

# TNO Kwaliteit van Leven

**Preventie en Zorg**  
Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T +31 71 518 18 18  
F +31 71 518 19 01  
[info-zorg@tno.nl](mailto:info-zorg@tno.nl)

## TNO-rapport

**KvL/P&Z 2010.052**

## Eindrapportage Indicatoren Richtlijn Zindelijkheid Urine en Feces

Datum	Augustus 2010
Auteur(s)	A.J.W. Kramer A. Broerse M. Kamphuis
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnummer	031.12574
Aantal pagina's	57 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	3

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke 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 onderzoeksopdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

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

© 2010 TNO

## Samenvatting

In opdracht van ZonMw (projectnummer 15600.0002) is in het kader van de ontwikkeling van de JGZ Richtlijn Zindelijkheid Urine en Feces (2010) 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 hierbij 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. Hierbij is ook aandacht besteed aan de haalbaarheid van de gegevensverzameling. Het daadwerkelijk uitvragen van de gegevens viel buiten de scope van dit project.

De uiteindelijke set bestaat uit zeven procesindicatoren. Om deze indicatoren te meten, dienen organisaties elf gegevens te registreren en te verzamelen rondom de thema's: onzindelijkheid, acties bij onzindelijkheid, eventuele verwijzing en follow-up. De landelijke invoering van het digitale dossier JGZ met een vaste basisdataset is een essentiële randvoorwaarde voor het meten van indicatoren. Een aanvulling op de basisdataset op zes punten lijkt noodzakelijk om de benodigde gegevens aan te kunnen leveren en de kwaliteit van de zorgverlening bij te sturen.

# Inhoudsopgave

	<b>Samenvatting</b> .....	<b>2</b>
<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Doelstelling</b> .....	<b>5</b>
<b>3</b>	<b>Methode</b> .....	<b>6</b>
3.1	Fase 1: Voorbereiding op de werkgroepbijeenkomsten.....	6
3.2	Fase 2: Werkgroepbijeenkomsten .....	7
3.3	Fase 3: Validatie door experts op kwaliteit, verbeterpotentieel en haalbaarheid.....	7
<b>4</b>	<b>Resultaten</b> .....	<b>8</b>
4.1	Selectie van adviezen en bespreking van conceptindicatoren.....	8
4.2	Van eerste set conceptindicator naar tweede set conceptindicatoren.....	11
4.3	Expertgroep commentaar bij de tweede set conceptindicatoren .....	12
4.4	Beschrijving van de definitieve indicatoren.....	25
4.5	Samenvatting van de indicatorgegevens .....	31
<b>5</b>	<b>Conclusies</b> .....	<b>33</b>
5.1	Informatie in de indicatorenset .....	33
5.2	Registratie en gegevensverzameling.....	33
5.3	Wetenschappelijke onderbouwing .....	34
<b>6</b>	<b>Afkortingen</b> .....	<b>35</b>
<b>7</b>	<b>Referenties</b> .....	<b>36</b>
	<b>Bijlage(n)</b>	
	A Samenvatting AIRE instrument (Appraisal of Indicators through Research and Evaluation)	
	B Adviezen / kernelementen	
	C Opmerkingen van de werkgroep bij de eerste set conceptindicatoren	

# 1 Inleiding

In 2007 is in opdracht van ZonMw gestart met de ontwikkeling van de JGZ Richtlijn Zindelijkheid Urine en Feces. De conceptrichtlijn is in januari 2010 vastgesteld, waarna in februari 2010 is gestart met een proefimplementatie om de richtlijn in de praktijk te testen. De daadwerkelijke proefimplementatie (van de instructie, het werken met de richtlijn tot en met de nametingen en focusgroepen) duurde van maart 2010 tot oktober 2010. Binnen het project is tevens een set prestatie-indicatoren ontwikkeld. Hiermee kan in de toekomst het gebruik van de richtlijn gemonitord worden. De indicatorenset is daarmee een instrument dat direct ondersteunend is aan de landelijke implementatie van de richtlijn. Organisaties krijgen via de indicatoren kwaliteitsinformatie die hen inzicht geeft in de mate waarin ze in staat zijn om adviezen uit de richtlijn uit te voeren. Organisaties kunnen met de indicatoren bovendien hun eigen prestaties vergelijken met die van andere organisaties en daarmee van elkaars werkwijze leren. Op landelijk niveau wordt via de indicatoren inzicht verkregen in de mate waarin het JGZ-veld in staat is om volgens de richtlijn te werken.

Het uitgangspunt bij de ontwikkeling van de indicatoren was dat de administratieve last voor de JGZ organisaties beperkt bleef. De set diende een relatief beperkte omvang te krijgen en moet zoveel mogelijk aansluiten bij bestaande registratiesystemen en met name het digitale dossier (DD) JGZ dat gebaseerd is op de basisdataset (BDS). Daarnaast was het belangrijk om het veld zelf bij de ontwikkeling van de indicatoren te betrekken, zodat al in een vroeg stadium zoveel mogelijk draagvlak voor de indicatoren gecreëerd werd.

## 2 Doelstelling

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

- de set heeft beperkte omvang en is daardoor in de praktijk hanteerbaar;
- de set bestaat zowel uit indicatoren voor onzindelijkheid voor urine als ook voor fecale incontinentie<sup>1</sup>,
- 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 – ook uitkomstindicatoren (naar het klassieke onderscheid van Donabedian 1966)<sup>2</sup>;
- 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; zie Bijlage A);
- de indicatoren sluiten zoveel mogelijk aan bij bestaande registratiesystemen;
- de indicatoren worden binnen het veld getoetst op haalbaarheid voor wat betreft de gegevensverzameling;
- de indicatoren worden gevalideerd via een expertronde;

De concrete uitvraag van indicatorgegevens viel buiten de scope van dit project.

---

<sup>1</sup> ‘Fecale incontinentie’ wordt ook wel omschreven als ‘onzindelijkheid voor ontlasting’. In dit rapport is – in navolging van de richtlijn - steeds gesproken van fecale incontinentie. In alle gevallen waarbij gesproken wordt van onzindelijkheid zonder specifieke toevoeging van urine of feces wordt zowel onzindelijkheid voor urine als ook fecale incontinentie bedoeld.

<sup>2</sup> 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 verschillende activiteiten ter voorbereiding op de twee werkgroepbijeenkomsten. De tweede fase bestond uit de twee werkbijeenkomsten en het formuleren van een set conceptindicatoren. Tot slot vond fase drie plaats waarin de conceptindicatoren gevalideerd werden door externe experts en waarbij bovendien de haalbaarheid van de gegevensverzameling in het veld werd getoetst. Hieronder wordt beschreven welke activiteiten per fase zijn uitgevoerd.

### 3.1 Fase 1: Voorbereiding op de werkgroepbijeenkomsten

Deze fase had drie doelen:

- a) het formeren van de Werkgroep Indicatoren;
- b) het vaststellen van geschikte onderwerpen voor de indicatoren;
- c) het inventariseren van de informatie in de BDS van het DD JGZ.

Ad a)

Voor het formeren van een Werkgroep Indicatoren vond werving via de beroeps- en koepelorganisaties plaats. De werkgroep bestond uiteindelijk uit vijf JGZ medewerkers (twee artsen Maatschappij en Gezondheid, één stafverpleegkundige JGZ 0-4 jaar, één jeugdverpleegkundige 4-19 jaar en één doktersassistente 4-19 jaar). Één van de artsen was niet aanwezig op de bijeenkomsten, maar werd telefonisch betrokken. De werkgroepleden ontvingen een kleine financiële compensatie voor hun bijdrage.

Ad b)

Om te komen tot de belangrijkste onderwerpen voor de indicatoren is de conceptsamenvatting van de richtlijn als uitgangspunt genomen. Drie personen (twee samenstellers van de richtlijn en een implementatiedeskundige), hebben onafhankelijk van elkaar alle adviezen (kernelementen) uit de richtlijn geselecteerd. Vervolgens is een lijst samengesteld van al deze kernelementen van de richtlijn (dit waren 74 kernelementen voor urine en 117 kernelementen voor feces). Vervolgens hebben de vier samenstellers van de richtlijn van deze kernelementen aangegeven hoe groot ze het belang vonden voor de kwaliteit van de zorg (score 1 tot 10).

Op basis van de totaalscores en een beoordeling of een element geschikt is om gemeten te kunnen worden als indicator, is de lijst teruggebracht tot de belangrijkste kernelementen (37 urine, 55 feces). Op grond van deze kernelementen is een eerste set conceptindicatoren geformuleerd door TNO. Deze conceptindicatoren (17 urine, 16 feces) zijn samen met een discussiestuk van te voren toegestuurd aan de werkgroepleden ter voorbereiding op de eerste werkgroepbijeenkomst. De werkgroepleden kregen de opdracht om van deze conceptindicatoren een top vijf te maken op basis van de belangrijkheid voor de kwaliteit van zorg.

Ad c)

In de eerste fase van het ontwikkelproces is daarnaast een inventarisatie gemaakt van de bestaande gegevensbronnen. Er is gekeken op welke wijze organisaties gegevens in (locale) registratiesystemen registreerden. Hierbij bleek dat nog veelvuldig gebruik wordt gemaakt van het papieren dossier. Echter, omdat binnen afzienbare tijd het JGZ werkveld wordt geacht met het DD JGZ te werken, is voor de formulering van de indicatoren vooral rekening gehouden met de gegevens die in de BDS van het landelijke

DD JGZ worden opgenomen. Tot slot is gekeken in hoeverre bepaalde indicatoren al beschikbaar waren.

### 3.2 **Fase 2: Werkgroepbijeenkomsten**

Het doel van deze fase was samen met de werkgroep te komen tot een goede set van conceptindicatoren. Hiertoe werden twee bijeenkomsten van ieder één dagdeel georganiseerd. In de eerste werkgroepbijeenkomst is gebrainstormd over de eerste set conceptindicatoren en hun relatie tot de kwaliteit van zorg. De prioritering die de werkgroepleden voorafgaand aan de bijeenkomst hadden opgesteld, vormde hiervoor de uitgangsbasis. Een belangrijk aandachtspunt was bovendien het verbeterpotentieel voor de organisaties: in welke mate wordt het advies waarop de indicator meet momenteel al in de praktijk gebracht. Als het advies nog weinig wordt opgevolgd, dan is het verbeterpotentieel groot. Als het advies veelal wordt opgevolgd, dan is het verbeterpotentieel klein en kreeg de betreffende indicator minder prioriteit. In deze fase is beperkt rekening gehouden met eventuele beperkingen in de registratie.

In de tweede bijeenkomst is in deze lijn doorgedaan en is uiteindelijk een tweede set conceptindicatoren geformuleerd. Hierbij werd het AIRE instrument als toets gebruikt (zie Bijlage A). Met dit instrument werd iedere indicator op een aantal items beoordeeld: a) beschrijving van doel, relevantie, organisatorische verband waarop de indicator betrekking heeft; b) betrokkenheid van belanghebbenden; c) wetenschappelijk bewijs (voor zover mogelijk); d) verdere onderbouwing, formulering en gebruik.

### 3.3 **Fase 3: Validatie door experts op kwaliteit, verbeterpotentieel en haalbaarheid**

Het doel van deze fase was het toetsen van het belang van de indicatoren bij een bredere groep deskundigen. Hiertoe zijn 32 personen per mail aangeschreven met de vraag om commentaar te geven op de conceptindicatoren. Benaderd werden JGZ zorgverleners (jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen), een kinderarts maag-, lever- en darmziekten, een kinderuroloog, een kinderfysiotherapeut en vertegenwoordigers van relevante organisaties (zoals de AJN, V&VN Jeugd, RIVM/CJG, ActiZ, GGD Nederland, IGZ en VNG). Twaalf personen (verschillende JGZ artsen en verpleegkundigen, vertegenwoordigers van ActiZ, IGZ, en een kinderarts, een kinderfysiotherapeut, een incontinentieverpleegkundige en een huisarts) hebben de indicatoren van beoordeeld (score 1 tot 10) en van commentaar voorzien, met aandacht voor:

1. het belang van de indicator voor de kwaliteit van zorg;
2. het verbeterpotentieel gelet op de huidige gang van zaken in de praktijk;
3. de haalbaarheid van het registreren van de benodigde gegevens voor het meten van de indicator in beschikbare registratiesystemen en de toekomstige BDS voor het DD JGZ.

Op basis van deze beoordelingen en commentaren is de set bijgesteld tot een definitieve set indicatoren. Naar aanleiding van de haalbaarheidsinformatie is bij alle indicatoren een extra toelichting opgenomen ten aanzien van de gegevensverzameling.

## 4 Resultaten

Hieronder worden de resultaten van de drie ontwikkelfasen beschreven. Allereerst wordt de voorselectie van indicatoronderwerpen door de richtlijn ontwikkelaars en TNO beschreven. Vervolgens komt de eerste set conceptindicatoren aan de orde, die besproken is tijdens twee werkgroepbijeenkomsten. Daarna wordt de tweede set conceptindicatoren – aangepast naar aanleiding van de werkgroepbijeenkomsten – besproken. Bij de beschrijving van de tweede set conceptindicatoren is het commentaar van de experts uit de expertronde toegevoegd. Dit is een beknopte versie van het originele commentaar. In de laatste paragraaf worden de definitieve indicatoren beschreven. Dit wordt gedaan in zogenaamde indicatorframes. Hierin is per indicator opgenomen: het thema waarop de indicator betrekking heeft, de indicatorbeschrijving, de teller en noemer (voor de berekening van percentages), de bron waaruit de gegevens moeten worden gehaald en een eventuele. In de toelichting worden definities en extra uitleg gegeven. Verder wordt naar aanleiding van de haalbaarheidstoets voor registratie van de gegevens aangegeven welke aandachtspunten bestaan voor de gegevensverzameling.

### 4.1 Selectie van adviezen en bespreking van conceptindicatoren

Een eerste overzicht van adviezen uit de richtlijn is opgenomen in bijlage B. Deze adviezen zijn door vier personen gescoord. Op basis van deze scores en een beoordeling of een advies geschikt is om gemeten te kunnen worden als indicator, is de lijst teruggebracht de belangrijkste adviezen. Bij het beoordelen van de geschiktheid werd gekeken naar twee zaken: a) of het onderwerp überhaupt meetbaar was, en b) of het onderwerp – conform de opdracht - informatie bood over het proces en de uitkomsten van de zorg. Soms was het onderwerp wel meetbaar, maar werd alleen zogenaamde structuurinformatie verkregen (bijvoorbeeld over formele afspraken ketenpartners zoals ‘Voor het voorschrijven van desmopressine is momenteel nog een verwijzing naar de huisarts nodig.’). In dat geval werd het onderwerp als niet geschikt beoordeeld voor een indicator.

Uiteindelijk zijn 33 conceptindicatoren als geformuleerd: 16 voor feces (zie tabel 1) en 17 voor urine (zie tabel 2). De werkgroep heeft vervolgens beoordeeld welke conceptindicatoren zij het meest relevant vindt. Een korte motivering en opmerkingen bij de relevante conceptindicatoren zijn opgenomen als Bijlage C.



Tabel 1: Eerste set conceptindicatoren voor feces zoals besproken met de werkgroep.

Conceptindicatoren voor feces	
1	Aantal kinderen met obstipatieklachten dat een volledig lichamelijk onderzoek (buik + anus) inclusief een neurologisch onderzoek heeft gehad, ten opzichte van alle kinderen met obstipatieklachten.
2	Aantal borstgevoede kinderen vanaf 4 maanden dat laxantia krijgt, ten opzichte van alle kinderen vanaf 4 maanden die obstipatie hebben en voldoende groeien.
3	Aantal kinderen vanaf 4 maanden met kunstvoeding dat laxantia krijg ten opzichte van alle kinderen vanaf 4 maanden die obstipatie hebben en voldoende groeien.
4	Aantal kinderen vanaf 3 maanden dat in verband met late meconium lozing (> 24 uur) of obstipatie voor de leeftijd van 3 maanden, is verwezen naar de huisarts, ten opzichte van alle kinderen die een late meconium lozing hebben gehad of obstipatie hadden voor de leeftijd van 3 jaar.
5	Aantal kinderen dat verwezen is in verband met solitaire fecale incontinentie waarbij leefadviezen volgens stap 2 van het richtsnoer na 6 weken geen verbetering lieten zien, ten opzichte van alle kinderen met solitaire fecale incontinentie waarbij leefadviezen volgens stap 2 van het richtsnoer na 6 wen geen verbetering lieten zien.
6	Aantal kinderen dat is verwezen naar de huisarts in verband met nachtelijke fecale incontinentie, ten opzichte van alle kinderen met nachtelijke fecale incontinentie.
7	Aantal kinderen waarbij gelet is op verdenking van kindermishandeling omdat ze smeren met ontlasting, ten opzichte van alle kinderen die smeren met ontlasting.
8	Aantal kinderen met fecale incontinentie dat is doorverwezen naar de huisarts/kinderarts in verband met aanwijzingen voor seksueel misbruik, ten opzichte van alle kinderen met fecale incontinentie.
9	Aantal kinderen >5 jaar waarbij een poepdagboek is ingevuld, ten opzichte van alle kinderen > 5 jaar met fecale incontinentie.
10	Aantal kinderen dat tijdens het CB consult van 45 maanden in verband met fecale incontinentie uitleg en advies heeft gekregen, ten opzichte van alle kinderen met fecale incontinentie bij 45 maanden)
11	Aantal kinderen waarbij een extra consult bij de JGZ-arts gepland is in verband met fecale onzindelijkheid, ten opzichte van alle kinderen die bij het CB consult van 4,5/5 jaar symptomen van fecale onzindelijkheid vertonen.
12	Aantal kinderen van 8/9 jaar dat na een periode van zindelijkheid weer onzindelijk is geworden, waarbij gevraagd is naar fysiek geweld, seksueel misbruik of mishandeling, ten opzichte van alle kinderen van 8/9 jaar die na een periode van zindelijkheid weer onzindelijk zijn geworden.
13	Aantal kinderen > 5 jaar waarvoor de JGZ binnen 3 maanden contact opneemt nadat de incontinentie is verdwenen na het invoeren van leefstijladviezen over toilettraining, bewegen en voeding, ten opzichte van alle kinderen > 5 jaar waarbij de incontinentie is verdwenen na het invoeren van leefstijladviezen.
14	Aantal kinderen dat is doorverwezen naar een academisch centrum in verband met terugkerende problemen van onzindelijkheid voor feces, ten opzichte van alle kinderen met terugkerende problemen van fecale onzindelijkheid.
15	Aantal kinderen dat herhaald lichamelijk onderzoek heeft gehad in een academisch centrum in verband met terugkerende problemen van onzindelijkheid (ten opzichte van alle kinderen met terugkerende problemen van onzindelijkheid.
16	Aantal kinderen waarbij de JGZ de verwijzing naar een academisch centrum in verband met fecale onzindelijkheid heeft opgevolgd, ten opzichte van alle kinderen met terugkerende problemen van fecale onzindelijkheid die verwezen zijn naar een academisch centrum.

