



Rapport 270131002/2009

R. Gijsen et al.

Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg

Ontwikkeling van indicatoren uit de IGZ-basisset 2007

RIVM Rapport 270131002/2009

Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg

Ontwikkeling van indicatoren uit de IGZ-basisset 2007

R. Gijsen
N.A.M. Post
K.E. Witte
I. Bovendeur
G.J. Kommer
J.S. de Koning

Contact:
Ronald Gijsen
Centrum voor Volksgezondheid Toekomstverkenningen (cVTV)
ronald.gijsen@rivm.nl

Dit onderzoek werd verricht in opdracht van Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ), in het kader van project V/270131 'Indicatorenset openbare gezondheidszorg'

© RIVM 2009

Delen uit deze publicatie mogen worden overgenomen op voorwaarde van bronvermelding: 'Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu (RIVM), de titel van de publicatie en het jaar van uitgave'.

Rapport in het kort

Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg

Ontwikkeling van indicatoren uit de IGZ-basisset 2007

Het RIVM heeft een methodiek gemaakt waarmee indicatoren voor de openbare gezondheidszorg (OGZ) kunnen worden ontwikkeld of verbeterd. Indicatoren worden steeds vaker gebruikt om inzicht te krijgen in de kwaliteit van de gezondheidszorg. Vervolgens is de methodiek toegepast op een aantal bestaande indicatoren uit de basisset 2007 van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). Het betreft psychosociale problemen (0-19 jaar), kindermishandeling, 'lui oog' (amblyopie) en ventilatie van woningen en scholen. Het onderzoek is in opdracht van de IGZ uitgevoerd.

Indicatoren worden volgens de nieuwe methodiek in vier fasen ontwikkeld. Eerst worden het doel, de gebruikers, de focus en de onderwerpen van de indicatorset vastgesteld. Daarna worden de onderwerpen gespecificeerd en de bijbehorende kernactiviteiten beschreven. In de derde fase worden indicatoren geformuleerd en door deskundigen in het veld beoordeeld. Tot slot worden de indicatoren in de praktijk getest en geïmplementeerd.

Enkele voorbeelden van indicatoren voor de jeugdgezondheidszorg die volgens de nieuwe methodiek zijn ontwikkeld: de frequentie van genoemde gezondheidsproblemen vaststellen, deze gezondheidsproblemen vroegtijdig signaleren en kinderen die verwezen zijn naar een andere zorgverlener actief volgen. De ontwikkelde indicatoren over binnenmilieu beschrijven de frequentie waarin gezondheidsrisico's voorkomen en de afhandeling van meldingen van burgers of instanties over binnenmilieu.

De voorgestelde methodiek bleek goed te voldoen om de indicatoren te ontwikkelen en te verbeteren. De ontwikkelde set indicatoren kan worden gebruikt om de gezondheidssituatie in de regio's te meten en om toezicht te houden op de kwaliteit van de door OGZ-organisaties geleverde zorg. Als algemene aanbeveling volgt uit dit onderzoek dat het verhelderend kan zijn een onderscheid te maken tussen volksgezondheidsindicatoren en kwaliteitsindicatoren.

Trefwoorden:

openbare gezondheidszorg, kwaliteit van gezondheidszorg, kwaliteitsindicatoren, handleiding, methodiek

Abstract

Indicators for public health care

Development of indicators for the Health Care Inspectorate

The National Institute for Public Health and the Environment (RIVM) has created a new methodology which can be used for developing or improving quality indicators for public health care. Indicators are being increasingly used to gain insight into the quality of health care. This methodology was then applied to a number of public health care indicators that are included in the 2007 basic set of the Health Care Inspectorate of the Netherlands. The areas of public health care considered were: psychosocial problems among children and adolescents, child abuse, lazy eye (amblyopia) and the indoor environment in dwellings and schools. The study was carried out by order of the Health Care Inspectorate.

With this new methodology, indicators are developed in four steps (stages). The first stage is to establish the goal, users, focus and subjects of the indicators. This is followed by specifying the subject areas and describing the accompanying core activities. In the third stage, the indicators are formulated, and the quality of these proposed indicators is assessed by experts. The final step is to test and ultimately implement the indicators in daily practice.

The new methodology was used to develop a number of improved indicators for youth health care, including those for determining the frequency of the health problems mentioned above, signalling the early detection of these health problems and actively following children after referral to another health care entity, such as a hospital or mental health care institution. The improved indicators for indoor environment deal with the frequency of health risks and the handling of environmental health enquiries by citizens or institutions.

The proposed methodology was found to be highly satisfactory in terms of developing and improving indicators. The newly developed set of indicators can be used to evaluate the health status of the population in the different catchments and to monitor the quality of care provided by public healthcare organisations. It is apparent from this study that it would be highly advisable to make a clear distinction in this indicator set between public health indicators and quality of care indicators.

Key words:

public health care, quality of health care, quality indicators, manual, methodology

Inhoud

Samenvatting	9
Inleiding	11
1. Achtergrond onderzoek	11
2. Leeswijzer	12
Literatuur	15
Deel 1 – Een methodiek voor ontwikkeling van indicatoren in de OGZ	17
1. Inleiding	19
2. Verantwoording	21
3. Beschrijving van de methodiek	25
3.1 Algemeen overzicht methodiek	25
3.2 Betrokkenheid partijen bij indicatorontwikkeling	26
3.3 Toelichting blok I	27
3.4 Toelichting blok II	32
3.5 Toelichting blok III	37
3.6 Toelichting blok IV	47
4. Conclusies en aanbevelingen	53
Literatuur	55
Bijlage 1 – Uitleg van begrippen rond indicatoreigenschappen	59
Deel 2 – Aanpassing van indicatoren uit de IGZ-basisset 2007	63
1. Inleiding	65
2. Selectie van indicatoren	67
3. Afbakening conceptueel kader indicatorset	69
4. Psychosociale problemen jeugd 0-19 jaar	71
4.1 Inleiding	71
4.2 Inhoudelijke verkenning geselecteerde onderwerpen	71
4.3 Totstandkoming conceptindicatoren	82
5. Kindermishandeling	91
5.1 Inleiding	91
5.2 Inhoudelijke verkenning geselecteerde onderwerpen	91
5.3 Totstandkoming conceptindicatoren	100
6. Amblyopie	105
6.1 Inleiding	105

6.2	Inhoudelijke verkenning geselecteerde onderwerpen	105
6.3	Totstandkoming conceptindicatoren	111
7.	Binnenhuismilieu	115
7.1	Inleiding	115
7.2	Inhoudelijke verkenning geselecteerde onderwerpen	115
7.3	Totstandkoming conceptindicatoren	123
8.	Bevindingen uit deskundigenraadpleging	129
8.1	Overzicht resultaten deskundigenraadpleging	129
8.2	Algemene beschouwing over de indicatoren	133
9.	Conclusies en Aanbevelingen	137
	Literatuur	141
	Bijlage 1 – Deelnemers werkgroep IGZ-RIVM	149
	Bijlage 2 – Deelnemers Delphi-onderzoek	151
	Bijlage 3 – Geraadpleegde deskundigen	153
	Bijlage 4 – Overzicht indicatoren uit de Basisset 2007	155
	Bijlage 5 – Beoordeling van indicatoren uit de Basisset 2007	159
	Bijlage 6 – Descriptive sheets van de voorgestelde indicatoren	161
	Bijlage 7 – Uitvoering Delphi-onderzoek en panelbijeenkomst	201
	Bijlage 8 – Afkortingenlijst	209

Samenvatting

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) voert haar toezicht onder andere uit volgens de methode van gefaseerd toezicht. Daarvoor heeft zij in overleg met het veld een aantal indicatorsets vastgesteld. Voor de Openbare Gezondheidszorg (OGZ) is in 2007 een set indicatoren vastgesteld. De indicatoren zijn gericht op volksgezondheidsmaten en prestaties van GGD'en en zorgorganisaties voor Jeugdgezondheidszorg (JGZ). De indicatorset was in 2007 nog niet uitontwikkeld, en daarom heeft de IGZ het RIVM gevraagd onderzoek te doen naar de kwaliteit van de bestaande set indicatoren en voorstellen te doen voor verbeteringen. Om ook in de toekomst zelfstandig en op gestructureerde wijze indicatoren te kunnen herzien of nieuwe indicatoren te kunnen ontwikkelen, vroeg de IGZ tevens om een methodiek voor indicatorontwikkeling voor de OGZ op te stellen.

In twee delen beschrijft dit rapport de uitwerking van beide onderzoeksdoelen: ontwikkeling van een methodiek en het doen van voorstellen voor herziening van bestaande of ontwikkeling van nieuwe indicatoren.

Deel 1 – Methodiek voor ontwikkeling van indicatoren

Allereerst is een conceptversie van de methodiek opgesteld. Deze was gebaseerd op de beoordeling van de indicatoren uit de IGZ-basisset uit 2007 en een literatuuronderzoek naar methoden van indicatorontwikkeling. Deze conceptversie van de methodiek is vervolgens gebruikt bij het verbeteren en aanscherpen van een aantal indicatoren uit de basisset 2007 (beschreven in Deel 2 van dit rapport). Dat betekent dat de methodiek in de praktijk is uitgetest en dat een eerste validering heeft plaatsgevonden. De ervaringen met het gebruik van de methodiek in de praktijk vormden weer belangrijke input bij het verbeteren en aanscherpen van de methodiek.

