

H 66

TNO-Rapport  
98.010

## Methodiek voor de ontwikkeling van JGZ-standaarden

TNO Preventie en Gezondheid

Datum  
April 1998

Auteurs  
R.A. Hirasing  
F.J.M. van Leerdam  
M.A. van Zaal

Gaubiusgebouw, Zernikedreef 9  
Gortergebouw, Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE LEIDEN

Telefoon 071 518 18 18  
Fax 071 518 19 20

TNO Preventie en Gezondheid  
Gorterbibliotheek

25 MEI 1998

Postbus 2215 - 2301 CE Leiden

Het kwaliteitssysteem van TNO Preventie  
en Gezondheid voldoet aan ISO 9001

Stamboeknummer

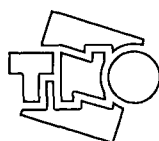
16160

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 onder-  
zoeksopdrachten aan TNO, danwel de  
betreffende terzake tussen de  
partijen gesloten overeenkomst.  
Het ter inzage geven van het  
TNO-rapport aan direct belang-  
hebbenden is toegestaan.

© 1998 TNO

De missie van TNO Preventie en Gezondheid is het bevorderen  
van het aantal gezonde levensjaren van de mens.  
Het onderzoek richt zich op verbetering van gezondheid en  
gezondheidszorg in alle levensfasen: jeugd arbeidende mens  
en ouderen.



Nederlandse Organisatie voor toegepast-  
natuurwetenschappelijk onderzoek TNO

ISBN 90-6743-532-5

R.A. Hirasing  
F.J.M. van Leerdam  
M.A. van Zaal

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 21,00 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van TNO-PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer 98.010.

<b>INHOUD</b>	<b>pagina</b>
1. ACHTERGROND EN MOTIVERING	1
2. BEGRIPSOMSCHRIJVING	3
3. STANDAARDEN	5
3.1 Doelstelling	5
3.2 Verwachte effecten	5
3.3 Positionering	6
4. STANDAARDONTWIKKELING	7
4.1 Procedure	7
5. ADVIESRAAD	9
5.1 Doel	9
5.2 Taak/functie	9
5.3 Deelnemers	9
6. PRIORITERING VAN ONDERWERPEN	11
6.1 Criteria	12
7. HET INSTELLEN VAN EEN WERKGROEP	13
7.1 Van geprioriteerd onderwerp naar standaard	13
7.2 Grootte van de werkgroep	14
7.3 Doel	14
7.4 Werkwijze	14

8. ONTWIKKELEN VAN EEN JGZ-STANDAARD	15
8.1 Theoretische onderbouwing van de standaard	15
8.2 Analyse van de huidige werkwijze in de JGZ	16
8.3 Inventarisatie van knelpunten in uitvoering	16
8.4 Beschrijving van de optimale uitvoering van het preventie-programma	17
8.4.1 De opbouw van een JGZ-standaard	17
9. IMPLEMENTATIE	19
10. ACTUALISERING	21
11. EERSTE PRIORTITERING	23
LITERATUUR	27
AFKORTINGENLIJST	29

*In de tekst van de (methodiek) JGZ-standaarden wordt in verband met de lengte van veel voorkomende begrippen met afkortingen gewerkt. De volledige schrijfwijze kunt u vinden in de afkortingenlijst.*

## 1. ACHTERGROND EN MOTIVERING

De JGZ in Nederland biedt preventieve zorg aan kinderen van 0-19 jaar en hun ouders/verzorgers. Van oudsher wordt 0-4 jarigenzorg door de afdeling OKZ/JGZ van Thuiszorg-/Kruiswerkorganisaties aangeboden. Voor 4-19 jarigen wordt dit verzorgd door de afdelingen JGZ van GGDen. Door al deze instellingen worden preventieprogramma's aangeboden. Vrijwel iedere organisatie heeft zijn eigen werkprocessen. In het gunstigste geval zijn deze vastgelegd in handleidingen voor de uitvoering van deze preventieprogramma's. Hierdoor bestaat er grote diversiteit in het aanbod en/of de uitvoering. De kwaliteit van de aangeboden zorg kan verbeterd worden door medisch handelen te baseren op resultaten van wetenschappelijk onderzoek.

Het kan echter jaren duren voordat nieuwe bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek worden geïmplementeerd in de praktijk. Zelfs relevante wetenschappelijke gegevens die leiden tot gezondheidswinst worden niet zondermeer in praktijk gebracht. De uitvoering van gezondheidswerkzaamheden is veelal gebaseerd op routine die zich moeilijk laat veranderen. Om hierin verandering te brengen, met name om meer gezondheidswinst te behalen is het noodzakelijk standaarden, gebaseerd op de meest recente wetenschappelijke informatie, te ontwikkelen. Het NHG produceert sinds 1989 standaarden voor goed huisartsgeneeskundig handelen en het CBO werkt sinds 1982 aan consensusrichtlijnen. Deze standaarden en consensusrichtlijnen voorzien in een grote behoefte, maar bepalen zich voornamelijk tot de curatieve sector.