Tabel 2: Eerste set conceptindicatoren voor urine zoals besproken met de werkgroep.

Conceptindicatoren voor urine	
1	Aantal 4-jarige kinderen waarbij is gestart met de begeleiding/behandeling van onzindelijkheid overdag, ten opzichte van het aantal 4-jarige kinderen dat overdag onzindelijk is.
2	Aantal 5-jarige kinderen dat is gestart met de begeleiding/behandeling van onzindelijkheid 's nachts, ten opzichte van het aantal 5-jarige kinderen dat 's nachts onzindelijk is)
3	Aantal keer dat een inspectie (genitalia, rug en sacrum) heeft plaatsgevonden bij kinderen van 4-19 jaar met onzindelijkheid voor urine.
4	Aantal keer dat palpatie van de buik heeft plaatsgevonden bij kinderen van 4-19 jaar met onzindelijkheid voor urine.
5	Aantal keer dat neurologisch onderzoek heeft plaatsgevonden bij kinderen van 4-19 jaar met onzindelijkheid voor urine.
6	Aantal kinderen van 3 of 4 jaar waarvoor gevraagd is naar zindelijkheidstraining.
7	Aantal kinderen van 3 of 4 jaar dat in verband met pathologie/alarmsymptomen voor incontinentie overdag is verwezen, van het totale aantal kinderen van 3 of 4 jaar met pathologie/alarmsymptomen)
8	Aantal kinderen van 5 jaar en ouder dat n.a.v. gerapporteerde bijzonderheden rond urine en veranderingen in patroon een afspraak voor nadere anamnese heeft gekregen, ten opzichte van het totale aantal kinderen van 5 jaar en ouder dat bijzonderheden rond urine en veranderingen in eetpatroon rapporteert.
9	Aantal kinderen van 5 jaar en ouder dat n.a.v. gerapporteerde bijzonderheden rond urine en veranderingen in patroon binnen 1 tot 4 weken een gesprek voor nadere anamnese heeft gekregen, ten opzichte van het totale aantal kinderen dat een afspraak voor nadere anamnese heeft gekregen.
10	Aantal kinderen van 5 jaar of ouder dat in verband met bijzonderheden rond urine of verandering in patroon is verwezen, ten opzichte van alle kinderen van 5 jaar en ouder dat in verband met bijzonderheden rond urine of verandering in eetpatroon.
11	Aantal kinderen van 5 jaar en ouder dat na 3 extra contactmomenten nog niet zindelijk voor urine is en daarom een herhaalde anamnese door een gespecialiseerde jeugdverpleegkundige of jeugdarts met interesse of expertise heeft gekregen, ten opzichte van alle kinderen van 5 jaar en ouder dat na 3 extra contactmomenten nog niet zindelijk voor urine is.
12	Percentage: aantal kinderen van 5 jaar en ouder dat na 3 extra contactmomenten nog niet zindelijk is voor urine en daarom verwezen is (via de huisarts) naar een specialist/poli/incontinentietherapeut, ten opzichte van alle kinderen van 5 jaar en ouder dat na 3 extra contactmomenten nog niet zindelijk voor urine is.
13	Aantal kinderen > 5 jaar met onzindelijkheid voor urine 's nachts zonder aanwijsbare pathologie waarbij voor de aanpak een keuze is gemaakt uit a) vast toiletschema, b) kalender met beloningsstelsel, c) blaastraining, d) opname, ten opzichte van alle kinderen met onzindelijkheid voor urine 's nachts zonder aanwijsbare pathologie.
14	Aantal kinderen van 6 jaar en ouder met onzindelijkheid voor urine 's nachts dat een plaswekker is gaan gebruiken (ten opzichte van alle kinderen van 6 jaar en ouder met onzindelijkheid voor urine 's nachts).
15	Aantal kinderen > 5 jaar met onzindelijkheid voor urine 's nachts dat naar de huisarts is verwezen in verband met het voorschrijven van desmopressine, ten opzichte van alle kinderen > 5 jaar met onzindelijkheid voor urine 's nachts.
16	Aantal kinderen van 8 jaar en ouder dat in verband met onzindelijkheid voor urine 's nachts na onvoldoende succes met de plaswekker ambulante Droog-Bed-Training heeft gekregen, ten opzichte van alle kinderen van 8 jaar en ouder met onzindelijkheid voor urine 's nachts).
17	Aantal kinderen dat in verband met persisterend bedplassen is verwezen naar de huisarts en dat door de JGZ is opgevolgd, ten opzichte van het aantal kinderen dat in verband met persisterend bedplassen is verwezen naar de huisarts.

## 4.2 Van eerste set conceptindicator naar tweede set conceptindicatoren

De 33 conceptindicatoren zijn uitgebreid besproken in twee werkgroepen (zie bijlage C). Geconcludeerd werd dat verschillende indicatoren samengenomen kunnen worden, omdat ze één logisch geheel vormen. Zo vond de werkgroep dat er geen aparte indicatoren nodig zijn voor verschillende onderdelen van een lichamelijk onderzoek. De werkgroep was bovendien van mening dat de interventies die ingezet kunnen worden bij onzindelijkheid voor urine samengenomen kunnen worden. Ook vond de werkgroep het niet noodzakelijk om onderscheid te maken tussen borstgevoede kinderen en kinderen die kunstvoeding krijgen.

Daarnaast is de werkgroep de mening toegedaan dat algemene indicatoren ongeacht urine of feces geformuleerd kunnen worden voor (1) het vragen naar zindelijkheid, (2) acties bij een indicatie voor onzindelijkheid en (3) follow up na verwijzing. Deze drie indicatoren zijn gericht op de kwaliteit van zorg ongeacht of het onzindelijkheid voor urine of feces betreft. De opmerkingen van de werkgroep met betrekking tot onzindelijkheid voor feces hebben geleid tot het besluit om geen aparte indicatoren voor solitaire fecesincontinentie op te nemen.

Een tweetal conceptindicatoren bleek bij nader inzien lastig uit te werken omdat zij meer een indicator lijken voor kindermishandeling. Een andere indicator is bovendien afgefallen omdat het meten van de indicator in de praktijk niet haalbaar leek (indicator voor onzindelijkheid na een zindelijke periode). Tot slot zijn enkele conceptindicatoren afgefallen omdat de indicatorenset beknopt moest worden en andere onderwerpen prioriteit kregen.

Bovenstaande overwegingen in acht nemend is een tweede set conceptindicatoren geformuleerd. Deze conceptindicatoren vormen een afspiegeling van de verleende zorg aan alle leeftijdsgroepen binnen de JGZ. Er is daarbij gekozen voor enkele indicatoren voor 0-19 jaar, indicatoren voor 0-4 jaar en enkele indicatoren voor 4 jaar en ouder. Er is veel gesproken over de leeftijdsgroepen per indicator. De deskundigen verschilden van mening of het meten van gegevens voor een indicator al op jonge leeftijd zou moeten starten of pas op latere leeftijd, vanaf het moment dat een kind zindelijk hoort te zijn. Uiteindelijk is besloten dat ook al op jongere leeftijd indicatoren gemeten moeten worden omdat vroege signalering van problemen rond de zindelijkheid bijdraagt aan de preventie. In dit kader is vaak besloten om de leeftijdsgrenzen 'op te rekken' en ook de jongere kinderen mee te nemen waar het gaat om vragen over zindelijkheid.

### 4.3 **Expertgroep commentaar bij de tweede set conceptindicatoren**

De tweede set conceptindicatoren is voorgelegd aan de expertgroep. De expertgroep heeft hierbij de volgende algemene opmerkingen geplaatst:

- Het verbeterpotentieel is lastig in te schatten: iedereen werkt namelijk anders.
- Uitgangspunt moet zijn: zorg voor het kind. Daarvoor registreren we in het digitale dossier JGZ, niet om de uitvoering van richtlijnen te toetsen. Daarom zou het goed zijn als de indicatoren daarbij aansluiten en dat is nu steeds niet het geval.
- Het effect van anticiperende voorlichting mist. Ik ben van mening dat anticiperende voorlichting ouders en kinderen kan motiveren om energie te steken in de zindelijkheidstraining. Pas vanaf drie jaar hier actief mee aan de slag gaan, is laat.
- De invoering van de richtlijn Zindelijkheid zal veel tijd gaan kosten en goede afspraken over de overdracht van 0-4 jaar naar 4-19 jaar is noodzakelijk. Zelfstandig kunnen verwijzen door de jeugdarts zou het geheel makkelijker maken.
- In mijn organisatie wordt nog niet met een protocol voor zindelijkheid gewerkt. Fijn dat deze richtlijn tot een uniforme werkwijze kan leiden.

Naast de bovengenoemde algemene opmerkingen hebben de experts ook commentaar gegeven op de specifieke indicatoren. Zij hebben daarbij per indicator speciaal gelet op:

- de relevantie van de indicator met betrekking tot de kwaliteit van zorg;
- het verbeterpotentieel;
- de haalbaarheid voor het registreren van de benodigde gegevens.

De tweede set conceptindicatoren en een beknopte beschrijving van de commentaren van de deskundigen zijn in deze paragraaf opgenomen.

<b><i>1. Algemene indicator: vragen naar zindelijkheid</i></b>	
Beschrijving	% kinderen vanaf drie jaar waarvoor aan de ouders gevraagd is naar zindelijkheid, ten opzichte van alle kinderen van 3 tot 19 jaar die zijn gezien door de JGZ.
Toelichting	Het gaat er bij deze indicator om hoe vaak deze vraag gesteld wordt. Voor deze indicator is het antwoord op de vraag “ <i>Is het kind zindelijk?</i> ” niet relevant. Het is ook niet van belang of er gestart is met een zindelijkheidstraining.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- Het is niet zinvol om dit tijdens alle contactmomenten te vragen. Alleen bij reguliere bezoeken, tenzij het onderzoek op indicatie voor zindelijkheid betreft.
- Het is wel zinvol om dit bij elk contactmoment te doen.
- Ik zou de indicator meer richten op kinderen met een te verwachten moeizamer beloop op zindelijkheid. Dus afgezien van de vraag wel/niet zindelijk: zijn er bij de niet zindelijke kinderen kenmerken aanwezig die actiever ingrijpen rechtvaardigen?
- Hoe eerder stoornissen in zindelijkheid ontdekt worden hoe groter de kans is op succes.
- In de conceptrichtlijn is de leeftijd om vragen te stellen over zindelijkheid gesteld op 18-24 maanden. Ook is aangegeven dat rond deze leeftijd gestart wordt met zindelijkheidstraining. Waarom ligt de leeftijdsgrens bij deze indicator dan bij drie jaar?

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel:

- Bij het consultatiebureau wordt bij de kinderen vanaf 3 jaar vaak alleen gevraagd naar zindelijkheid als het kind tijdens het consult een luier draagt.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- De BDS is zo opgesteld dat alleen bijzonderheden geregistreerd worden. Dat je ergens naar gevraagd hebt registreer je dus niet als er geen bijzonderheden. Het meten van deze indicator is dan niet haalbaar.

<b>2a. Algemene indicator: aantal onzindelijke kinderen</b>	
Beschrijving	% kinderen dat bij het laatste consult voor 0-4 jarigen onzindelijk is voor feces of urine overdag, ten opzichte van alle kinderen die voor het laatste consult voor 0-4 jarigen door JGZ zijn gezien.
Toelichting	Het gaat hier om een ijkpunt omdat het kind na dit consult pas weer gezien zal worden door de GGD. Bij onzindelijkheid voor feces dienen ook de kinderen meegerekend te worden waarbij sprake is van solitaire fecale incontinentie (dus incontinentie waarbij geen sprake is van obstipatie).

Beknorte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- Bij deze indicator gaat het om een puntprevalentie op een mijlpaal. Dit is op zich niet van belang voor de kwaliteit van de zorg, maar je hebt de uitkomst wel nodig als uitgangspunt voor volgende indicatoren.
- Niet relevant voor kinderen met fecale incontinentie omdat wij kinderen tot 4 jaar nog de tijd gunnen om zindelijk te worden. Het is wel belangrijk om ouders erop te wijzen dat wanneer de kinderen ouder dan vier jaar niet zindelijk zijn, advies van een hulpverlener aan te raden is.
- De kwaliteit van zorg is niet alleen af te meten aan deze actie, maar ook aan het behaalde resultaat.

Beknorte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel:

- (zie indicator 1): Bij het consultatiebureau wordt bij de kinderen vanaf 3 jaar vaak alleen gevraagd naar zindelijkheid als het kind tijdens het consult een luier draagt. Ouders geven vaak zelf al aan wanneer dit het geval is.

Beknorte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- (zie indicator 1): De BDS is zo opgesteld dat alleen bijzonderheden geregistreerd worden. Dat je ergens naar gevraagd hebt registreer je dus niet als er geen bijzonderheden. Het meten van deze indicator is dan niet haalbaar.
- In de rubriek *Functioneren/ Lichamelijk functioneren* kan door middel van een keuzelijst aangegeven worden of het kind zindelijk is, of *opnieuw* onzindelijk is voor urine of ontlasting. Onzindelijkheid zelf kan dus niet geregistreerd worden. Omdat hier de zindelijkheid ingevuld moet worden en dit dus bijna altijd het geval is, bestaat er een kans dat dit vergeten wordt. Het lijkt dus logischer om onzindelijkheid te registeren in plaats van zindelijkheid.
- Er kan wel in een vrij keuze veld in dezelfde rubriek aangegeven worden of er bijzonderheden zijn met betrekking tot ontlasten/plannen/zindelijkheid.

<b>2b. Algemene indicator: acties bij vragen naar onzindelijkheid → voorlichting/ advies</b>	
Beschrijving	% kinderen dat bij het laatste consult voor 0-4 jarigen onzindelijk is voor feces of urine overdag en dat voorlichting of advies heeft gekregen, ten opzichte van alle kinderen die voor het laatste consult voor 0-4 jarigen door JGZ zijn gezien.
Toelichting	Het geven van uitleg valt ook onder advisering. Omdat 'uitleg' in het digitale dossier vaak niet expliciet is opgenomen, is 'uitleg' als term niet in de indicator opgenomen.

Beknorte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- (zie indicator 2a): Niet relevant voor kinderen met fecale incontinentie omdat wij kinderen tot 4 jaar nog de tijd gunnen om zindelijk te worden. Het is wel belangrijk om ouders erop te wijzen dat wanneer de kinderen ouder dan vier jaar niet zindelijk zijn, advies van een hulpverlener aan te raden is.
- (zie indicator 2a): De kwaliteit van zorg is niet alleen af te meten aan deze actie, maar ook aan het behaalde resultaat.
- We doen nog niet aan zindelijkheidstraining bij kinderen onder de 4 jaar, dus ook geen advies/voorlichting.
- Het is nu niet duidelijk of het geven van uitleg nu wel of niet meegenomen wordt voor de indicator.

Beknorte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel:

- Het geven van advies/voorlichting wordt niet altijd geregistreerd in het dossier. Er is dus verbeterpotentieel.
- Zodra er acties zijn geweest, is er vaak meer aandacht voor het onderwerp en zal er meestal wel naar onzindelijkheid geïnformeerd worden.
- Bij het voorlaatste peuterconsult met 3 jaar hoeft een kind nog niet zindelijk te zijn, dus dan wordt meestal wel advies/voorlichting gegeven. Maar dit is ook afhankelijk van de vraag van de ouders en de tijd.

Beknorte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- Het meten van deze indicator kan lastig worden omdat in de BDS in de rubriek *Voorlichting, advies, instructie en begeleiding / Gegeven voorlichting* alleen een keuzemogelijkheid is voor ontlasten/plassen/zindelijkheid (enuresis). Los daarvan is er een vrij tekstveld voor *Voorlichting, advies, instructie en begeleiding / Voorlichtingsmateriaal*. Er kan dus geen onderscheid gemaakt worden waarvoor het advies gegeven is.

<b>2c. Algemene indicator: acties bij vragen naar onzindelijkheid → extra consult</b>	
Beschrijving	% kinderen dat bij het laatste consult voor 0-4 jarigen onzindelijk is voor feces of urine overdag en dat extra begeleiding / consult heeft gehad, ten opzichte van alle kinderen die voor het laatste consult voor 0-4 jarigen door JGZ zijn gezien.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- Een goed idee om kinderen langer en intensiever te volgen wanneer de jeugdarts vermoeden heeft dat er zindelijkheidsproblemen zijn of zullen ontstaan. Als dit goed vervolgd wordt, is verwijzing naar andere hulpverleners mogelijk niet nodig.
- We doen nog niet aan zindelijkheidstraining bij kinderen onder de 4 jaar, dus ook geen extra begeleiding.
- In de meeste gevallen kom je er pas achter dat het kind onzindelijk is bij 3 jaar en 9 maanden. Er wordt soms wel eerder over gesproken, voornamelijk als de ouders er om vragen. Dan wordt er ook met 3 jaar en 9 maanden pas begeleiding en extra consult gestart. Dat is jammer omdat je dan nog maar korte tijd hebt voordat het kind naar school gaat.