De methodiek bestaat uit vier onderdelen (blokken). Elk blok bevat een aantal stappen dat voor die fase in de ontwikkeling van belang is (zie Figuur 1). In het eerste blok worden het doel, de gebruikers, de focus en de onderwerpen van de indicatorset vastgesteld. In de volgende blokken worden de geselecteerde onderwerpen stuk voor stuk verder uitgewerkt. In het tweede blok wordt elk onderwerp gespecificeerd, de relevantie wordt aangegeven en de taken en activiteiten van de verschillende partijen worden beschreven. In de derde fase wordt een literatuurstudie uitgevoerd voor het betreffende onderwerp en worden de indicatoren geformuleerd. Nadat voor de indicatoren *descriptive sheets* zijn ontwikkeld, worden ze beoordeeld door deskundigen. In het vierde blok ten slotte worden de indicatoren in de praktijk getest en geïmplementeerd.

De methodiek kan door meerdere partijen gebruikt worden als handleiding voor het ontwikkelen van nieuwe indicatoren of voor het verbeteren van bestaande indicatoren. Als achtereenvolgens alle noodzakelijke stappen zijn doorlopen, zullen hoogstwaarschijnlijk indicatoren voor de OGZ worden verkregen die voldoende zijn onderbouwd en van goede kwaliteit zijn. Met op deze wijze ontwikkelde indicatoren zal IGZ haar toezicht beter kunnen onderbouwen en uitvoeren.

De beschreven methodiek zal in principe in elk indicatorontwikkelingsproject toegepast kunnen worden, maar bovenal houdt deze methodiek rekening met een aantal aspecten dat uniek is voor de OGZ. Het gaat dan met name om het beschrijven van de objecten en taakvelden waarop de indicatorset betrekking heeft, het uitvoeren van een actoranalyse en het selecteren van kernactiviteiten bij elk

gekozen onderwerp. Deze stappen zijn nodig voor het verhelderen van de complexiteit van deze sector, waarbinnen betrokken actoren veelal gedeelde taken en verantwoordelijkheden hebben.

Deel 2 – Aanpassing van indicatoren uit de IGZ-basiset 2007

De methodiek uit Deel 1 is toegepast op een aantal indicatoronderwerpen uit de IGZ-basiset 2007. De geselecteerde onderwerpen waren psychosociale problemen (0-19 jaar), kindermishandeling, amblyopie ('lui oog') en binnenhuismilieu. De indicatoren voor deze onderwerpen waren als minder sterk beoordeeld of er waren in de praktijk problemen met de kwaliteit van de aangeleverde gegevens. Voor de vier geselecteerde onderwerpen zijn in totaal negen indicatoren opgenomen in de IGZ-basiset 2007.

Aan de hand van de nieuwe methodiek zijn voor deze vier onderwerpen de bestaande indicatoren aangepast, en zijn nieuwe indicatoren geformuleerd. Daartoe is een literatuuronderzoek uitgevoerd, zijn kernactiviteiten vastgesteld en zijn descriptive sheets ontwikkeld. Deze zijn vervolgens voorgelegd aan deskundigen middels een Delphi-onderzoek en panelbijeenkomst. Het Delphi-onderzoek bestond uit twee schriftelijke ronden waarin deskundigen 31 conceptindicatoren beoordeelden. Aansluitend op het Delphi-onderzoek vond een panelbijeenkomst plaats waar de beoordelingsscores en argumenten plenair bediscussieerd werden. Na afloop van de bijeenkomsten bleek dat 21 indicatoren op steun van het panel konden rekenen. Het betrof 16 JGZ-indicatoren en 5 indicatoren over binnenmilieu. Voornaamste redenen voor het gebrek aan steun voor een aantal voorgelegde indicatoren waren:

- dat er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is dat de zorgactiviteit een positief effect heeft op de zorguitkomsten;
- dat de indicator onvoldoende zegt over het functioneren van de OGZ omdat ook andere ketenpartners aanzienlijke invloed hebben op de indicatoruitkomsten;
- dat het gezondheidsprobleem waarop de indicator betrekking heeft in het algemeen moeilijk beïnvloedbaar is;
- dat het gezondheidsprobleem waarop de indicator betrekking heeft zeer zeldzaam is, en om die reden weinig relevant is;
- dat richtlijnen waarop de indicator gebaseerd is soms nog niet officieel is vastgesteld.

Van de negen indicatoren uit de basiset 2007 zijn er vijf in het ontwikkeltraject vóór het Delphi-onderzoek afgevallen. Vier werden in het Delphi-onderzoek voorgelegd en kregen steun van het panel. Wel werden aanpassingen van de formulering voorgesteld. De indicatoren die het vóórkomen van een gezondheidsprobleem (prevalentie) meten, werden beoordeeld als minder geschikte indicatoren om toezicht mee te houden. De prevalentie van een gezondheidsprobleem wordt door vele determinanten beïnvloed, waarvan slechts enkele beïnvloedbaar zijn door OGZ-organisaties. Dit type indicatoren is echter wel van belang voor het stellen van beleidsprioriteiten door OGZ-organisaties, en is als zodanig zeker relevant. Daarom lijkt het zinvol om een duidelijk onderscheid aan te brengen in indicatoren waarbij OGZ-organisaties invloed kunnen uitoefenen op de indicatorscore, en indicatoren waarbij zij dat niet of maar in zeer beperkte mate kunnen. Het zou goed zijn dit onderscheid in de naamgeving tot uitdrukking te brengen, bijvoorbeeld door het eerste type indicatoren kwaliteitsindicatoren te noemen en het tweede type volksgezondheidsindicatoren.

Inleiding

1. Achtergrond onderzoek

Toezicht met behulp van indicatoren

De Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) kent drie vormen van toezicht: thematisch toezicht, interventietoezicht bij een calamiteit en gefaseerd toezicht. De eerste twee vormen van toezicht richten zich respectievelijk op een bepaald thema of taakveld, bijvoorbeeld de jeugdgezondheidszorg, en op een calamiteit. Bij gefaseerd toezicht richt de IGZ zich op het opsporen van situaties met een verhoogd risico voor de volksgezondheid en tracht vervolgens via inspectiebezoeken of handhavingmaatregelen zorgaanbieders tot kwaliteitsverbetering te brengen. Voor de Openbare Gezondheidszorg (OGZ) is de werkwijze als volgt. De IGZ heeft indicatoren voor de OGZ vastgesteld en vraagt Gemeentelijke/Gemeenschappelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) indicatorinformatie te verzamelen en aan te leveren. De indicatoren zijn gericht op volksgezondheidsmaten en prestaties van GGD'en en zorgorganisaties voor jeugdgezondheidszorg (JGZ). Op basis van de uitkomsten van de indicatoren krijgt IGZ inzicht in de risico's voor de volksgezondheid. Zij krijgt daarmee een indicatie van de terreinen of taakvelden waarop de risico's zich voordoen en in welke regio's de risico's het hoogst zijn. Zo mogelijk krijgt de IGZ met de indicatoren ook een indruk van het feit of GGD'en en zorgorganisaties voor JGZ voldoende doen om de risico's te verkleinen. Dit traject wordt de *eerste fase* van toezicht genoemd. Indien nodig bezoekt de IGZ een aantal GGD'en en bespreekt de resultaten of vraagt aanvullende informatie. In deze *tweede fase* stelt de IGZ vast of er inderdaad sprake is van een risico voor de volksgezondheid. Wanneer dit het geval is, worden er afspraken gemaakt met de betreffende instelling en wordt deze verzocht een plan van aanpak op te stellen waarin zij aangeeft hoe zij de situatie gaat verbeteren. Wanneer de IGZ van mening is dat dit onvoldoende verbetering oplevert, kan een *derde fase* volgen waarin de IGZ gaat handhaven. Hierin kunnen verscherpt toezicht en in het uiterste geval maatregelen zoals bevel of aanwijzing worden ingesteld (IGZ, 2007; IGZ, 2009).

In 2005 heeft de IGZ het initiatief genomen tot het ontwikkelen van indicatoren voor de OGZ. Na een literatuuronderzoek waarin een selectie van indicatoren is gemaakt (Coppen et al., 2006), zijn meerdere pilotonderzoeken naar de beschikbaarheid van gegevens uitgevoerd (IGZ, 2006). Vervolgens zijn de indicatoren op basis van de resultaten van die onderzoeken aangepast en in 2007 is de basisset *Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg* vastgesteld (IGZ, 2007), in dit rapport ook wel kortweg *basisset 2007* genoemd.

