

Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 88 866 90 00
F +31 88 866 06 10
infodesk@tno.nl

TNO-rapport

TNO/CH 2012 R11108

Indicatoren JGZ richtlijn Voeding en Eetgedrag (0-23 jaar)

Datum	December 2012
Auteur(s)	Dr. A. Broerse
Aantal pagina's	26 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	1
Projectnummer	031.15144/01.01

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

Het ter inzage geven van het TNO-rapport aan direct belang-hebbenden is toegestaan.

© 2012 TNO

Samenvatting

In 2012 is in opdracht van ZonMw (projectnummer 15600.0019) in het kader van de nieuwe JGZ richtlijn Voeding en Eetgedrag (0-23 jaar) een set prestatie-indicatoren ontwikkeld. De indicatoren hebben tot doel om in de toekomst het gebruik en de effecten van de JGZ richtlijn te kunnen monitoren.

Het uitgangspunt bij de ontwikkeling van de indicatoren was de formulering van een beknopte set indicatoren die voor JGZ organisaties een beperkte administratieve last met zich mee zou brengen. Dit betekende dat aangesloten diende te worden bij de mogelijkheden die het digitale dossier JGZ biedt voor registratie van gegevens.

Om zoveel mogelijk draagvlak voor de indicatoren te creëren, zijn JGZ medewerkers betrokken bij de ontwikkeling. In eerste instantie zijn door TNO op basis van de kernelementen uit de richtlijn 12 conceptindicatoren ontwikkeld. Deze set van indicatoren is vervolgens in een schriftelijke commentaarrronde voorgelegd aan praktijkdeskundigen en beleidsmedewerkers. De referenten hebben de relevantie en haalbaarheid beoordeeld. Het daadwerkelijk uitvragen van de gegevens viel buiten de scope van dit project.

De uiteindelijke set bestaat uit zes procesindicatoren. Om deze indicatoren te meten, dienen JGZ medewerkers acht gegevens te registreren rondom de thema's: vitamine D, lijngedrag, aanwezigheid eetproblemen, aanwezigheid eetstoornissen, score op SCOFF of ESP, verwijzing in verband met score op SCOFF of ESP. Slechts twee van deze gegevens kunnen op dit moment in de basisdataset van het digitale dossier JGZ worden geregistreerd. Voor zes gegevens zou de basisdataset aangepast moeten worden, waarvoor in overleg met het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid een verzoek tot wijziging van de basisdataset zal worden ingediend.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	2
1	Inleiding	4
2	Doelstelling	5
3	Methode	6
3.1	Fase 1	6
3.2	Fase 2: Commentaarrronde experts	6
4	Resultaten	8
4.1	Selectie van kernadviezen en formulering van conceptindicatoren	8
4.2	Advisering vitamine D	15
4.3	Signalering lijngedrag	17
4.4	Signalering van eetproblemen en eetstoornissen	18
4.5	Signalering en verwijzing bij gebruik van SCOFF of ESP	20
5	Conclusies	22
6	Afkortingen	24
7	Referenties	25
	Bijlage(n)	
	A Samenvatting AIRE instrument	

1 Inleiding

In 2010 is in opdracht van ZonMw (projectnummer 15600.0019) gestart met de ontwikkeling van de JGZ richtlijn Voeding en Eetgedrag (0-23 jaar). Een conceptversie van de JGZ richtlijn is in december 2012 vastgesteld. Hierna heeft in de periode van januari tot maart 2012 een proefimplementatie plaatsgevonden waaraan 26 JGZ medewerkers (artsen, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten) deelnamen. De proefimplementatie is geëvalueerd en op basis daarvan is de richtlijn bijgesteld.

In het kader van deze richtlijn heeft ZonMw gevraagd om een set prestatie-indicatoren te ontwikkelen. Hiermee kunnen in de toekomst het gebruik en de effecten van de richtlijn worden gemonitord. Dit kan gedaan worden op organisatieniveau en op landelijk niveau. Organisaties krijgen door het gebruik van de indicatorenset kwaliteitsinformatie in handen die hen inzicht geeft in de mate waarin zij in staat zijn om volgens de richtlijn te werken. Organisaties kunnen daarnaast hun eigen prestaties vergelijken met die van andere organisaties en op die manier van elkaar leren. Op landelijk niveau wordt via de indicatorenset bovendien inzicht verkregen in de mate waarin het hele JGZ veld in staat is om volgens de richtlijn te werken.

2 Doelstelling

De doelstelling van het project was de ontwikkeling van een set indicatoren waarmee de uitvoering van de JGZ richtlijn Voeding en Eetgedrag (0-23 jaar) binnen de JGZ praktijk geëvalueerd kan worden. Hierbij dient rekening gehouden te worden met de volgende randvoorwaarden:

- de set heeft een beperkte omvang en is daardoor in de praktijk hanteerbaar;
- de indicatoren maken zichtbaar hoe de toepassing van de richtlijn verloopt en wat de effecten van de richtlijn zijn;
- de set bestaat uit procesindicatoren en – indien mogelijk – uitkomstindicatoren (zoals gedefinieerd door Donabedian 1966)¹;
- bij de formulering van de indicatoren wordt gebruik gemaakt van het AIRE instrument (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation, de Koning e.a. 2006; Bijlage 1);
- de indicatoren sluiten aan bij de basisdataset van het digitale dossier JGZ;
- de indicatoren worden gevalideerd via een expertronde.

Het uittesten van de indicatoren in de praktijk viel buiten de scope van dit project.

¹ Donabedian onderscheidt structuur-, proces- en uitkomstindicatoren. Deze drie typen indicatoren vertegenwoordigen respectievelijk: informatie over de beschikbare middelen, informatie over het verloop van het zorgproces en informatie over de effecten van het zorgproces. Er zijn meerdere modellen om indicatoren in typen in te delen. Een ander veel gebruikt model is bijvoorbeeld het model van Bouckaert (1999) dat uitgaat van input, throughput, output en outcome indicatoren. Echter, outcome indicatoren (zoals kwaliteit van leven) zijn voor organisaties die hun *eigen* prestaties willen monitoren en verbeteren minder interessant, aangezien zij mede bepaald worden door factoren die buiten het bereik van de JGZ liggen.

3 Methode

De ontwikkeling van de indicatorenset vond plaats in twee fasen. De eerste fase bestond uit de selectie van geschikte onderwerpen en de formulering van conceptindicatoren. De tweede fase bestond uit het voorleggen van de conceptindicatoren aan deskundigen die werkzaam zijn op het terrein van de JGZ. Hieronder wordt beschreven welke activiteiten in ieder van de twee fasen zijn uitgevoerd.

3.1 Fase 1

Deze fase had twee doelen:

- a) het selecteren van adviezen uit de richtlijn die geschikt zijn voor indicatoren;
- b) het formuleren van conceptindicatoren op basis van de geselecteerde adviezen.