Er was geen commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- Een extra consult kan alleen worden geteld als het een onderzoek op indicatie was vanwege zindelijkheid. Dit contactmoment staat nog niet in de BDS en moet dan zelf aangemaakt worden.



<b>2d. Algemene indicator: acties bij vragen naar onzindelijkheid → verwijzing</b>	
Beschrijving	% kinderen dat bij het laatste consult voor 0-4 jarigen onzindelijk is voor feces of urine overdag en dat is verwezen, ten opzichte van alle kinderen die voor het laatste consult voor 0-4 jarigen door JGZ zijn gezien.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- (zie indicator 2c): Een goed idee om kinderen langer en intensiever te volgen wanneer de jeugdarts vermoeden heeft dat er zindelijkheidsproblemen zijn of zullen ontstaan. Als dit goed vervolgd wordt, is verwijzing naar andere hulpverleners mogelijk niet nodig.
- (zie indicator 2c): In de meeste gevallen kom je er pas achter dat het kind onzindelijk is bij 3 jaar en 9 maanden. Er soms wel eerder over gesproken, voornamelijk als de ouders er om vragen. Dan wordt er ook met 3 jaar en 9 maanden pas begeleiding en extra consult gestart. Dat is jammer omdat je dan nog maar korte tijd hebt voordat het kind naar school gaat.
- We doen nog niet aan zindelijkheidstraining bij kinderen onder de 4 jaar dus we verwijzen slechts zelden.
- Meer richten op risicogroepen, maar er is niet bewezen dat vroege interventie werkt. Dat kan ook niet want de groepen zijn te klein en niet te blinderen.
- Valt het inschakelen van pedagogische begeleiding (bij geen aanwijzingen pathologie, bijvoorbeeld bij angsten) ook onder verwijzing?
- Bij verwijzing door de huisarts ben je ook afhankelijk van wat de huisarts met de verwijzing doet en of de huisarts je advies overneemt. Het is makkelijker als je als jeugdarts rechtstreeks kunt verwijzen.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel:

- Zodra er acties zijn geweest, is er vaak meer aandacht voor het onderwerp en zal er meestal wel naar onzindelijkheid geïnformeerd worden.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- In de BDS kan in de rubriek *Conclusies en vervolgstappen / Extra zorg/interventie* aangegeven worden met *ja/nee* of er extra zorg is ingezet. In de rubriek *Conclusies en vervolgstappen / Indicatie* kan in de keuzelijst bovendien aangegeven worden of het *enuresis / defaectatie-problemen* betreft. De indicator is dus niet haalbaar, want je komt er niet achter waarom verwezen is. Soms komen beide problemen tegelijk voor en verwijs je bijvoorbeeld alleen voor encopresis.

<b>3. Algemene indicator: follow up na verwijzing</b>	
Beschrijving	% kinderen waarbij JGZ contact heeft gehad/gezocht met de zorgverlener waarnaar is verwezen in verband met onzindelijkheid.
Toelichting	Het contact kan een telefonisch contact betreffen of de terugrapportage per brief van de zorgverlener. Kinderen die al in contact waren met een andere zorgverlener en dus al doorverwezen waren, vallen buiten de doelgroep.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- Het gaat hier niet om een actie van de JGZ, maar van de hulpverlener waarnaar verwezen is. Pas als die niet reageert moet de JGZ actief nagaan of de verwijzing is opgevolgd en wat het resultaat is.
- Ook bij kinderen die al langer extern ondersteund worden is het nodig om regelmatig voortgangsrapportages te ontvangen. De verantwoordelijkheid hiervoor ligt ook in eerste instantie bij de andere hulpverlener.
- Het is de vraag of de JGZ altijd zelf contact moet zoeken: ouders en kind hebben hierin ook een verantwoordelijkheid en via hen kan ook worden teruggerapporteerd.
- Dit is heel belangrijk omdat bekend is dat bijvoorbeeld de huisarts geen goede follow up geeft bij dit soort problemen. De jeugdarts kan dan als vangnet fungeren wanneer het kind met onzindelijkheid niet goed begeleid/behandeld wordt.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel:

- Bij de follow up van de kinderarts ben je afhankelijk van het ziekenhuis.
- De verwijzing is vaak via de huisarts. We krijgen dan alleen een bevestiging van de verwijzing. De huisarts ontvangt als verwijzer meestal de terugrapportage.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- Het aantal keren follow up contact wordt op deze manier niet geregistreerd.
- Dit kan nergens geregistreerd worden in de BDS. Je zou een apart contactmoment moeten hebben voor antwoord op verwijzing en een indicatie moeten kunnen aangeven (enuresis/encopresis).

<b>4. Feces-indicator obstipatieklachten → lichamelijk en neurologisch onderzoek</b>	
Beschrijving	% kinderen van 0-19 jaar met obstipatieklachten dat een volledig lichamelijk onderzoek en een neurologisch onderzoek heeft gehad, ten opzichte van alle kinderen van 0-19 jaar met obstipatieklachten.
Toelichting	Met een volledig lichamelijk onderzoek wordt bedoeld: inspectie van genitalia, rug en sacrum en palpatie van de buik. Met neurologisch onderzoek wordt bedoeld: neurologisch onderzoek gericht op het vinden van aandoeningen waarbij je onzindelijkheid zou kunnen verwachten.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- Lichamelijk en neurologisch onderzoek kan nooit volledig zijn in de JGZ, zelfs niet in de tweedelij. De toelichting geeft de juiste beperkingen aan, maar dan is het geen volledig onderzoek meer.
- Deze indicator is te gedetailleerd en onnodig: als bij kinderen ouder dan vier jaar voorheen niks mis was, dan gaat een neurologisch onderzoek niet veel opleveren. Met een neurologisch onderzoek kun je moeilijk darmmotiliteitsproblemen vinden. Het gaat om obstipatieklachten waarvoor zelden neurologische problemen de oorzaak zijn. Lichamelijk onderzoek van de buik en de anus volstaat.
- Dit zullen slechts kleine aantallen kinderen zijn.
- Bij deze indicator mist de actie door JGZ zoals advies en eventueel laxantia.
- Deze indicator is niet duidelijk: anale inspectie en rectaal toucher worden volgens mij niet door de jeugdarts verricht.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel:

- Bij artsconsulten wordt altijd een volledig lichamelijk onderzoek gedaan. Men is wel alerter op neurologisch onderzoek bij kinderen met obstipatie. Bij een verpleegkundig consult vindt er geen volledig lichamelijk onderzoek plaats, tenzij de arts erbij geroepen wordt. Of er wordt een extra consult bij de arts afgesproken. Wel worden tijdens de verpleegkundige consulten adviezen gegeven betreffende de obstipatie.
- In lang niet alle gevallen wordt er uitgebreid onderzoek gedaan. Vaak worden er eerst aanpassingen in de leefstijl geadviseerd, of er wordt doorverwezen.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- De haalbaarheid van deze indicator is moeilijk: de verpleegkundige is zindelijkheidsspecialist. Elk teamlid werkt zelfstandig en vaak op scholen. Daar is geen eigen onderzoeksruimte. Er moet dan een consult op indicatie bij de arts aangevraagd worden.
- Obstipatie kan nergens in de BDS gecodeerd geregistreerd worden. Ook onderzoek van buik en anus kan alleen geregistreerd worden in een vrij tekst veld. Er kunnen dus geen conclusies of vermoedens geregistreerd worden. Afwijkingen van de genitalia bij jongens kunnen uitgebreider geregistreerd worden, maar bij meisjes kan dit niet.

<b>5. Feces-indicator: obstipatieklachten → doorverwijzing</b>	
Beschrijving	% kinderen > 4 maanden tot 4 jaar dat in verband met obstipatie doorverwezen is naar de huisarts, ten opzichte van alle kinderen van > 4 maanden tot 4 jaar met obstipatieklachten.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- (zie indicator 3): Dit is heel belangrijk omdat bekend is dat bijvoorbeeld de huisarts geen goede follow up geeft bij dit soort problemen. De jeugdarts kan dan als vangnet fungeren wanneer het kind met onzindelijkheid niet goed begeleid/behandeld wordt.
- Dit zullen slechts kleine aantallen kinderen zijn.
- (zie indicator 4): Bij deze indicator mist de actie door JGZ zoals advies en eventueel laxantia.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel:

- Naarmate de leeftijd vordert, wordt het aantal doorverwijzingen groter. Maar dit gebeurt nog niet op grote schaal.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- In de BDS kan in de rubriek *Conclusies en vervolgstappen / Extra zorg/interventie* aangegeven worden met *ja/nee* of er extra zorg is ingezet. In de rubriek *Conclusies en vervolgstappen / Indicatie* kan in de keuzelijst bovendien aangegeven worden of het *enuresis / defaectatie-problemen* betreft. De indicator is dus niet haalbaar, want je komt er niet achter of er vanwege obstipatie verwezen is.
- In het EKD is wel een vraag over ontlasting, maar niet specifiek voor obstipatie. Maar dit is makkelijk te wijzigen.
- Deze vraag kan ook samengenomen worden met de algemene vraag over verwijzing.

<b>6. Urine-indicator: onzindelijkheid overdag → lichamelijk en neurologisch onderzoek</b>	
Beschrijving	% kinderen > 4 jaar dat in verband met onzindelijkheid voor urine overdag een volledig lichamelijk onderzoek en neurologisch onderzoek heeft gehad, t.o.v. alle kinderen > 4 jaar met onzindelijkheid voor urine overdag.
Toelichting	Met een volledig lichamelijk onderzoek wordt bedoeld: inspectie van genitalia, rug en sacrum en palpatie van de buik. Met neurologisch onderzoek wordt bedoeld: neurologisch onderzoek gericht op het vinden van aandoeningen waarbij je onzindelijkheid zou kunnen verwachten.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- (zie indicator 4): Lichamelijk en neurologisch onderzoek kan nooit volledig zijn in de JGZ, zelfs niet in de tweedelij. De toelichting geeft de juiste beperkingen aan, maar dan is het geen volledig onderzoek meer.
- Deze indicator is te gedetailleerd en onnodig: als bij kinderen ouder dan vier jaar voorheen niks mis was, dan gaat een neurologisch onderzoek niet veel opleveren. Chronische blaasontsteking en verhoogde blaasactiviteit vind je er niet mee.
- De relatie van deze indicator tot de kwaliteit van zorg is lastig te scoren omdat de meeste kinderen ouder dan vier jaar pas na de leeftijd van 6 jaar gezien worden door de schoolarts.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel:

- (zie indicator 4): Als een kind bij het laatste peuterconsult van 3 jaar en 9 maanden niet zindelijk is dan krijgt het kind een volledig lichamelijk onderzoek. Wel meer alert op neurologisch onderzoek.
- Door middel van anamneselijst 1 proberen we dit punt al te ondervangen.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- Onderzoek van buik en anus kan in de BDS alleen geregistreerd worden in een vrij tekst veld. Er kunnen dus geen conclusies of vermoedens geregistreerd worden. Afwijkingen van de genitalia bij jongens kunnen uitgebreider geregistreerd worden, maar bij meisjes kan dit niet.

<b>7a. Urine-indicator: onzindelijkheid overdag → afname van anamneselijst I en/of II.</b>	
Beschrijving	% kinderen van 5 jaar en ouder waarbij n.a.v. gerapporteerde bijzonderheden rond urine de anamneselijst I en/of II is afgenomen, t.o.v. het totale aantal kinderen van 5 jaar en ouder waarbij bijzonderheden rond urine worden gerapporteerd.
Toelichting	Het gaat om anamneselijst I en II zoals die in de bijlagen van de richtlijn worden beschreven.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- Deze indicator is te gedetailleerd: ook zonder anamneselijsten kom je ver. Dit voorschrift voelt als een keurslijf. NHG-standaarden worden ook vaak niet opgevolgd naarmate er strengere voorschriften zijn of het verder van de praktijk af staat. De vraag is of de kwaliteit van zorg door deze indicator verbetert.
- De relatie van deze indicator tot de kwaliteit van zorg is lastig te scoren omdat de meeste kinderen ouder dan vier jaar pas na de leeftijd van 6 jaar gezien worden door de schoolarts.

Er was geen commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- De anamneselijsten I en II zitten niet in de BDS, dus de gegevens voor deze indicator kunnen niet worden geregistreerd.

<b>7b. Urine-indicator: onzindelijkheid overdag → extra begeleiding / consult.</b>	
Beschrijving	% kinderen van 5 jaar en ouder waarbij n.a.v. gerapporteerde bijzonderheden rond urine de anamneselijst 1 en/of 2 is afgenomen en dat extra begeleiding / consult krijgt, t.o.v. het totale aantal kinderen van 5 jaar en ouder waarbij bijzonderheden rond urine worden gerapporteerd.
Toelichting	De gerapporteerde bijzonderheden rond urine moeten blijken uit de afname van de anamneselijst of uit het lichamelijk en neurologisch onderzoek.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- De noemer moet alle kinderen bevatten die onzindelijk zijn voor urine en de kinderen waarbij uit (algemene) anamnese en lichamelijk onderzoek een mogelijk probleem blijkt.
- (zie indicator 7a): De relatie van deze indicator tot de kwaliteit van zorg is lastig te scoren omdat de meeste kinderen ouder dan vier jaar pas na de leeftijd van 6 jaar gezien worden door de schoolarts.

Er was geen commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel.

Beknopte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- (zie indicator 7a): De anamneselijsten I en II zitten niet in de BDS, dus de gegevens voor deze indicator kunnen niet worden geregistreerd.
- In de BDS kan in de rubriek *Activiteit / Soort activiteit* in de keuzelijst aangegeven wordt dat het een *contactmoment op indicatie* betreft. Dat het hier de indicatie ‘onzindelijkheid overdag’ is kan niet aangegeven worden.

<b>7c. Urine-indicator: onzindelijkheid overdag → verwijzing.</b>	
Beschrijving	% kinderen van 5 jaar en ouder waarbij n.a.v. gerapporteerde bijzonderheden rond urine de anamneselijst 1 en/of 2 is afgenomen en dat doorverwezen wordt, t.o.v. het totale aantal kinderen van 5 jaar en ouder waarbij bijzonderheden rond urine worden gerapporteerd.

Geen aanvullend commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg, verbeterpotentieel, en haalbaarheid voor deze indicator, anders dan bij de vorige indicatoren 2d, 7a en 7b reeds gemeld is.

<b>8 Urine-indicator: onzindelijkheid 's nachts → interventie.</b>	
Beschrijving	% kinderen van 5 jaar en ouder waarbij voor de aanpak van onzindelijkheid 's nachts zonder aanwijsbare pathologie een interventie is verricht, t.o.v. alle kinderen van 5 jaar en ouder met onzindelijkheid voor urine 's nachts zonder aanwijsbare pathologie.
Toelichting	Met een interventie wordt bedoeld op: plaswekker, vast toiletschema, kalender met beloningssysteem, blaastraining, opnemen. De kinderen waarvan de ouders (nog) geen behoefte hebben aan interventie worden niet meegenomen.

Beknorte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- Waarom de kinderen uitsluiten waarvan de ouders geen behoefte hebben aan interventie? De behoefte aan een interventie wordt namelijk sterk gekleurd door de verwachting wat de interventie aan last betekent en welk effect te verwachten valt. Met goede uitleg daarover kan de behoefte van de ouders volledig omdraaien. Motiverende gespreksvoering is hierbij van belang.

Er was geen commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel.

Beknorte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- Genoemde interventies zijn niet gecodeerd opgenomen in de BDS.
- Er kan alleen in BDS aangegeven worden dat er advies is gegeven met betrekking tot de zindelijkheid. Daarbij kan niet aangegeven worden dat het gaat om onzindelijkheid 's nachts. In een vrijetekst veld kan een beschrijving gegeven worden van het voorlichtingsmateriaal.



<b>9 Urine-indicator: onzindelijkheid 's nachts → verwijzing</b>	
Beschrijving	% kinderen van 5 jaar en ouder waarbij voor de aanpak van onzindelijkheid 's nachts zonder aanwijsbare pathologie verwezen is, ten opzichte van alle kinderen van 5 jaar en ouder met onzindelijkheid voor urine 's nachts zonder aanwijsbare pathologie.
Toelichting	Verwijzing kan plaatsvinden naar de huisarts, maar ook naar een fysiotherapeut of bekkenbodempoli.

Beknorte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. relevantie voor de kwaliteit van zorg:

- Ik heb nog nooit een effectonderzoek gezien dat een positief effect aantoont van fysiotherapeut en bekkenbodempoli. Wel van (poli)klinische droogbedtrainingen, en die staan als interventie hier niet genoemd.
- Waarom doet het er toe of het 'zonder aanwijsbare pathologie' is? Ik vind dit een te uitgebreide indicator, zonder meerwaarde.
- Verwijzing is relevant voor het hele zorgproces en niet alleen bij enuresis. Fysiotherapie wordt ook ingezet bij klachten overdag, zowel voor urine als voor ontlasting.

Er was geen commentaar van deskundigen m.b.t. verbeterpotentieel.

Beknorte weergave van het commentaar van deskundigen m.b.t. haalbaarheid:

- In de BDS kan in de rubriek *Conclusies en vervolgstappen / Extra zorg/interventie* aangegeven worden met *ja/nee* of er extra zorg is ingezet. In de rubriek *Conclusies en vervolgstappen / Indicatie* kan in de keuzelijst niet aangegeven worden dat het onzindelijkheid voor urine 's nachts betreft, en ook niet of dit zonder bijzonderheden is.
- In de BDS kan in de rubriek *Activiteit / Soort activiteit* in de keuzelijst aangegeven worden dat het een *contactmoment op indicatie* betreft. Dat het hier de indicatie 'onzindelijkheid overdag' is kan niet aangegeven worden

#### 4.4 Beschrijving van de definitieve indicatoren

Naar aanleiding van de beoordeling van twaalf referenten en overleg met één van de ontwikkelaars van de richtlijn zijn de conceptindicatoren aangepast tot een set van zeven definitieve indicatoren. Deze indicatoren worden hieronder beschreven. In de beschrijvingen zijn ook de voorgestelde aanpassingen voor het digitale dossier (BDS JGZ) opgenomen die noodzakelijk zijn om de indicatoren te kunnen meten.