Andere indicatorsets in de OGZ

De basisset indicatoren OGZ van de IGZ staat niet op zichzelf. Naast deze set zijn er de afgelopen jaren nog andere indicatorsets op het gebied van de OGZ ontwikkeld, en andere sets zijn in ontwikkeling. De *benchmark GGD* en *benchmark JGZ* zijn gericht op interne kwaliteitsverbetering van GGD'en en zorgorganisaties voor JGZ. Door prestaties met elkaar te vergelijken kunnen instellingen leren van elkaar. Deze benchmark omvat vier onderdelen, namelijk financiële prestaties, medewerkerstevredenheidsonderzoek, cliëntervaring en inhoudelijke zorguitkomsten. Voor het onderdeel zorguitkomsten van de JGZ heeft TNO Kwaliteit van Leven eind 2008 een indicatorset

ontwikkeld (Broerse et al., 2008). In het landelijke kwaliteitsprogramma *Beter Voorkomen* hebben GGD Nederland, ActiZ en de Vereniging van Nederlandse Gemeenten (VNG) een set indicatoren ontwikkeld waarmee GGD'en en zorgorganisaties voor JGZ verantwoording kunnen afleggen aan gemeenten (Projectgroep Maatschappelijke Verantwoording, 2008). Deze set indicatoren bestaat uit indicatoren die reeds in andere sets (zoals de Benchmarks) of in de *Monitor Volksgezondheid* of *Monitor JGZ* zijn opgenomen. Binnen het programma *Zichtbare Zorg* werkt een projectgroep van gemeenten, VNG en IGZ aan de ontwikkeling van een set indicatoren waarmee gemeenten verantwoording kunnen afleggen aan het Rijk en de burgers over de kwaliteit van het gemeentelijk gezondheidsbeleid (Projectgroep Maatschappelijke Verantwoording, 2008). Uiteindelijk wil men alle indicatoren van de IGZ, Beter Voorkomen en Zichtbare Zorg terugbrengen tot één overkoepelende set van indicatoren voor maatschappelijke verantwoording.

Naast deze landelijke, overkoepelende projecten, kunnen we nog twee belangrijke initiatieven noemen. Het Academisch Medisch Centrum (AMC) en de GG&GD Amsterdam hebben een eerste aanzet gegeven om indicatoren voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) te ontwikkelen, die zowel door GGD'en als gemeenten gebruikt kunnen worden (Lauriks et al., 2008). En in het kader van de ontwikkeling van JGZ-richtlijnen, ontwikkelt TNO Kwaliteit van Leven momenteel indicatorsets die gericht zijn op handhaving en verbetering van de interne kwaliteitszorg. Deze zijn in eerste instantie bedoeld voor professionals en zorgorganisaties zelf.

Doelstelling van dit onderzoek

De IGZ ziet de set als groeimodel omdat het nog niet altijd mogelijk bleek om relevante, betrouwbare, meetbare en valide indicatoren te ontwikkelen. Dit vormde de aanleiding voor de IGZ om het RIVM te vragen onderzoek te doen naar de kwaliteit van de indicatoren uit de set en zonodig voorstellen voor verbetering te doen. Om ook in de toekomst indicatoren te kunnen herzien of nieuwe indicatoren te ontwikkelen, vroeg de IGZ tevens om een methodiek voor indicatorontwikkeling voor de OGZ op te stellen. Dit onderzoek kent aldus twee doelen:

1. Het komen tot een generieke methodiek die gebruikt kan worden voor het ontwikkelen of verbeteren van indicatoren voor de openbare gezondheidszorg.
2. Een voorstel doen voor aanpassing en aanscherping van enkele indicatoren uit de IGZ-basisset 2007, aan de hand van de ontwikkelde methodiek (zie doelstelling 1).

Voorstellen voor verbetering van het RIVM zullen door de IGZ worden meegenomen bij de vaststelling van de basisset 2010. Tot de opdracht aan het RIVM behoorde het selecteren van indicatoren die voor doorontwikkeling en/of aanscherping in aanmerking komen, het daadwerkelijk doorontwikkelen en aanscherpen van die indicatoren aan de hand van de ontwikkelde methodiek en het beoordelen van de kwaliteit van de nieuwe indicatoren met behulp van het AIRE-instrument. Het uittesten van de herziene of nieuw ontwikkelde indicatoren, behoorde niet tot de opdracht.

2. Leeswijzer

Dit rapport beschrijft het ontwikkelingsproces van de (verbeterde) indicatoren. In Deel 1 wordt de ontwikkelde methodiek voor indicatorontwikkeling in de OGZ beschreven. In Deel 2 wordt de toepassing van deze methodiek op vier indicatoronderwerpen (negen indicatoren) uit de basisset 2007 (IGZ, 2007) beschreven. Allereerst wordt ingegaan op de selectie van de indicatoren uit de basisset die het meest voor verbetering in aanmerking komen (Deel 2, hoofdstuk 2). In opeenvolgende hoofdstukken (4 tot en met 7) wordt dan de toepassing van de methodiek op de vier geselecteerde

indicatoronderwerpen beschreven. Deel 2 eindigt met hoofdstuk 9 waarin de resultaten worden samengevat, conclusies worden gegeven en aanbevelingen worden gedaan voor de verdere ontwikkeling van indicatoren.

Literatuur

Broerse A, Akker-van Marle ME van, Jonge A de, Lanting CI, Ploeg CPB van der. Onderzoek naar indicatoren ketenaansluiting bij bevolkingsonderzoek. TNO-rapport KvL/P&Z 2007.004. Leiden: TNO, 2007.

Broerse A, Kamphuis M, Dik G. Bouwsteen zorguitkomsten voor de benchmark Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. TNO-rapport KvL/P&Z 2008.107. Leiden: TNO, 2008.

IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg. Indicatoren OGZ, Kwartaalbericht, gelaagd en gefaseerd toezicht op de openbare gezondheidszorg. Nummer 5, december 2006.

IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg. Indicatoren openbare gezondheidszorg. Basisset 2007. Den Haag: IGZ, 2007.

IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toelichting op gefaseerd toezicht. <<http://www.igz.nl>> Home\ Loket zorgaanbieders\ Gefaseerd toezicht (bezocht 26 januari 2009).

Lauriks S, Wit MAS de, Buster MCA, Asbroek AHA ten, Arah OA, Klazinga NS. Prestatie-indicatoren voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: een conceptueel kader. Tijdschr Gezondheidswet 2008; 86: 328-336.

Projectgroep Maatschappelijke Verantwoording: GGD Nederland, ActiZ, VNG. Maatschappelijke Verantwoording in de OGZ. Advies aan de stuurgroep Zichtbare Zorg OGZ met betrekking tot de conceptset van prestatie-indicatoren. Uitgevoerd binnen het kwaliteitsprogramma Beter Voorkomen. Utrecht: GGD Nederland, 2008.

Projectgroep Zichtbare Zorg Openbare Gezondheidszorg. Visiedocument; verantwoording gemeentelijk gezondheidsbeleid. Den Haag: Zichtbare Zorg, 2008.

Deel 1 – Een methodiek voor ontwikkeling van indicatoren in de OGZ

R. Gijsen
N.A.M. Post
K.E. Witte
I. Bovendeur
J.S. de Koning

1. Inleiding

In dit deel van het rapport wordt een methodiek beschreven voor indicatorontwikkeling in de OGZ. De methodiek is ontwikkeld in opdracht van de IGZ) en kan worden toegepast op het ontwikkelen van nieuwe indicatoren of het herzien van reeds bestaande indicatoren in de OGZ. Naast de IGZ kunnen ook andere partijen deze methodiek gebruiken voor het ontwikkelen of het herzien van (eigen) indicatoren. Te denken valt aan GGD'en en zorgorganisaties voor JGZ, gemeenten, koepelorganisaties (bijvoorbeeld GGD Nederland, ActiZ, VNG), wetenschappelijke verenigingen en beroepsorganisaties (Artsen Jeugdgezondheidszorg (AJN), Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland (V&VN)) en de rijksoverheid.

2. Verantwoording

In april 2007 heeft de IGZ de basisset *Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg* gepubliceerd (IGZ, 2007). Net zoals richtlijnen in de gezondheidszorg hebben ook indicatoren een bepaalde houdbaarheidsdatum. Nieuwe wetenschappelijke inzichten, veranderingen in de gezondheidszorg, beschikbaarheid van gegevens of registraties zullen veelal moeten leiden tot nieuwe of herziene indicatoren. Daarom ligt het voor de hand dat na verloop van tijd de IGZ indicatoren uit deze basisset wil herzien of geheel nieuwe indicatoren wil ontwikkelen. Ter ondersteuning van dergelijke ontwikkeltrajecten, is het RIVM gevraagd een generieke methodiek op te stellen die gebruikt kan worden bij het herzien van bestaande of het ontwikkelen van nieuwe indicatoren. De methodiek is gebaseerd op een aantal componenten:

1. beoordeling van het ontwikkeltraject van de indicatoren uit de IGZ-basisset en de gepubliceerde informatie over deze indicatoren;
2. literatuuronderzoek naar methoden van indicatorontwikkeling;
3. ervaringen met het verbeteren van enkele van de huidige indicatoren uit de basisset;
4. bestaande kennis over en ervaring met indicatorontwikkeling binnen het Centrum Volksgezondheid Toekomstverkenningen (cVTV) van het RIVM.

