

TNO-rapport

TNO/CH 2011.038

Eindrapportage Indicatoren JGZ richtlijn Preventie, signalering en aanpak van Voorkeurshouding en Schedelvervorming

Behavioural and Societal Sciences

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

Datum	September 2011
Auteur(s)	Dr. A. Broerse H.B.M. van Gameren-Oosterom Dr. B.E. van Sleuwen Dr. M.M. Boere-Boonekamp
Aantal pagina's	25 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	1
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnummer	031.13806/01.01

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.

© 2011 TNO

Samenvatting

concept

In opdracht van ZonMw (projectnummer 156000007) is in het kader van de nieuwe JGZ-richtlijn Voorkeurshouding en Schedelvervorming (2011) een set prestatie-indicatoren ontwikkeld. De indicatoren hebben tot doel om in de toekomst het gebruik en de effecten van de 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.

Om zoveel mogelijk draagvlak voor de indicatoren te creëren, is het JGZ veld betrokken bij de ontwikkeling. In twee bijeenkomsten is met een werkgroep een set van conceptindicatoren geformuleerd die vervolgens in een brede commentaarronde is gevalideerd. 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 zes gegevens te registreren rondom de thema's: signalering, verwijzing, follow-up en voorlichting over alternatieve behandelingen en helmtherapie. Drie van deze gegevens kunnen op dit moment al in de basisdataset van het digitale dossier JGZ geregistreerd worden. Voor drie andere gegevens zou de basisdataset aangepast moeten worden. Bij de beschrijving van de indicatoren staat aangegeven hoe deze aanpassingen eruit zouden moeten zien.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	2
1	Inleiding	4
2	Doelstelling	5
3	Methode	6
3.1	Fase 1: Voorbereiding op de werkgroepbijeenkomsten	6
3.2	Fase 2: Werkgroepbijeenkomsten	6
3.3	Fase 3: Validatie door experts.....	7
4	Resultaten	9
5	Conclusies.....	21
5.1	Informatie in de indicatorenset	21
5.2	Registratie en gegevensverzameling	22
6	Afkortingen.....	23
7	Referenties	24
	Bijlage(n)	
	A Samenvatting AIRE instrumenten	

1 Inleiding

In 2010 is in opdracht van ZonMw (projectnummer 156000007) gestart met de ontwikkeling van de JGZ richtlijn Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming. De conceptrichtlijn is in 2010 vastgesteld, waarna in de periode van januari tot april 2011 een proefimplementatie heeft plaatsgevonden. Deze 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 kan in de toekomst het gebruik 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 adviezen uit de richtlijn op te volgen. 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. Uitgangspunten bij de ontwikkeling van de indicatoren zijn een beperkte administratieve last voor JGZ organisaties en de betrokkenheid van het JGZ veld bij de ontwikkeling van de indicatoren. Hiermee wordt draagvlak gecreëerd voor toekomstig gebruik van de indicatorenset.

2 Doelstelling

De doelstelling van het project was de ontwikkeling van een set indicatoren waarbij rekening werd gehouden met de volgende zaken:

- 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 (naar het klassieke onderscheid van 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 A);
- 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 indicatoren vertegenwoordigen respectievelijk informatie over de beschikbare middelen, informatie over het verloop van het zorgproces en informatie over de effecten van het zorgproces.

3 Methode

De ontwikkeling van de indicatorenset vond plaats in drie fasen. De eerste fase bestond uit de voorbereiding op de werkgroepbijeenkomst. De tweede fase bestond uit twee werkbijeenkomsten met JGZ-medewerkers. In de laatste fase werden conceptindicatoren geformuleerd die zijn gevalideerd door een grote groep deskundigen. Hieronder wordt beschreven welke activiteiten in ieder van de drie fasen zijn verricht.

3.1 Fase 1: Voorbereiding op de werkgroepbijeenkomsten

Deze fase had twee doelen:

- a) het formeren van een werkgroep;
- b) het vaststellen van geschikte indicatoronderwerpen.

Ad a)

Voor het formeren van een werkgroep vond een werving plaats via contacten van TNO (onder andere via de opleiding voor jeugdartsen bij TNO). De werkgroep bestond uit twee jeugdartsen 0-4 jaar, een nurse practitioner 0-4 jaar en twee jeugdverpleegkundigen 0-4 jaar. De werkgroepleden ontvingen een financiële compensatie voor hun bijdrage.

Ad b)

Om te komen tot de belangrijkste onderwerpen voor de indicatoren is de conceptversie van de richtlijn als uitgangspunt genomen. De richtlijn bevatte in totaal 75 concrete adviezen voor JGZ-medewerkers. Zeven personen (allen samenstellers van de richtlijn) hebben onafhankelijk van elkaar aangegeven hoe belangrijk zij ieder van deze adviezen vonden voor de kwaliteit van de zorg (score 1 tot 10). Alle adviezen met een gemiddeld cijfer van 8,5 of hoger werden geselecteerd. Dat betrof in totaal 33 adviezen. Vervolgens is voor deze adviezen gekeken in hoeverre ze meetbaar te maken waren. Dit bleek voor 17 adviezen het geval. Deze 17 adviezen dienden als uitgangspunt voor de discussie met de werkgroep. Om deze discussie richting te geven, is op grond van de 17 adviezen door TNO een eerste set van 17 conceptindicatoren geformuleerd. Deze conceptindicatoren zijn samen met de conceptrichtlijn en de samenvatting van de richtlijn van te voren toegestuurd naar de werkgroepleden ter voorbereiding op de werkbijeenkomst.

3.2 Fase 2: Werkgroepbijeenkomsten

Het doel van deze fase was samen met de werkgroep te komen tot een afgebakende set conceptindicatoren. Hiertoe werden twee bijeenkomsten van een dagdeel georganiseerd. In deze bijeenkomsten werd gebrainstormd over de voorgestelde conceptindicatoren en hun relatie tot de kwaliteit van zorg. Een belangrijk aandachtspunt in de discussie was het verbeterpotentieel 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 ander belangrijk aandachtspunt in de discussie was de registratie van gegevens: in welke mate wordt het advies uit de richtlijn op dit moment geregistreerd in de digitale systemen van JGZ-organisaties? Conform de opdracht

diende met de indicatoren zoveel mogelijk aangesloten te worden bij wat momenteel geregistreerd wordt in de basisdataset. De laatste versie van de BDS (versie 3.1) vormde hiervoor het uitgangspunt. Indien een indicator belangrijk gevonden werd maar registratie op dit moment nog niet mogelijk is in de BDS, is dit expliciet beschreven en een voorstel gedaan voor een aanpassing van de BDS. Op basis van de discussie tijdens de twee werkbijeenkomsten is een nieuwe set van 13 conceptindicatoren rondom acht thema's geformuleerd.