<b>1. Advies bij onzindelijkheid voor urine overdag</b>	
Beschrijving	% kinderen dat bij het laatste reguliere contactmoment voor 0-4-jarigen onzindelijk is voor urine overdag en dat voorafgaand aan dit consult of tijdens dit consult voorlichting of advies heeft gekregen (ten opzichte van alle kinderen die voor het laatste reguliere contactmoment voor 0-4 jarigen door de JGZ zijn gezien)
Bron	Digitale dossier JGZ Registratieperiode 1 jan 20XX – 31 dec 20XX
Teller	Aantal kinderen 0-4 jaar dat onzindelijk is voor urine overdag en dat voorlichting of advies heeft gekregen voorafgaand aan of tijdens het laatste reguliere contactmoment voor 0-4 jarigen.
Noemer	Totaal aantal kinderen dat op het laatste reguliere consult voor 0-4 jarigen is gezien. (contactmoment 3,9 jaar)
Toelichting	Primaire preventie van onzindelijkheid voor urine betekent training op het juiste moment en op de juiste manier. De ervaring leert dat de meeste kinderen een eerste interesse in zindelijkheid tonen tussen de 18 en 24 maanden. Dat is daarom meestal de leeftijd om de zindelijkheidstraining te starten. De JGZ moet vanaf de leeftijd van 18-24 maanden daarom vragen of het kind al interesse toont in zindelijkheidstraining en met adviezen vervolgens aansluiten op het window of development van het kind. Vanwege de grote impact van onzindelijkheid voor urine voor het kind, moet met begeleiding/behandeling gestart worden voor onzindelijkheid overdag vanaf 3-4 jaar. Het gaat hier om kinderen die binnenkort naar de basisschool zullen gaan. Het eerstvolgende reguliere contact met JGZ 4-19 jarigen vindt dan vaak pas weer plaats in groep 2. Het is daarom belangrijk dat zij voorafgaand aan deze overstap geadviseerd zijn over de zindelijkheid en training. Als begeleidend materiaal valt te denken aan de folders over zindelijkheid die binnen de JGZ al beschikbaar zijn.
Registratie in digitaal dossier JGZ	<p>Huidige relevante registratiemogelijkheden in de BDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i> (keuzelijst): Keuzemogelijkheden voor <i>Overdag zindelijk voor urine</i></li> <li>• <i>Voorlichting, advies, instructie en begeleiding / Gegeven voorlichting</i> → keuzemogelijkheid <i>ontlasten/plassen/zindelijkheid (enuresis)</i>.</li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Extra zorg/interventie</i> keuzemogelijkheid <i>ja/nee</i>.</li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Indicatie</i> keuzemogelijkheid <i>enuresis / defaecatieproblemen</i>.</li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Interventie</i> keuzemogelijkheid <i>Voorlichting of Advies</i></li> </ul> <p>Benodigde aanpassingen en toevoegingen aan de BDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i> (keuzelijst): Keuzemogelijkheden voor <i>Overdag <u>onz</u>indelijk voor urine</i></li> <li>• <i>Voorlichting, advies, instructie en begeleiding / Gegeven voorlichting</i> → keuzemogelijkheid <i>ontlasten/plassen/zindelijkheid (enuresis)</i> splitsen zodat duidelijk is of het advies op indicatie onzindelijkheid voor urine betreft.</li> </ul> <p>De eerste aanpassing maakt het mogelijk om ook <u>onz</u>indelijkheid voor urine overdag te registreren. Samen met de tweede aanpassing wordt het mogelijk om te registreren dat advies of voorlichting gegevens is, specifiek voor onzindelijkheid voor urine overdag.</p>

<b>2. Extra contactmoment op indicatie bij onzindelijkheid voor urine overdag</b>	
Beschrijving	% kinderen (in de leeftijd van 3,9 jaar tot 19 jaar) dat onzindelijk is voor urine overdag en dat daarvoor een extra consult heeft gekregen.
Bron	Digitale dossier JGZ Registratieperiode 1 jan 20XX – 31 dec 20XX
Teller	a. % kinderen dat onzindelijk is voor urine overdag zoals bleek tijdens het laatste reguliere contactmoment 0-4 jarigen en dat een extra consult heeft gekregen b. % kinderen dat onzindelijk is voor urine overdag zoals bleek tijdens reguliere contactmomenten 4-19 jarigen en dat een extra consult heeft gekregen
Noemer	a. Totaal aantal kinderen dat onzindelijk is voor urine overdag bij het laatste reguliere contactmoment 0-4 jarigen b. Totaal aantal kinderen vanaf 4,5 tot 19 jaar dat onzindelijk is voor urine overdag
Toelichting	<p>Het betreft hier alle kinderen vanaf het laatste reguliere contactmoment voor 0-4 jarigen en alle volgende contactmomenten voor 4-19 jarigen. Het verschilt per organisatie op welke leeftijd dit laatste reguliere contactmoment voor 0-4 jarigen plaatsvindt. Sommige kinderen zijn dus iets jonger dan 3,9 jaar, andere kinderen zijn ouder (bijvoorbeeld 3, 8 jaar, 3,11 jaar of 4,3 jaar). Deze kinderen worden allen meegenomen voor de indicator.</p> <p>Ad a: Het verschilt per organisatie waar een extra contactmoment volgend op het laatste reguliere contactmoment 0-4 jarigen gegeven wordt. Bij sommige organisaties is dit contactmoment nog bij de JGZ 0-4 jarigen, bij andere organisaties wordt dit overgedragen aan de JGZ 4-19 jarigen. Daarom is het noodzakelijk dat de indicator bij beide contactmomenten geregistreerd wordt. Dus zowel als conclusie en vervolgstap bij het laatste reguliere contactmoment 0-4 jarigen, maar ook bij het extra contactmoment zelf.</p>
Registratie in digitaal dossier JGZ	<p>Huidige relevante registratiemogelijkheden in de BDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Activiteit / Soort activiteit</i>: keuzemogelijkheid <i>contactmoment op indicatie</i> (zonder verdere specificatie van de indicatie)</li> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i> (keuzelijst): Keuzemogelijkheden voor <i>Overdag zindelijk voor urine</i></li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Extra zorg/interventie</i> keuzemogelijkheid <i>ja/nee</i>.</li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Indicatie</i> keuzemogelijkheid <i>enuresis / defaectatie-problemen</i>.</li> </ul> <p>Benodigde aanpassingen aan de BDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Activiteit / Soort activiteit</i>: keuzemogelijkheid <i>contactmoment op indicatie</i>, vervolgens een keuzelijst waarin de indicatie aangegeven kan worden, namelijk dezelfde keuzemogelijkheden die bij <i>Conclusies en vervolgstappen / Indicatie</i> mogelijk zijn (hierbij dus bovenstaande aanpassing opnemen: een aparte keuzemogelijkheid voor <i>enuresis</i> en <i>defaectatie-problemen</i>).</li> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i> (keuzelijst): Keuzemogelijkheden voor <i>Overdag onzindelijk voor urine</i></li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Indicatie</i>: keuzemogelijkheden <i>enuresis / defaectatie-problemen</i> ieder apart nemen dus <i>enuresis</i> of <i>defaectatie-problemen</i>.</li> </ul> <p>Door bovengenoemde aanpassingen door te voeren is later een koppeling van het reguliere contactmoment en het extra contactmoment op indicatie mogelijk.</p>

<b>3. Lichamelijk onderzoek bij (a) onzindelijkheid voor urine overdag of (b) fecale incontinentie overdag of (c) obstipatieklachten</b>	
Beschrijving	% kinderen dat (a) onzindelijk is voor urine overdag of (b) overdag fecale incontinent is, of (c) obstipatieklachten heeft en waarbij voldoende gericht lichamelijk onderzoek is verricht.
Bron	Digitale dossier JGZ Registratieperiode 1 jan 20XX – 31 dec 20XX
Teller	a. % kinderen dat onzindelijk is overdag urine en waarbij voldoende gericht lichamelijk onderzoek is verricht b. % kinderen dat fecaal incontinent is overdag en waarbij voldoende gericht lichamelijk onderzoek is verricht. c. % kinderen dat obstipatie-klachten heeft en waarbij voldoende gericht lichamelijk onderzoek is verricht
Noemer	a. Totaal aantal kinderen van 4,5 jaar tot 19 jaar dat overdag onzindelijk is voor urine b. Totaal aantal kinderen van 4,5 jaar tot 19 jaar dat overdag fecaal incontinent is c. Totaal aantal kinderen (0-19 jarigen) dat obstipatieklachten heeft.
Toelichting	Met voldoende gericht lichamelijk onderzoek wordt bedoeld: inspectie van genitalia, rug en sacrum en palpatie van de buik. Bij elk kind met obstipatie moet naast het onderzoeken van de buik, ook altijd gekeken worden naar de anus om te zien of er fissuren zijn, peri-anale feces of peri-anale roodheid, littekens bij de anus, hemorroïden en om vast te stellen of de anus openstaat. Het lichamelijk onderzoek wordt gedaan door een arts of verpleegkundig specialist preventie. Als voldoende gericht lichamelijk onderzoek bij een regulier contactmoment niet mogelijk is (bijvoorbeeld omdat dit consult plaats vindt op scholen en gedaan wordt door een verpleegkundige) dan dient een extra consult op indicatie met een arts gepland te worden.
Registratie in digitaal dossier JGZ	<p>Huidige relevante registratiemogelijkheden in de BDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i>: keuze-mogelijkheden <i>Overdag zindelijk voor urine</i> en <i>Zindelijk voor ontlasting</i></li> <li>• <i>Romp / Romp onderzocht</i> keuzemogelijkheid <i>ja/nee</i></li> <li>• <i>Romp / Bijzonderheden abdomen</i> vrij tekstveld</li> <li>• <i>Genitalia/seksuele ontwikkeling / genitalia onderzocht</i> keuze <i>ja/nee</i></li> <li>• <i>Genitalia/seksuele ontwikkeling / Bijzonderheden genitalia</i> vrij tekstveld</li> <li>• <i>Genitalia/seksuele ontwikkeling / Bijzonderheden anus</i> vrij tekstveld</li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Interventie</i>: keuzemogelijkheid <i>Extra (medisch) onderzoek</i></li> </ul> <p>Benodigde aanpassingen aan de BDS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i> (keuzelijst): Keuzemogelijkheden toevoegen <i>Overdag onzindelijk voor urine</i> en <i>Overdag fecaal incontinent</i> en <i>Obstipatie</i></li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Indicatie</i>: keuzemogelijkheden <i>enuresis / defaectatie-problemen</i> ieder apart nemen dus <i>enuresis</i> of <i>defaectatie-problemen</i> en een keuzemogelijkheid toevoegen voor <i>obstipatie-klachten</i></li> <li>• <i>Activiteit / Soort activiteit</i>: keuzemogelijkheid <i>contactmoment op indicatie</i>, vervolgens een keuzelijst waarin de indicatie aangegeven kan worden, namelijk dezelfde keuzemogelijkheden die bij <i>Conclusies en vervolgstappen / Indicatie</i> mogelijk zijn (hierbij dus bovenstaande aanpassing opnemen: een aparte keuzemogelijkheid voor <i>enuresis</i> en <i>defaectatie-problemen</i> en <i>obstipatie-klachten</i>).</li> </ul> <p>Als bovenstaande aanpassingen doorgevoerd worden, is het mogelijk om zowel onzindelijkheid als obstipatie-klachten te registreren. Of lichamelijk onderzoek heeft plaatsgevonden kan ook geregistreerd worden. Bijzondere bevindingen alleen in vrij tekstveld. Het lijkt niet haalbaar om alle mogelijke bijzonderheden ook voor te coderen.</p>

<b>4. Anamneselijsten urine of vergelijkbare vragen</b>	
Beschrijving	% Aantal kinderen waarbij naar aanleiding van bijzonderheden rond de urine een vragenlijst (anamneselijst I of II of vergelijkbaar) is afgenomen
Bron	Digitale dossier JGZ Registratieperiode 1 jan 20XX – 31 dec 20XX
Teller	Aantal kinderen van 4,5 jaar en ouder waarbij een vragenlijst is (anamnese I of II of vergelijkbaar is afgenomen)
Noemer	Totaal aantal kinderen van 4,5 jaar en ouder waarbij bijzonderheden gerapporteerd zijn rond urine
Toelichting	Er is een handige en weinig tijdrovende anamneselijst (anamneselijst I) ontwikkeld die alarm-/verwijssymptomen nagaat voor onzindelijkheid voor urine. Daarnaast is er een anamneselijst (anamneselijst II) die afgenomen kan worden om de aard en ernst van de onzindelijkheid te bepalen, als ook de keuze van behandeling en het effect daarvan. Een JGZ instelling kan ook een eigen vragenlijst hanteren waarin vergelijkbare vragen opgenomen zijn als de in de richtlijn beschreven anamneselijsten I en II.
Registratie in digitaal dossier JGZ	Huidige relevante registratiemogelijkheden in de BDS: <i>Terugkerende anamnese / Anamnese</i> vrij tekstveld  Benodigde aanpassingen aan de BDS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Opnemen van een keuzemogelijkheid of <i>Anamneselijst I</i> en/of <i>Anamneselijst II</i> of <i>vergelijkbare vragen</i> gesteld zijn.</li> </ul>

<b>5. Interventie bij onzindelijkheid voor urine 's nachts</b>	
Beschrijving	% kinderen waarbij voor de aanpak van onzindelijkheid voor urine 's nachts zonder aanwijsbare pathologie een interventie is verricht ten opzichte van alle kinderen in de leeftijd vanaf 4,5 tot 19 jaar met onzindelijkheid voor urine 's nachts zonder aanwijsbare pathologie.
Bron	Digitale dossier JGZ Registratieperiode 1 jan 20XX – 31 dec 20XX
Teller	Aantal kinderen in de leeftijd van 4,5 tot 19 jaar dat onzindelijk is voor urine 's nachts zonder aanwijsbare pathologie en waarbij een interventie is verricht.
Noemer	Totaal aantal kinderen in de leeftijd van 4,5 tot 19 jaar dat onzindelijk is voor urine 's nachts.
Toelichting	De doelgroep is alle kinderen die door de JGZ 4-19 jaar worden gezien. Met een interventie wordt bedoeld: plaswekker, vast toiletschema, kalender met beloningsysteem, blaastraining, opnemen en/of poliklinische droog-bed-training.
Registratie in digitaal dossier JGZ	Huidige relevante registratiemogelijkheden in de BDS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i> (keuzelijst): Keuzemogelijkheden voor <i>'s Nachts zindelijk voor urine</i></li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Extra zorg/interventie</i> keuzemogelijkheid <i>ja/nee</i>.</li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Indicatie</i> keuzemogelijkheid <i>enuresis / defaecatie-problemen</i>. Hier is geen mogelijkheid om aan te geven dat het specifiek om enuresis gaat (en dus geen defaecatie-problemen betreft)</li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Interventie</i> keuzemogelijkheid <i>Voorlichting of Advies of Anders</i>. Hier is geen mogelijkheid om de specifieke interventies te registreren zoals beschreven in de toelichting.</li> </ul> Benodigde aanpassingen aan de BDS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i> (keuzelijst): Keuzemogelijkheden toevoegen voor <i>Overdag onzindelijk voor urine</i> en <i>Overdag fecaal incontinent</i> en <i>Obstipatie</i></li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Indicatie</i>: keuzemogelijkheden <i>enuresis / defaecatie-problemen</i> ieder apart nemen dus <i>enuresis</i> of <i>defaecatie-problemen</i></li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Interventie</i> verschillende interventies (plaswekker, toiletschema, kalender, blaastraining, opnemen en poliklinische droog-bed-training) als keuzemogelijkheden opnemen.</li> </ul>

<b>6. Verwijzing in verband met (a) onzindelijkheid voor urine overdag, (b) overdag fecaal incontinent of (c) obstipatieklachten</b>	
Beschrijving	% kinderen dat (a) overdag onzindelijk is voor urine, (b) overdag fecaal incontinent is of (c) obstipatieklachten heeft en dat is doorverwezen.
Bron	Digitale dossier JGZ Registratieperiode 1 jan 20XX – 31 dec 20XX
Teller	a. % kinderen in de leeftijd van 4,5 tot 19 jaar dat overdag onzindelijk is voor urine en dat is doorverwezen b. % kinderen in de leeftijd van 4,5 tot 19 jaar dat overdag fecaal incontinent is en dat is doorverwezen c. % kinderen in de leeftijd van 4 maanden tot 19 jaar dat obstipatie-klachten heeft en dat is doorverwezen
Noemer	a. Totaal aantal kinderen in de leeftijd van 4,5 tot 19 jaar dat overdag onzindelijk is voor urine b. Totaal aantal kinderen in de leeftijd van 4,5 tot 19 jaar dat overdag fecaal incontinent is c. Totaal aantal kinderen in de leeftijd van 4 maanden tot 19 jaar dat obstipatieklachten heeft.
	Ad a en b. Doelgroep is kinderen die gezien worden door JGZ 4 -19 jaar. Ad c. Doelgroep is kinderen die gezien worden door JGZ 0 - 19 jaar. Het gaat hierbij om een verwijzing naar huisarts, kinderarts of andere specialist, fysiotherapeut, bekkenbodempoli of pedagoog (bijvoorbeeld als er sprake is van angst). In de huidige situatie kan niet rechtstreeks naar een kinderarts of andere specialist worden verwezen, dus verwijzing moet via de huisarts. Rechtstreeks verwijzing naar de specialist dient overwogen te worden voor die situaties dat de huisarts geen interventie kan bieden. De huisarts kan dit wel bij verdenking obstipatie.
Registratie in digitaal dossier JGZ	Huidige relevante registratiemogelijkheden in de BDS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i> (keuzelijst): Keuzemogelijkheden voor <i>Overdag zindelijk voor urine</i> en <i>Zindelijk voor ontlasting</i> (dus geen mogelijkheid om <u>onzindelijkheid</u> of obstipatie te registreren)</li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Interventie</i>: keuzemogelijkheid <i>Verwijzing</i></li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Verwijzing naar</i>: verschillende keuzemogelijkheden</li> </ul> Benodigde aanpassingen aan de BDS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i> (keuzelijst): Keuzemogelijkheden toevoegen voor <i>Overdag <u>onzindelijk voor urine</u></i>, <i><u>Overdag fecaal incontinent</u></i> en <i>Obstipatie</i></li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Indicatie</i>: keuzemogelijkheden <i>enuresis / defaecatie-problemen</i> ieder apart nemen dus <i>enuresis</i> of <i>defaecatie-problemen</i> en een keuzemogelijkheid toevoegen voor <i>obstipatie-klachten</i></li> </ul>

