

Indicatoren JGZ-richtlijn “Ondergewicht”

Datum:

26-10-2018

Auteur:

Caren Lanting

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
2	Doelstelling.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
3	Methode.....	4
3.1	Formulering van conceptindicatoren	4
3.2	Beoordelen registreerbaarheid.....	4
3.3	Formulering definitieve indicatoren.....	4
4	Resultaten	5
4.1	Formulering conceptindicatoren	5
4.3	Definitieve set indicatoren	5
5	Conclusies en aanbevelingen	6
5.1	Conclusies	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.2	Kanttekening.....	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
5.3	Aanbevelingen	Fout! Bladwijzer niet gedefinieerd.
	Referenties.....	8
	Bijlage 1: Conceptindicatoren die niet in de definitieve set indicatoren zijn opgenomen.....	9
	Bijlage 2: Kernelementen van de JGZ-richtlijn “Ondergewicht”	10

1 Inleiding

December 2016 is in opdracht van ZonMw gestart met de ontwikkeling van de JGZ-richtlijn “Ondergewicht”, deze zal naar verwachting begin 2019 worden gepubliceerd [1]. In het kader van de richtlijnontwikkeling wordt een set indicatoren vastgesteld waarmee het gebruik van deze richtlijn op organisatieniveau en landelijk niveau inzichtelijk kan worden gemaakt.

Een indicator is een meetbaar aspect van de geleverde zorg (d.w.z. in maat en getal uit te drukken) en heeft een signalerende functie voor de kwaliteit van de geleverde zorg [2,3]. Er zijn drie typen indicatoren:

- **Structuurindicatoren:** zij beschrijven de organisatie van zorg of kwaliteit van de zorgsetting, zoals de beschikbaarheid van voorzieningen of gemaakte afspraken tussen zorgverleners.
- **Procesindicatoren:** zij beschrijven het handelen van de professional, zoals verricht onderzoek of gegeven begeleiding.
- **Uitkomstindicatoren:** zij geven de effectiviteit van de zorg of het resultaat weer, zoals het percentage kinderen waarbij door begeleiding en advies een achterstand in gewicht werd ingehaald.

JGZ-organisaties kunnen met behulp van indicatoren de kwaliteit van de zorg vergelijken met de kwaliteit van de zorg bijvoorbeeld in voorgaande jaren, bij andere organisaties of binnen de eigen organisatie tussen locaties. Ook kunnen met behulp van indicatoren bijvoorbeeld beroepsorganisaties, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) of de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) inzicht krijgen in de kwaliteit van zorg. Indicatoren kunnen bovendien inzicht geven in effecten van verbeteracties.

In dit rapport beschrijven we een set indicatoren waarmee de uitvoering van de JGZ-richtlijn “Ondergewicht” binnen de JGZ praktijk geëvalueerd kan worden. Aan de (set van) indicatoren worden de volgende eisen gesteld:

- Indicatoren worden methodisch ontwikkeld;
- De set wordt gebaseerd op de kernaanbevelingen uit de richtlijn. De aanbevelingen zijn opgesteld door de werkgroep die de richtlijn ontwikkelde;
- De set bevat procesindicatoren en, zo mogelijk, uitkomstindicatoren;
- Indicatoren sluiten aan bij de Basisdataset (BDS) van het digitaal Kinddossier voor de JGZ [3];
- De set heeft een beperkte omvang.

De indicatoren in dit rapport geven geen zicht op *hoe* de zorg wordt uitgevoerd, alleen *of* de zorg werd uitgevoerd. Ook geven ze de professional geen feedback op het eigen professionele handelen [4,5], daar zijn andere methoden geschikter voor [4].

2 Methode

De formulering van de set indicatoren vond systematisch plaats [3,5,6] en bestond uit drie fasen: 1) formulering van concept indicatoren, 2) beoordeling van de mate van registreerbaarheid en 3) formulering van de definitieve set indicatoren.

3.1 Formulering van conceptindicatoren

De (kern)aanbevelingen zoals verwoord door de ontwikkelaars aan het begin van ieder thema vormden de basis (zie [bijlage 2](#)).