In mei 1995 organiseerde de LVGGD, in samenwerking met TNO PG een werkconferentie "Jeugdgezondheidszorg onder druk" voor het management van GGDen en afdelingen JGZ en in december 1995 organiseerden de commissie "OKZ" van de LVT en TNO PG een werkconferentie getiteld "Ouder- en Kindzorg in de thuiszorg", voor de directeuren van kruisverenigingen. Eén van de conclusies van deze conferenties was dat er zo snel mogelijk standaarden, gebaseerd op "the state of the art", opgesteld dienen te worden voor de hele JGZ van 0-19 jaar. De standaarden zullen naar verwachting de kwaliteit van de zorg verhogen en leiden tot verhoging van de preventieve opbrengst. Bovendien zullen standaarden leiden tot grotere continuïteit van de zorg en verkleining van de verschillen in verleende zorg in de diverse gebieden in Nederland. Door de standaarden kan een goede afstemming worden bewerkstelligd met de hulpverleners in het vervolgtraject zoals huisartsen en medewerkers van jeugdhulpverlening- en jeugdbeschermings-instellingen en RIAGG's (afdeling Jeugdzorg).

De noodzaak voor het ontwikkelen van standaarden blijkt ook uit het in 1995 verschenen rapport van de IGZ. Uit dit rapport blijkt dat gemeenten bezuinigen op de zorg en ook de voor de zorg bedoelde innovatiegelden een andere bestemming geven. In het verlengde van het rapport van de Commissie

Lemstra zal ernaar gestreefd worden collectieve preventie duidelijker op de politieke agenda te plaatsen, in goed overleg met de VNG en de GGDen. Om dit te realiseren is het van groot belang dat de kwaliteit van de zorg door middel van standaarden kan worden gewaarborgd.

Dat zich momenteel gebreken voordoen in de uitvoering van de preventie was ook reeds gebleken tijdens de activiteiten gericht op de samenstelling van de Preventiegids (Schaapveld, 1993, 1997).

Het ministerie van VWS ondersteunt de ontwikkeling van JGZ-standaarden en heeft financiering beschikbaar gesteld voor een methodiek-beschrijving. Daarom is in december 1996 gestart met deze pilot-studie naar de haalbaarheid van en de procedures voor de ontwikkeling van JGZ-standaarden. Het initiatief hiervoor werd genomen door de NVJG, in samenwerking met TNO PG.

De vraagstelling van dit project luidde: Kunnen JGZ-standaarden ontwikkeld worden en zo ja, volgens welke methodiek.

Het doel van het project was te komen tot een methodiek voor de ontwikkeling van JGZ-standaarden die kunnen rekenen op een groot draagvlak, zowel op het niveau van uitvoering, als ook op dat van management en bestuur.

Het belang van het project voor de preventieve gezondheidszorg is dat met de resultaten ervan de opbrengst van de preventieprogramma's kan worden verhoogd.

Het ontwikkelen van JGZ-standaarden is ook van belang in het kader van een verdere vormgeving van het kwaliteitsbeleid.

In haar standpunt op het onderzoeksrapport "Op weg naar volwassenheid. Evaluatie Jeugdgezondheidszorg 1996" stelt de minister van VWS, E. Borst-Eilers, dat professionele standaarden JGZ dienen als uitgangspunt voor toetsing door de Inspecteur voor de Gezondheidszorg en dat de kwaliteit van de zorg onder meer door standaarden kan worden gewaarborgd. Voorts stelt zij dat standaarden hun plaats kunnen vinden in het standaard-basispakket.

## 2. **BEGRIPSOMSCHRIJVING**

De volgende definities zijn in dit rapport gebruikt:

**Standaard:**

een handleiding, opgesteld door werkers in de JGZ, al dan niet in samenwerking met andere betrokken beroepsgroepen, die wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen geeft voor de uitvoering van een preventieprogramma. Voor de JGZ betreft dat in het bijzonder de methode van onderzoek en criteria voor acties zoals controle en verwijzing. In een standaard worden daarnaast de stappen beschreven die in het traject na verwijzing, zowel binnen als buiten de JGZ, van belang zijn.

**Consensus:**

een gezamenlijk gemaakte afspraak over de aanpak van een probleem. Deze wordt opgesteld door werkers in de JGZ, al dan niet in samenwerking met andere betrokken beroepsgroepen.