Ad a)

Om te komen tot onderwerpen die geschikt zijn voor de indicatoren is de conceptversie van de richtlijn (nov 2011) gebruikt. Alle concrete adviezen uit de samenvatting van de richtlijn zijn als zelfstandige eenheden bekeken en beoordeeld op hun meetbaarheid. Op basis hiervan werd een selectie gemaakt van alle meetbare adviezen.

Ad b)

Alle meetbare adviezen zijn vervolgens beoordeeld op hun belang voor de uitvoeringspraktijk van de JGZ en die informatie die ze verschaffen over het proces van werken van professionals. Op basis hiervan is een selectie gemaakt van de adviezen die werden omgevormd tot een conceptindicator. Naast het belang voor de uitvoeringspraktijk, was een ander belangrijk aandachtspunt bij de selectie het verbeterpotentieel van het advies voor JGZ-organisaties: in welke mate wordt het advies momenteel al in de praktijk gebracht? Een advies dat op dit moment nog maar in beperkte mate wordt opgevolgd, heeft een groot verbeterpotentieel. Een laatste punt dat bij de selectie in overweging is genomen, is de registratie van gegevens: in welke mate kan het advies uit de richtlijn op dit moment al geregistreerd worden in het digitaal dossier JGZ? Conform de opdracht dienden de indicatoren zoveel mogelijk aan te sluiten bij de gegevens die momenteel geregistreerd kunnen worden in de basisdataset van het digitale dossier JGZ. De laatste versie van de basisdataset (versie 3.1) vormde hiervoor het uitgangspunt.

3.2 Fase 2: Commentaarronde experts

Deze fase had twee doelen:

- a) Het toetsen van de indicatoren bij een bredere groep deskundigen en het verwerken van het commentaar;
- b) Het beschrijven van een definitieve indicatorenset aan de hand van factsheets.

Ad a)

De set met conceptindicatoren is in twee schriftelijke rondes aan deskundigen voorgelegd:

1. Een kleine ronde: vier personen gaven commentaar (twee ontwikkelaars van de richtlijn en twee jeugdartsen die respectievelijk met 0-4 jarigen en 4-19 jarigen werken).
2. Een grote ronde: acht personen uit het JGZ werkveld gaven commentaar (twee jeugdverpleegkundigen, zes medewerkers van relevante beroepsverenigingen, koepelorganisaties en beleidsinstellingen (AJN, V&VN, ActiZ, NVDA, IGZ en NCJ).

Er werd gekozen voor twee rondes om de indicatorenset eerst nog van meer richting te voorzien en te comprimeren voordat ze naar de grotere groep voor commentaar zou worden toegestuurd.

De referenten zijn van te voren geselecteerd en per e-mail aangeschreven (met twee reminders) met de uitnodiging om commentaar te geven op de conceptindicatoren. Hen werd gevraagd voor iedere indicator een score te geven van 1 tot 10 gegeven voor respectievelijk:

- a. het *belang* van de indicator voor de kwaliteit van zorg;
- b. het *verbeterpotentieel* van de indicator.

Er werd tevens gevraagd om de scores toe te lichten.

De scores van de referenten zijn verwerkt tot gemiddelde scores. Wanneer een indicator een gemiddelde score had die lager was dan 6,0 op één van de twee bovengenoemde gebieden, werd in overweging genomen om de indicator buiten de eindset te houden. Hierbij werd meegewogen in hoeverre de referenten een grote variatie in scores vertoonden en of er bij sommige referenten sprake was van verschillen (of fouten) in de interpretatie.

Ad b)

De definitieve indicatoren zijn beschreven in zogenaamde factsheets met achtereenvolgens de volgende items:

- a) titel van de indicator;
- b) type indicator (structuur, proces of uitkomst);
- c) beschrijving van de meetgegevens;
- d) waarom belangrijk;
- e) teller en noemer;
- f) methodologische overwegingen;
- g) toelichting (indien van toepassing; dit kan bijvoorbeeld gebruikt worden om bepaalde termen of de interpretatie van de meetgegevens toe te lichten);
- h) wat kan worden geregistreerd in het digitale dossier JGZ (basisdataset) en wat moet eventueel worden aangepast.

4 Resultaten

4.1 Selectie van kernadviezen en formulering van conceptindicatoren

In de samenvatting van de JGZ richtlijn Voeding en eetgedrag 0-23 jaar (conceptversie) staan 131 concrete adviezen voor JGZ medewerkers, waarvan er 65 meetbaar waren. Deze 65 adviezen bleken voor een groot deel exact hetzelfde advies te bevatten, maar dan voor een andere leeftijdsgroep. Deze adviezen konden worden gegroepeerd. Hierdoor ontstonden uiteindelijk 18 adviezen die zijn omgevormd tot conceptindicatoren. Deze 18 conceptindicatoren zijn aan vier referenten voorgelegd. Naar aanleiding van het commentaar vielen vijf indicatoren af en bleef een set van 13 indicatoren over (tabel 1). Deze set is voorgelegd aan tien referenten, waarvan er acht hebben gereageerd. Hun scores zijn verwerkt tot gemiddelde scores (tabel 2) en het aanvullende commentaar is geanalyseerd. Na analyse van de scores en het verwerken van het commentaar zijn zeven indicatoren afgevallen:

- Aantal borstgevoede kinderen dat tot en met het consult van 3 maanden vitamine K heeft gekregen: de gemiddelde score voor het verbeterpotentieel was te laag;
- Aantal kinderen van 0-1 jaar dat langdurig voedsel weigert: een aantal referenten vond het aantal indicatoren over signalering te groot in verhouding tot de complexiteit van de richtlijn en adviseerde om daarom deze indicator buiten de eindset te houden;
- Aantal kinderen van 0-1 jaar dat ouders heeft met een pathologische voedingswijze: dezelfde reden als bij voorgaande indicator;
- Aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar waarbij de SCOFF of ESP is afgenomen in verband met een vermoeden op een (beginnende) klassieke eetstoornis: deze indicator is als noemer opgenomen in de indicator over het aantal kinderen met 2 of meer positieve antwoorden op de SCOFF of ESP;
- aantal kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar dat is verwezen in verband met onvoldoende groei: een aantal referenten gaven aan de onvoldoende groei niet uitsluitend gerelateerd is aan voedings- of eetproblemen en dat de uitkomsten daarom minder interessant zijn.
- aantal kinderen van 5-23 jaar dat door de JGZ zelf is begeleid in verband met voedings- en eetproblemen: de referenten gaven aan dat de indicatoruitkomsten afhankelijk zijn van het wel of niet aanwezig zijn van een (kinder)diëtist of pedagoog binnen de organisatie. Indien die aanwezig zijn, zal de JGZ het kind minder lang zelf begeleiden. Daarnaast zijn de indicatoruitkomsten afhankelijk van de sociale kaart in de regio. Indien er voldoende (kinder)diëtisten en pedagogen beschikbaar zijn, zal de JGZ kinderen sneller verwijzen.
- Aantal kinderen van 5-23 jaar dat door de JGZ zelf is begeleid in verband met voedings- en eetproblemen en daarna alsnog is verwezen naar een hulpverlener buiten de JGZ: dezelfde reden als bij voorgaande indicator.