Verdere reductie van kernaanbevelingen vond plaats m.b.v. de volgende uitgangspunten:

- De kernaanbeveling moet specifiek zijn voor de richtlijn "Ondergewicht". Daarmee vervallen bijvoorbeeld aanbevelingen over het functioneren van de JGZ in het algemeen (bijv. kennis hebben van de sociale kaart) en aanbevelingen die ook betrekking hebben op een andere richtlijn.
- De kernaanbeveling moet te operationaliseren zijn. Daarmee vervallen aanbevelingen als "Bij twijfel kan worden verwezen naar...." of "De JGZ-professional kan er voor kiezen om....." .
- In deze fase is nog geen reductie gedaan op meetbaarheid via het digitale dossier.

Voor de overgebleven kernaanbevelingen werden conceptindicatoren opgesteld. Hierbij zijn de teller en de noemer apart benoemd, zodat duidelijk is welke gegevens nodig zijn voor het vaststellen van de indicator.

3.2 Beoordelen registreerbaarheid

Voor de als relevant beoordeelde indicatoren is vervolgens gekeken of de indicator meetbaar is via het digitale dossier. Wanneer dit niet het geval was, werd de indicator alsnog uitgesloten van de definitieve set.

3.3 Formulering definitieve indicatoren

De definitieve indicatoren zijn in aparte tabellen beschreven waarin per indicator wordt aangegeven:

- a) Titel van de indicator;
- b) Kernaanbeveling waarop indicator is gebaseerd;
- c) Bron kernaanbeveling (thema in de richtlijn);
- d) Type indicator (proces of uitkomst);
- e) Waarom belangrijk;
- f) Omschrijving indicator;
- g) Teller en noemer;
- h) Toelichting (indien van toepassing; bijvoorbeeld om bepaalde termen toe te lichten of mate van registreerbaarheid in het digitale dossier toe te lichten).

4 Resultaten

4.1 Formulering conceptindicatoren

De richtlijn "Ondergewicht" bevat 18 kernaanbevelingen (zie [bijlage 2](#)). Na correctie voor dubbele aanbevelingen, selectie op specificiteit voor de richtlijn "Ondergewicht" en operationaliseerbaarheid, bleven vijf kernaanbevelingen over. Over deze kernaanbevelingen werden vier conceptindicatoren gemaakt. Van deze vier conceptindicatoren bleken er twee niet goed registreerbaar aan de hand van het digitale dossier. Deze indicatoren vielen af. De twee overgebleven conceptindicatoren gingen over het signaleren van ondergewicht en ondervoeding. Hieronder worden de definitieve indicatoren beschreven.

4.3 Definitieve set indicatoren

De definitieve set omvat twee indicatoren die hieronder worden beschreven.

SIGNALEREN VAN ONDERGEWICHT	
Kernaanbeveling(en)	Voor het signaleren van ondergewicht wordt aangeraden de volgende normatieve groeicurven te gebruiken: tot 1 jaar het gewicht-naar-leeftijd groeidiagram, voor kinderen van 1-2 jaar het gewicht-naar-lengte diagram en voor kinderen van 2 t/m 18 jaar het BMI-naar-leeftijd diagram of het gewicht-naar-lengte diagram.
Bron	<u>Thema 2: Monitoren en signaleren</u>
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	Ondergewicht is een belangrijke indicator voor ondervoeding en kan wijzen op de aanwezigheid van een somatische of niet-somatische ziekte of probleem.
Omschrijving indicator(en)	a) % kinderen tot 1 jaar waarbij op grond van gewicht-naar-leeftijd ondergewicht door de JGZ is vastgesteld; b) % 1-2 jarigen waarbij op grond van gewicht-naar-lengte ondergewicht door de JGZ is vastgesteld; c) % 2 t/m 18 jarigen waarbij ondergewicht door de JGZ is vastgesteld.
Teller	a) Aantal kinderen tot 1 jaar waarbij ondergewicht is vastgesteld op grond van gewicht-naar-leeftijd; b) Aantal kinderen van 1-2 jaar oud waarbij ondergewicht is vastgesteld op grond van gewicht-naar-lengte; c) Aantal 2 t/m 18 jarigen waarbij door de JGZ ondergewicht is vastgesteld.
Noemer	a) Totaal aantal kinderen tot 1 jaar in zorg; b) Totaal aantal kinderen van 1-2 jaar oud in zorg; c) Totaal aantal kinderen van 2 t/m 18 jaar in zorg.