Beoordeling van de bestaande indicatoren uit de IGZ-basisset

Onderzoekers van het RIVM hebben in 2007 het ontwikkeltraject van de indicatoren uit de IGZ-basisset en de gepubliceerde informatie over deze indicatoren beoordeeld (Witte et al., 2008). Hiervoor hebben zij gebruikgemaakt van de basisset (IGZ, 2007), het rapport waarin de ontwikkeling van de set beschreven is (Coppen et al., 2006), kwartaalberichten van de IGZ uit 2006 en 2007 (nummers 1 tot en met 6) en interne stukken van de IGZ (voornamelijk verslagen van bijeenkomsten). Uit de beoordeling bleek dat de indicatorset op een aantal aspecten verbeterd zou kunnen worden:

- Voor de afzonderlijke indicatoren is niet of slecht beschreven waar ze precies betrekking op hebben en hoe ze tot stand zijn gekomen. Een beschrijving van het doel en van het organisatorisch verband en het zorgproces waar de indicatoren betrekking op hebben (over wie zegt de indicator wat, en over welk zorgproces) ontbreekt. De criteria waarop de selectie van de indicatoren is gebaseerd, zijn niet beschreven.
- Informatie over de wetenschappelijke onderbouwing van de indicatoren ontbreekt.
- Instructies voor de interpretatie van de indicatoruitkomsten ontbreken.
- De indicatorset is niet formeel door beroepsgroepen en organisaties in de OGZ vastgesteld; wel door de IGZ.

Bij het herzien of ontwikkelen van nieuwe indicatoren voor de openbare gezondheidszorg kan de IGZ op voornoemde aspecten haar indicatoren verbeteren. In dit rapport worden de verschillende onderdelen van indicatorontwikkeling uitgebreid beschreven en komen de aspecten waar de IGZ-indicatoren minder goed op scoorden, uitvoerig aan bod.

Literatuuronderzoek naar methoden van indicatorontwikkeling

In 2007 heeft een stagiaire Gezondheidswetenschappen werkzaam bij het centrum VTV een literatuurstudie uitgevoerd naar methoden die nationaal en internationaal worden toegepast voor de ontwikkeling van indicatoren in de zorg en preventie (Attema, 2007; ook opgenomen in Witte et al.,

2008). In het merendeel van de geïdentificeerde literatuur wordt summier aandacht besteed aan de wijze waarop de indicatoren zijn ontwikkeld. Weinig bronnen beschrijven ontwikkelmethoden specifiek voor indicatoren gericht op de openbare gezondheidzorg. In 12 bronnen die wel in een bepaalde mate ingaan op de methode van indicatorontwikkeling, worden in totaal 42 verschillende elementen voor indicatorontwikkeling beschreven. De helft van deze elementen komt in meer dan de helft van de bronnen expliciet voor. Het gaat om elementen rondom doel en relevantie, organisatorisch verband, formulering, wetenschappelijk bewijs, verdere onderbouwing, betrokkenheid van belanghebbenden, data en toepassing. Deze elementen worden daarom beschouwd als kernelement en vormen onderdeel van de door ons ontwikkelde methodiek (zie Tabel 1).

Tabel 1 Kernelementen voor indicatorontwikkeling (Witte et al., 2008).

Kernelementen voor indicatorontwikkeling	
<i>Elementen rond doel en relevantie</i>	
1.	Duidelijke en heldere beschrijving van het doel van de indicator
<i>Elementen rond het organisatorisch verband</i>	
2.	Beschrijven van het organisatorische verband waarop de indicator betrekking heeft
3.	Beschrijven van de aard en omvang van zorgprocessen en/of zorguitkomsten waarop de indicator betrekking heeft
4.	Beschrijven van het kwaliteitsdomein waarop de indicator betrekking heeft
<i>Elementen rond de formulering</i>	
5.	Specificeren van de doelgroep waarop de indicator betrekking heeft
6.	Specifieke beschrijving van de teller en noemer
<i>Elementen rond wetenschappelijk bewijs</i>	
7.	Indicatoren baseren op een systematische review van wetenschappelijk bewijs
8.	De kwaliteit van het wetenschappelijke bewijs systematisch onderzoeken
<i>Elementen rond verdere onderbouwing</i>	
9.	Onderzoeken of een indicator valide is
10.	Specificeren van de criteria die gehanteerd worden voor het vaststellen van de validiteit
11.	Onderzoeken of een indicator betrouwbaar is
<i>Elementen rondom betrokkenheid van belanghebbenden</i>	
12.	Betrekken van alle relevante partijen bij de ontwikkeling van de indicator
13.	Integreren van de visie van experts met behulp van consensusmethoden
<i>Elementen rondom data</i>	
14.	Onderzoeken of er databronnen zijn die betrouwbare informatie leveren over de indicator
15.	Standaardiseren van de dataverzameling
16.	Ondersteunen van de indicator met een specifieke instructie voor de weergave en interpretatie van de gegevens

Kernelementen voor indicatorontwikkeling
<i>Elementen rondom toepassing</i>
17. Onderzoeken of de indicator voldoende draagvlak heeft en acceptabel is
18. Onderzoeken of een indicator over voldoende discriminerend vermogen beschikt
19. Onderzoeken of een indicator getoetst kan worden aan een norm
20. Overwegen en beschrijven van een strategie voor risicocorrectie
21. Testen van de indicator op praktische haalbaarheid

Twee onderdelen uit deze lijst kregen van de RIVM-onderzoekers extra aandacht: het organisatorisch verband waar de indicator betrekking op heeft en het raadplegen van relevante experts en creëren van draagvlak en acceptatie. Het beschrijven van het organisatorisch verband (elementen 2, 3 en 4) is voor de OGZ erg belangrijk, omdat de zorg via complexe netwerken wordt uitgevoerd. Het opnemen van een analyse van de actoren met hun taken, verantwoordelijkheden en onderlinge relaties bij het ontwikkelen van indicatoren, is dus gewenst. Gezien de gevarieerde groep van professionals en organisaties die werkzaam is in de OGZ, is het belangrijk om betrokkenheid, draagvlak en acceptatie tot stand te brengen. Dat kan door veldpartijen en professionals bij de ontwikkeling van indicatoren te betrekken en hun kennis te gebruiken (elementen 12 en 13), door een pilot uit te voeren waarin verschillende aspecten van de indicatorset worden getest (elementen 11, 17, 18 en 21), door de indicatorset uiteindelijk formeel vast te laten stellen door de relevante partijen en door de set te publiceren.

Twee elementen die niet in de lijst zijn opgenomen omdat ze in de onderzochte literatuur niet vaak genoemd worden, maar door de RIVM-onderzoekers wel als belangrijk werden beschouwd voor de OGZ, zijn het gebruik van consensusmethoden en het onderzoeken van de bruikbaarheid van bestaande databronnen. Op verschillende terreinen binnen de OGZ is gebrek aan wetenschappelijke onderbouwing. In dergelijke gevallen kan het gebruik van consensusmethoden behulpzaam zijn, zodat toch inzicht verkregen kan worden in het feit of *opinion based* kwaliteit van zorg geboden wordt. Daarnaast is het onderzoeken van de bruikbaarheid van de databronnen juist voor de OGZ van belang, omdat binnen de sector vaak gebruikgemaakt wordt van een grote variatie aan bronnen. Deze zijn niet altijd uniform, met mogelijke interpretatieproblemen tot gevolg.