3.3 Fase 3: Validatie door 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 set indicatoren aan de hand van factsheets.

Ad a)

De indicatoren zijn ter commentaar voorgelegd aan een brede groep van 22 referenten uit het JGZ werkveld. Dit betrof JGZ-medewerkers (jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen) en medewerkers van relevante beleidsinstellingen (zoals VWS en de Inspectie voor de Gezondheidszorg) en medewerkers van koepelorganisaties (zoals de AJN, V&VN, GGD Nederland, ActiZ). De referenten zijn van te voren geselecteerd en per e-mail aangeschreven met de vraag om commentaar te geven op de 13 conceptindicatoren. Hiervoor kregen zij twee maanden de tijd (in de zomerperiode).

Uiteindelijk hebben 10 personen dit daadwerkelijk gedaan. Zij hebben voor iedere indicator een score van 1 tot 10 gegeven voor: a) het belang van de indicator voor de kwaliteit van zorg; en b) het verbeterpotentieel van de indicator. De scores van de 10 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, is in overweging genomen of de indicator buiten beschouwing moest worden gelaten. Dit was voor 7 indicatoren het geval: 6 indicatoren scoorden lager dan 6,0 voor het verbeterpotentieel en 1 indicator scoorde lager dan 6,0 voor de relatie met kwaliteit van zorg. Echter, voor al deze 7 indicatoren gold dat de scores van de referenten erg uiteen liepen (zie tabel 3), waardoor het belangrijk was om zorgvuldig te kijken naar de motiveringen bij de scores om te zien of de indicator juist geïnterpreteerd was. Dit laatste was niet altijd het geval, waardoor duidelijk werd dat op een aantal punten de toelichting of omschrijving van de indicator verbeterd moest worden. Uiteindelijk zijn acht indicatoren buiten de eindset gehouden en is 1 nieuwe indicator toegevoegd. Drie indicatoren zijn buiten de eindset gehouden omdat na verdere discussie over de indicatoren andere inzichten ontstonden (binnen TNO) en omdat op basis van de proefimplementatie nog enkele aanpassingen in de richtlijn zijn gedaan (een nieuw onderscheid in de termijn voor differentiaal diagnostiek voor sterke en milde voorkeurshouding en schedelvervorming). Vijf indicatoren zijn buiten de eindset gehouden op basis van het commentaar van de referenten. Twee van deze indicatoren (over het uitreiken van de preventiefolder en interventiefolder) zouden volgens de referenten teveel registratielast voor de JGZ medewerkers opleveren; een registratielast die niet opweegt tegen de winst van informatie. De eindset bestaat daarmee in totaal uit 6 indicatoren.

Ad b)

De 6 definitieve indicatoren zijn beschreven in zogenaamde factsheets waarin de volgende punten worden beschreven:

- a) titel van de indicator;
- b) type indicator (structuur, proces of uitkomst);
- c) beschrijving van de meetgegevens;
- d) rationale (waarom de indicator belangrijk is);
- e) teller en noemer;
- f) toelichting (bijvoorbeeld op het gebruik van bepaalde termen en de wijze van interpreteren van meetgegevens);
- g) registratie in de basisdataset van het digitale dossier JGZ en de eventuele aanpassingen die daarin nodig zijn.

De zes indicatoren zijn in vier aparte factsheets ondergebracht; sommige indicatoren betreffen eenzelfde thema en konden zodoende in één factsheet samengenomen worden.

4 Resultaten

Hieronder worden de resultaten van de drie ontwikkelfasen beschreven. Allereerst is dat de eerste set van 17 conceptindicatoren die door TNO is geformuleerd. Dit is de set die het uitgangspunt vormde voor de discussie met de werkgroep. De 17 indicatoren worden in tabel 1 gepresenteerd. Vervolgens wordt in tabel 2 de tweede set van 13 conceptindicatoren besproken. Dit is de set zoals die is geformuleerd door de werkgroep en zoals die voor commentaar is toegestuurd aan 22 deskundigen. In tabel 3 wordt per conceptindicator de gemiddelde score van de referenten weergegeven. Daarnaast wordt in deze tabel ook aangegeven of de indicator in de eindset is opgenomen. Tot slot wordt voor alle definitieve indicatoren een factsheet gepresenteerd. Dit gebeurt in vier factsheets, waarbij factsheet 1 en 4 ieder twee indicatoren bevatten. In totaal zijn er zes indicatoren voor de eindset geformuleerd.

Tabel 1: Eerste set conceptindicatoren

Thema	Nr	Advies uit de richtlijn	Conceptindicator
Preventieve advisering	1	De JA en JV richten zich bij de preventie van VKH en SV op: a) het variëren van de positie van het hoofd bij het te slapen leggen of na het inslapen bij á terme geboren kinderen; b) het stimuleren en faciliteren dat de zuigeling zich vrij en gevarieerd kan bewegen door het beperken van het gebruik van babyswing of autozitje; c) het regelmatig oefenen in buikligging gedurende wakkere periodes beginnend in de eerste week met drie keer vijf minuten per dag en dit uit te breiden naar drie keer 30 minuten op de leeftijd van drie maanden (slapen op de rug, spelen op de buik); d) het wisselen van houding bij het voeden en verzorgen; e) het nagaan tijdens JGZ contactmomenten of sprake is van VKH of SV.	% ouders/verzorgers dat advies heeft gekregen ivm de preventie van VKH of SV (t.o.v. alle ouders die het CB bezocht hebben). Eventueel opsplitsen voor ieder van de adviezen afzonderlijk (a t/m e) en eventueel nog verbinden aan een bepaalde termijn of een bepaald consult (1ste huisbezoek?). Overlap met volgende indicator.
Preventie 1 ^{ste} huisbezoek	2	Bij het eerste huisbezoek geeft de JV voorlichting over het positioneren en hanteren van de baby en let zij actief op een eventuele VKH en/of SV.	% ouders dat bij het eerste huisbezoek voorlichting heeft gekregen over het positioneren en hanteren van de baby i.v.m. VKH en SV (t.o.v. alle ouders die een eerste huisbezoek hebben gekregen). Eventueel toevoegen dat de voorlichting mondeling of op basis van een folder moet plaatsvinden.
	3		% baby's waarbij bij het eerste huisbezoek een VKH of SV is gesignaleerd (t.o.v. alle baby's die een eerste huisbezoek hebben gehad). Alternatief: % baby's dat bij het eerste huisbezoek is onderzocht op VKH of SV.
Signalering	4	Tijdens de contactmomenten van de JGZ in het eerste half jaar geldt t.a.v. de signalering: a) de JV onderzoekt op VKH en SV bij het eerste zuigelingen huisbezoek; b) de JA onderzoekt op VKH en SV bij het eerste CB bezoek; c) de JA of JV onderzoeken na het eerste CB bezoek nog drie maal op VKH en SV in het eerste half jaar.	% baby's waarbij tijdens het 1ste CB bezoek door de JA een VKH of SV is gesignaleerd (t.o.v. alle baby's die voor het eerst bij het CB zijn geweest). Alternatief: % baby's dat bij het 1ste CB-bezoek door de JA is onderzocht op VKH of SV.

