wordt in goed overleg met de ouders direct ingezet voor ondersteuning van de leerling of leerkracht. Deze ambulante begeleiding wordt ingezet vanuit het Cluster onderwijs (Cluster III Lichamelijke en verstandelijke handicaps; Cluster IV Kinder- en jeugdpsychiatrische problematiek).

PGB

Ouders kunnen, naast de reguliere begeleiding via jeugd-GGZ, Jeugdzorg en MEE, een persoonsgebonden budget (PGB) aanvragen voor logeerweekenden en vakanties.. Dit is zeer belangrijk om de ouders te ontlasten. Het kind leert hierdoor met leeftijdgenoten met soortgelijke problematiek op te trekken, als opmaat naar begeleid en beschermd wonen. Daarnaast wordt het budget gebruikt voor extra ondersteuning en begeleiding van het kind thuis.

Voor zowel de 'rugzak' als voor een PGB is een geautoriseerde diagnose van een kinder- en jeugdpsychiater en van een GZ-psycholoog noodzakelijk.

Wat moet ik doen?

Neem de tijd om de angsten en zorgen van de ouders serieus te nemen.

Ga na of er voldoende aanwijzingen zijn om aan PDD-NOS te denken. Verken in de ontwikkelingsgeschiedenis en in het huidige disfunctioneren van het kind de drie probleemgebieden bij PDD:

- 1 Ontwikkeling van de sociale wederkerigheid en relaties.
- 2 Talige en niet-talige mogelijkheden (gebaren, wijzen, aandacht vragen en delen).
- 3 Beperkte en starre gedragingen en interessepatronen.

Functioneert het kind thuis anders dan op school? Stel ouders gerust bij grote verschillen: kinderen met PDD-NOS gedragen zich op school vaak redelijk, dankzij de structuur en voorspelbaarheid. Maar dit kost hen vaak veel energie en dat kunnen zij thuis fors afreageren. Omgekeerd kunnen kinderen in de eigen, vertrouwde kring soms goed functioneren, maar buiten de deur helemaal vastlopen.

Ga na of er sprake is van comorbiditeit. Vraag naar bijkomende emotionele of gedragsstoornissen. Dit is van belang voor de verwijsroute.

Wat moet ik uitleggen?

Maak ouders duidelijk dat zij ook in de volwassenheid een belangrijke ondersteunende rol zullen blijven spelen.

Anticipeer op frustraties. Omdat een kind met PDD-NOS bij vlaggen heel normaal gedrag vertoont, zullen velen (familieleden, vrienden, leerkrachten) in eerste instantie veronderstellen dat het allemaal wel meevalt. Na verloop van tijd worden ouders echter steeds weer bevestigd dat het sociale vernis bij hun kind snel wegvalt. De problematiek wordt dan pijnlijk duidelijk.

Verwijs voor nadere diagnostiek en begeleiding naar BIZ en bij complexe problematiek met comorbiditeit naar de kinder- en jeugdpsychiatrie.

U kunt een belangrijke rol spelen als procesbewaker en steunpilaar voor ouders en - zéér belangrijk - voor broers en zussen bij het hebben van een gezinslid met een 'onzichtbare' maar zeer ingrijpende handicap.

Verwijs zorgvuldig bij somatische problematiek. Een ziekenhuis-

bezoek kan een geweldige bron van stress betekenen. Dat vraagt om goede voorlichting vooraf en zorgvuldige overdracht aan de desbetreffende specialist.

Literatuur

- 1 Van der Gaag RJ. Autisme Spectrum Stoornissen. *Bijblijven* 2006;5:46-56.
- 2 Nederlandse Vereniging voor Autisme. www.autisme-nva.nl.
- 3 Balans Belang (vereniging voor ouders van kinderen met leer- en gedragsstoornissen (veel PDD-NOS)) www.balansdigitaal.nl.

De puber met angst voor een soa

Erik Bischoff, Annemarie Uijen, Mark van der Wel

Bischoff E en Uijen A, artsen in opleiding tot huisarts-onderzoeker; Van der Wel M, huisarts, promovendus. Afdeling huisartsgeneeskunde, UMC St. Radboud Universiteit Nijmegen, Postbus 9101, 6500 HB Nijmegen. Correspondentie: m.vanderwel@hag.umcn.nl

Probleem

Een bezoek aan de huisarts voor een mogelijk seksueel overdraagbare aandoening (soa) kan beladen zijn. Onwetendheid, angst en schaamte hebben invloed op het besluit om een huisarts te consulteren en op het consult zelf. Dit geldt voor jongeren nog meer dan voor volwassenen. De vorming en de bewustwording van de eigen persoonlijkheid gaan bij jongeren vaak samen met onzekerheid en het moeilijk grenzen kunnen stellen. Hierdoor neemt de kans op risicogedrag toe.