<b>7. Follow-up na verwijzing</b>	
Beschrijving	% Aantal kinderen waarbij JGZ contact heeft gezocht met de zorgverlener waarnaar is verwezen in verband met onzindelijkheid voor urine of fecale incontinentie
Bron	Digitale dossier JGZ Registratieperiode 1 jan 20XX – 31 dec 20XX
Teller	Aantal kinderen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar waarbij JGZ contact heeft gezocht met de zorgverlener waarnaar verwezen is in kader van onzindelijkheid urine of fecale incontinentie
Noemer	Totaal aantal kinderen in de leeftijd van 0 tot 19 jaar dat in verband met onzindelijkheid voor urine of fecale incontinentie verwezen is naar een andere zorgverlener.
Toelichting	Na een verwijzing dient de JGZ te vervolgen of de verwijzing is opgevolgd, hoe het met het kind gaat en of de therapie wordt begrepen en uitgevoerd. De JGZ kan hier eventueel, en ook in overleg met de hoofdbehandelaar, een begeleidende rol hebben.  Het contact kan een telefonisch contact betreffen of bijvoorbeeld terugrapportage per brief van de zorgverlener. Kinderen die al in contact waren met een andere zorgverlener en dus al eerder doorverwezen waren, vallen buiten de doelgroep. De follow up is niet altijd met de andere zorgverlener of instelling waarnaar verwezen is, maar kan ook via de ouders en het kind plaatsvinden.
Registratie in digitaal dossier JGZ	Huidige relevante registratiemogelijkheden in de BDS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Activiteit / Soort activiteit</i> keuzemogelijkheid <i>terugkoppeling verwijzing</i></li> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i> (keuzelijst): verschillende keuzemogelijkheden</li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Interventie</i>: keuzemogelijkheid <i>Verwijzing</i></li> <li>• <i>Conclusies en vervolgstappen / Verwijzing naar</i>: verschillende keuzemogelijkheden</li> </ul> Benodigde aanpassingen aan de BDS: <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid</i> (keuzelijst): Keuzemogelijkheden toevoegen voor <i>Overdag onzindelijk voor urine, Overdag fecaal incontinent</i> en <i>Obstipatie</i></li> </ul>

#### 4.5 Samenvatting van de indicatorgegevens

In deze paragraaf worden nog eens alle elf gegevens opgesomd die organisaties in het digitaal dossier JGZ moeten kunnen registreren voor het meten van de indicatoren.

- 1 Aantal kinderen dat door de JGZ is gezien bij reguliere contactmomenten;
- 2 Aantal kinderen dat door de JGZ is gezien bij extra contactmomenten op indicatie onzindelijkheid voor urine, fecale incontinentie feces of indicatie van obstipatie;
- 3 Aantal kinderen dat onzindelijk is voor urine overdag;
- 4 Aantal kinderen dat onzindelijk is voor urine 's nachts;
- 5 Aantal kinderen dat fecaal incontinent is overdag;
- 6 Aantal kinderen met obstipatieklachten;
- 7 Aantal keer dat anamneselijst I en/of II of een vergelijkbare vragenlijst is afgenomen als er bijzonderheden rond urine gerapporteerd zijn;
- 8 Aantal keer dat voorlichting of advies heeft gekregen op indicatie onzindelijkheid voor urine of fecale incontinentie, overdag of 's nachts of in verband met obstipatieproblemen;
- 9 Aantal keer dat een interventie is ingezet op indicatie onzindelijkheid voor urine (waarbij specifiek aangegeven welke interventie het betreft)
- 10 Aantal kinderen dat verwezen is op indicatie: onzindelijk voor urine of fecale incontinentie, overdag of 's nachts of in verband met obstipatieproblemen;

- 11 Aantal keer dat follow up heeft plaatsgevonden met de zorgverlener waarnaar verwezen is op indicatie: onzindelijk voor urine of fecale incontinentie, overdag of 's nachts of in verband met obstipatieproblemen.

Om deze gegevens te kunnen registreren, worden de volgende zes aanpassingen aan de BDS-JGZ aanbevolen:

- *Activiteit / Soort activiteit* bij de keuzemogelijkheid *contactmoment op indicatie*, een keuzelijst opnemen waarin de indicatie gespecificeerd kan worden. Deze lijst dient voor uniformiteit dezelfde keuzemogelijkheden te hebben als de lijst bij *Conclusies en vervolgstappen / Indicatie*.
- *Functioneren / Lichamelijk functioneren / Zindelijkheid* (keuzelijst): Keuzemogelijkheden voor *Overdag onzindelijk voor urine, Overdag fecaal incontinent* en *Obstipatie*;
- Opnemen van een keuzemogelijkheid of *Anamneselijst I* en/of *Anamneselijst II* of *vergelijkbare vragen* gesteld zijn.
- *Voorlichting, advies, instructie en begeleiding / Gegeven voorlichting* → keuzemogelijkheid *ontlasten/plassen/zindelijkheid (enuresis)* splitsen zodat duidelijk is of het advies op indicatie onzindelijkheid voor urine betreft.
- *Conclusies en vervolgstappen / Indicatie*: keuzemogelijkheden *enuresis / defaectatie-problemen* ieder apart nemen dus *enuresis* of *defaectatie-problemen* en een aparte keuzemogelijkheid toevoegen voor *obstipatieklachten*
- *Conclusies en vervolgstappen / Interventie* verschillende interventies (plaswekker, toiletschema, kalender, blaastraining, opnemen en poliklinische droog-bed-training) als keuzemogelijkheden opnemen.



## 5 Conclusies

In samenspraak met het veld is een beknopte set van zeven indicatoren ontwikkeld waarmee organisaties hun eigen prestaties ten aanzien van een aantal essentiële adviezen uit de richtlijn Zindelijkheid kunnen beoordelen. Organisaties kunnen daarnaast hun prestaties vergelijken met andere organisaties.

### 5.1 Informatie in de indicatorenset

De set beperkt zich tot belangrijke onderdelen van de richtlijn, namelijk het signaleren (aantal kinderen dat onzindelijk is of obstipatieklachten heeft, afnemen anamnese, lichamelijk onderzoek), zelf handelen (aantal specifieke acties zoals voorlichting, advies en interventies), verwijzen en de follow up. Met deze thema's is het hele zorgproces bij problemen rond de zindelijkheid in beeld gebracht. De indicatorenset geeft door haar beperkte omvang geen volledig beeld van de toepassing en de effecten van de richtlijn. Ook is bij een deel van de indicatoren bewust gekozen voor een versimpeling van het advies uit de richtlijn, omdat de praktische haalbaarheid van de indicator anders in het geding kwam. Het handelen volgens de richtsnoer feces voor het diagnosticeren en stapsgewijs behandelen van feces is bijvoorbeeld niet opgenomen. De versimpeling en beperkte omvang van de indicatorenset hoeven geen probleem te vormen als de set ook daadwerkelijk gebruikt wordt zoals bedoeld, namelijk als een instrument dat een *indicatie* geeft van de navolging van (essentiële onderdelen) van de richtlijn. Nader onderzoek zal altijd nodig zijn om te achterhalen welke achterliggende oorzaken aan de uitkomsten ten grondslag liggen (en of het noodzakelijk is om bijvoorbeeld verbeteracties in te zetten).

De set bevat uitsluitend procesindicatoren, waarmee alleen informatie over het *handelen* van de JGZ verkregen wordt. Het verkrijgen van uitkomstmaten op zindelijkheid is lastig omdat het per kind verschilt wanneer het zindelijk is. Bovendien is er relatief weinig contact met JGZ in de leeftijd waarop een kind verwacht wordt zindelijk te zijn. Effectmaten van ingezette handelingen kunnen daarom lastig gemeten worden. Een mogelijkheid om in de toekomst toch zorguitkomsten in beeld te krijgen, is het koppelen van de data van verschillende contactmomenten zowel binnen de JGZ 0-4 jarigen of JGZ 4-19 jarigen als ook tussen deze beide groeperingen. Bijvoorbeeld: de effectiviteit van extra voorlichting en advies kan bepaald worden door de (on)zindelijkheid van een 5 jarige bij het eerste reguliere contactmoment voor 4-19 jarigen te vergelijken met de onzindelijkheid van een 3 jarige op het laatste contactmoment voor 0-4 jarigen. Als blijkt dat extra voorlichting of advies verschillende keren gegeven wordt, maar kinderen van 5 jaar vaak toch nog niet zindelijk zijn dan is dat een indicatie voor de beperkte effectiviteit van de geleverde zorg. Op deze manier kan een koppeling tussen proces- en uitkomstmaten gemaakt worden.

### 5.2 Registratie en gegevensverzameling

Organisaties zullen voor de indicatoren elf gegevens moeten registreren en verzamelen om tot uitkomsten te komen. Bij het formuleren van de indicatoren is rekening gehouden met het feit dat organisaties in de nabije toekomst zullen werken met het digitale dossier JGZ en de basisdataset (BDS JGZ) die door alle leveranciers ingebouwd zal worden. Zes aanpassingen aan de BDS-JGZ zijn noodzakelijk om de gegevens voor de indicatoren te kunnen verzamelen. Aan de beheerders van de basisdataset zal advies uitgebracht worden over deze aanvullingen.

### **5.3 Wetenschappelijke onderbouwing**

Bij de formulering van de indicatoren is het AIRE instrument als toets gebruikt. Daarbij was een belangrijk aspect het onderbouwen van de indicatoren vanuit wetenschappelijk bewijsmateriaal. De wetenschappelijke onderbouwing voor de adviezen is waarop de indicatoren gebaseerd zijn, staan weergegeven in de richtlijn zelf.

De huidige set is voor een belangrijk deel geformuleerd en gevalideerd door JGZ medewerkers en vertegenwoordigers van relevante (koepel)organisaties. Het feit dat een derde (12 van de 32) van de aangeschreven personen op de uitnodiging voor becommentariëring is ingegaan, geeft aan dat verschillende deskundigen zich erg betrokken voelen bij het onderwerp en dat men graag bereid is om mee te denken. Hiermee is een eerste belangrijke stap gezet voor het creëren van breed draagvlak. De landelijke registratie van monitoring van deze gegevens moet uitwijzen in hoeverre dit draagvlak zich vertaalt in daadwerkelijk gebruik van de indicatoren bij de JGZ organisaties.

## 6 Afkortingen

AIRE	Appraisal of Indicators through Research and Evaluation
AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
BDS	Basisdataset
CB	Consultatiebureau
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
DD	Digitaal dossier
GGD	Gemeentelijk (of gewestelijke) gezondheidsdienst
IGZ	Inspectie voor de gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
TNO	Organisatie voor toegepast natuurwetenschappelijk onderzoek
V&VN	Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten

## 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

De Wet op de Jeugdzorg. *Informatiebrochure*; Den Haag 2003

## 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

## B Adviezen / kernelementen

Op basis van de herziene richtlijn (concept versie september 2009) is een lijst met adviezen/kernelementen opgesteld. Deze kernelementen zijn hieronder weergegeven, gegroepeerd naar urine, feces en beide. Per groep is bovendien een opsplitsing gemaakt naar verplichte adviezen, optionele adviezen en adviezen om bepaalde zaken juist niet te doen, gericht op preventie, signalering en interventie bij verschillende leeftijdscategorieën en contactmomenten.

### **Kernelementen urine (verplicht)**

- (etnische groepen) Voor de jeugdgezondheidszorg moet juist ook bij kinderen van andere etnische afkomst van jongsaf aan wordt nagegaan of er onzindelijkheid voor urine bestaat en hoe de zindelijkheidstraining verloopt. Bij afwijkingen moet worden geadviseerd, behandeld of verwezen worden om het ontstaan van onzindelijkheid zoveel mogelijk te voorkomen.
- Bij zindelijkheidstraining voor kinderen met een mentale achterstand moet rekening worden gehouden met andere componenten dan bij gezonde kinderen zoals problemen in de communicatie, beperkt vermogen om te imiteren en motorische problemen
- Ook de JGZ zal contact moeten zoeken met de behandeld arts als er sprake is van onzindelijkheid bij kinderen met mentale achterstand.

### Preventie

- De JGZ moet op de leeftijd van 18-24 maanden daarom vragen of het kind al interesse toont in zindelijkheidstraining en met adviezen vervolgens aansluiten op het window of development van het kind.
- Vanwege de grote impact van nachtelijke onzindelijkheid voor urine voor het kind, moet met begeleiding/behandeling gestart worden vanaf 5 jaar als de ouder en het kind gemotiveerd zijn.

### Signalering

- Om onderscheid te kunnen maken tussen MEN en andere vormen van urinaire incontinentie, dient een zorgvuldige anamnese te worden afgenomen, waarvoor een handige en weinig tijdrovende anamneselijst is ontwikkeld (anamneselijst 1).
- Alarmsymptomen bij de anamnese (de arts moet deze kennen, de verpleegkundige en doktersassistent zullen hier echter ook alert op moeten zijn maar hoeven de details niet te kennen)
- Let naast deze vragen (anamneselijst 1) ook op de familie anamnese en mogelijke andere problemen
- Als een of meerdere vragen met 'ja' worden beantwoord (anamneselijst 1), behoort een gerichte anamnese te volgen aan de hand van het probleem dat speelt.
- Daarnaast moet anamneselijst II (tabel 4) afgenomen worden, om de aard en ernst van de onzindelijkheid voor urine te bepalen en de keuze van behandeling en het effect daarvan.
- Naast een goede anamnese dient ook een inspectie (met name genitalia, rug en sacrum) plaats te vinden door de arts alsook palpatie van de buik.
- Daarnaast behoort het goed bijhouden van de groeicurve ook tot het basis onderzoek bij verdenking op zindelijkheidsproblematiek
- Let op aanwijzingen voor spina bifida occulta (open rug; mildste vorm: een of meerdere wervels zijn misvormd, maar wel bedekt door huid, soms zichtbaar door een dimple of plukje haar op rug).

- De combinatie van verschillende symptomen ofwel de gerichte anamnese van een symptoom ('ja' op vragen uit de anamneselijst) en aanwijzingen bij lichamelijk onderzoek kunnen het vermoeden versterken op een onderliggend probleem. Dit verdient verder onderzoek bij de kinderarts of kinderuroloog.
- Bij MEN is verwijzing niet nodig.
- De jeugdarts of jeugdverpleegkundige moet dan (als sprake is van MEN) overgaan op het verkrijgen van meer inzicht in het bedplasprobleem zelf en het kiezen van een geschikte behandeling.

Belangrijke activiteiten rondom preventie en signalering van problemen met zindelijkheid voor urine, eventueel gekoppeld aan leeftijd/ contactmoment.

- Huisbezoek door verpleegkundige. Navragen familie-anamnese niet zindelijk zijn urine (risicofactor).

#### Onder 3 jaar (a, vp)

- Vraag naar problemen rond mictie en mictiepatroon in relatie tot voeding/vochtinname.
- Wees hierbij alert op aanwijzingen voor anatomische, neurologische of hormonale problemen of verdenking op urineweginfecties.
- Ook de anamnese naar de opvoedsituatie hoort hier bij.
- Bij aanwijzingen voor een van deze problemen: verwijzen.

#### Van drie jaar tot en met vier jaar (a, vp)

- Vraag naar problemen rond de mictie, en vraag naar nat zijn overdag, ook druppeltjes verlies (voor of na de mictie, mogelijk gevolg van uitstelgedrag), met name alert op urineweginfecties.
- Vraag naar (problemen rond) zindelijkheidstraining
- Bij aanwijzingen voor pathologie/ alarmsymptomen voor incontinentie overdag: verwijzen
- Op indicatie moet de ouder worden gerust gesteld of moeten adviezen gegeven worden rond zindelijkheidstraining

#### Vijf jaar en ouder (a, vp, da):

- Vraag op elk contactmoment naar (problemen met) zindelijkheid. De belangrijkste vragen hierbij zijn: 'Plas jij / plast uw kind nog wel eens in de broek of in bed?', 'Ben je 's nachts droog?', 'Slaap je met een luier?' en 'Is er sprake van druppeltjes verlies in de broek / in bed?'.
- Bij een positief antwoord volgt op korte termijn (binnen 1-4 weken) een gesprek (20-30 min) met nadere anamnese (in ieder geval anamneselijst I, zie Tabel 3) en zo nodig lichamelijk onderzoek.
- Uit de anamneselijst kunnen alarmsymptomen komen (zie 3.3), dan volgt verwijzing.
- Zo niet dan volgt begeleiding vanuit de JGZ.
- Als er problemen zijn, dan volgen 1-2 extra contactmomenten voor begeleiding
- Indien het kind na deze 2-3 contacten nog niet droog is, dient de anamnese te worden herhaald en verder uitgebreid.
- Afhankelijk van de uitkomsten en van lokale situatie dient dit te worden uitgevoerd door: gespecialiseerde jeugdverpleegkundige of een jeugdarts met speciale interesse en expertise
- Ook bij kinderen ouder dan 5 jaar die zowel 's nachts als overdag nat zijn moet met de hieronder uitgewerkte stapsgewijze procedure gestart worden.

- Te vroeg actief en tegen de zin in van het kind begeleiden/ behandelen van onzindelijkheid (voor urine overdag vóór de leeftijd van 4 jaar en voor urine tijdens slaap/ MEN vóór de leeftijd van 5 jaar) is in het algemeen niet zinvol en wordt dan ook niet geadviseerd.