EXTRA (MEDISCH) ONDERZOEK	
Kernaanbeveling(en)	Verwijzing naar een kinderarts vindt ook plaats als er, naast het ondergewicht en/of de afbuigende gewichtscurve, in de medische anamnese sprake is van klachten of symptomen die kunnen wijzen op een (ernstige) onderliggende ziekte of – probleem.
Bron	<u>Thema 3: Verwijzen en begeleiden</u>
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	Ondergewicht kan wijzen op de aanwezigheid van een somatische of niet-somatische ziekte of probleem.
Omschrijving indicator(en)	% kinderen met ondergewicht en/of een afbuigende gewichtscurve waarbij extra (medisch) onderzoek heeft plaatsgevonden.
Teller	Aantal 0 – tot 18 jarigen met ondergewicht en/of een afbuigende groeicurve waarbij aantoonbaar extra (medisch) onderzoek heeft plaatsgevonden
Noemer	Totaal aantal 0 - tot 18 jarigen met ondergewicht en/of een afbuigende gewichtscurve in zorg

5 Conclusie en discussie

Na selectie op specificiteit voor de richtlijn Ondergewicht en operationaliseerbaarheid zijn vijf conceptindicatoren opgesteld. Van de vijf conceptindicatoren bleken er drie niet goed registreerbaar in het digitale dossier. De twee overblijvende conceptindicatoren zijn geselecteerd als definitieve indicatoren. De twee definitieve indicatoren hebben betrekking op (1.) het signaleren van ondergewicht en (2.) extra (medisch) onderzoek bij ondergewicht om te beoordelen of er mogelijk een onderliggende ziekte of - probleem is. Voor de overige kernaanbevelingen in de richtlijn “Ondergewicht” zijn geen indicatoren opgesteld omdat die niet goed te operationaliseren zijn of niet-registreerbaar zijn via het digitale dossier. In [bijlage 1](#) staan de indicatoren die niet in de definitieve set zijn opgenomen.

Relevantie

De indicatoren gaan over het onderwerp “Ondergewicht”. Tot de taken van de JGZ behoren onder meer het monitoren van het gewicht en het signaleren van ondergewicht en ondervoeding. Ondergewicht is een belangrijke indicator voor ondervoeding en kan wijzen op de aanwezigheid van een (ernstige) somatische of niet-somatische ziekte of probleem (bijvoorbeeld een eetstoornis). Ondervoeding kan ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid en het welbevinden van kinderen en adolescenten. Sommige gevolgen kunnen levensbedreigend zijn. Op de lange termijn kan ondervoeding bij jeugdigen leiden tot een vertraagde groei en ontwikkeling.

De indicatoren-set bevat twee indicatoren die het handelen van de professional op twee aspecten beschrijven. De set bevat geen uitkomstindicator. Om de registratiedruk voor professionals te beperken is vooraf als voorwaarde gesteld dat de set van indicatoren een beperkte omvang moet hebben. Om dezelfde reden is er voor gekozen dat de gegevens registreerbaar moeten zijn in het digitale dossier. Deze methode van indicatorontwikkeling zorgt voor een kunstmatige reductie [4,5], het is in principe relevant om het gebruik c.q. het effect van *alle* kernaanbevelingen te meten. Volgens de werkgroep die de richtlijn ontwikkelde zijn er immers gegronde redenen om aan te nemen dat deze kernaanbevelingen uitgevoerd moeten om ondergewicht adequaat te signaleren en jeugdigen met ondergewicht adequaat te begeleiden en te verwijzen. De werkgroep baseerde zich

bij haar afwegingen op bewijs uit de literatuur en ‘best-practice’. De huidige set indicatoren is kortom indicatief voor het gebruik van de richtlijn “Ondergewicht”.