Veel huisartsen vinden het lastig om een soaconsult te voeren vanwege tijdgebrek, onvoldoende training en/of culturele verschillen. Voor een effectief soaconsult zijn vaak twee contacten noodzakelijk.

Wat moet ik weten?

Eenderde van alle patiënten met vragen over soa bezoekt de GGD-soapolikliniek en niet de eigen huisarts. Bijna de helft van deze patiënten is jonger dan 25 jaar.

Chlamydia is verreweg de meestvoorkomende soa, gevolgd door genitale wratten, gonorrhoe, hiv, herpes genitalis en syfilis. Alle soa's tonen een prevalentiepiek bij 15 tot 24-jarigen.

Veertien procent van de vrouwelijke adolescenten en negen procent van de mannelijke adolescenten heeft zich in 2005 laten testen op een soa; negen procent van de geteste vrouwen en vijftien procent van de geteste mannen had een positieve testuitslag.

Het soarisico na een eenmalig onbeschermd contact met een besmette partner is aanzienlijk. Voor chlamydia, genitale wratten en gonorrhoe is deze besmettingskans 50 - 80%; voor hiv 0,1 - 2%. Bijna de helft van de jongeren tussen 15 en 35 jaar gebruikt niet altijd een condoom bij losse partners. Jongeren wisselen vaker

van partner en stoppen vaker met het gebruik van condooms als een relatie langer dan drie maanden duurt.

Counseling is het begeleiden van patiënten bij het zelf maken van verantwoorde keuzen en het verwerken van een ongewenste situatie. Soacounseling in twee consulten verhoogt het condoomgebruik en verlaagt de incidentie van soa.

Een hoger soarisico hebben jongeren met vragen over anticonceptie of de morningafterpil, en jongeren die seksueel misbruikt zijn.

Wees bewust van uw rol als vertrouwenspersoon: ouders weten mogelijk niets van de seksuele activiteiten van hun kind.

Wat moet ik doen?

Achterhaal de hulpvraag: welke zorgen of gedachten liggen achter de hulpvraag?

Inventariseer het risico op een soa

Passen de gepresenteerde klachten bij een soa? Is er een condoom gebruikt? Was er sprake van vaginaal, anaal en/of oraal contact? Is dit van belang?

Met hoeveel partners is er onbeschermd seksueel contact geweest? Heeft de partner wisselende seksuele contacten of eerder een soa gehad? Heeft de patiënt homoseksuele contacten?

Achterhaal hindernissen voor verandering van risicogedrag

Vraag naar kennis over soa's, bijbehorende klachten en mogelijke complicaties.

Vraag naar kennis over preventie van soa's en ga na hoe belangrijk de patiënt preventie vindt.

Ga na in hoeverre onzekerheid over seksualiteit en de eigen persoon een rol speelt bij het praten over veilig (willen) vrijen met vorige en aanstaande partners.

Bespreek de noodzaak tot aanvullend onderzoek

Beslis samen met de patiënt of aanvullend onderzoek zinvol is. Indien wenselijk kan een laagrisicopatiënt zonder klachten getest worden op chlamydia en gonorrhoe. Bij besmetting is het noodzakelijk om ook op hiv, hepatitis B en syfilis te testen. Bij een hoog risico - zoals bij homoseksuele mannen, intraveneuze drugsgebruikers en onbeschermd seksuele contacten bij promiscuïteit - is dit meteen zinvol. Bespreek de consequenties van een negatieve of positieve testuitslag.

Wat moet ik uitleggen?

Leg uit wat risicogedrag is en benadruk dat oefenen om gedrag te veranderen effectiever is dan erover te lezen. Formuleer samen een oefening, bijvoorbeeld 'Ik ga vóór het volgende consult condooms kopen. Omdat ik me daar een beetje voor schaam, doe ik dit samen met een vriend die al wel eens condooms heeft gekocht.' Evalueer de gedragsoefening in een volgend consult en bespreek de eventuele barrières als de oefening niet gedaan is.

Bespreek de testuitslag en sta stil bij gedachten en gevoelens

die dit oproept. Kom bij een positieve uitslag terug op de reeds besproken consequenties.

Chlamydia wordt behandeld met eenmalig 1 gram azitromycine; gonorrhoe met eenmalig 1 gram cefotaxim i.m.; verwijs voor syfilis naar de dermatoloog of behandel indien bekwaam zelf met eenmalig 2,4 miljoen E benzathinebenzylpenicilline i.m.; verwijs voor behandeling van hepatitis B en hiv naar de internist. Leg het belang van medicatie en eventuele bijwerkingen uit om de therapietrouw te verhogen.