#### Interventies op basis van leeftijd:

- Deze adviezen worden gegeven als geen sprake is van pathologie.
- Algemeen: Drinkgewoontes Kinderen worden geadviseerd het drinken meer gelijkmatig te spreiden over de dag
- Algemeen: Drinkgewoontes Wel wordt geadviseerd 's avonds niet te veel dranken te nuttigen die kunnen leiden tot een versterkte diurese, zoals cola, koffie of thee, of alcohol.
- Algemeen: De volgende principes moeten in elk geval gevolgd worden: - Begin in een rustige periode, dus niet rond verjaardagen, feestdagen. - Geruststellen en positief benaderen - Kind zelf laten verschonen of mee laten helpen.
- Overdag nat: Vóór 4 jaar: Uitleg, wegnemen druk/straf, positieve aandacht.
- Overdag nat: Vóór 4 jaar: Leg uit dat overdag nog niet zindelijk zijn op deze leeftijd nog normaal is. Zindelijk worden is een ontwikkelingsvaardigheid, waarbij het kind en de blaas nog verder moeten rijpen.
- Overdag nat: 4-5 jaar: De volgende principes moeten in elk geval wel gevolgd worden: - Begin in een rustige periode, dus niet rond verjaardagen, feestdagen. - Geruststellen en positief benaderen - Kind zelf laten verschonen of mee laten helpen
- Overdag nat: 4-5 jaar: Hieronder volgt een scala aan adviezen. Of onderstaande methoden gebruikt worden is dus een persoonlijke professionele keuze. Vast toiletschema, kalender met beloningssysteem, blaastraining
- Overdag nat: Vanaf 5 jaar: Verwijzen
- 's Nacht nat: Vóór 5 jaar: Uitleg, wegnemen druk/straf, positieve aandacht
- 's Nacht nat: Vóór 5 jaar: Alleen indien de ouder en het kind gemotiveerd zijn: Opnemen.
- 's Nacht nat: Na 5 jaar, stappen 1:
  - Uitleg, wegnemen druk/straf, positieve aandacht
  - Maak in overleg met ouders een keuze uit de volgende opties: b. Vast toiletschema c: Kalender met beloningssysteem d: Blaastraining e. Opnemen
  - Lukt bovenstaande aanpak niet en bij voldoende motivatie van ouder én kind, dan is de kern van de begeleiding het gebruik van een plaswekker (stap 2)
- 's Nacht nat: Na 5 jaar. Stappen 2:
  - Voor een lijst met verzekeraars en vergoeding van de plaswekker zie: <http://www.bedplassen.org>, klik door naar therapie, niet medicamenteus, verzekeringen. De JGZ moet deze lijst bij plaswekker advies onder de aandacht brengen van de ouders.
  - Bij advisering plaswekker: Behandeling moet gestart worden onder de juiste omstandigheden om inspanning te verrichten door het kind.
  - Bij advisering plaswekker: Door vooraf de mogelijkheid van teleurstelling te bespreken, hebben mensen de mogelijkheid beter met teleurstellingen om te gaan.
  - Als de plaswekker niet binnen 2-3 weken resulteert in een verbetering, vooral in de therapie-resistente gevallen, kan een combinatie met medicatie mogelijk helpen. Dit is dan ook de volgende te nemen stap. De algemene opinie in Nederland geeft daarom aan dat medicatie, naast in combinatie met de plaswekker, alleen gebruikt moet worden in de volgende situaties: vakantie, snel succes nodig, op indicatie



- De eerste keus voor medicatie is desmopressine. Voor het voorschrijven van desmopressine is momenteel nog een verwijzing naar de huisarts nodig. Lokaal moet afgesproken worden hoe de JGZ en de huisarts hier (voorschrijven medicatie) mee omgaan
- 's Nacht nat: Na 5 jaar. Stappen 3
  - Als de behandeling door de JGZ voor bedplassen, waarbij gebruik wordt gemaakt van het stappenplan dat beschreven wordt in hoofdstuk 3.3.a, niet binnen enkele weken tot maanden zorgt voor het droog worden van het kind, zullen de eerder genoemde twee anamneselijsten nogmaals afgenomen moeten worden om na te gaan of daadwerkelijk sprake is van "MEN".
  - Bovendien moet dan vastgesteld worden welke behandeling is geprobeerd, welke ervaringen zijn opgedaan met deze behandeling en waarom de vorige behandeling is mislukt.
  - Afhankelijk van de uitkomsten en van lokale situatie dient te worden doorgestuurd naar de huisarts.
  - (evt mictiedagboek)
  - (etnische groepen) Voor behandeling met de plaswekker is een goede uitleg, die aansluit bij de doelgroep (bijvoorbeeld in hun eigen taal door VETCers) en intensieve begeleiding noodzakelijk
  - (etnische groepen) De ouders moeten bovenal overtuigd worden van de kracht van de positieve benadering en belonen.
  - (adolescenten) Om die reden, moet de plaswekker onder de aandacht gebracht worden bij deze groep.
  - Verwijzen
  - Er dient vanuit de JGZ verwezen te worden bij niet zindelijk zijn voor urine na anamnese en lichamelijk onderzoek op grond van de volgende criteria.
  - Op grond van alarmsymptomen of afwijkingen bij lichamelijk onderzoek wordt bij het signaleringsconsult verwezen naar de huisarts
  - Bij persistent bedplassen zonder succes van de begeleiding wordt verwezen naar de huisarts.
  - Bij kinderen met terugkerende problemen (secundaire vorm) is herhaald lichamelijk onderzoek en het opnemen van de anamnese door de kinderarts noodzakelijk
  - In de huidige situatie kan niet rechtstreeks naar een kinderarts of bedplascentrum/ andere specialist worden verwezen, dus verwijzing moet via de huisarts.
  - Rechtstreeks verwijzing naar de specialist dient overwogen te worden
  - Na een verwijzing dient de JGZ te vervolgen of de verwijzing is opgevolgd, hoe het met het kind gaat en of de therapie wordt begrepen en uitgevoerd.
  - Van de behandeling met medicatie (anticholinergica) is het voor de JGZ belangrijk te weten dat obstipatie hierbij een complicatie kan zijn.
  - Ook is het tijdstip van innemen van belang vanwege de halfwaardetijd.

**Kernelementen urine (optioneel)**

- Vijf jaar en ouder, persisterend bedplassen: Ook kan gekozen worden voor verwijzing via de huisarts naar de specialist/poli/incontinentietherapeut die expertise op het gebied van dit probleem heeft.
- 's Nacht nat: Na 5 jaar. Stappen 2. Als een snel effect belangrijk is (bijvoorbeeld bij problemen met het zelfbeeld of in het gezin), is het raadzaam al gebruik te maken van de combinatie van desmopressine en de plaswekker aan het begin van de behandeling.
- 's Nacht nat: Na 8 jaar. Wanneer de training met de plaswekker onvoldoende succes heeft, bestaat de mogelijkheid van ambulante Droog-Bed-Training.
- Als deze therapie niet werkt of thuis niet haalbaar is, kan de Droog-Bed-Training ook in uitzonderlijke omstandigheden in sommige ziekenhuis plaatsvinden
- 's Nacht nat: Na 5 jaar. Stappen 3 ...mictiedagboek zien dat bij persisterend bedplassen dat vooral geschikt voor is voor de begeleiding in een verder stadium. Dit dagboek hoeft niet standaard gebruikt te worden.
- Als hier (mictiedagboek) voor gekozen wordt, moet het mictiedagboek gedurende twee of drie volledige dagen worden gebruikt / ingevuld. De JGZ-verpleegkundige zal dit begeleiden.
- Bij kinderen met vermoeden van een disfunctie van de bekkenbodemp kan naar een kinderbekkenfysiotherapeut worden verwezen. Voor deze therapie bestaat echter geen evidentie
- De JGZ kan hier (therapie na verwijzing) eventueel, en ook in overleg met de hoofdbehandelaar, een begeleidende rol hebben.

**Kernelementen urine (NIET doen)**

- Bij MEN is verwijzing niet nodig.
- Te vroeg begeleiden/ behandelen van onzindelijkheid (voor feces vóór de leeftijd van 4 jaar en voor urine vóór de leeftijd van 5 jaar) is in het algemeen niet zinvol en wordt dan ook niet geadviseerd.
- Drinken 's avonds wordt kinderen niet ontraden.

**Kernelementen feces (verplicht, optioneel en NIET doen)**

- (etnische groepen) Voor de jeugdgezondheidszorg moet juist ook bij kinderen van andere etnische afkomst van jongsaf aan wordt nagegaan of er onzindelijkheid voor feces bestaat en hoe de zindelijkheidstraining verloopt. Bij afwijkingen moet worden geadviseerd, behandeld of verwezen worden om het ontstaan van onzindelijkheid zoveel mogelijk te voorkomen.
- Bij de verschillende groepen zal de JGZ steeds alert moeten zijn op fecale incontinentie en obstipatie.
- De diagnose obstipatie wordt gesteld aan de hand van de Rome III-criteria, waarbij tenminste twee van de volgende symptomen gedurende 1 maand bij kinderen tot 4 jaar en gedurende 2 maanden bij kinderen vanaf 4 jaar aanwezig moeten zijn. De JGZ medewerker moet deze definitie kennen.
- Een volledig lichamelijk onderzoek inclusief een neurologisch onderzoek moet bij elk kind met obstipatieklachten te gebeuren.
- Naast het onderzoeken van de buik, moet er altijd naar de anus worden gekeken om te zien of er fissuren zijn, peri-anale feces of peri-anale roodheid, littekens bij de anus, hemorrhoiden en om vast te stellen of de anus openstaat.
- Bij baby's kan obstipatie veroorzaakt worden door het verkeerd klaarmaken van kunstvoeding (Kneepkens 2008) of ontstaan bij de overgang van borst- naar kunstvoeding. Hier moet de JGZ dus alert op zijn!

Preventie: De JGZ moet op twee manieren fecale incontinentie helpen voorkomen:

1. Obstipatie op jonge leeftijd opsporen en behandelen:
  - tijdige herkenning en behandeling geeft betere prognose; Daarom is het van belang dat obstipatie vroegtijdig door JGZ-medewerkers wordt herkend. Hiertoe wordt bij alle contactmomenten de defecatiefrequentie en de consistentie van de ontlasting nagevraagd.
  - Bijzondere tijdelijke vormen van obstipatie op jonge leeftijd die geen behandeling nodig maken zijn:- borstvoedingsobstipatie -infant dyschezia
  - Als kinderen ouder dan 4 maanden minder dan 1 keer/ 3 dagen dienen ze preventieve adviezen te krijgen.
  - Speciale adviezen bij aanwijzingen voor obstipatie:
    - Kinderen vanaf 4 maanden bij voldoende groei:
      - Bij borstvoeding: gebruik laxantia.
      - Een papje van johannesbroodboompitmeel voorafgaand aan de borstvoeding kan mogelijk licht laxerend werken.
      - Bij kunstvoeding kan men een voeding met speciale toevoegingen gebruiken
      - Kunstvoeding. Bij duidelijke symptomen van obstipatie (Rome III-criteria): laxeren
    - Denk bij oudere kinderen aan een normaal eetpatroon dat voldoende vocht en vezels bevat naast een normaal beweegpatroon voor de leeftijd van het kind. Ook hier geldt echter: bij duidelijke symptomen van obstipatie: laxeren.
    - Gebruik probiotica: Vooralsnog is dit dus niet het advies bij obstipatie.
    - Kinderen die onvoldoende groei tonen onder een half jaar
      - Bij kinderen onder een half jaar kan bij obstipatie het geven van iets meer voeding (bijvoorbeeld door meer keren aanleggen bij borstvoeding) daarom al voldoende zijn om de obstipatie te doen verdwijnen. Dit is echter expert opinie en niet in studies aangetoond. Als meer voeding niet snel (binnen 1-2 weken) verbetering geeft of dit niet lukt, dan laxeren.
      - NIET zinvol bij obstipatie is: • Borstvoeding staken; • Overgaan van borstvoeding naar flesvoeding. ; • Toevoegen extra vocht; toevoeging van slaolie of maïsolie aan de voeding is niet te adviseren; ook het geven van zeepnetjes of het gebruik van een thermometer met olie
    - Oudere kinderen (>2 jaar):
      - psychologische factoren/ ophoudgedrag (- Een kind of de ouders heeft geen tijd voor poepen (het wil zijn spel hiervoor niet onderbreken, ouders moeten weg) - Angst voor pijn bij poepen, nadat een vorige defecatie zeer pijnlijk is geweest. - Schaamtegevoelens: poep is vies - Zindelijkheidsstraining niet adequaat: straf bij onzindelijkheid - Angst om naar het toilet te gaan: poepen op de wc is eng - Weinig structuur en regelmaat in het gezin) --> Deze signalen dienen door de JGZ herkend te worden
2. Het aanleren van juist toiletgedrag en de wijze van zindelijkheidsstraining (in samenhang met bovengenoemde factoren):
  - De leeftijd om te beginnen met de zindelijkheidsstraining kan dus niet exact worden aangegeven, verschilt per kind en dient dus door de JGZ te worden ingeschat.
  - Uit deze voorwaarden volgt dat het niet zinvol is onder 18 maanden te beginnen met de zindelijkheidsstraining. Te laat beginnen met zindelijkheidsstraining, nadat de window of opportunity is verstreken, maakt dat het kind meer aandacht heeft voor andere dingen in zijn ontwikkeling dan plassen/ poepen, dus dat is ook niet wenselijk.
  - Bij de huidige consulten (anno 2008/2009) van 18 maanden en 2 jaar moet op de zindelijkheidsstraining worden ingegaan.

- Belangrijk is met de ouders de beste houding op potje of toilet bij de toilettraining te bespreken
- Ook moet de JGZ bespreken dat zindelijkheidsstraining zonder dwang en spelenderwijs dient te gebeuren en er tijd voor genomen moet worden.
- (wel weten dat je moet poepen maar niet kunnen of willen poepen op een potje) Eventueel kan geadviseerd worden het kind de ontlasting in de luier te laten doen terwijl ze op het potje zitten of het kind te laten poepen met een luier in de wc-pot of met de luier in de hand. Zo worden langzaam (zonder druk) stappen gemaakt.
- (wel weten dat je moet poepen maar niet kunnen of willen poepen op een potje) Het is dan belangrijk de kinderen niet te dwingen op een potje of op de wc te laten poepen.

### Signalering

- Voor het bepalen van het type fecale incontinentie worden een anamnese en een volledig lichamelijk onderzoek uitgevoerd en op indicatie moet een poepdagboek (zie bijlage) worden bijgehouden.
  - a. In de JGZ wordt bij de gezondheidsonderzoeken rond vier jaar en vijf/zes jaar gevraagd of een kind in de afgelopen maand poep of poepvegen in het ondergoed heeft gehad.
    - Bij een bevestigend antwoord op deze vraag moet anamneselijst I (alarm-/verwijssymptomen van fecale incontinentie) worden afgenomen (bijlage 9)
    - Alarm-/verwijssymptomen bij de anamnese aan de hand van deze anamneselijst zijn (de arts moet deze kennen, de verpleegkundige en doktersassistent zullen hier echter ook alert op moeten zijn maar hoeven de details niet te kennen); zie lijst \*
    - Deze twee symptomen (\* Late meconium lozing: > 24 uur; \*Obstipatie voor leeftijd 3 maanden) zijn aanwijzing voor een langdurig bestaan van obstipatie al of niet op grond van een organische oorzaak. Dit vereist nader onderzoek in een gespecialiseerd centrum en dus verwijzing naar de huisarts.
    - \* Fecale incontinentie zonder verschijnselen van obstipatie (solitaire fecale incontinentie) is moeilijk te behandelen en komt niet voor begeleiding in de JGZ in aanmerking, daarom: verwijzing naar een gespecialiseerd centrum (via de huisarts) is noodzakelijk.
    - Fecale incontinentie zonder verschijnselen van obstipatie (solitaire fecale incontinentie): Als er twijfel is over deze diagnose moet gestart worden met stap 2 van het richtsnoer en moeten dus leefadviezen gegeven worden gedurende zes weken (zie 3.4).
    - Fecale incontinentie zonder verschijnselen van obstipatie (solitaire fecale incontinentie): Als dit na zes weken geen verbetering geeft, dient alsnog verwezen te worden.
    - \* Nachtelijke fecale incontinentie ). Dat is een teken van ernstige obstipatie: verwijzen naar de huisarts
    - \* Smeren met ontlasting. Bij verdenking kindermishandeling wordt gelet op het gedrag van het kind en of er verdere aanwijzingen zijn bij lichamelijk onderzoek.
    - In geval van aanwijzingen voor seksueel misbruik moet tevens de JGZ richtlijn ‘Secundaire preventie kindermishandeling’ gevolgd worden
  - b. De volgende items zijn onderdeel van het lichamelijk onderzoek bij fecale incontinentie, dat moet worden uitgevoerd (tabel 11)
    - Op indicatie wordt algemeen neurologisch onderzoek gedaan.
    - Bij het inspecteren van de anus moet gelet worden op aanwijzingen voor seksueel misbruik: fissuren, scheurtjes, condylomata etc

- Hiervoor dient verwijzing naar de huisarts of kinderarts plaats te vinden.
- Alarm-/verwijssymptomen bij lichamelijk onderzoek zijn (de arts moet dit onderzoek uitvoeren en de symptomen kennen): Signalen die kunnen wijzen op seksueel misbruik en Signalen die kunnen wijzen op een organische oorzaak
  - Voor een rectaal toucher is binnen de JGZ vooralsnog geen plaats.
- c. Het bijhouden van de defecatie- en fecale incontinentiefrequentie is nodig om zowel voor de ouder als de JGZ medewerker inzicht te krijgen in de ernst van het defecatieprobleem. Dit wordt alleen gedaan als het kind ouder is dan 5 jaar (zie bijlage 12).
  - Kind ouder dan vijf jaar: Een dergelijk dagboek dient dan ook altijd ingevuld te worden bij feces incontinentie.
- d. Als anamnese en lichamelijk onderzoek bij fecale incontinentie niet wijzen op ernstige afwijkingen, wordt anamneselijst II (bijlage 10) afgenomen om aanknopingspunten voor begeleiding te krijgen.
  - Naast het afnemen van deze vragenlijst (anamneselijst II) is het aanvullend om de kindkenmerken te bekijken: waarom heeft dit kind in dit gezin deze klachten
  - De JGZ zal ook moeten vragen naar de relatie met (chronische) stress momenten, zoals schoolproblemen, cognitieve overvraging of problematische gezins- en opvoedingssituaties, zoals moeilijk omgangsregelingen na echtscheiding of psychische problemen bij een ouder