Kanttekeningen

Een belangrijk deel van de kernaanbevelingen uit de richtlijn “Ondergewicht” niet te vatten is in meetbare termen. Het betreft dan aanbevelingen zoals “bij twijfel.....” of “de professional kan”. Deze aspecten zijn wel belangrijk voor de effectiviteit van de geboden zorg. Ook is het belangrijk te realiseren dat de hier gepresenteerde indicatoren geen zicht geven op *hoe* de zorg is uitgevoerd. Om deze redenen werden indicatoren met betrekking tot de afweging of er al dan niet sprake is van (een verhoogd risico op) ondervoeding en met betrekking tot preventieve voorlichting en advisering niet meegenomen als indicator. Meting via het digitale dossier is hiervoor geen geschikte methode. Om effect te sorteren gaat het bij een professionele afweging en bij voorlichting en advisering immers niet alleen om de vraag *óf* de afweging heeft plaatsgevonden en *óf* voorlichting en advies is gegeven, maar ook *hoe* dit werd gedaan (adequaat/ minder adequaat), wat de gegeven adviezen waren, en wat daar vervolgens door de ouders mee is gedaan [7-9]. Geschiktere meetmethoden voor deze kernaanbevelingen zouden kunnen zijn: bespreking tijdens intercollegiale toetsing (of intervisie) of observaties [4]. Met name als het gaat om voorlichting en advies kunnen ouders (via interviews) ook als bron van informatie dienen.

Referenties

1. C.I. Lanting, M.S. de Wolff, R. van Zoonen, Y. Schönbeck. JGZ-richtlijn 'JGZ-richtlijn Ondergewicht'. Beschikbaar via www.NCJ.nl.
2. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
3. Braspenning J, Bouma M, Hoenen J. Indicatoren op basis van richtlijnen. In: Everdingen van JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, Barneveld van TA van, Weijden van der T. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014:265-275.
4. Fleuren MAH, Keer M, Paulussen TGWM. Adviesrapport meten van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO, 2014.
5. Nothacker M, Stokes T, Shaw B, Lindsay P, Sipilä R, Follmann M, Kopp I. Reporting standards for guideline-based performance measures. *Implementation Science* 2016;11:6.
6. ZonMw. Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013-2018. ZonMw Programmametekst. Den Haag: ZonMw 2012.
7. Carroll C, Patterson M, Wood S, Booth A, Rick J, Balain S. A conceptual framework for implementation fidelity. *Implementation Science* 2007;2(40):1-9.
8. Cross WF, West JC. Examining implementer fidelity: conceptualizing and measuring adherence and competence. *J Child Serv.* 2011;6(1):18-33
9. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008;41(3-4), 327-350.

Bijlage 1: Conceptindicatoren die niet in de definitieve set indicatoren zijn opgenomen

ALGEMENE INDRUK	
Kernaanbeveling(en)	Jeugdigen met ondergewicht (gewicht naar leeftijd/lengte kind <-2 SD of de BMI correspondeert met BMI van <17,0 kg/m ² op 18 jaar) en/of een afbuigende gewichtscurve (SD score is met > 1 SD afgenomen) worden naar een kinderarts verwezen als er naar inschatting van de jeugdarts of verpleegkundig specialist tevens sprake is van een afwijkende voedingstoestand (klinische blik) en/of een hoog risico op ondervoeding.
Bron	<u>Thema 3: Verwijzen en begeleiden</u>
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	Ondergewicht kan wijzen op de aanwezigheid van een somatische of niet-somatische ziekte of probleem.
Omschrijving indicator(en)	% kinderen met ondergewicht en/of een afbuigende gewichtscurve waarbij een algemene indruk over de voedingstoestand is verkregen
Teller	Aantal 0 – tot 18 jarigen met ondergewicht en/of een afbuigende groeicurve waarbij aantoonbaar een algemene indruk over de voedingstoestand is verkregen
Noemer	Aantal 0 - tot 18 jarigen in zorg
Toelichting	Niet goed registreerbaar in het digitale dossier. Er wordt alleen geregistreerd of een algemene indruk is verkregen, niet of de voedingstoestand is beschouwd.