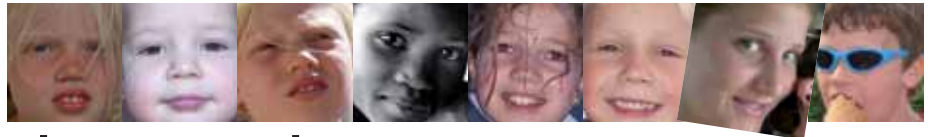
Er is geen meldingsplicht voor soa en partnerwaarschuwing berust op vrijwilligheid. Motiveer de patiënt bij een positieve testuitslag de seksuele partner(s) van de afgelopen zes maanden op te sporen en te waarschuwen. Leg uit dat de GGD hierbij kan helpen.

Leg uit dat goede voorlichting en informatie te vinden is op www.soa aids.nl, www.rutgersnissogroep.nl en in de NHG-Patiëntenbrieven over soa.

Literatuur

- 1 [Http://www.soa aids-professionals.nl/epidemiologie](http://www.soa aids-professionals.nl/epidemiologie), laatst bekeken 11/09/2008.
- 2 Kamb ML, Fishbein M, Douglas JM jr, Rhodes F, Rogers J, Bolan G, et al. Efficacy of risk-reduction counseling to prevent human immunodeficiency virus and sexually transmitted diseases: a randomized controlled trial. Project RESPECT Study Group. JAMA 1998;280(13):1161-7.
- 3 Van Bergen JE, Dekker JH, Boeke AJ, Mastboom MT, Pijnenborg L, Van Lieshout J. NHG-Standaard Het soa-consult. Huisarts Wet 2004;47(13):636-51.

Implementatie



Onderzoek van de pasgeborene

De Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak (LESA) *Onderzoek van de pasgeborene* zorgde bij een eerste aanzet tot implementatie voor vraagtekens bij huisartsen: 'Wat moet ik daarmee als ik geen bevallingen meer doe?' Een begrijpelijke reactie, maar wel een misvatting.

Deze LESA past in een drieluik van afspraken tussen huisartsen en verloskundigen, namelijk met de LESA *Miskraam* en de LESA *Anemie in de zwangerschap*. Deze twee LESA's geven in de samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen stof tot discussie. Bij de implementatie van deze LESA's in een aantal regio's is echter gebleken hoe waardevol het overleg is tussen huisartsen en verloskundigen over deze onderwerpen. Bovendien waren deelnemers van beide beroepsgroepen, die al jaren alleen van elkaar bestaan op de hoogte waren, zeer verrast over de wederzijdse inbreng bij samenwerking: 'het was nuttig en ook nog leuk.'

Een pasgeborene heeft recht op een grondig onderzoek. Als dit direct na de geboorte goed door de verloskundige of kinderarts is uitgevoerd, heeft een tweede onderzoek weinig meerwaarde. Zie de NHG-Standaard *Onderzoek van de pasgeborene*, www.nhg.org. Tot het basistakenpakket van de huisarts hoort een bezoek aan de kraamvrouw, maar de invulling van dit bezoek wisselt sterk, mede door de beperkte opbrengst van het tweede lichamelijk onderzoek. Reden voor het tweede onderzoek kunnen zijn dat sommige afwijkingen zich pas later manifesteren of dat bij het eerste onder-

zoek twijfel is over de bevindingen. Bij ongeveer 9% van de kinderen worden afwijkingen gevonden die vragen oproepen bij de ouders of leiden tot verwijzing. Zowel bij vragen als bij eventuele verwijzing speelt ook de verloskundig niet-actieve huisarts een rol. Het vraagt afstemming met de verloskundige naar wie verwezen moet worden en op welke termijn. De LESA *Onderzoek van de pasgeborene* gaat over de communicatie tussen de verloskundige die het onderzoek heeft uitgevoerd en de huisarts, die daar bij zijn bezoek aan het kraambed gericht op kan ingaan.

Omdat de drie LESA's tussen huisartsen en verloskundigen relatief kleine onderwerpen betreffen, lijkt het zinvol de LESA's bij de implementatie te bundelen. Meerdere regionale ondersteuningsstructuren (ROS'en) hebben ervaring met werkafspraken tussen huisartsen en verloskundigen. Het scheelt u tijd om de organisatie van de samenwerking uit handen te geven aan de ROS. Het NHG heeft draaiboeken - kort en lang- beschikbaar over hoe de samenwerking tussen huisartsen en verloskundigen op te zetten en uit te voeren (informatie via afdeling Implementatie van het NHG, www.nhg.org).

Tijdens het komende NHG-congres zal een aantal huisartsen de workshop over de LESA *Onderzoek van de pasgeborene* hebben gevolgd. Mogelijk zijn zij voortrekkers, maar laat u niet weerhouden hen te volgen.