### **3. STANDAARDEN**

#### **3.1 Doelstelling**

JGZ-standaarden hebben ten doel het op uniforme wijze uitvoeren en toepassen van doeltreffende en doelmatige preventie-programma's, gebaseerd op (nieuwe) bevindingen uit wetenschappelijk onderzoek.

De standaarden worden ontwikkeld voor beroepsbeoefenaren in de JGZ.

#### **3.2 Verwachte effecten**

JGZ-standaarden moeten resulteren in:

- een praktische leidraad in het dagelijks werk van artsen en verpleegkundigen in de JGZ,
- meer efficiëntie en doelmatigheid in de handelingen, adviezen en procedures,
- deskundigheidsbevordering,
- continue kwaliteitsverbetering,
- bevordering van de continuïteit van zorg tussen organisaties en tussen beroepsbeoefenaars door betere samenwerking en afstemming,
- afbakening van taken en verantwoordelijkheden van de ene professie ten opzichte van de andere,
- implementatie van wetenschappelijke kennis,
- mogelijkheden en criteria voor evaluatie, toetsing en effectiviteitsmeting van de geboden zorg,
- meer inzichtelijkheid en betere coördinatie van de werkwijzen,
- kosteneffectieve werkwijzen,
- instrumenten voor externe controle door de financiers,
- minimalisering van de variatie in handelen en zorg die niet toegeschreven kan worden aan specifieke problemen of situaties.

### 3.3 Positionering

Standaarden maken de zorg transparant en leiden tot verbetering van de kwaliteit van de zorg. Zij dragen bij aan een doelmatige en effectieve gezondheidszorg.

De standaarden bevorderen 'evidence based' medisch handelen en kunnen gebruikt worden bij de toetsing van de kwaliteit van zorg.

Ter verduidelijking van de positie van een standaard in het handelen van individuele werkers in de JGZ, wordt onderstaand tekstblok aan alle JGZ-standaarden toegevoegd.

*JGZ-standaarden zijn bedoeld om richtlijnen te geven voor het handelen van professionals in de Jeugdgezondheidszorg. De professionals kunnen deze richtlijnen gebruiken als maat en houvast in hun contacten met individuele kinderen en/of hun ouders/verzorgers. De professionals gaan uit van de individuele situatie en eigen wensen en verantwoordelijkheden van het kind en/of hun ouders/verzorgers en betrekken die bij hun beslissingen. Afweging van deze specifieke situatie, wensen en verantwoordelijkheden kan beredeneerd afwijken van het hierna beschreven beleid rechtvaardigen. Dit laat onverlet dat de JGZ-standaarden weergeven wat de huidige stand van zaken is onder beroepsgenoten, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek.*

## **4. STANDAARDONTWIKKELING**

### **4.1 Procedure**

Voor het ontwikkelen van een JGZ-standaard worden de volgende stappen doorlopen:

- prioriteren van onderwerpen door de JAS (Hoofdstuk 5 en 6)
- instellen van een werkgroep (Hoofdstuk 7)
- opstellen pre-advies ontwikkeling standaard
- besluit ontwikkeling standaard
- (zodanig) uitbreiden van de werkgroep
- vervaardigen van een concept-standaard (Hoofdstuk 8)
- aanbieden van concept-standaard ter accordering door de JAS aan de NVJG
- de NVJG licht overige beroepsgroepen in over de standaard
- de NVJG stelt standaard vast
- aanbieden van standaard aan koepels van werkgevers in de JGZ en andere betrokken organisaties



## **5. ADVIESRAAD**

Voorafgaand aan de ontwikkeling van JGZ-standaarden is de JGZ Adviesraad Standaarden (JAS) ingesteld.

### **5.1 Doel**

De JAS heeft ten doel het adviseren van de NVJG met betrekking tot JGZ-standaarden door middel van het ontwikkelen van een methodiek voor JGZ-standaarden, het prioriteren van onderwerpen voor toekomstige standaarden, het instellen van werkgroepen die de standaarden ontwikkelen en het aanbieden van concept-standaarden aan de NVJG.

### **5.2 Taak/functie**

De JAS adviseert welke standaarden ontwikkeld zullen worden en de volgorde van ontwikkeling (zie prioritering).

Hij stelt een werkgroep voor iedere standaard samen en begeleidt de ontwikkeling van standaarden in de JGZ procesmatig.

Hij adviseert over de implementatie.

Ook het op gezette tijden evalueren van de standaarden wat betreft de toepassing en het effect behoort tot de taak van de JAS.