De zes definitieve indicatoren zijn in aparte factsheets beschreven (zie 4.2 tot en met 4.5).

Tabel 1: Dertien concept indicatoren; het resultaat van de eerste schriftelijke commentaarronde.

Nr	Aanbeveling uit de richtlijn	Concept indicator
<i>Advisering</i>		
1	Direct na de geboorte wordt door de verloskundig hulpverlener aan alle kinderen 1 mg vitamine K gegeven. Daarna wordt bij de borstgevoede a terme zuigeling een week na de geboorte gestart met suppletie van vitamine K, dagelijks 150 µg/ dag tot de leeftijd van 13 weken. Indien minimaal 500 ml volledige zuigelingenvoeding wordt gegeven, is suppletie van vitamine K niet noodzakelijk. Voor alle a terme pasgeborenen wordt een dagelijkse vitamine D suppletie van 400 IE (10 microgram/d) geadviseerd tot een leeftijd van 4 jaar. Dit suppletieadvies geldt bij borstvoeding, kunstvoeding, of een combinatie hiervan. Voor prematuren wijken de adviezen omtrent vitamine K en vitamine D suppletie iets af	% borstgevoede kinderen dat t/m het consult bij 3 maanden vit K heeft gekregen (ten opzichte van het totaal aantal borstgevoede kinderen).
2	Dit suppletieadvies geldt bij borstvoeding, kunstvoeding, of een combinatie hiervan. Voor prematuren wijken de adviezen omtrent vitamine K en vitamine D suppletie iets af	% kinderen dat t/m het consult van 3 jaar en 9 maanden vitamine D heeft gekregen (ten opzichte van het totaal aantal kinderen).
<i>Signalering</i>		
3	<p>Indien er zorgen zijn op voedingsgebied neemt de JGZ een voedingsanamnese af (wat, hoeveel en wanneer) en doet navraag naar:</p> <p><u>Bij 0-1 jaar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - lichamelijk welbevinden van het kind (malaise, moeheid, lusteloosheid) - Eetgedrag (kokhalzen, manier waarop ouders het eetgedrag van hun kind ervaren en hanteren) - Eetlust (veranderende eetlust na ziekte, recidiverende koortspereoden) - Defecatie (diarree, obstipatie, ontkleurde ontlasting, bloedbijnenging) - Mictiepatroon (urineinfectie) - Gebruik van medicijnen. <p><u>Bij 1-4 jaar en 5/6 jaar</u> wordt daarnaast nog specifiek navraag gedaan naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Volgen van (alternatieve) therapieën. <p><u>Bij 10/11 jaar</u> wordt daarbovenop nog specifiek navraag gedaan naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vrijtijdsbesteding/lichaamsbeweging/sporten (wat, hoeveel) - Emotioneel eten - Lijngedrag - Beginnende puberteitsontwikkeling, menarche <p><u>Bij 13/14 jaar</u> wordt aanvullend nog navraag gedaan naar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lichaamsbeweging/sporten (wat, hoeveel) - Gebruik/ misbruik van medicijnen (laxemiddelen, plaspillen, afslankpillen) - alcohol- en drugsgebruik - (indien ouders aanwezig) Manier waarop ouders het eetgedrag van hun kind ervaren en hanteren. 	% kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat lijngedrag vertoont (ten opzichte van respectievelijk alle 10/11 jarigen en 13/14 jarigen).

4	<p>Bevindingen uit anamnese en lichamelijk onderzoek worden gebruikt om te beoordelen of er sprake is van een vermoeden op een eetstoornis (d.w.z. klachten hebben een kinderpsychiatrische oorzaak) of een eetprobleem (geen kinderpsychiatrische achtergrond van de klachten, advisering en begeleiding door de JGZ).</p> <p>Er bestaat een verhoogde kans op een eetprobleem of eetstoornis als er sprake is van: Bij 0-1 jaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Langdurige voedselweigering of langdurige slechte voedselinname (langer dan 1 maand). 	<p>% kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5/6 jaar waarbij een eetprobleem is geconstateerd (geen kinderpsychiatrische oorzaak) (ten opzichte van alle kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5/6 jaar).</p>
5	<ul style="list-style-type: none"> - Aanwezigheid van ten minste één van de volgende symptomen: <ol style="list-style-type: none"> 1. Anticipatoir kokhalzen (kokhalzen voordat of zelfs zonder dat het kind het voedsel in de mond heeft gedaan) 2. Pathologisch voedingswijze (d.w.z.: 's nachts voeden (bij kind >6 mnd); achtervolgen ('stalken') met voeding; dwingend voeden; mechanistisch voeden (op de klok, zonder acht te slaan op tekenen van honger en verzadiging, ongeïnteresseerd); afleidingsmanoeuvres bij het voeden. <p>Bij 1-4 jaar en bij 5/6 jarigen wordt aanvullend als criterium meegenomen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Leeftijd waarop de problemen zich voor het eerst aandienen <2 jaar. 	<p>% kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar waarbij een (vermoeden van een) eetstoornis is geconstateerd (kinderpsychiatrische oorzaak) (ten opzichte van alle kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar).</p>
6		<p>% kinderen van 0-1 jaar waarbij sprake is van langdurige voedselweigering of langdurige slechte voedselinname (langer dan 1 maand) (ten opzichte van alle kinderen van 0-1 jaar).</p>
7		<p>% kinderen van 0-1 jaar waarbij de ouders een pathologische voedingswijze hanteren (1 of meerdere items van pathologisch voeden - zie richtlijn - zijn aanwezig) (ten opzichte van alle kinderen van 0-1 jaar).</p>
8	<p>Bij verdenking op een beginnende klassieke eetstoornis wordt bij kinderen van 10/11 jaar gebruik gemaakt van de signaleringsinstrumenten SCOFF of ESP. In het voortgezet onderwijs zal de JGZ bij een vermoeden van een (beginnende) eetstoornis specifieke kenmerken van het eetgedrag van de jongere nader uitvragen. Hiervoor zijn in Nederland twee korte, gevalideerde screeningsinstrumenten beschikbaar, de SCOFF en de ESP (Eating disorder Screen for Primary care). De vragen van de SCOFF óf de ESP worden mondeling of schriftelijk gesteld worden, afhankelijk van de leeftijd van het kind/ de jongere en de JGZ-organisatie.</p>	<p>% kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar waarbij in verband met een vermoeden op een (beginnende) eetstoornis de SCOFF of ESP is afgenomen (ten opzichte van alle kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar).</p>