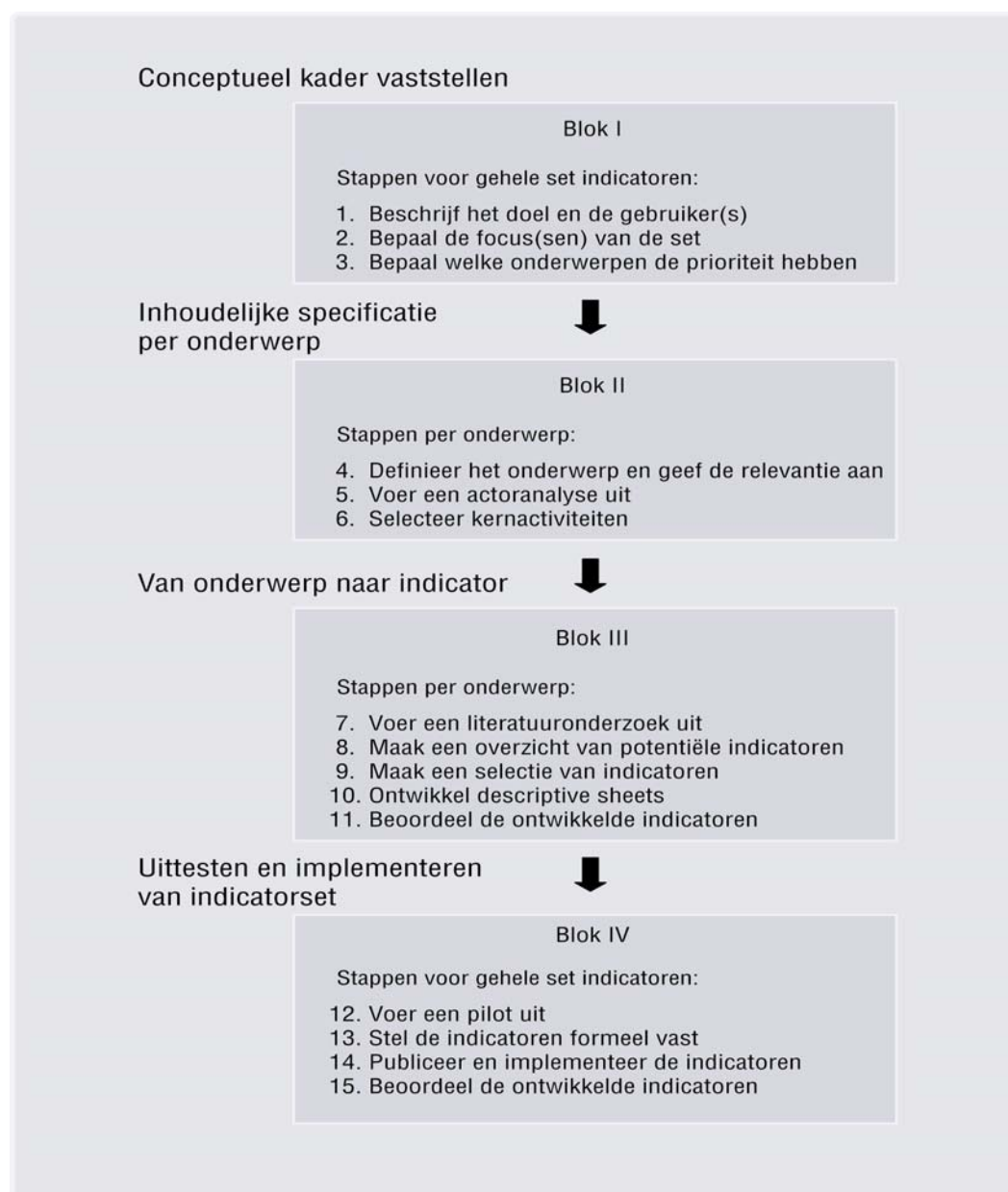
Ervaringen met het verbeteren van enkele van de huidige indicatoren uit de basiset

Op basis van geconstateerde verbeterpunten van de huidige indicatorset, de voornoemde kernelementen en aanvullingen is een conceptmethodiek indicatorontwikkeling OGZ ontwikkeld (Witte et al., 2008). Deze is vervolgens gebruikt bij het verbeteren van een aantal indicatoren uit de basiset 2007 van de IGZ (zie Deel 2 van dit rapport). Dit betekent dat de methodiek in de praktijk uitgetest is en een eerste validering heeft plaatsgevonden. Deze praktijkervaring diende vervolgens weer als belangrijke input bij het aanscherpen en verbeteren van de methodiek. In het volgende hoofdstuk volgt aldus de herziene en in de praktijk uitgeteste versie van de methodiek.

3. Beschrijving van de methodiek

3.1 Algemeen overzicht methodiek

Figuur 1 geeft een overzicht van de methodiek voor indicatorontwikkeling voor de OGZ. De methodiek bestaat uit vier onderdelen, namelijk blok I, II, III en IV. Elk blok bevat een aantal stappen dat voor die fase in de indicatorontwikkeling van belang is.



Figuur 1 Methodiek voor indicatorontwikkeling in de openbare gezondheidszorg.

- Blok I bestaat uit het afbakenen van het conceptuele kader van de gehele indicatorset aan de hand van het vaststellen van het doel, de gebruiker(s) en de focus van de indicatorset. Ook worden de belangrijkste onderwerpen waar de indicatorset zich op richt nader bepaald.
- Blok II bestaat uit een aantal stappen die per geselecteerd onderwerp worden uitgevoerd, zoals het beschrijven van de relevantie, het uitvoeren van een actoranalyse en het vaststellen van de kernactiviteiten waar de indicator(en) betrekking op heeft.
- Blok III bestaat uit een aantal stappen die gebruikelijk zijn bij indicatorontwikkeling, zoals het uitvoeren van een literatuuronderzoek, het formuleren van de indicator en het beoordelen van de geselecteerde indicator.
- Blok IV is van toepassing op de gehele set van indicatoren. Beschreven wordt hoe de indicatoren aan de hand van een pilotonderzoek worden uitgetest in de praktijk en vervolgens worden vastgesteld, gepubliceerd en geïmplementeerd. Als laatste stap wordt de ontwikkelde indicatorset beoordeeld, waarna ze eventueel nog kunnen worden herzien.

Per blok wordt in paragraaf 3.3 tot en met 3.6 een toelichting gegeven over de stappen die genomen dienen te worden. Maar eerst wordt in paragraaf 3.2 ingegaan op de betrokkenheid van partijen bij indicatorontwikkeling, omdat dit van invloed kan zijn op de invulling van de stappen uit de methodiek en uiteindelijk de kwaliteit van de indicatorset en het draagvlak in het veld.

3.2 Betrokkenheid partijen bij indicatorontwikkeling

Om de kwaliteit, het draagvlak en de implementatie van indicatoren te bevorderen, wordt er vaak gekozen om relevante partijen te betrekken bij indicatorontwikkeling (Mainz, 2003; De Koning et al., 2007a). Hierdoor wordt alle beschikbare kennis en ervaring meegenomen bij de ontwikkeling van de indicatoren. Een vakinhoudelijke specialist kan bijvoorbeeld relevante onderwerpen aandragen, een epidemioloog kan adviseren over het verbeteren van de validiteit van een indicator en administratief personeel met kennis van registratiesystemen kan mogelijk een inschatting maken van de haalbaarheid van het meten van een indicator (Rubin et al., 2001). Vaak wordt bij de samenstelling van een groep ontwikkelaars aanbevolen te streven naar een goede afspiegeling van de belanghebbenden die met het onderwerp van de set van indicatoren te maken hebben (Beersen et al., 2007; De Koning et al., 2007a). Er bestaat echter geen norm voor het aantal en type partijen dat betrokken moet zijn bij het ontwikkelen van een set van indicatoren, noch in welk stadium van het proces dit idealiter zou moeten plaatsvinden. Vanuit praktische overwegingen wordt wel aangeraden om het aantal ontwikkelaars beperkt te houden (Mainz, 2003).

Een veel toegepaste werkvorm is dat onderzoekers de algemene uitvoering op zich nemen en regelmatig overleggen met de opdrachtgevers. De werkgroep van onderzoekers en opdrachtgevers kan eventueel worden uitgebreid met een of meer deskundigen. Per onderwerp (of groep van indicatoren) kunnen dat deskundigen uit een ander expertisegebied zijn. Het is belangrijk dat de deskundigen voldoende afstand kunnen nemen van de belangen in het veld. Bij aanvang van het ontwikkeltraject dient de werkgroep van onderzoekers en opdrachtgevers samengesteld te worden.

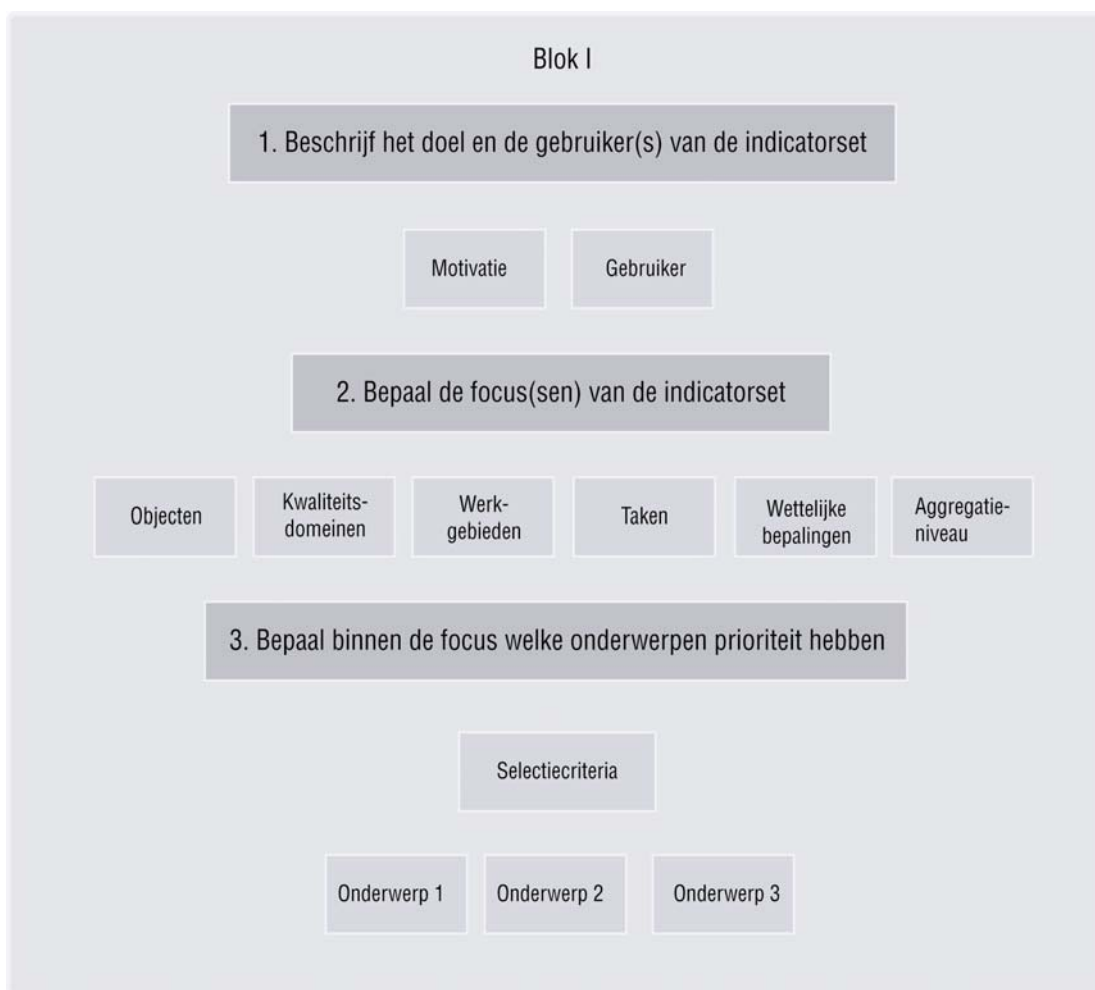
Er kan ook voor gekozen worden om vanaf het begin van het traject vertegenwoordigers van alle beroepsgroepen en/of brancheorganisaties die met het onderwerp te maken hebben, in de werkgroep op te nemen. Een dergelijke vorm wordt bijvoorbeeld vaak toegepast bij de ontwikkeling van richtlijnen in de zorg (CBO, 2007).