### **5.3 Deelnemers**

De JAS bestaat uit deskundigen en betrokkenen bij de JGZ, zoals de NVJG, LVSG, VNG, LVGGD, LC-OKZ, NSPH, LFC, LVSV-GGD, VVVM, NHG, ministerie van VWS en de IGZ.



## 6. PRIORITERING VAN ONDERWERPEN

Met prioritering wordt bedoeld het aanbrengen van een de rangorde in onderwerpen die zich lenen voor toekomstige JGZ-standaarden.

De JAS stelt criteria voor prioritering vast. Op basis hiervan beslist de JAS welke onderwerpen zich lenen voor een standaard. De JAS kan bepalen of er op dit moment al dan niet een standaard over dit onderwerp zal worden ontwikkeld.

Bij de discussie over de keuze voor onderwerpen van toekomstige standaarden zijn de volgende uitgangspunten naar voren gekomen:

- Uitgegaan kan worden van vragen en behoeften van de werkers in de JGZ en van de werkers in het traject na verwijzing door de JGZ.

De LVGGD en de VNG pleiten voor deze wijze van prioriteren in 'Protocollen in de GGD. Handreiking ontwikkelen en invoeren van protocollen', omdat het draagvlak voor implementatie groot moet zijn voor een succesvolle invoering van een standaard. Zowel op het niveau van de uitvoerenden als dat van het management moet een standaard belangrijk worden gevonden. Een groot draagvlak zal gemakkelijker te realiseren zijn als de noodzaak van landelijk beleid in de praktijk gevoeld en gewenst wordt.

Ook het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) gebruikt deze methode. Prioritering vindt bij de NHG plaats in de maandelijkse vergaderingen van de NHG-Adviesraad Standaarden (NAS). De NAS waakt over de huisartsgeneeskundige relevantie van de voorgedragen onderwerpen.

- De resultaten van wetenschappelijk onderzoek worden gebruikt voor prioritering. Dit kan ook leiden tot het besluit om nog geen standaard te ontwikkelen, maar te wachten tot de resultaten van verder onderzoek bekend zijn.
- Er kan gebruik gemaakt worden van bestaande protocollen en locale of elders ontwikkelde standaarden. Voor enkele onderwerpen in de JGZ zijn door werkgroepen al landelijk bruikbare standaarden ontwikkeld, zoals borstvoeding, koemelkeiwitallergie en vaccinatie. Deze dienen getoetst te worden aan de in dit rapport beschreven methodiek voor de ontwikkeling van JGZ-standaarden.

- Het is mogelijk om een consensus te ontwikkelen voor preventieve activiteiten die door veel organisaties worden aangeboden maar waarvoor (nog) geen wetenschappelijke onderbouwing is. Een consensus voor een dergelijk onderwerp voorkomt dat elke organisatie zijn eigen weg moet vinden in het vormgeven aan dit preventieprogramma. Door het gebruiken van een consensus kan de effectiviteit van het preventieprogramma gemeten worden, wat kan resulteren in een standaard.
- In de Preventiegids (Schaapveld, 1997) zijn preventieprogramma's beschreven die doeltreffend en doelmatig zijn. Een aantal van deze programma's wordt echter onvoldoende benut. Door het ontwikkelen van standaarden over deze onderwerpen kan de gezondheidswinst worden vergroot. De JAS heeft besloten dat bij de keuze voor onderwerpen voor toekomstige JGZ-standaarden de Preventiegids een hulp kan zijn.

## 6.1 Criteria

Op grond van het bovenstaande kwam de JAS tot de volgende expliciete criteria voor prioritering. De criteria zijn in een willekeurige volgorde vermeld. Aan de volgorde kan geen zwaarte worden toegekend.

- Het gezondheidsprobleem is aangetoond en er is een effectieve methode om deze te voorkomen of te beperken. Bovendien kan de winst van het preventieprogramma worden vergroot.
- Vroege signalering en opsporing van het gezondheidsprobleem in de JGZ kan een relevante bijdrage leveren tot de oplossing ervan.
- Cliënten geven aan, preventie van het gezondheidsprobleem belangrijk te vinden.
- Er is voldoende wetenschappelijke informatie voor het onderbouwen van een standaard.
- Werkers in de JGZ hebben behoefte aan een standaard.
- Het gezondheidsprobleem is actueel voor werkers in de JGZ.
- Er is voldoende draagvlak voor de uitvoering van de ontwikkelde standaard. Dit kan worden vergroot door aandacht te geven aan de implementatie in de JGZ.

Dit heeft geresulteerd in de prioritering zoals vermeld in hoofdstuk 11.



## **7. HET INSTELLEN VAN EEN WERKGROEP**

### **7.1 Van geprioriteerd onderwerp naar standaard**

Nadat voor een onderwerp is gekozen, wordt een werkgroep ingesteld. De werkgroep ontwikkelt de standaard.