	Verwijzen	
9	<p>Bij kinderen van 10/11 jaar wordt in de volgende gevallen wordt naar de huisarts / kinderarts verwezen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Als de groei en ontwikkeling worden bedreigd - Als een (ernstige) onderliggende somatische ziekte wordt vermoed - Bij obesitas - Indien de JGZ op basis van de symptomen vermoed dat er sprake is van complexe sociaal-emotionele, gezins- of opvoedingsfactoren of (beginnende) eetstoornispathologie. De huisarts / kinderarts kan vervolgens naar een kinderpsycholoog of kinderpsychiater verwijzen. <p>Bij 13/14 jaar nog aanvullend hierop:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Bij (ernstig) ondergewicht - Wanneer twee of meer antwoorden op de SCOFF óf de ESP positief worden gescoord (NB: Vraag 1 van de ESP negatief). De huisarts / kinderarts kan dan op basis van zijn bevindingen doorverwijzen naar een kinder- en jeugdpsycholoog of psychiater. 	<p>% kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat twee of meer antwoorden op de SCOFF of ESP positief heeft gescoord (ten opzichte van het aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar waarbij de SCOFF of ESP is afgenomen en ten opzichte van het totaal aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat is gezien).</p>
10		<p>% kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat twee of meer antwoorden op de SCOFF of ESP positief heeft gescoord en is verwezen (ten opzichte van het totaal aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat is gezien en ten opzichte van het totaal aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar waarbij de SCOFF of ESP is afgenomen).</p>
11	<p>Bij kinderen < 1 jaar vindt verwijzing bij onvoldoende groei plaats bij:</p> <ul style="list-style-type: none"> - naar kinderarts / huisarts bij a) gewichtsverlies > 10% in eerste elf levensdagen; b) verandering in gewicht / leeftijd groter dan - 1 SD op de groeicurve binnen periode van drie maanden; c) verandering in lengtegroei groter dan 0,5 - 1 SD per jaar op de groeicurve bij kinderen < 4 jaar (> 4 jaar 0,25 SD / jaar). <p>Bij kinderen van 1-4 jaar:</p> <ul style="list-style-type: none"> - naar huisarts/ kinderarts bij a) kinderen \geq 1 jaar met een verandering in gewicht/lengte van > -1SD op de groeicurve binnen 3 maanden; b) kinderen met een afname in lengtegroei 0.5-1 SD/jaar (0.25 SD/jaar) eventueel als gevolg van een chronische ziekte. - naar (kinder)diëtist indien begeleiding bij het bereiken van een normaal gewicht van belang is. - Bij jongeren van 5-23 jaar: - naar huisarts/ kinderarts bij een verandering van gewicht/leeftijd >-1 SD op de groeicurve binnen 3 maanden en/of afname in lengtegroei 0.25 SD/jaar. 	<p>% kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar dat in verband met onvoldoende groei is verwezen (naar de huisarts of kinderarts) (ten opzichte van het totaal aantal kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar dat de JGZ heeft gezien).</p>

	<i>Begeleiding door JGZ</i>	
12	<p>Als er bij kinderen van 5/6 jaar geen somatische alarmsymptomen zijn, en er wordt ook niet voldaan aan de verwijscriteria voor kinderpsychiatrische problematiek dan wordt in overleg met de ouders een plan voor begeleiding door JGZ, diëtist of de pedagoog van het CJG gemaakt.</p> <p>Wanneer er bij kinderen van 10/11 jaar en 13/14 jaar sprake lijkt te zijn van een lichte vorm van verstoord eetgedrag kan advisering en (op indicatie) kortdurende begeleiding plaats vinden door de JGZ, diëtist of de pedagoog van het CJG. Bij de advisering kan de arts of verpleegkundige het beste gebruik maken van motiverende gespreksvoering.</p>	<p>% kinderen van 5-23 jaar dat door de JGZ arts of verpleegkundige zelf is begeleid in verband met voedings- of eetproblemen (ten opzichte van het totaal aantal kinderen van 5-23 jaar met voedings- of eetproblemen).</p>
13		<p>% kinderen van 5-23 jaar dat door de JGZ arts of verpleegkundige zelf is begeleid in verband met voedings- of eetproblemen en dat daarna alsnog is verwezen (omdat begeleiding niet of onvoldoende hielp) naar andere hulpverleners behorend bij de JGZ organisatie of daarbuiten (ten opzichte van het totaal aantal kinderen van 5-23 jaar met voedings- of eetproblemen).</p>

Tabel 2: Gemiddelde scores en het minimum en maximum per indicator van de referenten.

Nr	Concept indicator	Relatie met	Verbeter-
		kwaliteit	potentieel
		Gemiddelde	Gemiddelde
		en range	en range
	<i>Advisering</i>		
1	% borst gevoede kinderen dat tot en met het consult bij 3 maanden vitamine K heeft gekregen (ten opzichte van het totaal aantal borst gevoede kinderen).	8,8 (8 – 9)	5,3 (1 – 8)
2	% kinderen dat tot en met het consult van 3 jaar en 9 maanden vitamine D heeft gekregen (ten opzichte van het totaal aantal kinderen).	8,6 (8 – 9)	6,9 (4 – 10)
	<i>Signalering</i>		
3	% kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat lijngedrag vertoont (ten opzichte van respectievelijk alle 10/11 jarigen en 13/14 jarigen).	6,7 (3 – 9)	6,3 (5 – 8)
4	% kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5/6 jaar waarbij een eetprobleem is geconstateerd (geen kinderpsychiatrische oorzaak) (ten opzichte van alle kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5/6 jaar).	7,0 (1 – 9)	6,5 (2 – 9)
5	% kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar waarbij een (vermoeden van een) eetstoornis is geconstateerd (kinderpsychiatrische oorzaak) (ten opzichte van alle kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar).	7,0 (1 – 9)	6,5 (2 – 9)
6	% kinderen van 0-1 jaar waarbij sprake is van langdurige voedselweigering of langdurige slechte voedselinname (langer dan 1 maand) (ten opzichte van alle kinderen van 0-1 jaar).	7,0 (1 – 9)	6,8 (2 – 9)
7	% kinderen van 0-1 jaar waarbij de ouders een pathologische voedingswijze hanteren (1 of meerdere items van pathologisch voeden - zie richtlijn - zijn aanwezig) (ten opzichte van alle kinderen van 0-1 jaar).	7,0 (1 – 9)	6,5 (2 – 9)
8	% kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar waarbij in verband met een vermoeden op een (beginnende) eetstoornis de SCOFF of ESP is afgenomen (ten opzichte van alle kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar waarbij een vermoeden op een (beginnende) eetstoornis bestaat).	7,9 (6 – 9)	7,4 (5 – 8)
	<i>Verwijzing</i>		
9	% kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat twee of meer antwoorden op de SCOFF of ESP positief heeft gescoord (ten opzichte van het aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar waarbij de SCOFF of ESP is afgenomen en ten opzichte van het totaal aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat is gezien).	7,3 (5 – 9)	6,0 (4 – 9)
10	% kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat twee of meer antwoorden op de SCOFF of ESP positief heeft gescoord en is verwezen (ten opzichte van het totaal aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat is gezien en ten opzichte van het totaal aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar waarbij de SCOFF of ESP is afgenomen).	7,5 (6 – 9)	6,7 (4 – 9)