#### Contactmomenten

- Tot de leeftijd van 4 jaar wordt de anamnese naar fecale incontinentie en obstipatie door arts of verpleegkundige gedaan.
- Op indicatie moet preventief advies worden gegeven.
- Na het vaststellen van obstipatie of fecale incontinentie is lichamelijk onderzoek nodig. Dit onderzoek wordt verricht door een arts.
- Begeleiding bij fecale incontinentie moet na onderzoek door een arts gebeuren door een speciaal hiertoe opgeleide verpleegkundige of door een arts.
- In het kader van preventie moet ook bij alle consulten tot groep 2 gevraagd worden naar het defecatiepatroon.
- Ligt de frequentie lager (vanaf de leeftijd van 3-4 jaar: drie keer per 24 uur tot een keer per drie x 24 uur) dan moet preventieve begeleiding/ behandeling (zie 3.3) volgen.
- Huisbezoek 2e levensweek: -familieanamnese wat betreft obstipatie en incontinentie voor feces
- CBconsult 1, 2, 3, 4, 6, 9, 11, 14 maanden:
  - a. vragen naar bijzonderheden rond feces. Bij frequenties lager dan 1 keer per 3 dagen wordt advies gegeven om de frequentie van de ontlasting te verbeteren. Bij duidelijke symptomen van obstipatie: laxeren.
  - b. Vragen naar plotseling opgetreden verandering van het ontlastingspatroon
- CBconsult 18, 24, 36 maanden:
  - Zie eerdere consulten
  - ad a. Bij het verlies van steeds kleine beetjes ontlasting (obstipatie) wordt advies gegeven om ontlastingspatroon te verbeteren
  - ad c. vragen naar zindelijkheidstraining
  - ad d. advisering over zindelijkheidstraining vanaf 24 maanden
  - ad e. vragen naar zindelijkheid voor ontlasting, alarm-/verwijssymptomen.
- CBconsult 45 maanden:
  - Zie eerdere consulten

- Ad e. Indien het kind nog niet zindelijk is, dient uitleg en adviezen gegeven te worden over gezonde leefstijl en toilettraining.
- Tevens wordt een extra consult gepland op de leeftijd van 4,5/5 jaar bij de JGZarts.
- JGZconsulten 2e groep tot 5e groep (5-8/9 jaar):
  - Zie eerdere consulten
  - Ad e. Indien het kind nog niet zindelijk is, worden de stappen gevolgd zoals beschreven in H.B3.3.2
  - Op indicatie vragen naar zindelijkheid voor ontlasting, alarm-/verwijssymptomen.
- JGZconsulten na de leeftijd van 5e groep (8-9 jaar):
  - Om die reden dient hier (fysiek geweld of seksueel misbruik of mishandeling) bij secundaire vormen (weer onzindelijk na periode van zindelijkheid) steeds naar gevraagd worden.

#### Begeleiding en behandeling

- De meeste kinderen met fecale incontinentie moeten, als uit de anamneselijsten en het lichamenlijk onderzoek geen bijzonderheden komen, worden behandeld en begeleid in de JGZ of door de huisarts
- Onder 4 jaar of een kind met een mentaal niveau van onder de 4 jaar is geen goede toilettraining te geven, dit moet dan ook ontraden worden.
- Onder 4 jaar: (ontlasting op een vast plekje, maar niet het toilet) Wel kan, op vraag van de ouder, geadviseerd worden eerst met luier wat dicht bij het toilet een plekje zoeken, eventueel met een luier aan op een pot te poepen en vervolgens zonder
- Vanaf 4-5 jaar (afhankelijk van het kind, window of opportunity) wordt onderstaand schema gevolgd (richtsnoer feces, Bulk 2008).
- Stap 1 (duur 3 weken): Vaststelling van de mate van fecale incontinentie --> Afnemen anamneselijsten en uitvoeren lichamenlijk onderzoek; Gedurende twee weken wordt dagelijks met een poepdagboek de defecatie- en incontinentiefrequentie bijgehouden
- Vanaf 4-5 jaar, stap 1: Om inzicht in de consistentie van de ontlasting te krijgen, kan de Bristol ontlastingsschaal of de Amsterdam stool scale worden gebruikt, dit gebruik is naar inzicht en expertise van de professional. Deze schalen bevat mogelijkheden om de consistentie te typeren.
- Wanneer de defecatie- en incontinentieklachten met het dagboek geobjectiveerd zijn, volgt stap 2.
- Stap 2 (duur 8 weken): Eenvoudige leefadviezen --> Deze leefadviezen bestaan uit toilettraining, beweegadviezen en eetadviezen
- De toilettraining bestaat uit drie keer per dag (vijf tot maximaal tien minuten), ongeveer vijftien minuten na de maaltijd op het toilet zitten. Met de voeten op de grond of op een voetenbankje voor het toilet, zodat de enkels, knieën en heupen in flexiestand staan (90°), wordt de beste defecatiepositie ingenomen. Ook zonder aandrang mag het kind actief persen. Lukt het defeceren dan wordt het kind uitbundig geprezen of beloond (tabel 14). Sleutelwoorden zijn: ontspanning, rust en regelmaat. Een kleine beloning bij goed toiletgedrag (bijvoorbeeld goed op het potje zitten) kan in het vooruitzicht worden gesteld. Pas later kan een beloning gegeven worden als ook het daadwerkelijk poepen op potje of wc lukt.
- Kinderen ouder dan 5 jaar houden een tabel/lijst/boekje bij. Dit kan de ouder zelf maken. Hierin moeten kinderen aangeven of en waar zij gepoept hebben. Ook de ouders houden een dagboek bij van het defecatiepatroon en de toilettraining van hun kind.

- Als deze toilettraining niet lukt of moeizaam verloopt (Bijvoorbeeld als een verkeerde perstechniek op de voorgrond staat (het kind doet goed zijn best maar de ontlasting komt er niet uit) of als meer gedragsmatige aspecten op de voorgrond staan (het kind weigert toilettraining weigert, angst) dan kan een kinderbekkenfysiotherapeut, een gedragstherapeut, pedagogische ondersteuning of integratieve kindtherapie hierbij ondersteuning geven.
- Beweegadviezen: Geadviseerd wordt minimaal één uur per dag te bewegen. Ook dit wordt in het ouderdagboekje bijgehouden.
- Voedingsadviezen: Een gezonde, vezelrijke voeding (bruin brood, fruit met schil en liefst rauwe groenten) in combinatie met een adequate vochtintake (1/2 tot 1 liter vocht per dag) moet worden geadviseerd.
- Witte rijst, toast, beschuit en sterke thee wordt afgeraden.
- Extra vocht of vezels bij een voor kind normaal eetpatroon is niet zinvol, net als toevoegen van extra pre- of probiotica aan zuigelingenvoeding.
- Is de incontinentie in deze fase met bovenstaande adviezen verdwenen dan neemt de begeleider na drie maanden weer contact op, omdat 30% van de kinderen binnen die tijd in het oude patroon terugvalt
- Lukt het met deze eenvoudige leefadviezen niet het kind binnen drie maanden zindelijk te krijgen dan volgt stap 3.
- Stap 3 (duur 1 tot jaar): Toevoegen laxantia (alleen door de (huis)arts te begeleiden)
- Deze stap bestaat uit het gebruik en, na succes, de afbouw van laxantia gecombineerd met de adviezen uit stap 2.
- Orale laxantia zijn gecontraïndiceerd (niet gebruiken) bij solitaire fecale incontinentie.
- Vanaf 4-5 jaar, stap 3, laxantia: Verschillende laxantia zijn vrij verkrijgbaar, dus kan de JGZ-arts dit adviseren en begeleiden. De huisarts dient hiervan op de hoogte gebracht te worden. Verwijzing naar de huisarts is uiteraard ook mogelijk.
- Als tijdelijke bijwerking kan een toename van fecale incontinentie, buikkrimp of winderigheid optreden, wat aan kind en ouders tevoren moet worden uitgelegd.
- Gebruik het laxans paraffine niet voor het 1ste levensjaar, en fosfaatklysmas niet bij verdenking Hirschsprung (darmziekte).
- Bij het overgrote deel van de kinderen kan men volstaan met adviseren van orale laxantia.
- In het begin van de behandeling met orale laxantia is een hoge dosering laxans nodig (2 tot 4 keer de aanbevolen dosis) om de ontlasting zo zacht te maken dat het ophoud- en tegenhoudgedrag niet meer lukt. Treedt verbetering op (defecatiefrequentie  $\geq 3x$ /week is en er zijn geen andere klachten), dan volgt de onderhoudsfase gedurende vier tot zes maanden. Na ongeveer vier tot zes maanden kan de laxansdosering langzaam worden afgebouwd terwijl het trainingsprogramma wordt voortgezet. Tot slot wordt ook de toilettraining geleidelijk afgebouwd.
- Nadat zindelijkheid voor feces bereikt is in deze fase, is het ook weer nodig enkele malen telefonisch navraag te doen of het succes is gebleven of bij de ouder aan te geven zelf weer contact op te nemen als het niet gaat.
- Indien medicamenteuze therapie nodig is, is dat in de meerderheid van de kinderen voor minimaal 6 maanden nodig, maar dit kan zelfs oplopen tot jaren. Dit behoren het kind en ouders te weten voor start van medicatie.
- Rectale medicatie (klysmas) en suppositoria (zetpillen) komen alleen in aanmerking als het rectum overvol zit en in acute situaties (heftige buikpijn die snel moet worden opgeheven).
- Ook in die gevallen als met orale laxantia de defecatiefrequentie minder dan 2 keer/week blijft, kan het nodig zijn klysmas te geven.
- Hiervoor (klysmas) moet altijd verwezen worden naar de huisarts.

- Treedt geen verbetering meer op of volgt terugval, dan wordt op korte termijn verwezen naar de huisarts of de kinderarts
- Bestaan er naast de obstipatieklachten gedrags- of opvoedkundige problemen dan kan aanvullende gedragstherapie van waarde zijn.

#### Verwijzen

- Zowel bij het signaleringsconsult in de JGZ als tijdens de begeleiding kan blijken dat verwijzing vanuit de JGZ noodzakelijk is. Hier volgen de redenen voor verwijzing naar de huisarts/ 2e lijn.
- Op grond van alarm-/verwijssymptomen in de anamnese of afwijkingen bij lichamelijk onderzoek
- Begeleiding volgens H.B3.3.2 loopt niet zoals gewensd (persisterende fecale incontinentie). Deze mislukking kan bij elke stap optreden.
- mislukking door: onvoldoende steun van de ouders (verwijzing naar pedagoog of maatschappelijk werk)
- mislukking door: onbekendheid van ouders met een normaal voedingspatroon (verwijzing naar diëtist)
- ‘Mislukte potjestraining’: een verkeerde perstechniek, geen ontspanning tijdens toilettraining. (verwijzing naar kinder bekkenbodempfysiotherapeute zou te overwegen zijn; er is echter geen evidentie voor deze therapie)
- mislukking door: Als de arts JGZ twijfelt aan de perstechniek en als er onvoldoende ontlasting wordt geproduceerd, volgt verwijzing voor nader onderzoek naar een kinderarts
- JGZ artsen kunnen naast zelf ‘over the counter ‘ laxantia voor te schrijven overwegen dit door de huisarts te laten doen. Wanneer de JGZ-arts niet in staat is adequate follow-up te geven is verwijzing naar de huisarts noodzakelijk.
- Als het gedrag een onderliggend tijdrovend probleem is, volgt verwijzing liefst in overleg met de huisarts naar een psycholoog.
- Bij kinderen met terugkerende problemen is herhaald lichamelijk onderzoek en het opnemen van de anamnese in een academisch centrum door een kinderarts maag-darm-leverziekten noodzakelijk.
- Als er naast de obstipatieklachten ook grote gedrags- of opvoedingsproblemen zijn, dan kan gedragstherapie overwogen worden.
- Aanvullend onderzoek naar het al of niet bestaan van obstipatie wordt afgeraden en kan geen reden voor verwijzing zijn.
- In de huidige situatie kan niet rechtstreeks naar een kinderarts of bedplascentrum/ andere specialist worden verwezen, dus verwijzing moet via de huisarts.
- Rechtstreeks verwijzing naar de specialist dient overwogen te worden voor die situaties dat de huisarts geen interventie kan bieden. De huisarts kan dit wel bij verdenking obstipatie.
- Na een verwijzing dient de JGZ te vervolgen of de verwijzing is opgevolgd, hoe het met het kind gaat en of de therapie wordt begrepen en uitgevoerd.
- De JGZ kan hier eventueel, en ook in overleg met de hoofdbehandelaar, een begeleidende rol hebben.

#### **Kernelementen urine en feces (verplicht)**

- Het lichamelijk onderzoek naar medische oorzaken voor onzindelijkheid is voorbehouden aan de artsen.
- Voor het starten van begeleiding dient de verpleegkundige na te gaan of het lichamelijk onderzoek door een arts is verricht.
- Voor de jeugdgezondheidszorg moet juist ook bij kinderen van andere etnische afkomst van jongsaf aan worden nagegaan of er onzindelijkheid voor urine bestaat en hoe de zindelijkheidstraining verloopt.



- Bij afwijkingen moet worden geadviseerd, behandeld of verwezen worden om het ontstaan van onzindelijkheid zoveel mogelijk te voorkomen.
- Het onderwerp 'zindelijkheid' valt in het BasisTakenPakket JGZ onder U1.1.5 (uniform, monitoring en signalering, individueel, functies) en voor de preventie, signalering, voorlichting en behandeling daarvan dient gebruik gemaakt te worden van deze richtlijn.
- De richtlijn dient onderdeel te worden van het curriculum in de opleiding en na- en bijscholing voor artsen en verpleegkundigen in de JGZ;
- Tijdens de implementatie van de richtlijn moet het gebruik en het voorgestelde beleid worden geëvalueerd, zodat de richtlijn waar nodig kan worden aangepast. Dit is cruciaal voor een goed functioneren en goede acceptatie en borging van de richtlijn
- Gebruik de richtlijn voor de JGZ als startpunt om met de andere zorgverleners die betrokken zijn bij het kind met onzindelijkheid voor urine tot een uniform beleid te komen en sluitende afspraken te maken over de verwijzing en uitwisseling van gegevens
- Rechtstreeks verwijzen van kinderen die niet zindelijk zijn door de JGZ naar de 2e lijn dient, nu een landelijke JGZ richtlijn bestaat, mogelijk te worden
- Bij het implementeren van de richtlijn moet de informatie aan ouders en kinderen een bijzonder aandachtspunt zijn

**Kernelementen urine en feces (optioneel)**

- De verpleegkundige (0-19 jaar) en de doktersassistent (4-19 jaar) kunnen wel een rol spelen bij signalering, voorlichting en begeleiding.

**Kernelementen urine en feces (NIET doen)**

- Er wordt vanuit de richtlijn niet geadviseerd actief naar alternatieve therapie te verwijzen.

**Kernelementen urine en feces (nader te onderzoeken)**

Nader onderzoek naar preventieve adviezen op de jonge leeftijd moet gedaan worden.

## C Opmerkingen van de werkgroep bij de eerste set conceptindicatoren

	<b>Conceptindicatoren voor feces</b>	<b>Relevant</b>	<b>Opmerkingen van de werkgroep</b>
1	Aantal kinderen met obstipatieklachten dat een volledig lichamelijk onderzoek (buik + anus) inclusief een neurologisch onderzoek heeft gehad, ten opzichte van alle kinderen met obstipatieklachten.	Ja	Registratie van deze indicator is haalbaar, en deze indicator is relevant voor alle leeftijdsgroepen. Deze indicator zou dus zowel bij CB als bij GGD gemeten moeten worden. er zijn binnen JGZ verschillende werkwijzen. Zo wordt er niet overal en altijd een extra consult gepland bij 4-19-jarigen met obstipatie; er wordt ook regelmatig verwezen naar de huisarts, met name i.v.m. het voorschrijven van laxantia. Ook onderzoek van anus vindt niet altijd plaats. Maar als onderzoek van de anus in de richtlijn staat, dan vindt de werkgroep dat dit in toekomst wel zou moeten gebeuren. Met lichamelijk onderzoek kun je namelijk ook beter verwijzen. Het neurologisch onderzoek moet specifiek omschreven worden -> neurologisch onderzoek gericht op aandoeningen waarbij je onzindelijkheid zou kunnen verwachten.
2	Aantal borstgevoede kinderen vanaf 4 maanden dat laxantia krijgt, ten opzichte van alle kinderen vanaf 4 maanden die obstipatie hebben en voldoende groeien.	Ja	Obstipatie komt met kunstvoeding vaker voor dan bij borstvoeding. De werkgroep vindt het echter belangrijk dat, ongeacht het soort voeding, doorverwezen wordt naar de huisarts als de adviezen ontoereikend waren. De huisarts bepaalt dan of laxantia nodig is, het CB kan dit zelf ook niet voorschrijven. Qua registratie lijkt de indicator haalbaar, aangezien de verwijzingen naar de huisarts worden geregistreerd in het digitaal dossier. De werkgroep is het eens met de keuze voor de groep >4 mnd: als een kind van 1 maand obstipatie heeft dan wordt meteen naar de kinderarts verwezen. Als een kind van 2-3 maanden obstipatie heeft, dan geeft het CB eerst advies. Ouders moeten 6 weken de tijd krijgen om advies op te volgen, dus als het advies niet helpt wordt een kind vanaf 4 maanden oud doorverwezen. De toevoeging 'voldoende groeien' vindt de werkgroep niet relevant.
3	Aantal kinderen vanaf 4 maanden met kunstvoeding dat laxantia krijg (ten opzichte van alle kinderen vanaf 4 maanden die obstipatie hebben en voldoende groeien.		
4	Aantal kinderen vanaf 3 maanden dat in verband met late meconium lozing (> 24 uur) of obstipatie voor de leeftijd van 3 maanden, is verwezen naar de huisarts, ten opzichte van alle kinderen die een late meconium lozing hebben gehad of obstipatie hadden voor de leeftijd van 3 jaar.	Nee	
5	Aantal kinderen dat verwezen is in verband met solitaire fecale incontinentie waarbij leefadviezen volgens stap 2 van het richtsnoer na 6 weken geen verbetering lieten zien, ten opzichte van alle kinderen met solitaire fecale incontinentie waarbij leefadviezen volgens stap 2 van het richtsnoer na 6 wen geen verbetering lieten zien.	Ja	Deze indicator is voor de leeftijdscategorie >4 jaar. Verwijzen als adviezen niet toereikend waren, vindt de werkgroep een belangrijk onderdeel van de geboden zorg ('het is niet goed om ouders te laten aanmodderen'). Echter, het is niet realistisch om 'na 6 weken geen verbetering' in de indicator op te nemen. Het is voor de GGD ondoenlijk om dit op te volgen. Daarom is voorgesteld om de indicator om te vormen tot twee aparte onderdelen: a) aantal verwijzingen in verband met solitaire fecale incontinentie, b) aantal extra consulten dat in verband met solitaire fecale incontinentie is gepland. Het zal niet voor alle professionals duidelijk zijn wat bedoeld wordt met 'solitaire fecale incontinentie'. Dit zal in de richtlijn en bij de indicator nader moeten worden toegelicht. Daarnaast wordt genoemd dat indicatoronderdeel b) mogelijk qua registratie lastig wordt omdat dit niet geregistreerd wordt. In het digitale dossier van één van de werkgroepleden kan alleen zindelijkheid en uitscheiding worden geregistreerd en niet of dat solitaire fecale incontinentie betreft. Ook kan niet geregistreerd worden of het onzindelijkheid overdag of 's nachts betreft.