Voor iedere te ontwikkelen JGZ-standaard wordt door de JAS een werkgroep geformeerd. De leden van een werkgroep zijn inhoudelijk deskundigen aangedragen door de NVJG, de LFC, de LSVV-GGD, de VVVM, het LC-OKZ, de LV-GGD en TNO-P&G.

Deze werkgroep beschrijft op basis van een literatuuronderzoek de aard en omvang van het gezondheidsprobleem, alsmede de doeltreffendheid en doelmatigheid van de relevante preventieprogramma's. Voorts worden de huidige werkwijze en knelpunten in de uitvoering in kaart gebracht. Op grond hiervan wordt door de werkgroep een advies opgesteld over het belang en haalbaarheid van een standaard, en worden uitgangsvragen voor een te ontwikkelen standaard geformuleerd.

Op grond van dit advies besluit de JAS tot het ontwikkelen van de definitieve standaard en stelt uitgangsvragen vast.

Daar in de Nederlandse gezondheidszorg na opsporing door de JGZ verwijzing plaatsvindt voor nadere diagnostiek en behandeling en zodoende het effect van preventieprogramma's in de JGZ mede bepaald wordt door werkers in de eerste- en tweedelijnsgezondheidszorg, kan de JAS de werkgroep aanvullen met adviseurs (deskundigen) uit de eerste en tweede lijn.

Een werkgroep, die voor iedere standaard een andere samenstelling zal hebben, bestaat uiteindelijk uit (jeugd)artsen en sociaal verpleegkundigen, aangevuld met adviseurs zoals huisartsen, specialisten en werkers in de jeugdzorg (jeugdhulpverleningsinstellingen, jeugdbescherming, jeugd GGZ) en jeugdwelzijnsinstellingen. Ook kunnen andere werkers in de JGZ zoals GVO-ers, psychologen, epidemiologen, kinderfysiotherapeuten en logopedisten voor de werkgroep worden benaderd. De leden van de werkgroep zijn deskundig op het gekozen onderwerp.

## **7.2 Grootte van de werkgroep**

De grootte van een werkgroep kan variëren. De leden van de werkgroep kiezen een voorzitter. De werkgroep krijgt de beschikking over een projectmedewerker. Die bereidt alle stukken voor. Deze projectmedewerker is werkzaam bij TNO PG.

## **7.3 Doel**

Het doel van de werkgroep is te komen tot een JGZ-standaard waarin de optimale uitvoering van het betreffende preventieprogramma beschreven wordt.

## **7.4 Werkwijze**

De werkwijze van de werkgroep is het schriftelijk en mondeling discussiëren over het gezondheidsprobleem wat moet resulteren in de concept-standaard. In een vergadering van de werkgroep worden de analyse van de huidige werkwijze, de gesignaleerde knelpunten in de praktijk en de theoretische onderbouwing van de standaard besproken. In een standaard zullen richtlijnen voor controle en verwijzing beschreven worden evenals aanbevelingen voor het vervolgtraject na een verwijzing door de JGZ.

## 8. ONTWIKKELEN VAN EEN JGZ-STANDAARD

De werkwijze betreffende JGZ-standaarden bestaat uit de volgende stappen:

- theoretische onderbouwing van de standaard (Hoofdstuk 8.1)
- analyse van de huidige werkwijze in de JGZ (Hoofdstuk 8.2)
- inventarisatie van knelpunten in uitvoering (Hoofdstuk 8.3)
- beschrijving van de optimale uitvoering van het preventieprogramma (Hoofdstuk 8.4)

Deze stappen kunnen deels parallel aan elkaar worden uitgevoerd. Voordelen hiervan zijn dat de doorlooptijd zo kort mogelijk is en dat het voorkomt dat een werkgroep tijd besteedt aan een onderwerp dat niet geschikt blijkt te zijn voor een standaard.

### 8.1 Theoretische onderbouwing van de standaard

Op basis van een literatuuronderzoek worden het betreffende gezondheidsprobleem, de aard en omvang ervan beschreven, alsmede de doeltreffendheid en doelmatigheid van het preventieprogramma.

In de standaard wordt de keuze voor het onderwerp onderbouwd met maatschappelijk relevante gegevens, zoals de consequenties van het gezondheidsprobleem bij niet toepassen van opsporing in de JGZ (zoals therapie en/of schade voor de gezondheid).

Indien er (nog) geen of onvoldoende wetenschappelijke onderbouwing is van een preventieprogramma, kan toch in uitzonderingssituaties op andere gronden besloten worden tot het vervaardigen van een consensus. Een dergelijke consensus kan voorkomen dat elke organisatie in de JGZ zelf gaat investeren in de ontwikkeling van een eigen werkwijze. De vervaardigde consensus kan ook resulteren in uniformiteit in de uitvoering, waardoor op termijn een evaluatie en effectmeting mogelijk is.