VERWIJZEN NAAR EEN KINDERARTS	
Kernaanbeveling(en)	Jeugdigen met ondergewicht (gewicht naar leeftijd/lengte kind <-2 SD of de BMI correspondeert met BMI van <17,0 kg/m ² op 18 jaar) en/of een afbuigende gewichtscurve (SD score is met > 1 SD afgenomen) worden naar een kinderarts verwezen als er naar inschatting van de jeugdarts of verpleegkundig specialist tevens sprake is van een afwijkende voedingstoestand (klinische blik) en/of een hoog risico op ondervoeding.
Bron	<u>Thema 3: Verwijzen en begeleiden</u>
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	Ondergewicht is een belangrijke indicator voor ondervoeding en kan wijzen op de aanwezigheid van een somatische of niet-somatische ziekte of probleem. Ondervoeding kan ernstige gevolgen hebben voor de gezondheid en het welbevinden van kinderen en adolescenten.
Omschrijving indicator(en)	% kinderen dat op grond van ondergewicht en/of een afbuigende gewichtscurve is verwezen naar een kinderarts
Teller	Aantal 0 – tot 18 jarigen waarbij ondergewicht en/of een afbuigende gewichtscurve is geconstateerd en die aantoonbaar naar een kinderarts werden verwezen
Noemer	Totaal aantal 0 - tot 18 jarigen waarbij ondergewicht en/of een afbuigende gewichtscurve is geconstateerd
Toelichting	Het aantal kinderen waarbij ondergewicht en/of een afbuigende gewichtscurve werd geconstateerd is niet goed uit het digitale dossier te halen. Er wordt alleen geregistreerd of er sprake is van ondergewicht/ normaal gewicht/ overgewicht.

Bijlage 2: Kernelementen van de JGZ-richtlijn “Ondergewicht”

Monitoren en signaleren

1. Gewicht- en lengtemetingen worden door JGZ-professionals uitgevoerd óf door ouders na instructie en in het bijzijn van een JGZ-professional. Het zelf thuis laten meten van gewicht en lengte door ouders of jeugdigen is onvoldoende betrouwbaar.
2. De JGZ meet gewicht en lengte bij elk ‘face-to-face’ contact, met een minimale frequentie van 1x in de periode 0 tot 6 weken, 3x verspreid over de periode 6 weken tot 12 maanden, 1x als het kind 1 jaar oud is, 1x als het kind twee jaar oud is, 2x in de periode 3 t/m 6 jaar, 1x in de periode 8 t/m 9 jaar en 1x in de periode 12 t/m 14 jaar. In overleg met de ouders en/of de jeugdige kan de JGZ besluiten één of meer extra meetmomenten in te plannen.
3. Voor het signaleren van ondergewicht wordt aangeraden de volgende normatieve groeicurven te gebruiken: tot 1 jaar het gewicht-naar-leeftijd groeidiagram, voor kinderen van 1-2 jaar het gewicht-naar-lengte diagram en voor kinderen van 2 t/m 18 jaar het BMI-naar-leeftijd diagram (Cole 2007). De curven zijn universeel toepasbaar, behalve bij kinderen van Zuidoost Aziatische afkomst (waaronder Hindostaanse kinderen) vanwege een andere lichaamssamenstelling en vetverdeling.
4. Gebruik bij kinderen van *Hindostaanse* afkomst de etnisch specifieke gewicht-naar-leeftijd, gewicht-naar-lengte en BMI-naar-leeftijd curven voor de juiste beoordeling van de voedingstoestand.
5. Gebruik bij kinderen van *Zuidoost Aziatische afkomst* de universele curven maar let voor de beoordeling goed op vetmassa en vetverdeling, omdat de kans op de overschatting van laag gewicht en ondergewicht waarschijnlijk is.
6. Het beoordelen van een groeidiagram is een complexe vaardigheid en vereist een gedegen basiskennis van ziekten en normale en afwijkende groeidiagrammen. Het beoordelen van een groeidiagram dient daarom te gebeuren door een jeugdarts/verpleegkundig specialist of een jeugdverpleegkundige.
7. Lengte en gewicht worden ingevoerd in het Digitaal Kinddossier of een andere computerapplicatie (zie www.tno.nl/groei en www.growthanalyser.org) of, bij afwezigheid daarvan, in het passende papieren groeidiagram specifiek voor leeftijd en geslacht.