Thema	Nr	Advies uit de richtlijn	Conceptindicator
	5		% baby's waarbij in het eerste half jaar een VKH of SV is gesignaleerd (t.o.v. alle baby's die in het eerste half jaar minimaal 4x op het CB zijn geweest). Alternatief: % baby's dat in het eerste half jaar 4x is onderzocht op VKH of SV.
Differentiaal diagnostiek	6	De JA verricht na signalering van VKH onderzoek naar: a) gelokaliseerde asymmetrie door problematiek in: 1) hoofd/hals/schouders/armen: zintuigproblemen (visuele of auditieve systeem), torticollis (congenitaal musculair versus posturaal), sleutelbeenfractuur, obstetrische plexus brachialis laesie, trauma; 2) wervelkolom: scoliose; 3) heupen/benen: dysplastische heupontwikkeling, knie- en voetafwijkingen; b) gegeneraliseerde asymmetrie: 1) functioneel waarschijnlijk op basis van omgevingsfactoren, ook wel moulded baby of zuigelingenscoliose genoemd; 2) op basis van een neurologische aandoening.	% baby's met VKH waarbij lokale asymmetrie of gegeneraliseerde asymmetrie is gesignaleerd (t.o.v. alle baby's met een VKH). Alternatief: % baby's met VKH waarbij na de signalering verder onderzoek is gedaan naar gelokaliseerde asymmetrie en/of gegeneraliseerde asymmetrie. NB. In toelichting beide termen uitleggen.
Diagnostiek	7	De JA neemt na signalering van SV door de JV een (aanvullende) anamnese af en verricht onderzoek naar de volgende (achterliggende) aandoeningen die consequenties hebben voor verwijzing en aanpak: craniosynostose, zintuigproblemen, torticollis, sleutelbeenfractuur, obstetrische plexus brachialis laesie, trauma, scoliose, dysplastische heupontwikkeling, knie- en voetafwijkingen, moulded baby, en neurologische problematiek.	% baby's met SV gesignaleerd door de JV waarbij de JA een (aanvullende) anamnese heeft afgenomen (t.o.v. alle baby's met SV gesignaleerde door de JV)
	8		% baby's met SV waarbij sprake is van één van de volgende (achterliggende) aandoeningen: craniosynostose, zintuigproblemen, torticollis, sleutelbeenfractuur, obstetrische plexus brachialis laesie, trauma, scoliose, dysplastische heupontwikkeling, knie- en voetafwijkingen, moulded baby, en neurologische problematiek. NB. In toelichting beschrijven dat deze aandoeningen consequenties hebben voor de verwijzing en aanpak.
Aanpak JGZ	9	Afhankelijk van de ernst van de VKH en SV en de professionele inschatting plant de JA of JV een extra consult binnen 2 weken of een controle na 4 weken (regulier CB-bezoek).	% baby's met een VKH en/of SV dat binnen 2 weken een extra consult heeft gekregen (t.o.v. alle baby's met een VKH en/of SV).
	10		% baby's met een VKH en/of SV dat een controle na 4 weken heeft gekregen (regulier CB-bezoek) (t.o.v. alle baby's met een VKH en/of SV).
Aanpak JGZ	11	Afhankelijk van de ernst van de VKH en SV en de professionele inschatting zorgt de JV voor telefonische opvolging of een huisbezoek op indicatie.	% baby's met een VKH en/of SV dat telefonische opvolging heeft gekregen (t.o.v. alle baby's met een VKH en/of SV).
	12		% baby's met een VKH en/of SV dat een huisbezoek op indicatie heeft gekregen i.v.m. de VKH en/of SV (t.o.v. alle baby's met een VKH en/of SV).
Aanpak JGZ	13	De JA verwijst bij het persisteren van een VKH na maximaal 4 weken naar de kinderfysiotherapeut.	% baby's dat i.v.m. het persisteren van een VKH is verwezen naar de kinderfysiotherapeut (t.o.v. alle kinderen met persisterende VKH)

Thema	Nr	Advies uit de richtlijn	Conceptindicator
	14		% baby's dat i.v.m. het persisteren van een VKH binnen 4 weken is verwezen naar de kinderfysiotherapeut (t.o.v. alle kinderen met persisterende VKH dat is verwezen naar een kinderfysiotherapeut). Binnen 4 weken vanaf ... ?
Aanpak JGZ	15	De JA en JV adviseren <i>na vaststelling van een VKH en/of SV</i> over: a) afwisseling in de positionering van het hoofd tijdens slaap en variatie in ligging tijdens de wakkere periodes; b) een juiste hantering van de baby bij het dagelijkse omgaan en bij de verzorging.	% ouders dat na vaststelling van VKH en/of SV extra advies heeft gehad over positionering en hantering (t.o.v. alle kinderen met een VKH en/of SV).
Verwijzing	16	De JA verwijst rechtstreeks naar de kinderfysiotherapeut of via de huisarts naar een medisch specialist als ouderinstructie door de JGZ na een periode van 2-4 weken onvoldoende effect heeft (leeftijd kind 7-8 weken);	% baby's dat rechtstreeks naar de kinderfysiotherapeut of via de huisarts naar een medisch specialist is verwezen vanwege onvoldoende effect van de ouderinstructie na een periode van 4 weken (t.o.v. alle baby's met onvoldoende effect van de ouderinstructies na een periode van 4 weken)
Voorlichting behandeling	17	De JA ontraadt ouders verwijzing naar een manueel therapeut, osteopaat, chiropractor of craniosacraal therapeut i.v.m. VKH of SV.	% baby's dat i.v.m. VKH en/of SV is behandeld bij een manueel therapeut, osteopaat, chiropractor of craniosacraal therapeut (t.o.v. alle baby's met een VKH en/of SV).