## 8.2 Analyse van de huidige werkwijze in de JGZ

De huidige werkwijze en de motivering worden in kaart gebracht. In het kader van de “Evaluatie Jeugdgezondheidszorg” zijn door TNO PG de bij GGDen en Thuiszorg/Kruiswerkorganisaties gebruikte protocollen, richtlijnen, werkwijzen, checklists en consensus-afspraken verzameld. Met het documentatiecentrum JGZ (een samenwerkingsproject van de NVJG en TNO PG) is afgesproken om deze inventarisatie te continueren. De organisaties hebben erin toegestemd dat deze gegevens ook voor andere projecten gebruikt mogen worden. Voor de standaarden kunnen deze gegevens gebruikt worden om een analyse te maken van de werkwijzen in de verschillende organisaties. Daarnaast kunnen de verschillende vakgroepen van de LVGGD en werkgroepen van de LC-OKZ geraadpleegd worden.

Indien onvoldoende informatie beschikbaar is, kan informatie over de huidige werkwijze ook verkregen worden door het verzenden van een vragenlijst naar managers, stafafdelingen en werkers in de JGZ.

## 8.3 Inventarisatie van knelpunten in uitvoering

Op grond van de gebruikte richtlijnen, bestaande uitvoeringsprotocollen, raadplegen van vakgroepen van de LVGGD en werkgroepen van de LC-OKZ en eventueel resultaten van vragenlijsten aan managers, stafafdelingen en werkers in de JGZ wordt een inventarisatie gemaakt van de huidige uitvoering en de knelpunten daarbij. Verschillen in de uitvoering worden beschreven en zo mogelijk worden de redenen hiervan aangegeven. Er wordt gezocht naar methoden om de verschillen te overbruggen. Door deze inventarisatie wordt de implementatie van een te ontwikkelen JGZ-standaard vergemakkelijkt. Er wordt rekening gehouden met factoren die de invoering van een standaard kunnen bemoeilijken.

Knelpunten binnen de JGZ kunnen onder meer bestaan op het terrein van de organisatie (financiële aspecten, tijdsdruk, instrumentarium), van de werkwijze (deskundigheid, scholing van de werkers) en in het vervolgtraject na verwijzing. Het kan zijn dat een aantal knelpunten zodanig belemmerend werken (o.a. tijdsdruk, financiën) dat besloten wordt, dat een standaard over het betreffende onderwerp op dit moment niet tot een verbetering van de uitvoering leidt. De JAS kan dan besluiten om af te zien van het ontwikkelen van een standaard. In dat geval zal de JAS de met redenen omklede afwijzing van het onderwerp voor een standaard aan medische tijdschriften aanbieden, zodat de beroepsgroep kennis kan nemen van de beslissing van de JAS.

## 8.4 Beschrijving van de optimale uitvoering van het preventieprogramma

In een standaard wordt een beschrijving gegeven van de optimale uitvoering van het preventieprogramma, inclusief richtlijnen voor controle en verwijzing naar de huisarts of andere instanties. Afhankelijk van het onderwerp zal in een standaard een vervolgtraject na een verwijzing worden geformuleerd, gebaseerd op afspraken met andere betrokken beroepsgroepen.

### 8.4.1 De opbouw van een JGZ-standaard

In de JGZ-standaarden worden de volgende onderwerpen beschreven:

1. Titel, afbakening, inhoudsomschrijving
2. Aard en omvang van het gezondheidsprobleem (epidemiologie)
3. Reden voor keuze voor deze standaard
4. Resultaten van literatuuronderzoek (etiologie, pathogenese, natuurlijk beloop, interventiemogelijkheden, kosten-effectiviteit)
5. Huidige werkwijze in de JGZ
6. Raakpunten met andere standaarden
7. Overwegingen
8. Weergave van de optimale werkwijze
9. Gewenst vervolgtraject

De standaard bestaat uit 3 documenten:

- De standaard voor het handelen zelf. Die wordt in artikelvorm in het Tijdschrift JGZ en in andere relevante tijdschriften beschreven.
- De achtergrondinformatie. Deze wordt in boekvorm beschreven. Met Bohn, Stafleu en Van Loghum zijn reeds afspraken hierover gemaakt.
- Een korte praktische uitvoering in A4-formaat, bij voorkeur geplastificeerd.