Verwijzen en begeleiden

8. Om te beoordelen of bij jeugdigen met ondergewicht en/of een afbuigende gewichtscurve verwijzing aangewezen is schat de JGZ de voedingstoestand en het risico op ondervoeding in d.m.v. een gerichte voedings- en medische anamnese en lichamelijk onderzoek. Het lichamelijk onderzoek vindt van ‘top tot teen’ plaats. Zo nodig wordt hiervoor een extra contact ingepland.
9. Jeugdigen met ondergewicht (gewicht naar leeftijd/lengte kind < -2 SD of de BMI correspondeert met BMI van $< 17,0$ kg/m² op 18 jaar (Cole, 2007)) en/of een afbuigende gewichtscurve (SD score is met > 1 SD afgenomen) worden naar een kinderarts verwezen als er naar inschatting van de jeugdarts of verpleegkundig specialist tevens sprake is van een afwijkende voedingstoestand (klinische blik) en/of een hoog risico op ondervoeding.
10. Verwijzing naar een kinderarts vindt ook plaats als er, naast het ondergewicht en/of de afbuigende gewichtscurve, in de medische anamnese sprake is van klachten of symptomen die kunnen wijzen op een (ernstige) onderliggende ziekte of – probleem.
11. Wanneer verwijzing naar een (kinder)diëtist, pedagoog/gedragstherapeut, preverbaal logopedist, lactatiekundige, KNO-arts, huisarts, sociaal wijkteam of een eerstelijns eet team bij

een jeugdige met ondergewicht ook of meer van toepassing is kan de jeugdarts/verpleegkundig specialist daar, in overleg met de ouders en/of de jeugdige, voor kiezen.

12. De JGZ biedt jeugdigen met ondergewicht en/of een afbuigende gewichtscurve en hun ouders begeleiding en extra meet- en weegmomenten aan als er sprake is van een mild, mogelijk voorbijgaand voedings- of eetprobleem.
13. Doel van de begeleiding is het bereiken van een volwaardige en gebalanceerde voedingsinname, leeftijdsadequaate eetgedrag en een voor de betreffende jeugdige gezond gewicht.
14. Als begeleiding door de JGZ niet voldoende helpt om de achterstand in gewicht in te halen dan vindt alsnog verwijzing naar een kinderarts plaats.
15. Bij verwijzing naar een andere professional/organisatie dan een kinderarts of een huisarts blijft de JGZ de groei volgen. Met de kinderarts of huisarts worden afspraken gemaakt over wie verantwoordelijk is voor de follow-up van het gewicht van het kind of de adolescent.

Adviseren

16. Bij kinderen en adolescenten met ondergewicht op grond van een voedings- of eetprobleem is de advisering gericht op het bereiken en/of in stand houden van een volwaardige en gebalanceerde inname van voedingsstoffen conform de Schijf van Vijf.
17. Voor het ontwikkelen en/of het in stand houden van een gezonde voeding en adequaat eetgedrag wordt er bij de advisering t.a.v. schoolkinderen en adolescenten op de volgende punten gelet:
 - Rol van ouders en leeftijdsgenoten;
 - Rol van school;
 - Rol van (sociale) media;
 - Rol van lijnen en een negatief zelfbeeld.
18. Als advisering door de JGZ niet haalbaar en/of niet (voldoende) effectief is, dan is verwijzing naar een (kinder)diëtist voor een dieetadvies op maat en/of naar een pedagoog/gedragstherapeut voor hulp bij opvoedingsproblemen raadzaam.