11	% kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar dat in verband met onvoldoende groei is verwezen (naar de huisarts of kinderarts) (ten opzichte van het totaal aantal kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar dat de JGZ heeft gezien).	6,7 (4 – 8)	<u>4,8</u> (3 – 7)
<i>Begeleiding door JGZ</i>			
12	% kinderen van 5-23 jaar dat door de JGZ arts of verpleegkundige zelf is begeleid in verband met voedings- of eetproblemen (ten opzichte van het totaal aantal kinderen van 5-23 jaar met voedings- of eetproblemen)	6,1 (4 – 7)	<u>5,9</u> (4 – 8)
13	% kinderen van 5-23 jaar dat door de JGZ arts of verpleegkundige zelf is begeleid in verband met voedings- of eetproblemen en dat daarna alsnog is verwezen (omdat begeleiding niet of onvoldoende hielp) naar andere hulpverleners behorend bij de JGZ organisatie of daarbuiten (ten opzichte van het totaal aantal kinderen van 5-23 jaar met voedings- of eetproblemen).	6,1 (4 – 7)	<u>5,9</u> (4 – 8)

4.2 Advisering vitamine D

Advisering vitamine D	
Type indicator	Procesindicator
Beschrijving van de meetgegevens	% kinderen van 3 jaar en 9 maanden dat in het afgelopen jaar vitamine D heeft gekregen.
Waarom belangrijk	<p>In de JGZ richtlijn Voeding en Eetgedrag (Lanting e.a. 2013) wordt onderzoek beschreven waaruit blijkt dat jonge kinderen extra vitamine D nodig hebben. Vitamine D is van belang voor sterke botten en tanden. Uit onderzoek van TNO (L'Hoir, 2009) bleek dat ouders de vitamine D suppletie vaak vergeten. Hoe ouder het kind wordt, hoe vaker het vergeten wordt. Ouders vergeten de vitamine D vaak nadat gestopt is met kunstvoeding of opvolgmelk. Kunstvoeding en opvolgmelk werden tot voor enkele jaren geleden als toereikend gezien voor de vitamine D inname. De aanbevelingen voor suppletie zijn echter in 2009 veranderd (Gezondheidsraad, 2009). De Gezondheidsraad adviseert alle ouders om hun kind vanaf de geboorte tot de leeftijd van 4 jaar extra vitamine D te geven, ongeacht het type voeding. Door dit gewijzigde advies, is het suppletiebeleid voor ouders wellicht veel duidelijker geworden, waardoor mogelijk het percentage ouders dat extra vitamine D geeft in de toekomst hoger wordt. Vanuit de praktijk wordt aangegeven dat de meeste JGZ medewerkers bij de geboorte en tijdens de eerste consulten het vitamine D advies in voldoende mate onder de aandacht van ouders brengen, maar dat met name het <i>herinneren</i> aan dit advies bij wat oudere kinderen aandacht behoeft.</p> <p><i>Referenties:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Gezondheidsraad. Naar een voldoende inname van vitaminen en mineralen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatienr. 2009/06.</i> - <i>Lanting CI, N. Heerdink-Obenhuijsen, HLL. Schuit-van Raamsdonk, EMM Hofman-van den Hoogen, EH Leeuwenburg-Grijseels, A Broerse, M Kamphuis, AJPG Smeets, KI van Drongelen. JGZ-richtlijn Voeding en Eetgedrag. TNO/CH (wordt in 2013 definitief gepubliceerd).</i> - <i>L'Hoir MP, Boere-Boonekamp MM, Nawijn L. Een effectieve manier van Vitamine D-advisering voor 1 tot 4 jarigen op het consultatiebureau. Leiden, TNO Kwaliteit van Leven 2009. Publ.nr. 09.017.</i>
Teller en noemer	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Teller</u>: aantal kinderen van 3 jaar en 9 maanden dat dat in het afgelopen jaar vitamine D heeft gekregen. • <u>Noemer</u>: totaal aantal kinderen van 3 jaar en 9 maanden dat in het afgelopen jaar door de JGZ is gezien.
Methodologische overwegingen	<p>Bij de indicator is gekozen voor slechts één meetmoment, namelijk bij 3 jaar en 9 maanden. Daardoor kan op basis van de uitkomsten geen uitspraak worden gedaan over de periode die daaraan voorafgaat. Theoretisch kan een kind bijvoorbeeld pas na het tweede jaar vitamine D hebben gekregen en toch positief meetellen in de indicatoruitkomst.</p> <p>Daarnaast is in sommige organisaties het contactmoment bij 3 jaar en 9 maanden verschoven naar een later tijdstip. Indien dat het geval is, is de indicator lastiger meetbaar; de organisatie zou aan haar JGZ medewerkers moeten vragen om tijdens het later geplande consult retrospectief bij ouders na te vragen of men het vitamine D suppletieadvies heeft opgevolgd <i>tot aan</i> de leeftijd van 3 jaar en 9 maanden.</p>

Wat kan d.d. december 2012 wel en niet worden geregistreerd in het digitaal dossier (basisdataset)	<ul style="list-style-type: none">• <u>Vitamine D</u> kan worden geregistreerd bij 'Terugkerende anamnese' > Vitamine D (ja/nee)
--	---