## 9. IMPLEMENTATIE

De ontwikkeling van een standaard is een belangrijke stap naar een betere kwaliteit en doelmatigheid van de zorg. Verbetering van de zorg wordt pas gerealiseerd als er voldoende draagvlak voor de standaard aanwezig is ofwel gecreëerd kan worden en de standaard deel is geworden van de normale routine in het werk.

Werkers in de JGZ dienen van de standaardontwikkeling op de hoogte te zijn. Publicaties in tijdschriften en in de communicatiemiddelen van de LVGGD en de LC-OKZ dragen bij tot bekendheid van de standaard.

Naast de publicatie in medische tijdschriften en de nascholing voor de werkers is informatie aan managers in de JGZ van belang bij de invoering van een standaard.

Voor de implementatie zullen, in overleg met de JAS, voorstellen worden gedaan aan Zorg Onderzoek Nederland.

De implementatie dient programmatisch plaats te vinden en vereist een specifieke deskundigheid en aanpak. Een van de onderdelen is deskundigheidsbevordering/nascholing aan werkers in de JGZ.





## 10. ACTUALISERING

Een richtlijn moet kunnen worden aangepast wanneer uitvoeringsmogelijkheden in de JGZ veranderen (b.v. door nieuwe technieken) of wanneer nieuwe gegevens door onderzoek beschikbaar komen en de resultaten van deze nieuwe mogelijkheden of dit onderzoek betrekking hebben op het handelen in de JGZ.

Om na te gaan of een standaard aangepast moet worden, roept de JAS na 3-4 jaar de werkgroep bijeen. De werkgroep adviseert de JAS over de knelpunten en de noodzakelijke aanpassing van de standaard. Indien de standaard aangepast moet worden, stelt de JAS een nieuwe werkgroep samen. Hierbij wordt rekening gehouden met de samenstelling en ervaringen van de oorspronkelijke werkgroep.



## 11. EERSTE PRIORITERING

De JAS heeft een lijst opgesteld van onderwerpen die zich lenen voor toekomstige standaarden.

De geprioriteerde onderwerpen zijn (alfabetisch gerangschikt):

- cariës
- foliumzuur
- gehooronderzoek
- heupdysplasie
- kindermishandeling
- niet-scrotale testis
- PKU/CHT-screening
- pre- en dysmatuuren
- scoliose/houdingsafwijkingen
- suïcide
- vaccinatie
- visusonderzoek
- vitamine AD
- wiegendood
- zindelijkheid/bedplassen

De JAS heeft besloten dat “Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen in Nederland, A. voor de leeftijdsgroep 0-4 jaar en B. voor de leeftijdsgroep 4-19 jaar” als eerste standaard ontwikkeld zou worden.

De rest van de onderwerpen werden via de betrokken beroepsorganisaties voorgelegd aan 50 willekeurige leden uit hun respectievelijke achterban. Aan hen werd gevraagd 4 onderwerpen te selecteren. Daarbij mochten ook onderwerpen genoemd worden die niet in bovenstaande lijst voorkwamen. Van deze 4 onderwerpen moesten zij d.m.v punten een prioriteit van 1 tot 4 aangeven met redenen omkleed. Bij de bewerking kreeg de hoogste prioriteit 4 punten en de laagste 1 punt.

De resultaten van deze raadpleging hebben geleid tot de volgende prioritering:

	vpk 0-4	arts 0-4	vpk 4-19	arts 4-19	totaal	rangnr.
n	36	26	31	30	123	
cariës	7	7	13	6	33	12
foliumzuur	1	4	-	7	12	21
heupdysplasie	11	59	3	5	78	4
kindermishandeling	50	43	81	52	226	1
niet-scrotale testes	1	11	4	28	44	9
PKU/CHT-screening	14	-	5	6	25	15
pre- en dysmatuuren	29	30	4	14	77	5
scoliose/houdingsafwijkingen	15	15	32	55	119	2
suicide	2	-	31	8	41	10
vaccinatie	17	15	16	7	55	8
visusonderzoek	4	35	22	41	102	3
vitamine AD	2	2	1	8	13	20
wiegendoed	8	15	4	2	29	14
zindelijkheid/-bedplassen	11	-	41	18	70	6

Daarnaast werden de volgende onderwerpen aangedragen door de verschillende beroepsbeoefenaren:

	vpk 0-4	arts 0-4	vpk 4-19	arts 4-19	totaal	rang-nr.
opvoeding	12	1	7		20	16
passief roken	3				3	25
huilen	58				58	7
slapen	31				31	13
huid	34	1			35	11
spraak-taal	2	10			12	21
spugen/darmkrampen	9				9	22
koppigheid	1				1	26
drukke kinderen/ ADHD	7			7	14	19
acceptatie van kind	4				4	24
CARA		3		5	8	23
plagiocefalie		3			3	25
psychosoc. problematiek/depressie			11	8	19	17
voeding/eetstoornissen			13	3	16	18
geslachtsziekten			1		1	26
verslaving			4		4	24
rouwverwerking			3		3	25
inhoud pgo				4	4	24
lengtegroei				1	1	26

Voor de eerste 4 onderwerpen werden o.a. de volgende redenen opgegeven:

#### 1. Kindermishandeling:

Actueel en moeilijk onderwerp; komt veel voor; we signaleren het onvoldoende; gezien de ernst van het probleem; preventief er veel mee te doen is; het een steeds groter probleem is; er te veel verschillende en onduidelijke dingen mee gebeuren.