Behalve als deelnemer aan de expertgroep, kunnen bij diverse onderdelen van het traject van indicatorontwikkeling deskundigen betrokken worden. Het meest voor de hand ligt dat voor de onderdelen ‘het prioriteren van onderwerpen’, ‘definiëren van het onderwerp en aangeven van de relevantie’, ‘actoranalyse’, ‘selecteren van de kernactiviteiten’, ‘selectie van de indicatoren’, en ‘de beoordeling van de ontwikkelde indicatoren met een consensusmethode’ (zie Figuur 1).

Het is van belang dat de achterban van de betrokken partijen op de hoogte wordt gesteld van de (tussentijdse) resultaten van de indicatorontwikkeling, om zo het draagvlak voor de indicatorset te vergroten.

3.3 Toelichting blok I

Blok I is van toepassing op de gehele indicatorset. Dit blok vormt het conceptuele kader waarin een aantal basisassumpties wordt gemaakt met betrekking tot de doelstelling van de indicatorset en het organisatorische kader waar de indicatorset betrekking op heeft (zie Figuur 2).



Figuur 2 Uitgewerkt stappenschema van blok I van de methodiek.

Stap 1. Beschrijf het doel en de gebruiker(s) van de indicatorset

Indicatorsets kunnen verschillende gebruiksdoelen hebben. Het is daarom belangrijk om vooraf vast te stellen met welk doel een indicatorset wordt ontwikkeld (motivatie) en wie de informatie die verzameld gaat worden, gaat gebruiken (gebruiker) (Rubin et al., 2001). Hoewel dit evident lijkt, leert de praktijk dat het doel vaak niet helder geformuleerd wordt en dat gedurende het ontwikkeltraject problemen ontstaan omdat de werkgroep hierover uiteenlopende ideeën heeft.

Een veel voorkomend onderscheid wordt gemaakt tussen indicatorsets voor interne kwaliteitsverbetering en voor externe verantwoording (Berg en Schellekens, 2002), zie Tekstblok 1.

Tekstblok 1 Verschil tussen interne kwaliteitsverbetering en externe verantwoording

Interne kwaliteitsverbetering

Indicatoren voor interne kwaliteitsverbetering zijn vooral gericht op sturing en verbetering van de eigen (zorg)processen en worden gebruikt door professionals en/of managers. Deze indicatoren zijn er voor intern gebruik. Het belangrijkste doel van deze indicatoren is om te weten te komen of de eigen (verbeter)doelen worden bereikt, om een (zorg)proces beter te leren kennen of een signaal te krijgen zodra het kwaliteitsniveau van een (zorg)taak is gedaald. Interne indicatoren worden doorgaans niet gebruikt om inzicht aan derden te verschaffen over het handelen van een organisatie of individuele professional ten behoeve van transparantie en vergelijking van actoren.

Externe verantwoording

Gezondheidszorginstellingen en beroepsbeoefenaren worden in toenemende mate gevraagd om informatie over de eigen prestaties aan te leveren aan verzekeraars, patiënten- en cliëntenorganisaties, beleidsmakers en overheden, de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) en raden van toezicht van gezondheidszorginstellingen. Hierbij gaat het om prestatie-informatie die gevraagd en gebruikt wordt door anderen dan de beroepsbeoefenaren zelf. De informatiebehoefte verschilt dan ook per type organisatie. Zo vragen verzekeraars veelal om verantwoordingsinformatie over kwaliteit, kosteneffectiviteit en onnodig gebruik van zorgvoorzieningen; patiënten- en cliëntenorganisaties om informatie over beschikbaarheid van zorg, de technische kwaliteit van het zorgaanbod en de bejegening van de patiënt door de zorgprofessional; en beleidsmakers om informatie over de kwaliteit en toegankelijkheid van de zorg en de bijdrage van de verschillende zorgvoorzieningen aan de volksgezondheid (op geaggregeerd niveau). Een afgeleid doel van transparantie is kwaliteitsverbetering; zorgaanbieders vergelijken eigen prestaties met die van anderen wat een stimulerend effect heeft op het verbeteren van het eigen functioneren.

Stap 2. Bepaal de focus(sen) van de indicatorset

De OGZ kent een complexe organisatie met verschillende partijen die ieder hun eigen taken, verantwoordelijkheden, belangen en bevoegdheden hebben. Dit is niet anders dan in andere zorgsectoren. Wel kunnen binnen de OGZ verschillende partijen gedeelde taken en verantwoordelijkheden hebben en zijn de taken en verantwoordelijkheden niet in alle regio's hetzelfde. Hierdoor is het van belang dat in een vroeg stadium duidelijk is wat de focus van de indicatorset is. Met het begrip 'focus' bedoelen wij dat duidelijk is over wie de indicatoren iets zeggen (objecten), waarop de indicatoren betrekking hebben (kwaliteitsdomeinen), waarover zij informatie verschaffen (werkgebieden, taakvelden, wettelijke bepalingen) en op welk aggregatieniveau (bijvoorbeeld op regio-, instelling- of medewerkerniveau).

Het kwaliteitsdomein geeft het perspectief aan van waaruit naar kwaliteit gekeken wordt. Binnen het begrip kwaliteit wordt een aantal kwaliteitsdomeinen onderscheiden. Het Institute of Medicine (IOM, 2001) onderscheidde zes domeinen, veelal wordt hier nog een zevende (toegankelijkheid) aan toegevoegd (zie Tekstblok 2). Verschillende actoren binnen de OGZ kunnen verschillende domeinen belangrijk vinden (Berg en Schellekens, 2002). Zo kunnen vanuit het perspectief van de zorgconsument de toegankelijkheid en doelgroepgerichtheid belangrijke kwaliteitsaspecten zijn, terwijl zorgverzekeraars vooral letten op de efficiëntie. In stap 10 van blok III (zie paragraaf 3.5) wordt een voorbeeld gegeven van een indicator en de kwaliteitsdomeinen waarop deze betrekking heeft.

Tekstblok 2 Kwaliteitsdomeinen (gebaseerd op IOM, 2001)

1. Effectiviteit: gebruik van interventies die bewezen effectief zijn, bij alle individuen die ervan kunnen profiteren, maar juist geen gebruik van die interventies bij degenen die er waarschijnlijk niet van kunnen profiteren (voorkomen van over- en ondergebruik).
2. Tijdigheid: op het juiste tijdstip aanbieden van (preventieve) zorg zoals de hiepprik en griepvaccinatie. Voorkomen van onnodige (soms schadelijke) wachttijden, bijvoorbeeld na een positieve screeningsuitslag.
3. Veiligheid: vermijden van schade bij interventies die de intentie hebben de gezondheid van een individu of doelgroep te bevorderen.
4. Toegankelijkheid: toegang tot (zorg)voorzieningen en interventies wordt niet belemmerd door (persoonlijke) karakteristieken, zoals geslacht, etniciteit, geografische locatie en sociaaleconomische status.
5. Efficiëntie (doelmatigheid): zorg die verspilling vermijdt, inclusief verspilling van middelen, voorraden, ideeën en energie.
6. Doelgroepgerichtheid: respecteren van voorkeuren, behoeften en waarden van (individuen binnen) doelgroepen en daarnaar handelen.
7. Gelijkheid: aanbieden van kwalitatief gelijkwaardige zorg aan alle groepen burgers, ongeacht geslacht, etniciteit, regionale afkomst en sociaaleconomische status.