Tabel 2: Tweede set conceptindicatoren (het resultaat van de twee werkgroepbijeenkomsten)

Thema	Nr	Conceptindicator	Waarom belangrijk
Preventieve advisering	1	% ouders dat bij het eerste huisbezoek een folder én mondelinge toelichting op de folder heeft gekregen over het positioneren en hanteren van de baby i.v.m. VKH en SV (t.o.v. alle ouders die een eerste huisbezoek hebben gekregen).	Het geven van voorlichting via een folder met toelichting over VKH of SV heeft een belangrijke preventieve werking. Op dit moment wordt nog niet door alle JGZ-organisaties standaard bij het huisbezoek een folder uitgereikt én toegelicht. Op dit punt is verbetering van de uitvoeringspraktijk mogelijk.
Signalering	2	% baby's waarbij tijdens het contactmoment op de leeftijd van 4 weken een nieuwe VKH of SV is gesignaleerd (t.o.v. alle baby's die op de leeftijd van 4 weken door de JGZ zijn gezien).	Het is belangrijk dat JGZ-medewerkers alert zijn op het signaleren van VKH of SV. Een VKH komt op de leeftijd van 4 weken vaak voor. Daarom is het belangrijk dat de JGZ op deze leeftijd alert is, zodat ouders tijdig maatregelen kunnen nemen om SV te voorkomen.
Signalering	3	% baby's waarbij in de periode vanaf 5 weken tot de eerste 6 levensmaanden een nieuwe VKH en/of SV is gesignaleerd (t.o.v. alle baby's die in de periode vanaf 5 weken tot 6 maanden door de JGZ gezien zijn).	Het is wenselijk dat een VKH/SV zo snel mogelijk wordt opgespoord (het liefst binnen 4 weken), maar bij sommige kinderen kan zich op latere leeftijd ook nog een VKH en/of SV ontwikkelen. Wanneer het gesignaleerde aantal relatief groot is, kan dit een reden zijn om JGZ-medewerkers extra alert te maken op het signaleren van een VKH en/of SV, omdat er mogelijk kinderen gemist worden. Een VKH verdwijnt meestal spontaan na zes maanden (dit geldt niet voor een SV). Daarom is bij de indicator een periode vanaf 5 weken tot 6 maanden gekozen; nieuw gesignaleerde VKH en/of SV zullen zich na 6 maanden nauwelijks meer aandienen. Het contactmoment bij 4 weken telt voor de indicator niet mee.
Differentiaal diagnostiek	4	a) % baby's van 8 weken met nieuw gesignaleerde VKH en/of SV waarbij <i>binnen x weken [moet nog worden vastgesteld in richtlijn]</i> door de JA differentiaal diagnostiek is gedaan (t.o.v. alle baby's van 8 weken met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV)	Wanneer de JA een VKH en/of SV signaleert, zal direct ook differentiaal diagnostisch onderzoek worden verricht. Wanneer de JV echter de VKH en/of SV signaleert, zal de JA differentiaal diagnostisch onderzoek moeten doen. Het is voor de behandeling van belang dat dit zo snel mogelijk gebeurt. In de richtlijn wordt hiervoor een termijn van <i>[x] weken</i> gehanteerd. In de praktijk blijkt het voor organisaties soms lastig om deze termijn te hanteren (logistieke problemen). De indicator is opgesplitst in een meting op twee verschillende contactmomenten waarop de JV het kind ziet. Alleen bij deze contactmomenten is overdracht naar de JA voor differentiaal diagnostiek aan de orde.
	5	b) % baby's met nieuw gesignaleerde VKH of SV tijdens het contactmoment op de leeftijd van 4 maanden waarbij binnen x weken [wordt nog vastgesteld in richtlijn] door de JA differentiaal diagnostiek is verricht (t.o.v. alle baby's van 4 maanden met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV)	
Aanpak JGZ	6	% ouders dat na vaststelling van VKH en/of SV een folder én mondelinge toelichting op de folder heeft gekregen over het positioneren en hanteren van de baby i.v.m. VKH en SV (t.o.v. alle kinderen waarbij een VKH en/of SV is vastgesteld).	Deze indicator geeft informatie over de mate waarin ouders worden voorgelicht over de behandeling van een VKH en/of SV nadat een VKH en/of SV zonder onderliggende pathologie is gesignaleerd. De aanpak van de JGZ start altijd met het uitreiken van de 'hanteringsfolder' en het toelichten van de adviezen uit deze folder, zodat ouders gericht kunnen gaan werken aan de positionering en hantering van hun baby en wordt voorkomen dat de VKH en/of SV verergert.

Thema	Nr	Conceptindicator	Waarom belangrijk
Follow up	7	a) % baby's van 4 weken met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV dat binnen 2 weken een extra consult heeft gekregen (eventueel telefonisch of via een huisbezoek) (t.o.v. alle baby's van 4 weken met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV).	Bij een gesignaleerde VKH en/of SV is het belangrijk dat de JGZ monitort hoe de afwijking zich ontwikkelt en of het ouders lukt om de adviezen t.a.v. het positioneren en hanteren van de baby op te volgen. Volgens de richtlijn zal de JGZ - indien nodig - extra moeite moeten doen voor follow up van de behandeling door na 2 weken een consult in te plannen (evt telefonisch, via huisbezoek of inloopspreekuur). Er is gekozen voor een meting op twee contactmomenten: bij 4 weken, omdat daar naar verwachting het overgrote deel van de VKH en/of SV wordt gesignaleerd (en follow up na dit contactmoment dus relatief vaak voor zal komen) en bij 8 weken, omdat op dit contactmoment ook nog nieuwe VKH en/of SV kunnen worden gesignaleerd.
	8	b) % baby's van 8 weken met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV dat binnen 2 weken een extra consult heeft gekregen (eventueel telefonisch of via een huisbezoek) (t.o.v. alle baby's van 8 weken met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV).	
Verwijzing	9	a) % baby's dat bij het contactmoment op de leeftijd van 2 maanden (of in de periode daarvoor) is verwezen naar de kinderfysiotherapeut i.v.m. het persisteren van een VKH (t.o.v. alle kinderen met een VKH op de leeftijd van 2 maanden).	Het is van belang dat de JGZ snel verwijst wanneer wordt geconstateerd (door JGZ en/of ouders) dat de opvolging van adviezen t.a.v. positioneren en hanteren niet de gewenste effecten hebben. In de richtlijn wordt hiervoor een termijn van 4 weken gehanteerd. Wanneer de JGZ te lang zou wachten, ontstaat een risico op onnodige verergering van de VKH en/of SV. De indicator is opgesplitst in een meting op twee verschillende contactmomenten. Naar verwachting zal bij 4 weken het overgrote deel van de VKH en/of SV gesignaleerd worden. Wanneer de adviezen na 4 weken niet het gewenste effect hebben, zal de JGZ bij 2 maanden verwijzen. Omdat bij 2 maanden ook nog een nieuwe VKH en/of SV gesignaleerd kan worden, en voor deze kinderen eveneens een follow up periode van 4 weken geldt, zal de JGZ bij 3 maanden (of soms al eerder na 2 weken) verwijzen als effecten uitblijven.
	10	b) % baby's dat bij het contactmoment op de leeftijd van 3 maanden (of in 2 weken daarvoor) is verwezen naar de kinderfysiotherapeut i.v.m. het persisteren van een VKH (t.o.v. alle kinderen met een VKH op de leeftijd van 3 maanden).	
Voorlichting behandeling	11	a) % baby's met een VKH en/of SV waarbij de JGZ bij de ouders heeft nagevraagd of zij overwegen om hun kind te laten behandelen door een alternatieve therapeut of dit reeds gedaan hebben (t.o.v. alle baby's met een VKH en/of SV).	Vanuit de richtlijn wordt behandeling door een manueel therapeut, osteopaat, chiropractor of craniosacraal therapeut ontraden [<i>dit wordt waarschijnlijk nog genuanceerd</i>], omdat een wetenschappelijke onderbouwing van deze therapieën vooralsnog ontbreekt en in enkele gevallen van manuele en craniosacrale therapie complicaties zijn opgetreden. Deze therapieën worden daarom vooralsnog als een potentieel risico voor de gezondheid van het kind beschouwd. Ten aanzien van helmtherapie wordt vanuit de richtlijn aangegeven dat wetenschappelijk bewijs voor betere effecten t.o.v. de gewone hanteringsadviezen op langere termijn ontbreken, terwijl aan de andere kant veel praktisch ongemak met helmtherapie gemoeid is [<i>ook dit wordt waarschijnlijk nog genuanceerd</i>]. De indicator geeft informatie over de mate waarin de JGZ de behandeling in het alternatieve circuit en het gebruik van helmtherapie bespreekbaar maakt. De indicator is bedoeld om een stimulans te geven aan een open dialoog tussen ouders en JGZ over deze therapieën.
	12	b) % baby's met een VKH en/of SV dat volgens de ouders is behandeld door een alternatieve therapeut (t.o.v. alle baby's met een VKH en/of SV).	
	13	c) % baby's met een VKH en/of SV waarbij de JGZ met de ouders helmtherapie heeft besproken (t.o.v. alle baby's met een VKH en/of SV).	