#### 2. Scoliose/houdingsafwijkingen:

Iedereen doet het op zijn eigen manier; veel onduidelijkheid; arbeidsintensief; door preventie gezondheidswinst te behalen; blijft moeilijk te beoordelen; er is al vroeg ingrijpen mogelijk; wildgroei in (alternatieve) behandelingsmogelijkheden zonder dat effect daarvan aangetoond is.

3. Visusonderzoek:

Standaard is goed te ontwikkelen; belangrijke gezondheidswinst; wordt veel voor verwezen; grote kans van slagen; cliënten vinden het belangrijk; grote prevalentie; zintuigen zijn belangrijk voor functioneren in de maatschappij; onnodige verwijzingen voorkomen; kan kwaliteitsverhogend werken.

4. Heupdysplasie:

Voorkomen van progressie van afwijking; door vroege opsporing goed te behandelen: grote gezondheidswinst; vroegtijdige onderkenning kan veel ellende voorkomen; om goed onderbouwd te kunnen verwijzen; er regionale verschillen in beleid zijn.

## LITERATUUR

Grol RTPM, Everdingen JJE van, Casparie AF. Invoering van richtlijnen en veranderingen. Een handleiding voor de medische, paramedische en verpleegkundige praktijk. Utrecht, 1994

Querido JD. Waarover NHG-standaarden? Zes jaar wikken en wegen door de NHG-Adviesraad Standaarden. Medisch Contact 1996; 51(11): 361-5

Schaapveld K, Hirasings RA. Preventiegids. Assen, 1993 + 2e herziene druk 1997

Sander H, Nijhof GJ, Buijs M. Protocollen in de GGD. Handreiking ontwikkelen en invoeren van protocollen. Landelijke Vereniging voor GGD'en en Vereniging van Nederlandse Gemeenten, 1995





**AFKORTINGENLIJST**

<b>CBO:</b>	<b>Centraal Bureau voor de intercollegiale toetsing</b>
<b>GGD:</b>	<b>Gemeentelijke (of Gemeenschappelijke) Geneeskundige Dienst</b>
<b>GGZ:</b>	<b>Geestelijke GezondheidsZorg</b>
<b>GVO:</b>	<b>Gezondheids Voorlichting en Opvoeding</b>
<b>IGZ:</b>	<b>Inspectie voor de GezondheidsZorg</b>
<b>JGZ:</b>	<b>JeugdGezondheidsZorg</b>
<b>LC-OKZ:</b>	<b>Landelijke Centrum Ouder- en KindZorg</b>
<b>LFC:</b>	<b>Landelijke Federatie van Consultatiebureau-artsen verenigingen</b>
<b>LVGGD:</b>	<b>Landelijke Vereniging voor GGD-en</b>
<b>LVSG:</b>	<b>Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneskundigen</b>
<b>LVSV-GGD:</b>	<b>Landelijke Vereniging Sociaal Verpleegkundigen in GGD-en</b>
<b>LVT:</b>	<b>Landelijke Vereniging van Thuiszorg</b>
<b>NAS:</b>	<b>NHG Adviesraad Standaarden</b>
<b>NHG:</b>	<b>Nederlands Huisartsen Genootschap</b>
<b>NSPH:</b>	<b>Netherlands School of Public Health</b>
<b>NVJG:</b>	<b>Nederlandse Vereniging voor JeugdGezondheidszorg</b>
<b>OKZ:</b>	<b>Ouder- en KindZorg</b>
<b>OKZ/JGZ:</b>	<b>Ouder- en KindZorg, afd. JeugdGezondheidsZorg</b>
<b>TNO PG:</b>	<b>organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek, Preventie en Gezondheid</b>
<b>VVVM:</b>	<b>Vereniging Van Verpleegkundigen in de Maatschappelijke gezondheidszorg</b>
<b>VWS:</b>	<b>ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport</b>
<b>ZON:</b>	<b>Zorg Onderzoek Nederland</b>

**Reprografie:**

**TNO-PG**

**Projectnummer:**

**3640336**