	<b>Conceptindicatoren voor feces</b>	<b>Relevant</b>	<b>Opmerkingen van de werkgroep</b>
6	Aantal kinderen dat is verwezen naar de huisarts in verband met nachtelijke fecale incontinentie, ten opzichte van alle kinderen met nachtelijke fecale incontinentie.	Nee	De werkgroep is van mening dat nachtelijke fecale incontinentie weinig voor komt. Zij vindt het daarom niet relevant om hier een indicator voor de formuleren
7	Aantal kinderen waarbij gelet is op verdenking van kindermishandeling omdat ze smeren met ontlasting, ten opzichte van alle kinderen die smeren met ontlasting.	Ja	Deze indicator is meer geschikt voor een indicatorenset voor kindermishandeling. De werkgroep besluit bij nader inzien dat deze indicator geen prioriteit heeft voor de richtlijn Zindelijkheid.
8	Aantal kinderen met fecale incontinentie dat is doorverwezen naar de huisarts/kinderarts in verband met aanwijzingen voor seksueel misbruik, ten opzichte van alle kinderen met fecale incontinentie.	Nee	Deze indicator is meer geschikt voor een indicatorenset voor kindermishandeling.
9	Aantal kinderen >5 jaar waarbij een poepdagboek is ingevuld, ten opzichte van alle kinderen > 5 jaar met fecale incontinentie.	Nee	
10	Aantal kinderen dat tijdens het CB consult van 45 maanden in verband met fecale incontinentie uitleg en advies heeft gekregen, ten opzichte van alle kinderen met fecale incontinentie bij 45 maanden)	Ja	Qua registratie wordt opgemerkt dat in het digitale dossier (van in ieder geval één van de werkgroepleden) bij ontlasting niet geregistreerd kan worden of het onzindelijkheid overdag of 's nachts betreft. Voor urine kan dat volgens de werkgroep wel geregistreerd worden. In het digitale dossier kunnen advies en voorlichting in principe apart worden geregistreerd; wanneer uitleg wordt gegeven kan dit niet worden vastgelegd. Hoewel uitleg en advies bij elkaar horen volgens de werkgroepleden, kunnen we dus in de indicator alleen op advies en voorlichting focussen. Er is discussie geweest over het verbeterpotentieel (in hoeverre is dat aanwezig?). Volgens één van de werkgroepleden schiet het adviseren er toch vaak bij in omdat het consult heel vol is en andere dingen soms prioriteit krijgen. Solitaire fecale incontinentie telt bij deze indicator ook mee als onzindelijk. Hierover dient duidelijk gecommuniceerd te worden. Ouders noemen hun kind in dit geval vaak zindelijk, maar solitaire fecale incontinentie is volgens de richtlijn onzindelijk. Wat betreft onderscheid tussen onzindelijkheid voor feces 's nachts en overdag heeft de werkgroep de volgende mening: fecale onzindelijkheid speelt vrijwel niet in de nacht. Uitleg en advies is volgens de werkgroep ook relevant bij onzindelijkheid voor urine. Deze indicator kan samengenomen worden met indicator 1 van urine, en wordt een algemene indicator .
11	Aantal kinderen waarbij een extra consult bij de JGZ-arts gepland is in verband met fecale onzindelijkheid, ten opzichte van alle kinderen die bij het CB consult van 4,5/5 jaar symptomen van fecale onzindelijkheid vertonen.	Nee	

	<b>Conceptindicatoren voor feces</b>	<b>Relevant</b>	<b>Opmerkingen van de werkgroep</b>
12	Aantal kinderen van 8/9 jaar dat na een periode van zindelijkheid weer onzindelijk is geworden, waarbij gevraagd is naar fysiek geweld, seksueel misbruik of mishandeling, ten opzichte van alle kinderen van 8/9 jaar die na een periode van zindelijkheid weer onzindelijk zijn geworden.	Ja	De vraag naar fysiek geweld, seksueel misbruik moet geen onderdeel zijn van de indicator. Dit hoort meer bij een indicator voor de richtlijn kindermishandeling. Bovendien zal er niets geregistreerd worden als er navraag is gedaan maar er niets aan de hand blijkt te zijn. Het kind moet minimaal 6 maanden zindelijk geweest zijn. De werkgroep denkt dat het lastig is om te weten of een kind wel zindelijk of onzindelijk is geweest. Verder werd nog opgemerkt dat het soms voorkomt dat kinderen al 1,5 jaar weer onzindelijk zijn, zonder dat dit opgemerkt wordt door de JGZ omdat er geen tussenliggende contactmomenten waren. Bovendien speelt dit probleem met name t.a.v. urine. De werkgroep besluit om deze indicator te laten vallen.
13	Aantal kinderen > 5 jaar waarvoor de JGZ binnen 3 maanden contact opneemt nadat de incontinentie is verdwenen na het invoeren van leefstijladviezen over toilettraining, bewegen en voeding, ten opzichte van alle kinderen > 5 jaar waarbij de incontinentie is verdwenen na het invoeren van leefstijladviezen.	Ja	Bij nader inzien is de werkgroep van mening dat dit geen indicator moet worden. JGZ geeft de ouders het advies om zelf terug te bellen, maar de opvolging moet geen verantwoordelijkheid zijn van de JGZ.
14	Aantal kinderen dat is doorverwezen naar een academisch centrum in verband met terugkerende problemen van onzindelijkheid voor feces, ten opzichte van alle kinderen met terugkerende problemen van fecale onzindelijkheid.	Nee	
15	Aantal kinderen dat herhaald lichamelijk onderzoek heeft gehad in een academisch centrum in verband met terugkerende problemen van onzindelijkheid (ten opzichte van alle kinderen met terugkerende problemen van onzindelijkheid).	Nee	
16	Aantal kinderen waarbij de JGZ de verwijzing naar een academisch centrum in verband met fecale onzindelijkheid heeft opgevolgd, ten opzichte van alle kinderen met terugkerende problemen van fecale onzindelijkheid die verwezen zijn naar een academisch centrum.	Nee	

	<b>Conceptindicatoren voor urine</b>	<b>Relevant</b>	<b>Opmerkingen van de werkgroep</b>
1	Aantal 4-jarige kinderen waarbij is gestart met de begeleiding/behandeling van onzindelijkheid overdag, ten opzichte van het aantal 4-jarige kinderen dat overdag onzindelijk is.	Ja	Er is discussie over de leeftijdsgroep en wanneer en wie de behandeling/begeleiding start; het betreft een overgangsfase van CB naar GGD. De werkgroep vindt het belangrijk dat onzindelijkheid bij 4-jarigen aangepakt wordt, en niet pas als ze met 5 jaar terugkomen. Daarom moet de indicator iets anders vormgegeven worden: bij hoeveel procent komt onzindelijkheid voor urine overdag voor en bij hoeveel procent volgt extra begeleiding (door JGZ 0-4) of een vervroegde afspraak bij JGZ 4-19 jaar? Dit is terug te vinden in het DD. Deze indicator kan als nieuwe indicator samengenomen worden met de nieuwe indicator nr 10 bij Feces. Dan wordt dit een algemene indicator, zowel voor feces als urine.
2	Aantal 5-jarige kinderen dat is gestart met de begeleiding/behandeling van onzindelijkheid 's nachts, ten opzichte van het aantal 5-jarige kinderen dat 's nachts onzindelijk is)	Nee	
3	Aantal keer dat een inspectie (genitalia, rug en sacrum) heeft plaatsgevonden bij kinderen van 4-19 jaar met onzindelijkheid voor urine.	Ja	De indicatoren 3 t/m 5 worden samengenomen in één indicator: inspectie en palpatie van de buik maken beide onderdeel uit van het lichamelijk onderzoek. De indicator is gericht op kinderen vanaf vier jaar met onzindelijkheid voor urine overdag. Er moet wel meer duidelijkheid komen wat dit neurologisch onderzoek behelst. Er wordt voorgesteld om ook de kinderen van 3 jaar en 9 maanden mee te nemen, maar aangezien de definitie van onzindelijkheid voor urine pas geldt vanaf 4 jaar, wordt dit toch niet in de indicator opgenomen.
4	Aantal keer dat palpatie van de buik heeft plaatsgevonden bij kinderen van 4-19 jaar met onzindelijkheid voor urine.		
5	Aantal keer dat neurologisch onderzoek heeft plaatsgevonden bij kinderen van 4-19 jaar met onzindelijkheid voor urine.		
6	Aantal kinderen van 3 of 4 jaar waarvoor gevraagd is naar zindelijkheidstraining.	Ja	Werkgroepleden vinden allereerst dat het moet gaan om vragen naar zindelijkheid en niet naar zindelijkheidstraining. Het vragen naar de zindelijkheid vanaf 3 jaar is wenselijk voor kinderen tot 19 jaar. Dit is een algemene vraag, niet zozeer gericht op zindelijkheid overdag of 's nachts, en ook niet specifiek voor urine of feces. Het aantal kinderen met dit probleem rechtvaardigt een indicator. JGZ-medewerkers registreren op dit moment echter niet altijd dat ze ernaar gevraagd hebben; ze noteren vaak alleen als er bijzonderheden zijn.
7	Aantal kinderen van 3 of 4 jaar dat in verband met pathologie/alarmsymptomen voor incontinentie overdag is verwezen, van het totale aantal kinderen van 3 of 4 jaar met pathologie/alarmsymptomen)	Ja	3/4 jaar is vrij vroeg voor verwijzen. Een indicatie voor verwijzen zou een bijzonderheid zijn die voortkomt uit de anamnese, maar bij deze jonge groep wordt de anamneselijst niet standaard toegepast. Het gaat hier ook om een kleine groep, die goed in het vizier moet zijn bij overdracht van CB naar GGD. Als ze ouder zijn, wordt de anamneselijst wel toegepast. Dit komt beide in andere indicatoren terug (nummer 1 en nummer 8), dus voorstel is om deze indicator te schrappen.

	<b>Conceptindicatoren voor urine</b>	<b>Relevant</b>	<b>Opmerkingen van de werkgroep</b>
8	Aantal kinderen van 5 jaar en ouder dat n.a.v. gerapporteerde bijzonderheden rond urine en veranderingen in patroon een afspraak voor nadere anamnese heeft gekregen, ten opzichte van het totale aantal kinderen van 5 jaar en ouder dat bijzonderheden rond urine en veranderingen in eetpatroon rapporteert.	Ja	Indicator 8,9 en 10 kunnen samengenomen worden. Werkgroepleden vinden het belangrijk dat de anamneselijst 1 en/of 2 afgenomen wordt bij bijzonderheden rond urine, zoals veranderingen in het plaspatroon. Daarom wordt het afnemen van de anamneselijst op zichzelf ook meegenomen in de indicator. De anamneselijst is vooral bedoeld voor onzindelijkheid 's nachts, maar kan ook voor overdag gebruikt worden. Daarom wordt zowel dag als nacht in de indicator meegenomen. Bij sommige organisaties zit de lijst al in het digitale dossier. Uit de anamneselijst volgt dan vanzelf benodigde actie. De acties die volgen (extra consult of verwijzing) zouden ook meegenomen moeten worden. De specifieke alarmeringssymptomen nemen we niet mee in de indicator (registratie daarvan is onduidelijk; hierover kan geadviseerd worden m.b.t. de basisdataset).
9	Aantal kinderen van 5 jaar en ouder dat n.a.v. gerapporteerde bijzonderheden rond urine en veranderingen in patroon binnen 1 tot 4 weken een gesprek voor nadere anamnese heeft gekregen, ten opzichte van het totale aantal kinderen dat een afspraak voor nadere anamnese heeft gekregen.		
10	Aantal kinderen van 5 jaar of ouder dat in verband met bijzonderheden rond urine of verandering in patroon is verwezen, ten opzichte van alle kinderen van 5 jaar en ouder dat in verband met bijzonderheden rond urine of verandering in eetpatroon.		
11	Aantal kinderen van 5 jaar en ouder dat na 3 extra contactmomenten nog niet zindelijk voor urine is en daarom een herhaalde anamnese door een gespecialiseerde jeugdverpleegkundige of jeugdarts met interesse of expertise heeft gekregen, ten opzichte van alle kinderen van 5 jaar en ouder dat na 3 extra contactmomenten nog niet zindelijk voor urine is.	Ja	Deze indicator lijkt relevant, maar dit komt bijna niet voor. De werkgroep besluit deze indicator toch te laten vallen.
12	Percentage: aantal kinderen van 5 jaar en ouder dat na 3 extra contactmomenten nog niet zindelijk is voor urine en daarom verwezen is (via de huisarts) naar een specialist/poli/incontinentietherapeut, ten opzichte van alle kinderen van 5 jaar en ouder dat na 3 extra contactmomenten nog niet zindelijk voor urine is.	Ja	Deze indicator lijkt relevant, maar dit komt bijna niet voor. De werkgroep besluit deze indicator toch te laten vallen.
13	Aantal kinderen > 5 jaar met onzindelijkheid voor urine 's nachts zonder aanwijsbare pathologie waarbij voor de aanpak een keuze is gemaakt uit a) vast toiletschema, b) kalender met beloningsstelsel, c) blaastraining, d) opname, ten opzichte van alle kinderen met onzindelijkheid voor urine 's nachts zonder aanwijsbare pathologie.	Ja	Vaak worden verschillende aanpakken tegelijk gekozen. Het is dus de vraag of het nodig is om zo specifiek uit te vragen welke aanpak gekozen is. Bij deze indicator moet de Plaswekker uit indicator 14 toegevoegd worden als mogelijke interventie. Ook toevoegen in de indicator dat het om een groep gaat waarbij al voorlichting en advies is gegeven. Verder wordt opgemerkt dat er niet altijd gehandeld wordt bij kinderen >5 jaar (zoals bij eerdere opmerkingen gemeld), omdat er niet altijd een vraag van ouders is. Er is dus verbeterpotentieel. In de indicatoromschrijving of in de toelichting moet toegevoegd worden dat er geen aanwijsbare pathologie is op basis van de anamneselijst en lichamelijk onderzoek.

	<b>Conceptindicatoren voor urine</b>	<b>Relevant</b>	<b>Opmerkingen van de werkgroep</b>
14	Aantal kinderen van 6 jaar en ouder met onzindelijkheid voor urine 's nachts dat een plaswékker is gaan gebruiken (ten opzichte van alle kinderen van 6 jaar en ouder met onzindelijkheid voor urine 's nachts).	Ja	Er is besloten om de indicatoren 14 t/m 16 samen te nemen. In principe worden alle kinderen voor een plaswékker, desmopressine of andere hulp doorverwezen naar de huisarts. De werkgroepleden vinden het verwijzen zelf een betere indicator dan het scoren op het gebruik van een plaswékker, desmopressine of Droog Bed Training. De leeftijd lijkt vooralsnog niet relevant. In het dossier is van alle kinderen bekend hoe oud ze zijn als doorverwezen wordt. Sommige kinderen krijgen al op 5 jaar een plaswékker, mits aangetoond kan worden dat het kind er veel last heeft van de onzindelijkheid. De indicator zal worden aangepast, in later stadium zou dan eventueel nog gekeken kunnen worden naar een verdere uitsplitsing naar leeftijdscategorieën.
15	Aantal kinderen > 5 jaar met onzindelijkheid voor urine 's nachts dat naar de huisarts is verwezen in verband met het voorschrijven van desmopressine , ten opzichte van alle kinderen > 5 jaar met onzindelijkheid voor urine 's nachts.		
16	Aantal kinderen van 8 jaar en ouder dat in verband met onzindelijkheid voor urine 's nachts na onvoldoende succes met de plaswékker ambulante Droog-Bed-Training heeft gekregen, ten opzichte van alle kinderen van 8 jaar en ouder met onzindelijkheid voor urine 's nachts).		
17	Aantal kinderen dat in verband met persisterend bedplassen is verwezen naar de huisarts en dat door de JGZ is opgevolgd, ten opzichte van het aantal kinderen dat in verband met persisterend bedplassen is verwezen naar de huisarts.	Nee	