Tabel 3: Gemiddelde scores en het minimum en maximum per conceptindicator van de 10 referenten

Thema	Nr	Conceptindicator	Relatie met kwaliteit	Verbeterpotentieel	In definitieve set
Preventieve advisering	1	% ouders dat bij het eerste huisbezoek een folder én mondelinge toelichting op de folder heeft gekregen over het positioneren en hanteren van de baby i.v.m. VKH en SV (t.o.v. alle ouders die een eerste huisbezoek hebben gekregen).	7,9 (5-10)	5,9 (2-10)	Nee, het registreren van het uitreiken van een folder wordt als teveel registratielast gezien.
Signalering	2	% baby's waarbij tijdens het contactmoment op de leeftijd van 4 weken een nieuwe VKH of SV is gesignaleerd (t.o.v. alle baby's die op de leeftijd van 4 weken door de JGZ zijn gezien).	8,6 (6-10)	5,1 (1-10)	Ja
Signalering	3	% baby's waarbij in de periode vanaf 5 weken tot de eerste 6 levensmaanden een nieuwe VKH en/of SV is gesignaleerd (t.o.v. alle baby's die in de periode vanaf 5 weken tot 6 maanden door de JGZ gezien zijn).	7,8 (6-9)	6,0 (2-9)	Ja
Differentiaal diagnostiek	4	a) % baby's van 8 weken met nieuw gesignaleerde VKH en/of SV waarbij <i>binnen x weken [moet nog worden vastgesteld in richtlijn]</i> door de JA differentiaal diagnostiek is verricht (t.o.v. alle baby's van 8 weken met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV)	7,3 (4-10)	6,8 (4-10)	Nee, want in de richtlijn wordt voor de termijn van het dd onderscheid gemaakt tussen sterke en milde vkh/sv. Dat is lastig registreerbaar *.
	5	b) % baby's met nieuw gesignaleerde VKH of SV tijdens het contactmoment op de leeftijd van 4 maanden waarbij <i>binnen x weken [moet nog worden vastgesteld in richtlijn]</i> door de JA differentiaal diagnostiek is verricht (t.o.v. alle baby's van 4 maanden met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV)	6,0 (4-8)	6,5 (4-8)	
Aanpak JGZ	6	% ouders dat na vaststelling van VKH en/of SV een folder én mondelinge toelichting op de folder heeft gekregen over het positioneren en hanteren van de baby i.v.m. VKH en SV (t.o.v. alle kinderen waarbij een VKH en/of SV is vastgesteld).	7,6 (2-10)	5,7 (2-9)	Nee, zie motivering bij 1.
Follow up	7	a) % baby's van 4 weken met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV dat binnen 2 weken een extra consult heeft gekregen (eventueel telefonisch of via een huisbezoek) (t.o.v. alle baby's van 4 weken met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV).	6,6 (5-10)	7,9 (4-10)	Ja
	8	b) % baby's van 8 weken met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV dat binnen 2 weken een extra consult heeft gekregen (eventueel telefonisch of via een huisbezoek) (t.o.v. alle baby's van 8 weken met een nieuw gesignaleerde VKH en/of SV).	5,9 (2-10)	8,9 (4-10)	Nee, dit discrimineert niet tussen een extra consult voor dd en een follow up consult om de opvolging van hanteringsadviezen te beoordelen.
Verwijzing	9	a) % baby's dat bij het contactmoment op de leeftijd van 2 maanden (of in de periode daarvoor) is verwezen naar de kinderfysiotherapeut i.v.m. het persisteren van een VKH (t.o.v. alle kinderen met een VKH op de leeftijd van 2 maanden).	7,6 (4-10)	5,9 (1-10)	Ja
	10	b) % baby's dat bij het contactmoment op de leeftijd van 3 maanden (of in 2 weken daarvoor) is verwezen naar de kinderfysiotherapeut i.v.m. het persisteren van een VKH (t.o.v. alle kinderen met een VKH op de leeftijd van 3 maanden).	7,3 (4-10)	5,6 (1-10)	Nee, omdat follow up ook mogelijk kan zijn en het moment van 3 maanden daardoor arbitrair wordt. **

Thema	Nr	Conceptindicator	Relatie met kwaliteit	Verbeterpotentieel	In definitieve set
Voorlichting behandeling	11	a) % baby's met een VKH en/of SV waarbij de JGZ bij de ouders heeft nagevraagd of zij overwogen om hun kind te laten behandelen door een alternatieve therapeut of dit reeds gedaan hebben (t.o.v. alle baby's met een VKH en/of SV).	6,8 (3-10)	7,4 (5-9)	Nee, maar in gewijzigde vorm wordt er wél een extra indicator over het onderwerp 'alternatieve behandeling' opgenomen.
	12	b) % baby's met een VKH en/of SV dat volgens de ouders is behandeld door een alternatieve therapeut (t.o.v. alle baby's met een VKH en/of SV).	7,3 (5-10)	6,8 (2-10)	
	13	c) % baby's met een VKH en/of SV waarbij de JGZ met de ouders helmtherapie heeft besproken (t.o.v. alle baby's met een VKH en/of SV).	6,4 (2-10)	5,3 (2-9)	Ja