4.3 Signalering lijngedrag

Signalering lijngedrag	
Type indicator	Procesindicator
Beschrijving van de meetgegevens	% kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar zonder overgewicht dat lijngedrag vertoont .
Waarom belangrijk	<p>Naarmate basisschoolkinderen ouder worden, wordt het uiterlijk belangrijker. Kinderen met een gezond gewicht kunnen al op 9 of 10 jarige leeftijd een negatief zelfbeeld hebben en lijngedrag vertonen. Hoewel niet elke vorm van lijnen per definitie fout is, dient extreem lijngedrag te worden voorkomen in verband met het risico op een eetstoornis. Onderzoek heeft aangetoond (van Strien, 2010) dat lijngericht- en emotioneel eten een verhoogd risico in zich dragen op het ontstaan van overgewicht, ondergewicht of een eetstoornis in engere zin. In de puberteit en adolescentie neemt het risico op het ontstaan van klassieke eetstoornissen toe. Daarom wordt vanuit de JGZ richtlijn Voeding en eetgedrag (Lanting e.a. 2013) aanbevolen dat de JGZ tijdens de contacten met jongeren, hun ouders en schoolteams alert is op een overmatig sterke gerichtheid op eten alsmede piekeren over uiterlijk of gewicht. Hiertoe dient de JGZ bij signalen een gerichte voedingsanamnese af te nemen.</p> <p><i>Referenties:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanting CI, N. Heerdink-Obenhuijsen, HLL. Schuit-van Raamsdonk, EMM Hofman-van den Hoogen, EH Leeuwenburg-Grijseels, A Broerse, M Kamphuis, AJPG Smeets, KI van Drongelen. JGZ-richtlijn Voeding en Eetgedrag. TNO/CH (wordt in 2013 definitief gepubliceerd). - Strien van, T, Oosterveld P. The Children's DEBQ for assessment of restrained, emotional and external eating in 7-to-12-year old children. <i>International Journal of Eating Disorders</i> 41 (1):72-81
Teller en noemer	<ul style="list-style-type: none"> • Teller: aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar zonder overgewicht dat lijngedrag vertoont. • Noemer: totaal aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 zonder overgewicht dat door de JGZ is gezien.
Methodologische overwegingen	Het is bij deze indicator van belang om lijngedrag in relatie tot overgewicht te beschouwen. Door het toenemend aantal dikke en obese kinderen, is ook een toename van lijngedrag te verwachten. In deze indicator gaat het echter om lijngedrag bij een gezond lichaamsgewicht, dus lijngedrag dat onnodig is vanuit medisch oogpunt.
Toelichting	Definitie <i>lijngedrag</i> : een eetpatroon dat qua hoeveelheden en samenstelling sterk naar beneden toe afwijkt van de aanbevolen dagelijkse hoeveelheden, met als doel om gewicht te verliezen.
Wat kan d.d. december 2012 wel en niet worden geregistreerd in het digitaal dossier (basisdataset)	<ul style="list-style-type: none"> • Lijngedrag kan op dit moment nog niet in het digitaal dossier worden geregistreerd.

4.4 Signalering van eetproblemen en eetstoornissen

Signalering van eetproblemen en eetstoornissen	
Type indicator	Procesindicator
Beschrijving van de meetgegevens	<p>a. % kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5/6 jaar waarbij in het afgelopen jaar een (vermoeden van een) eetprobleem is geconstateerd (geen kinderpsychiatrische oorzaak).</p> <p>b. % kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar waarbij in het afgelopen jaar een (vermoeden van een) eetstoornis is geconstateerd (kinderpsychiatrische oorzaak).</p>
Waarom belangrijk	<p>In de JGZ richtlijn Voeding en eetgedrag (Lanting e.a. 2013) wordt beschreven dat het een kerntaak is van de JGZ om problemen op het gebied van voeding en eetgedrag tijdig te signaleren. In de algemene anamnese is beperkt aandacht voor voeding en eetgedrag. Indien de JGZ echter signalen opvangt van ouders of bijvoorbeeld via het algemeen lichamelijke onderzoek, dient de JGZ volgens de richtlijn een uitgebreide voedingsanamnese af te nemen. De richtlijn geeft handvatten voor deze voedingsanamnese. Op basis van de voedingsanamnese maakt de JGZ een inschatting of er sprake is van een vermoeden op een eetstoornis, waarbij de klachten een kinderpsychiatrische oorzaak hebben, of een eetprobleem, waarbij geen sprake is van een kinderpsychiatrische oorzaak.</p> <p><i>Referenties:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Lanting CI, N. Heerdink-Obenhuijsen, HLL. Schuit-van Raamsdonk, EMM Hofman-van den Hoogen, EH Leeuwenburg-Grijseels, A Broerse, M Kamphuis, AJPG Smeets, KI van Drongelen. JGZ-richtlijn Voeding en Eetgedrag. TNO/CH (wordt in 2013 definitief gepubliceerd).
Teller en noemer	<ul style="list-style-type: none"> • Teller a: aantal kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5/6 jaar waarbij in het afgelopen jaar een vermoeden van een eetprobleem is geconstateerd (geen kinderpsychiatrische oorzaak). • Noemer a: totaal aantal kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5/6 jaar dat in het afgelopen jaar door de JGZ is gezien. • Teller b: aantal kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar waarbij in het afgelopen jaar een vermoeden van een eetstoornis is geconstateerd (kinderpsychiatrische oorzaak). • Noemer b: totaal aantal kinderen van respectievelijk 0-1 jaar, 1-4 jaar en 5-23 jaar dat in het afgelopen jaar door de JGZ is gezien.
Methodologische overwegingen	<p>Bij de signalering van eetproblemen speelt de interpretatie van de ouder(s) een belangrijke rol. Wanneer die het gedrag van hun kind als een probleem ervaren, zal de JGZ er aandacht aan moeten besteden, onafhankelijk van de interpretatie van de JGZ medewerker zelf. Dit impliceert dat bij de inclusie van kinderen met eetproblemen in deze indicator, variatie mogelijk is, ondanks de definities die in de richtlijn worden gegeven.</p>

Toelichting	<p>Definitie <i>eetprobleem</i>: eetgedrag dat gerelateerd is aan het niet willen, kunnen, durven of mogen eten en/of drinken en dat spanning of bezorgdheid oproept bij het kind/de jongere en/of zijn ouders/verzorgers, maar de groei, de gezondheid en/of de psychosociale ontwikkeling van een kind of jongere niet bedreigt.</p> <p>Definitie <i>eetstoornis</i>: eetprobleem dat, zonder aantoonbare actuele medische oorzaak, zo langdurig of ernstig verstoord is dat het de groei, de gezondheid en/of de psychosociale ontwikkeling van een kind of jongere bedreigt.</p> <p>Definitie <i>kinderpsychiatrische oorzaak</i>: een oorzaak die wordt gekenmerkt door een psychiatrische stoornis zoals angst- of stemmingsstoornissen, hechtingsstoornissen of autisme.</p>
Wat kan d.d. december 2012 wel en niet worden geregistreerd in het digitaal dossier (basisdataset)	<ul style="list-style-type: none">• <u>Eetprobleem en eetstoornis</u> kunnen op dit moment nog niet in het digitaal dossier worden geregistreerd.