Tijdens het vaststellen van de focus van de indicatorset kan ook besloten worden over welke aspecten van de zorg de indicatoren informatie dienen te verschaffen. Er zijn verschillende type indicatoren die elk verwijzen naar een bepaald aspect van de zorg, te weten: structuur-, proces-, of uitkomstindicatoren. Structuurindicatoren hebben betrekking op menselijke, fysieke en financiële middelen om goede zorg te verlenen. Procesindicatoren geven informatie over het daadwerkelijke zorgverleningsproces. Voor inzicht in het effect van de zorg worden uitkomstindicatoren gebruikt (Donabedian, 1980; Deroose et al., 2002). Stap 10 van blok III beschrijft een aantal voorbeelden van de verschillende typen indicatoren (zie paragraaf 3.5).

Een indicatorset kan zich ook op meerdere focussen richten, zoals beschreven is in het tweede en derde voorbeeld hierna.

Voorbeeld bij stap 2 Indicatoren voor maatschappelijke verantwoording

De Projectgroep Maatschappelijke Verantwoording binnen het kwaliteitsprogramma 'Beter Voorkomen' heeft een kaderdocument *Maatschappelijke Verantwoording* uitgebracht (Projectgroep Maatschappelijke Verantwoording, 2007). In dit document is voor de OGZ het antwoord gegeven op de vragen: wie verantwoordt zich binnen de openbare gezondheidszorg tegenover wie en waarover? Het kaderdocument geeft de reikwijdte aan voor de ontwikkeling van een set indicatoren waarmee GGD'en en zorgorganisaties voor JGZ zich maatschappelijk kunnen verantwoorden. In dit kaderdocument wordt uiteengezet wat verstaan wordt onder 'de openbare gezondheidszorg', wat de belangrijkste actoren zijn en binnen welk wettelijk kader de GGD'en en de zorgorganisaties voor JGZ in de OGZ vormgeven aan verantwoorde zorg.

Voorbeeld bij stap 2 OECD-indicatoren over Health Promotion, Prevention and Primary Care

De Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD) heeft in het project 'Health Care Quality Indicators' voor zorg en preventie een groot aantal indicatoren ontwikkeld. In 2004 is een apart onderzoeksproject gestart om op het gebied van 'Health Promotion, Prevention and Primary Care' een afzonderlijke set indicatoren te ontwikkelen. De te ontwikkelen indicatorset zou geschikt moeten zijn voor het internationaal vergelijken van prestaties. De set is gericht op functies van het zorgsysteem, en niet op bepaalde 'settings', organisaties of type professionals, omdat de organisatie van de openbare en primaire gezondheidszorg in elk land anders kan zijn.

Het vaststellen van de focus van deze indicatorset blijkt erg lastig te zijn, omdat enerzijds de organisatie van de openbare en primaire gezondheidszorg tussen de lidstaten erg verschillend is, en anderzijds omdat lidstaten uiteenlopende beleidsdoelstellingen hebben. Lidstaten willen nationale beleidsdoelstellingen ook graag in internationaal verband verwezenlijkt zien worden.

De scope van het project is gericht op de technische kwaliteit van zorg: effectiviteit, veiligheid en 'responsiveness/patiënt centeredness'. De set zou *niet* gericht zijn op (tijdige) toegankelijkheid, zorgcoördinatie en continuïteit van zorg. Taakvelden waarop de set gericht is, zijn primaire preventie van chronische ziekten, preventie van soa en abortus, verloskundige zorg, vaccinatie van kinderen en ouderen, openbare/primaire gezondheidszorg waarmee ziekenhuisopnamen voorkomen kunnen worden, gedragsverandering bij chronisch zieken en secundaire preventie bij patiënten met cardiovasculaire ziekten.

Taakvelden die volgens de OECD nog verder ontwikkeld zouden moeten worden, zijn preventie en zorg ten aanzien van verslavende middelen en acute aandoeningen, screening van kankers, begeleiding van zwangerschap en geboorte, moeder- en kindzorg, zorg bij chronisch zieken en pijnbestrijding. Afzonderlijke lidstaten stelden nog aanvullende taakvelden voor, zoals: gezondheidsbevordering in het ziekenhuis, zorg verleend door private zorgorganisaties, sociale en maatschappelijke zorg, zorg voor ouderen (met aandacht voor multimorbiditeit) en zorg voor kinderen.

Voorbeeld bij stap 2 Indicatoren voor toezicht

Omdat de IGZ behoefte had aan een hulpmiddel bij de uitvoering van toezicht op instellingen op het gebied van OGZ, heeft de IGZ begin 2005 het (NIVEL) gevraagd daarvoor een set van indicatoren te ontwikkelen. In 2005 en 2006 is deze set ontwikkeld (Coppen et al., 2006). Bij de opdracht stond reeds vast dat de indicatoren:

- zich richten op de uitkomsten van de taken omschreven in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV);
- zich richten op de lokale openbare gezondheidszorg;
- gevuld worden met gegevens uit bestaande registraties;
- richtinggevend zijn voor eventueel volgend inspectiebezoek.

Naast GGD'en waren zorgorganisaties voor JGZ object van deze set ('wie'), omdat de JGZ voor 0-4 jarigen doorgaans door zorgorganisaties voor JGZ wordt uitgevoerd. De set indicatoren hoefde zich niet te richten op de WCPV-taken met betrekking tot de bevolkingsonderzoeken. Ook de technische hygiënezorg kon buiten beschouwing gelaten worden. De taken waarop de indicatoren zich wel dienden te richten, waren infectieziektebestrijding, Medische Milieukunde (MMK), Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ), gezondheidsbevordering en JGZ ('wat').

Stap 3. Bepaal binnen de focus welke onderwerpen prioriteit hebben

Nadat de focus van de indicatorset is vastgesteld, is het zaak om te bepalen voor welke onderwerpen indicatoren ontwikkeld worden. Soms vloeien de mogelijke onderwerpen voort uit voorgaande stappen of gaat er een uitgebreide inventarisatie aan vooraf. Daarbij wordt door de werkgroep een groslijst van onderwerpen opgesteld. Eventueel kan men deskundigen van buiten de werkgroep onderwerpen laten aandragen. Bij een veelheid aan onderwerpen is het handig om de onderwerpen te clusteren en vervolgens een selectie te maken. De keuze van de onderwerpen wordt in deze stap bepaald aan de hand van een aantal selectiecriteria (zie Tekstblok 3).

Tekstblok 3 Selectiecriteria bij het prioriteren van onderwerpen

De volgende selectiecriteria worden vaak toegepast bij het prioriteren van onderwerpen:

- de impact op ziekte en/of sterfte;
- kosten die ermee gepaard gaan;
- aangevoelde of veronderstelde variatie in de kwaliteit van zorg;
- de beschikbaarheid van gegevens;
- het te verwachten verbeterpotentieel;
- speerpunten van beleid en aanwezigheid van wettelijke bepalingen.

In de meeste gevallen wordt een onderwerp gekozen op basis van het criterium 'de impact op ziekte en sterfte'. Hierbij gaat het om gezondheidsproblemen waar veel patiënten mee te maken hebben en die leiden tot een toename van morbiditeit en mortaliteit. Verbetering van gezondheidszorg voor deze patiëntengroepen kan leiden tot veel gezondheidswinst in termen van kwaliteit van leven en sterfte. Ook sluiten deze onderwerpen veelal aan bij de algemene doelstelling van volksgezondheidsbeleid: het bereiken van 'een goede volksgezondheid, waarbij mensen gezond leven en zo min mogelijk bloot staan aan bedreigingen van hun gezondheid' (VWS, 2008). Maar natuurlijk kunnen ook andere selectiecriteria belangrijk zijn in de keuze van het onderwerp. Dat is afhankelijk van de gebruiker, het doel en de focus van de indicatorset. Als de indicatoren bijvoorbeeld gebruikt zullen worden door

gemeenten of burgers, zal de variatie in de verleende kwaliteit van zorg tussen (GGD-) regio's waarschijnlijk veel prioriteit krijgen. Overigens is er veelal een onderlinge relatie tussen de criteria. Voor onderwerpen waarbij sprake is van een sterke impact op ziekte en/of sterfte zal de te behalen gezondheidswinst over het algemeen ook groot zijn en is in beleidsnotities ook veelal aandacht.

Voorbeeld bij stap 3 Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg

In 2006 heeft het NIVEL een voorzet gedaan voor een basisset van indicatoren waarmee de IGZ toezicht zou kunnen houden op de openbare gezondheidszorg. Bij het ontwikkelen van indicatoren voor deze basisset was aansluiting bij bestaande registraties een belangrijk selectie criterium. Door deze manier van ontwikkelen wordt vanaf het begin rekening gehouden met de beschikbaarheid van gegevens om de registratielast voor het veld tot een minimum te beperken (Coppen et al., 2006).

Van de uitgebreide lijst met mogelijke onderwerpen om indicatoren voor te ontwikkelen, is na clustering van de overlappende onderwerpen een mediumlist ontstaan. Deze is vervolgens door een projectgroep teruggebracht tot een shortlist. Deze onderwerpen zijn, na consultatie van deskundigen, verder uitgewerkt tot indicatorvraagstellingen.