- * Om die reden is het logisch om indicator a) te laten vervallen; het reguliere consult zal bij alle kinderen plaatsvinden (ongeacht de VKH/SV), dus het lijkt aannemelijk dat er dan altijd differentiaal diagnostisch onderzoek wordt gedaan als dat nodig is (oftewel: hierin zit weinig verbeterpotentieel). Tussen het 4 maanden-consult en het eerst volgende consult daarna (bij 6 maanden) zit wél een grotere tijd, waardoor de indicator relevant zou zijn. Echter, als losstaande indicator is onderdeel b) minder interessant, omdat het overgrote deel van de signaleringen bij eerdere consulten plaatsvindt.
- ** Bij het contactmoment op de leeftijd van 2 maanden ziet de jeugdverpleegkundige het kind en kan deze een nieuwe VKH/SV signaleren. Als het goed is volgt bij een sterke VKH/SV binnen 2 weken een extra consult voor differentiaal diagnostisch onderzoek door de jeugdarts. Daarna kan een periode van 2 weken (of 4 weken) volgen voor follow up, waarna eventueel na 4 weken verwijzing plaatsvindt bij het persisteren van de VKH/SV. Het 'juiste' tijdpad is door de tussenkomst van een eventueel extra consult voor differentiaal diagnostiek en follow up niet meer duidelijk aan te geven.

Hieronder worden de factsheets met de definitieve indicatoren gepresenteerd.

1. Signalering	
Type indicator	Procesindicator
Beschrijving	<p>a) % kinderen bij wie tijdens het contactmoment op de leeftijd van 4 weken een VKH of SV is gesignaleerd (t.o.v. alle kinderen die op de leeftijd van 4 weken door de JGZ zijn gezien).</p> <p>b) % kinderen bij wie in de periode vanaf 5 weken tot en met de 6^{de} levensmaand een VKH en/of SV is gesignaleerd (t.o.v. alle kinderen die in de periode vanaf 5 weken tot en met de 6^{de} levensmaand door de JGZ gezien zijn).</p>
Rationale	<p>Het is belangrijk dat JGZ-medewerkers alert zijn op het signaleren van VKH of SV. Een VKH komt op de leeftijd van 4 weken vaak voor. Als de JGZ op deze leeftijd alert is, kunnen ouders tijdig maatregelen nemen om SV te voorkomen.</p> <p>Hoewel het wenselijk is dat een VKH/SV zo snel mogelijk wordt opgespoord (het liefst binnen 4 weken), komt het ook voor dat een VKH en/of SV zich op latere leeftijd nog ontwikkelt. Een VKH is meestal spontaan verdwenen na de 6^{de} levensmaand (dit geldt niet voor een SV). Daarom is voor de indicator een periode vanaf 5 weken tot de 6^{de} levensmaand gekozen; nieuw gesignaleerde VKH en/of SV zullen zich na de 6^{de} levensmaand nauwelijks meer aandienen.</p> <p>Wanneer in de periode vanaf 5 weken tot in de 6^{de} levensmaand relatief vaak een VKH of SV wordt gesignaleerd, kan dit een reden zijn om JGZ-medewerkers extra alert te maken op het signaleren, omdat mogelijk kinderen op een eerder moment worden gemist.</p>
Teller en noemer	<p>Teller a: aantal kinderen bij wie tijdens het contactmoment op de leeftijd van 4 weken een VKH of SV is gesignaleerd.</p> <p>Noemer a: alle kinderen die op de leeftijd van 4 weken door de JGZ zijn gezien.</p> <p>Exclusie bij indicator a: alle kinderen bij wie al eerder, dus vóór het contactmoment bij 4 weken een VKH en/ of SV is gesignaleerd.</p> <p>Teller b: aantal kinderen waarbij in de periode vanaf 5 weken tot en met de 6^{de} levensmaand een VKH en/of SV is gesignaleerd.</p> <p>Noemer b: alle kinderen die in de periode vanaf 5 weken tot en met de 6^{de} levensmaand door de JGZ zijn gezien.</p> <p>Exclusie bij indicator b: alle kinderen waarbij al eerder, bijvoorbeeld bij het contactmoment bij 4 weken, een VKH of SV is gesignaleerd.</p>
Toelichting	<p>Een lage score bij a) betekent niet perse slechte kwaliteit, aangezien een lage score het gevolg kan zijn van slechte signalering of van goede voorlichting tijdens het huisbezoek. De indicator geeft dus geen kwaliteitsinformatie, maar wel inzicht in de omvang van het probleem. De indicator wordt bovendien gebruikt als noemer voor enkele andere indicatoren (opvolging, verwijzen) en geeft in combinatie met die indicatoren wél een goede indruk van de wijze waarop de JGZ tijdens de eerste twee maanden met signalering, follow-up en verwijzing bij een VKH/SV omgaat.</p>
Registratie in de BDS	<p>Een VKH kan in de BDS worden geregistreerd bij Algemene indruk > Voorkeurshouding (vrij tekstveld) en Lichaamskant</p>

	voorkeurshouding (keuzelijst: links, rechts). Een SV kan in de BDS worden geregistreerd bij Hoofd/hals > Bijzonderheden hoofd (keuzelijst) > Afwijkende vorm van de schedel.
--	---