4.5 Signalering en verwijzing bij gebruik van SCOFF of ESP

Signalering en verwijzing bij gebruik van SCOFF of ESP	
Type indicator	Procesindicator
Beschrijving van de meetgegevens	<p>a. % kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat in het afgelopen jaar ≥ 2 antwoorden op de SCOFF of ESP positief heeft gescoord.</p> <p>b. % kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat in verband met ≥ 2 positieve antwoorden op de SCOFF of ESP is verwezen.</p>
Waarom belangrijk	<p>Voor kinderen in de laatste jaren van de basisschool en op het voortgezet onderwijs wordt het uiterlijk steeds belangrijker. Sommige kinderen ontwikkelen daardoor een negatief zelfbeeld en vertonen lijngedrag. Onderzoek heeft aangetoond (van Strien, 2010) dat lijngericht- en emotioneel eten een verhoogd risico in zich dragen op het ontstaan van een eetstoornis in engere zin. In de puberteit en adolescentie neemt dit risico nog meer toe. Daarom dient de JGZ tijdens de contacten met jongeren, hun ouders en schoolteams alert te zijn op een overmatig sterke gerichtheid op eten en piekeren over uiterlijk of gewicht. Wanneer de JGZ op basis van signalen een vermoeden heeft op de aanwezigheid van een (beginnende) eetstoornis, dient volgens de JGZ richtlijn Voeding en eetgedrag (Lanting e.a. 2013) naar specifieke kenmerken van het eetgedrag te worden gevraagd. Hiervoor zijn in Nederland twee korte, gevalideerde screeningsinstrumenten beschikbaar, de SCOFF (Test for Detecting Eating Disorders, Morgan 1999) en de ESP (Eating disorder Screen for Primary care, Cotton e.a. 2003). Het gebruik hiervan wordt in de JGZ richtlijn Voeding en eetgedrag (0-23 jaar) aanbevolen. Beide instrumenten bestaan uit slechts vijf vragen die de JGZ, afhankelijk van de situatie mondeling of schriftelijk kan afnemen. Wanneer twee of meer antwoorden op de SCOFF of ESP positief worden gescoord, dient het kind te worden verwezen naar de huisarts of kinderarts. De huisarts of kinderarts kan dan op basis van zijn bevindingen doorverwijzen naar een kinder- en jeugdpsycholoog of kinderpsychiater.</p> <p><i>Referenties:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Cotton, M., Ball, C., & Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. <i>Journal of General Internal Medicine</i>, 18, 53-56. - Lanting CI, N. Heerdink-Obenhuijsen, HLL. Schuit-van Raamsdonk, EMM Hofman-van den Hoogen, EH Leeuwenburg-Grijseels, A Broerse, M Kamphuis, AJPG Smeets, KI van Drongelen. JGZ-richtlijn Voeding en Eetgedrag. TNO/CH (wordt in 2013 definitief gepubliceerd). - Morgan J. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. <i>BMJ</i> 1999;319:1467-68. - Strien van, T, Oosterveld P. The Children's DEBQ for assessment of restrained, emotional and external eating in 7-to-12-year old children. <i>International Journal of Eating Disorders</i>, 41 (1):72-81.

Teller en noemer	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Teller a</u>: aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat in het afgelopen jaar ≥ 2 antwoorden op de SCOFF of ESP positief heeft gescoord. • <u>Noemer a</u>: totaal aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar waarbij in het afgelopen jaar de SCOFF of ESP is afgenomen in verband met een (vermoeden van een) eetstoornis. • <u>Teller b</u>: aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat in verband met ≥ 2 positieve antwoorden op de SCOFF of ESP is verwezen. • <u>Noemer b</u>: totaal aantal kinderen van respectievelijk 10/11 jaar en 13/14 jaar dat in het afgelopen jaar ≥ 2 antwoorden op de SCOFF of ESP positief heeft gescoord.
Methodologische overwegingen	<p>Hoewel op dit moment onbekend is op welke schaal de SCOFF en ESP in Nederland worden gebruikt, toetst deze indicator in feite het gebruik van deze instrumenten. Indien organisaties de instrumenten nog niet gebruiken, fungeert de indicator mogelijk als stimulans om ze toch in de werkwijze op te nemen.</p> <p>Hoewel er logischerwijs vanuit gegaan mag worden dat alle kinderen die twee of meer antwoorden op de SCOFF of ESP positief scoren worden verwezen, kan in de praktijk toch blijken dat een kind <i>niet</i> wordt verwezen. Het is vanuit kwaliteitsoogpunt van belang om hier inzicht in te krijgen. De indicatoruitkomsten kunnen de discussie over het verwijfsbeleid van de organisatie bij vermoedens op (beginnende) klassieke eetstoornissen aanscherpen.</p>
Toelichting	<p>Definitie <i>eetstoornis</i>: eetprobleem dat, zonder aantoonbare actuele medische oorzaak, zo langdurig of ernstig verstoord is dat het de groei, de gezondheid en/of de psychosociale ontwikkeling van een kind of jongere bedreigt.</p>
Wat kan d.d. december 2012 wel en niet worden geregistreerd in het digitaal dossier (basisdataset)	<ul style="list-style-type: none"> • Score SCOFF en score ESP kunnen op dit moment nog niet in het digitaal dossier worden geregistreerd. • Verwijzing kan worden geregistreerd bij 'Conclusies en vervolgstappen': • 'Verwijzing naar (keuzelijst)' • 'Verwijsindicatie 'vermoeden op (beginnende) eetstoornis' kan op dit moment nog niet worden geregistreerd.

5 Conclusies

In samenspraak met het veld is een beknopte set van zes indicatoren ontwikkeld waarmee JGZ organisaties hun eigen prestaties ten aanzien van het gebruik van de JGZ richtlijn Voeding en Eetgedrag (0-23 jaar) kunnen beoordelen. JGZ organisaties kunnen daarnaast hun prestaties vergelijken met die van andere organisaties wanneer de indicatoren zouden worden gebruikt in een benchmark. De indicatorenset is voor een belangrijk deel geformuleerd en van commentaar voorzien door personen die werkzaam zijn binnen het JGZ werkveld (JGZ-medewerkers en vertegenwoordigers van relevante beleids-, onderzoeks- en koepelorganisaties). Hiermee is een belangrijke eerste stap gezet voor het creëren van draagvlak voor het gebruik van de indicatoren. JGZ organisaties hebben de vrijheid om dit instrument naar eigen inzicht te gebruiken, tenzij de Inspectie voor de Gezondheidszorg enkele indicatoren zal gebruiken voor haar algemeen of thematisch toezicht.

Informatie in de indicatorenset

De indicatoren beperken zich tot het meten van een aantal kernelementen uit de richtlijn, namelijk opvolging van advies over vitamine D suppletie, signalering van lijngedrag, signalering van eetproblemen en eetstoornissen, gebruik van de SCOFF en ESP en verwijzing naar aanleiding van het gebruik van de SCOFF of ESP. De indicatorenset geeft door haar beperkte omvang uiteraard geen volledig beeld van de toepassing van alle adviezen uit de richtlijn.

De indicatorenset is met nadruk bedoeld als een meetinstrument om op een relatief makkelijke manier een *indicatie* te krijgen van de navolging van een aantal essentiële onderdelen van de richtlijn. Indien de resultaten van de meting minder positief zijn dan verwacht, zal altijd nader onderzoek nodig zijn om te achterhalen wat de precieze oorzaken van de resultaten zijn. Dit zal bepalen of het noodzakelijk is om bijvoorbeeld verbeteracties in te zetten.