2. Follow up	
Type indicator	Procesindicator
Beschrijving	% kinderen van 4 weken met een nieuw gediagnosticeerde VKH en/of SV dat binnen 2 weken een extra consult heeft gekregen (eventueel telefonisch of via een huisbezoek) (t.o.v. alle kinderen van 4 weken met een nieuw gediagnosticeerde VKH en/of SV).
Rationale	Bij een gediagnosticeerde VKH en/of SV is het belangrijk dat de JGZ monitort hoe de afwijking zich ontwikkelt en of het ouders lukt om de adviezen t.a.v. het positioneren en hanteren van de baby op te volgen. Volgens de richtlijn zal de JGZ bij sommige kinderen, afhankelijk van de professionele inschatting, extra moeite moeten doen voor follow up van de behandeling door na 2 weken een consult in te plannen (eventueel telefonisch, via huisbezoek of inloopspreekuur).
Teller en noemer	Teller a: kinderen van 4 weken met een nieuw gediagnosticeerde VKH en/of SV dat binnen 2 weken een extra consult heeft gekregen (eventueel telefonisch of via een huisbezoek) Noemer a: alle kinderen van 4 weken met een nieuw gediagnosticeerde VKH en/of SV Exclusie bij a: kinderen die direct bij 4 weken verwezen zijn.
Toelichting	Er is gekozen voor een meting op het contactmoment bij 4 weken, omdat daar naar verwachting het overgrote deel van de VKH en/of SV wordt gesignaleerd (en follow up op basis van signalering op dit contactmoment dus relatief vaak voor zal komen).
Registratie in de BDS	Een VKH kan in de BDS geregistreerd worden bij Algemene indruk > Voorkeursovername (vrij tekstveld) en Lichaamskant voorkeursovername (keuzelijst: links, rechts). Een SV kan in de BDS geregistreerd worden bij Hoofd/hals > Bijzonderheden hoofd (keuzelijst) > Afwijkende vorm van de schedel. Wanneer een kind een extra contactmoment krijgt voor de follow up van een VKH en/of SV dient geregistreerd te kunnen wat de indicatie voor het contactmoment is (namelijk VKH en/of SV). Daarom is voor de indicator de volgende aanpassing in de BDS nodig: Bij Activiteit > Indicatiecontactmoment (keuzelijst). <u>Toevoegen</u> : voorkeursovername/schedelvervorming.

3. Verwijzing	
Type indicator	Procesindicator
Beschrijving	% kinderen dat bij het contactmoment op de leeftijd van 2 maanden (of in de periode daarvoor) is verwezen naar de kinderfysiotherapeut i.v.m. het persisteren van een VKH (t.o.v. alle kinderen met een persisterende VKH op de leeftijd van 2 maanden).
Rationale	Het is van belang dat de JGZ snel verwijst wanneer wordt geconstateerd (door JGZ en/of ouders) dat de opvolging van adviezen t.a.v. positioneren en hanteren niet de gewenste effecten hebben. In de richtlijn wordt hiervoor een termijn van 4 weken gehanteerd. Wanneer de JGZ te lang zou wachten, ontstaat een risico op onnodige verergering van de VKH en/of SV. Er is gekozen voor het meten op één bepaalde leeftijd, namelijk bij 2 maanden, aangezien bij 4 weken het overgrote deel van de VKH en/of SV gediagnosticeerd wordt. Wanneer de adviezen na 4 weken niet het gewenste effect hebben, zal de JGZ bij 2 maanden verwijzen.
Teller en noemer	Teller: kinderen dat bij het contactmoment op de leeftijd van 2 maanden (of in de periode daarvoor) is verwezen naar de kinderfysiotherapeut i.v.m. het persisteren van een VKH. Noemer: alle kinderen met een persisterende VKH op de leeftijd van 2 maanden. Exclusie noemer: kinderen met een nieuw gediagnosticeerde voorkeurshouding.
Toelichting	Een lage score betekent niet perse slechte kwaliteit, aangezien een lage score het gevolg kan zijn van slechte doorverwijzing of van goede voorlichting/advisering. De indicator geeft dus geen kwaliteitsinformatie, maar wel inzicht in de omvang van het aantal verwijzingen. In combinatie met het gediagnosticeerde aantal voorkeurshoudingen/ schedelvervormingen bij 4 weken en het aantal keer dat actieve follow up heeft plaatsgevonden, geeft dit echter wel inzicht in de wijze waarop de JGZ in de eerste twee maanden met een voorkeurshouding en schedelvervorming omgaat. Ook bij 2 maanden (en later) kan nog een nieuwe VKH en/of SV worden gediagnosticeerd. Voor deze kinderen wordt uiteraard eveneens een follow up periode van 2-4 weken gehanteerd, echter deze groep wordt buiten beschouwing gelaten vanwege de complexiteit die dit voor het meten zou hebben.
Registratie in de BDS	Een VKH kan in de BDS worden geregistreerd bij Algemene indruk > Voorkeurshouding (vrij tekstveld) en Lichaamskant voorkeurshouding (keuzelijst: links, rechts). Een SV kan in de BDS worden geregistreerd bij Hoofd/hals > Bijzonderheden hoofd (keuzelijst) > Afwijkende vorm van de schedel. Een verwijzing kan in de BDS worden geregistreerd bij Conclusies en vervolgstappen > Verwijzing (keuzelijst: o.a. huisarts, (Kinder)Fysiotherapeut). Voor de indicator is de volgende aanpassing in de BDS nodig: Bij Conclusies en vervolgstappen > Indicatie (keuzelijst). Toevoegen: voorkeurshouding/schedelvervorming.

4. Voorlichting alternatieve behandeling	
Type indicator	Procesindicator
Beschrijving	<p>a) % kinderen met een VKH en/of SV waarbij de JGZ met de ouders de voor- en nadelen van alternatieve therapieën heeft besproken (t.o.v. alle kinderen met een VKH en/of SV).</p> <p>b) % kinderen met een SV waarbij de JGZ met de ouders de voor- en nadelen van helmtherapie heeft besproken (t.o.v. alle kinderen met een SV).</p>
Rationale	<p>Vanuit de richtlijn wordt een behandeling door een manueel therapeut, osteopaat, chiropractor of craniosacraal therapeut ontraden. Hierbij wordt uitleg gegeven dat wetenschappelijke onderbouwing van deze therapieën vooralsnog ontbreekt. In enkele gevallen van manuele en craniosacrale therapie zijn complicaties opgetreden. Deze therapieën worden daarom vooralsnog als een potentieel risico voor de gezondheid van het kind beschouwd.</p> <p>Ten aanzien van helmtherapie wordt vanuit de richtlijn aanbevolen om terughoudend te zijn t.a.v. verwijzing bij schedelvervorming voor toepassing van helmtherapie buiten wetenschappelijke studies om (dus helmtherapie zou alleen in de setting van een wetenschappelijk onderzoek moeten plaatsvinden. De jeugdarts of jeugdverpleegkundige gaat bij kinderen met een ernstige schedelvervorming op de leeftijd van 4-6 maanden na of de mogelijkheid van helmtherapie met de ouders is besproken door een kinderfysiotherapeut. Indien dit niet het geval is, dan bespreekt de jeugdarts dit alsnog. Ouders dienen uitleg te krijgen over de aanwijzingen in de literatuur voor de effecten op korte termijn, het gebrek aan kennis over de effecten op langere termijn en over de negatieve effecten (bijvoorbeeld huidproblemen, rieken van de helm, minder makkelijk kunnen knuffelen).</p>
Teller en noemer	<p>Teller a: Aantal kinderen met een VKH en/of SV waarbij de JGZ met de ouders de voor- en nadelen van alternatieve therapieën heeft besproken</p> <p>Noemer a: Alle kinderen met een VKH en/of SV.</p> <p>Teller b: Aantal kinderen met een SV waarbij de JGZ met de ouders de voor- en nadelen van helmtherapie heeft besproken.</p> <p>Noemer b: Alle kinderen met een SV.</p>
Toelichting	<p>De indicator geeft informatie over de mate waarin de JGZ de behandeling in het alternatieve circuit en het gebruik van helmtherapie bespreekbaar maakt. De indicator is bedoeld om een stimulans te geven aan een open dialoog tussen ouders en JGZ over deze therapieën.</p>
Registratie in de BDS	<p>Een VKH kan in de BDS worden geregistreerd bij Algemene indruk > Voorkeurshouding (vrij tekstveld) en Lichaamskant voorkeurshouding (keuzelijst: links, rechts).</p> <p>Een SV kan in de BDS worden geregistreerd bij Hoofd/hals > Bijzonderheden hoofd (keuzelijst) > Afwijkende vorm van de schedel.</p> <p>Voor de indicator is de volgende aanpassing in de BDS nodig: Voorlichting, advies, instructie en begeleiding > Gegeven voorlichting (keuzelijst). <u>Toevoegen</u>: voorkeurshouding en/of schedelvervorming. <u>Maken keuzelijst</u>: voor- en nadelen alternatieve therapie, voor- en nadelen helmtherapie.</p>

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 Voorkeurshouding en Schedelvervorming kunnen beoordelen. JGZ organisaties kunnen daarnaast hun prestaties vergelijken met die van andere organisaties.

De indicatorenset is voor een belangrijk deel geformuleerd en gevalideerd door personen die werkzaam zijn binnen het JGZ werkveld (JGZ-medewerkers en vertegenwoordigers van relevante beleids-, onderzoeks- en koepelorganisaties). Het feit dat bijna de helft van de aangeschreven personen op de uitnodiging voor becommentariëring is ingegaan, geeft aan dat verschillende deskundigen zich betrokken voelen bij het onderwerp. Hiermee is een belangrijke eerste stap gezet in het creëren van draagvlak voor het gebruik van de indicatoren. JGZ organisaties hebben uiteraard de vrijheid om dit instrument naar eigen inzicht te gebruiken.

5.1 Informatie in de indicatorenset

De indicatoren beperken zich tot het meten van een aantal kernelementen uit de richtlijn, namelijk het signaleren, follow-up, verwijzing en voorlichting over alternatieve behandelingen en helmtherapie. Met deze thema's komen een aantal essentiële stappen in het zorgproces bij een voorkeurshouding en schedelvervorming in beeld. De indicatorenset geeft door haar beperkte omvang uiteraard geen volledig beeld van de toepassing van alle adviezen uit de richtlijn. Bij een deel van de indicatoren is bovendien bewust gekozen voor een versimpeling van het advies uit de richtlijn omwille van de praktische haalbaarheid van de indicator. Ten aanzien van follow up wordt bijvoorbeeld vanuit de richtlijn geadviseerd dat een kind met een sterke VKH/SV na twee weken een extra consult krijgt aangeboden en dat een kind met een milde VKH/SV na vier weken wordt gezien. In de indicator is gekozen voor het meten van de eerste variant, de follow up na twee weken, omdat JGZ organisaties hiervoor extra moeite moeten doen; een follow up na vier weken zal namelijk vaak binnen een regulier consult onder te brengen zijn. De indicatoruitkomsten zullen hierdoor uiteraard geen volledig beeld geven van hoe follow up in de praktijk vorm krijgt, maar ze zullen wel een indicatie geven van de extra moeite die JGZ organisaties kunnen en willen doen voor follow up bij een sterke VKH/SV. 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 een meting minder positief zijn dan men had verwacht, zal nader onderzoek altijd nodig zijn om te achterhalen wat de precieze oorzaken van de resultaten zijn (en of het noodzakelijk is om bijvoorbeeld verbeteracties in te zetten). De onderhavige indicatorenset bevat uitsluitend procesindicatoren, wat betekent dat alleen informatie wordt verkregen over het handelen van de JGZ medewerkers. Hoewel bij de ontwikkeling van een indicatorenset altijd wordt gestreefd naar het formuleren van zoveel mogelijk uitkomstmaten, bleek dat in dit geval niet mogelijk.

5.2 Registratie en gegevensverzameling

Organisaties zullen voor de indicatoren een aantal gegevens moeten registreren:

1. Tijdens alle contactmomenten in de eerste 6 maanden: opkomst.
2. Tijdens alle contactmomenten in de eerste 6 maanden: kind heeft VKH en/of SV.
3. Tijdens extra contactmoment voor follow-up: indicatie voor contactmoment is VKH en/of SV.
4. Tijdens contactmoment bij 8 weken: verwijzing naar KFT (of huisarts, andere specialist) en indicatie voor verwijzing is VKH/SV.
5. Tijdens alle contactmomenten: voorlichting over voor- en nadelen alternatieve therapie.
6. Tijdens alle contactmomenten: voorlichting over voor- en nadelen helmtherapie.

In totaal zijn 3 aanpassingen in de BDS nodig om alle gegevens te kunnen registreren. Op dit moment kan namelijk nog niet geregistreerd worden:

1. Indicatie voor extra contactmoment is VKH en/of SV. In de BDS zou daarom de volgende aanpassing gedaan kunnen worden: bij Activiteit > Indicatiecontactmoment (keuzelijst). Toevoegen: voorkeurshouding/schedelvervorming.
2. Indicatie voor verwijzing is VKH en/of SV. In de BDS zou daarom de volgende aanpassing gedaan kunnen worden: bij Conclusies en vervolgstappen > Indicatie (keuzelijst). Toevoegen: voorkeurshouding/schedelvervorming.
3. Voorlichting over voor- en nadelen van alternatieve therapie en helmtherapie. In de BDS zou daarom de volgende aanpassing gedaan kunnen worden: Voorlichting, advies, instructie en begeleiding > Gegeven voorlichting (keuzelijst). Toevoegen: voorkeurshouding en/of schedelvervorming. Toevoegen keuzelijst met: voor- en nadelen alternatieve therapie, voor- en nadelen helmtherapie.

Aan de beheerders van de basisdataset zal advies worden uitgebracht over deze aanvullingen.

6 Afkortingen

AIRE	Appraisal of Indicators through Research and Evaluation
AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
BDS	Basisdataset
dd	Differentiaal diagnostiek
DD	Digitaal dossier
GGD	Gemeentelijk (of gewestelijke) gezondheidsdienst
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
SV	Schedelvervorming
TNO	Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VKH	Voorkeurshouding

7 Referenties

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

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

A Samenvatting AIRE instrumenten

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 dat de 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