De onderhavige indicatorenset bevat uitsluitend *proces*indicatoren, wat betekent dat alleen informatie wordt verkregen over het *handelen* van de JGZ medewerkers (en dus niet over het effect van de richtlijn). Hoewel bij de ontwikkeling van een indicatorenset altijd wordt gestreefd naar zoveel mogelijk uitkomstmaten, bleek het in dit geval niet realistisch om effectmaten te ontwikkelen.

Registratie en gegevensverzameling

JGZ medewerkers zullen voor de indicatoren acht gegevens moeten registreren (zie Tabel 3). Slechts twee van deze gegevens worden op dit moment al in het kader van de reguliere dossiervoering geregistreerd: vitamine D suppletie en verwijzing. In tabel 3 is aangegeven welke gegevens speciaal voor het toepassen van de richtlijn en het meten van de indicatoren geregistreerd zouden moeten worden.

Tabel 3: Registratiegegevens, moment in het zorgproces waarop ze geregistreerd moeten worden en aanwezigheid in huidige digitale dossiers (dus nu al onderdeel van de reguliere dossiervoering).

Indicator nummer	Het gegeven dat geregistreerd moet worden	Wanneer registreren?	Reguliere registratie of registratie nieuw voor richtlijn en indicatoren?
1	Vitamine D gebruik	Tijdens het consult bij 3 jaar en 9 maanden	Regulier
2	Lijngedrag	Tijdens het consult bij 10/11 jaar en het consult bij 13/14 jaar	Richtlijn/ Indicator
3	Eetprobleem	Tijdens ieder consult tot en met de leeftijd van 5/6 jaar.	Richtlijn/ Indicator
4	Eetstoornis	Tijdens ieder consult tot en met de leeftijd van 23 jaar.	Richtlijn/ Indicator
5, 6	Score SCOFF	Tijdens het consult bij 10/11 jaar en het consult bij 13/14 jaar	Richtlijn/ Indicator
5, 6	Score ESP	Tijdens het consult bij 10/11 jaar en het consult bij 13/14 jaar	Richtlijn/ Indicator
6	Verwijzing naar andere hulpverlener	Tijdens het consult bij 10/11 jaar en het consult bij 13/14 jaar	Regulier
6	Verwijsindicatie 'vermoeden op (beginnende) eetstoornis'	Tijdens het consult bij 10/11 jaar en het consult bij 13/14 jaar	Richtlijn/ Indicator

Aanpassingen in de basisdataset van het digitale dossier

Zoals uit tabel 3 blijkt, zijn in totaal zijn voor vijf van de zes indicatoren aanpassingen in de basisdataset van de verschillende digitale dossiers nodig om alle gegevens voor de richtlijn en de indicatoren te kunnen registreren. Aan de beheerders van de basisdataset zal hierover advies worden uitgebracht en in samenspraak zal worden besloten tot eventuele aanpassingen.

6 Afkortingen

AIRE	Appraisal of Indicators through Research and Evaluation
AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
ESP	Eating disorder Screen for Primary care
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
TNO	Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
SCOFF	Test for Detecting Eating Disorders
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland

7 Referenties

Bouckaert G, Auwens T. Prestaties meten in de Overheid. Brugge: Die Keure 1999.

Cotton, M., Ball, C., & Robinson, P. (2003). Four simple questions can help screen for eating disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 18, 53-56.

Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Q* 1966; 44 Suppl: 166-206.

Gezondheidsraad. Naar een voldoende inname van vitamines en mineralen. Den Haag: Gezondheidsraad, 2009; publicatienr. 2009/06.

Koning J de, Smulders A, Klazinga N. Appraisal of Indicators through Research and Evaluation. Amsterdam: AMC Sociale Geneeskunde, maart 2006.

Lanting CI, N. Heerdink-Obenhuijsen, HLL. Schuit-van Raamsdonk, EMM Hofman-van den Hoogen, EH Leeuwenburg-Grijseels, A Broerse, M Kamphuis, AJPG Smeets, KI van Drongelen. JGZ-richtlijn Voeding en Eetgedrag. TNO/CH (wordt in 2013 definitief gepubliceerd)

L'Hoir MP, Boere-Boonekamp MM, Nawijn L. Een effectieve manier van Vitamine D-advisering voor 1 tot 4 jarigen op het consultatiebureau. Leiden, TNO Kwaliteit van Leven 2009. Publ.nr. 09.017.

Morgan J. The SCOFF questionnaire: assessment of a new screening tool for eating disorders. *British Medical Journal*, 1999; 319: 1467-68.

Strien van, T, Oosterveld P. The Children's DEBQ for assessment of restrained, emotional and external eating in 7-to-12-year old children. *International Journal of Eating Disorders*, 41 (1):72-81.

A Samenvatting AIRE instrument

Appraisal of Indicators through Research and Evaluation

I Doel, relevantie en organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft

- Beschrijf het doel van de indicator helder en duidelijk
- Beschrijf de specifieke criteria op basis waarvan het onderwerp is gekozen
- Beschrijf het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking
- Beschrijf het kwaliteitsdomein waarop de indicator betrekking heeft (bv effectiviteit, tijdigheid, toegankelijkheid, veiligheid, patiëntgerichtheid, medezeggenschap)
- Beschrijf specifiek de aard en de omvang van de zorgprocessen en/of zorguitkomsten waar de indicator betrekking op heeft (over welke zorg geeft de indicator informatie?)

II Betrokkenheid van belanghebbenden

- Zorg dat de leden van de ontwikkelgroep afkomstig zijn uit relevante beroepsgroepen
- Gezien het doel van de indicator, betrek alle relevante partijen
- Stel de indicator formeel vast

III Wetenschappelijk bewijs

- Pas systematische methoden toe bij het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal
- Baseer de indicator op aanbevelingen uit een evidence-based richtlijn of in de wetenschappelijke literatuur gepubliceerde studies
- Baseer de indicator op wetenschappelijk bewijsmateriaal waarvan de interne kwaliteit van de studies inzichtelijk wordt gemaakt (wetenschappelijke bewijskracht en kans op vertekening van de onderzoeksresultaten)

IV Verdere onderbouwing, formulering en gebruik

- Beschrijf de indicator is specifiek (teller en noemer)
- Baken de doelgroep waarop de indicator betrekking heeft af
- Overweeg en beschrijf een risicocorrectie
- Zorg ervoor de dat indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit)
- Zorg ervoor dat de indicator precies en consistent meet (betrouwbaarheid)
- Zorg er voor dat de indicator in voldoende mate verschillen laat zien (discriminerend vermogen)
- Test de indicator in de praktijk
- Hoe groot zijn de inspanningsvereisten voor het verzamelen van de data?
- Geeft bij de indicator specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de resultaten