Het gaat in deze stap om keuzes tussen onderwerpen die in een indicatorset opgenomen zullen worden. Hiervoor is het niet nodig om een uitgebreid literatuuronderzoek te doen. Onderbouwing van de onderwerpskeuze kan bijvoorbeeld komen uit (recente) belangrijke publicaties over het onderwerp, ervaringen en observaties van inspecteurs, en het gezichtspunt van onderzoekers en vertegenwoordigers van veldpartijen. Om het selectieproces inzichtelijk te maken, is het van belang om vast te leggen welke criteria zijn gebruikt om een onderwerp te selecteren, welke onderwerpen geselecteerd zijn en welke argumenten gebruikt zijn om tot die selectie te komen.

De werkgroep besluit uiteindelijk welke onderwerpen geselecteerd worden. Nadat overeenstemming is bereikt over welke onderwerpen geselecteerd worden, is de volgende stap de inhoudelijke verkenning van het gekozen onderwerp.

3.4 Toelichting blok II

Blok II is van toepassing op de onderwerpen die in blok I gekozen zijn. Het doel van blok II is om te komen tot een nadere inhoudelijke specificatie van de geselecteerde onderwerpen. De stappen in blok II worden per onderwerp doorlopen (zie Figuur 3).



Figuur 3 Uitgewerkt stappenschema van blok II van de methodiek.

Stap 4. Definieer het onderwerp en geef duidelijk de relevantie aan

In stap 3 van blok I is vastgesteld op welk onderwerp (een deel van) de indicatoren betrekking zullen hebben. In deze stap wordt een geselecteerd onderwerp verder gedefinieerd en wordt de relevantie duidelijk aangegeven. De relevantie kan verhelderd worden aan de hand van de in stap 3 genoemde selectiecriteria. Met name de impact op ziekte en sterfte en knelpunten in de uitvoering van de zorg (variatie in de kwaliteit van de zorg, verbeterpotentieel) zijn hier van belang.

Voorbeeld bij stap 4 Prenatale screening op infectieziekten en erythrocytenimmunisatie (PSIE)

Voor prenatale screening op PSIE kunnen de selectiecriteria ‘aangetoonde of veronderstelde variatie in de kwaliteit van zorg’, ‘te verwachten verbeterpotentieel’ en ‘impact op ziekte en sterfte’ als volgt worden uitgewerkt:

- In Nederland worden alle zwangere vrouwen gescreend op vijf aspecten: bloedgroep en rhesusfactor, hepatitis B, syfilis, hiv en erythrocytenantistoffen. De screening moet tijdig gebeuren, omdat bij syfilis en hiv snel actie moet worden ondernomen als de screeningsuitslag positief is. Hier ligt echter een knelpunt: 18% van de zwangeren wordt pas in week 15 of later gescreend, terwijl vóór of in week 12 gewenst is. Van de syfilis-positieve vrouwen is maar liefst 37% in week 15 of later gescreend. Bij late behandeling van syfilis tijdens de zwangerschap is de kans op besmetting bij het ongeboren kind groter en kan er een miskraam, doodgeboorte of andere onherstelbare schade optreden. Vanwege dit risico voor de volksgezondheid en de mogelijkheid om de zorg te verbeteren, heeft TNO Kwaliteit van Leven de indicator die eerder door het RIVM was ontwikkeld, overgenomen in een voorstel voor een set indicatoren voor ketenaansluiting bij bevolkingsonderzoek (Broerse et al., 2007).

Het verschil tussen stap 3 en 4 is dat de selectie in stap 3 niet altijd gestaafd zal zijn met kwantitatieve informatie of literatuurreferenties, maar veelal gebaseerd is op subjectieve observaties (bijvoorbeeld bevindingen bij inspectieonderzoek). Dat hoeft geen probleem te zijn, maar het is voor het vervolg van de indicatorontwikkeling wel van belang dat de relevantie van het onderwerp nader wordt toegelicht. Dit gebeurt in stap 4.

Om te komen tot een heldere definitie en nadere beschrijving van de relevantie, is een literatuuronderzoek vaak noodzakelijk. Hoe uitgebreid deze wordt, hangt af van de beschikbare tijd en de mate waarin al degelijke achtergrondstudies over de onderwerpen zijn uitgevoerd. Een formeel literatuuronderzoek met behulp van literatuurdata bases (bijvoorbeeld Medline) is niet altijd nodig. Het is wel aan te raden om bij experts na te vragen of de belangrijkste literatuur is verzameld. De typen documenten die bestudeerd kunnen worden, zijn:

- richtlijnen en protocollen;
- wetenschappelijke rapporten die het onderwerp in brede zin beschrijven;
- knelpuntnotities, bijvoorbeeld van de IGZ;
- (beleids)evaluaties van bijvoorbeeld onderzoeksinstellingen of beleidsorganen;
- beleidsstukken van bijvoorbeeld ministeries, Interprovinciaal Overleg (IPO), VNG, GGD Nederland, ActiZ;
- standpunten van beroepsgroepen en brancheorganisaties;
- wetteksten.

In onderstaand voorbeeld wordt aangegeven hoe er in de praktijk gebruikgemaakt wordt van bronnen bij indicatorontwikkeling. Het project in het voorbeeld is nog niet afgerond, maar de onderwerpen ('indicatorgebieden') waarvoor indicatoren ontwikkeld kunnen worden, zijn wel geïdentificeerd.

Voorbeeld bij stap 4 Indicatorgebieden binnen de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg

Voor het ontwikkelen van indicatoren voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg (OGGZ) heeft de academische werkplaats GGD Amsterdam/AMC-UvA een conceptueel kader voorgesteld. Daartoe heeft zij een matrix opgesteld waarin de doelgroepen en de functies van de OGGZ zijn opgenomen. Op elk snijvlak binnen de matrix ontstaat zo een indicatorgebied, bijvoorbeeld op het snijvlak van daklozen en signalering van doelgroepen. Een indicator die hieruit kan volgen, is: 'percentage daklozen dat gesignaleerd wordt door partners in de zorgketen'. In de matrix zijn 36 indicatorgebieden weergegeven (Lauriks et al., 2008).

Bij het ontwikkelen van de matrix hebben de onderzoekers gebruikgemaakt van de volgende bronnen:

- overzichtsrappporten over de internationale en Nederlandse literatuur op het gebied van prestatie-indicatoren voor de GGZ en OGZ (proefschrift, scriptie);
- beleidsdocumenten van het ministerie van VWS, de G4-gemeenten, GGZ-organisaties uit de G4-gemeenten, GGD Nederland;
- basisset prestatie-indicatoren GGZ en verslavingszorg;
- basisset indicatoren OGZ;
- beleidsdocumenten over OGGZ uit Amsterdam;
- raadpleging van auteurs van de bovengenoemde beleidsdocumenten;
- raadpleging van drie experts op het gebied van OGGZ;
- rapporten, artikelen en notities, gevonden aan de hand van bovenvermelde bronnen.

Stap 5. Voer een actoranalyse uit voor het geselecteerde onderwerp

Omdat er bij elk onderwerp binnen de OGZ doorgaans meerdere partijen actief zijn, is het belangrijk om per onderwerp een actoranalyse uit te voeren. In een actoranalyse worden voor elk onderwerp de relevante actoren en hun verantwoordelijkheden, taken en onderlinge relaties beschreven. In eerste instantie gaat het er om alle betrokken partijen in kaart te brengen, eventueel in een matrix. Vervolgens

kan worden aangegeven wat hun verantwoordelijkheden en taken zijn, en hoe de verschillende actoren zich hierbij van elkaar onderscheiden. Indien zich botsende belangen voordoen, zouden de belangen of doelen die ze nastreven in kaart gebracht kunnen worden. Ook kan het inzichtelijk zijn daarbij globaal de mate van invloed aan te geven.

In onderstaand voorbeeld over de spoedeisende keten zijn de betrokken partijen bij de eerste drie fasen in de zorg voor patiënten met een spoedeisend gezondheidsprobleem weergegeven. Tevens wordt ingegaan op de taken van de betrokken actoren. Uit het voorbeeld wordt duidelijk dat triage ter plaatse een verantwoordelijkheid is van first responders, huisarts en ambulancebemanning.

Voorbeeld bij stap 5 Actoren in de spoedeisende keten

In het project 'Prestatie-indicatoren Spoedeisende Keten', is in de beginfase van het project een overzicht gemaakt van de actoren die betrokken zijn bij de uitvoering van de spoedeisende zorg (Gijsen et al., in prep.). Dit is in onderstaand schema uitgewerkt, met onderscheid naar de fasen in de zorg voor patiënten met een spoedeisend gezondheidsprobleem (alleen de eerste drie fasen zijn weergegeven).

Fase	Wie	Actie	Voorzieningen
1. Melding	Patiënt	Bellen huisarts of 112	Telefoon
	Omstanders	Bellen huisarts of 112	Telefoon
	Huisarts, huisarts-assistente, huisartsenpost	Triage Bellen MKA	Telefoon
	Centralist MKA	Aanname melding Triage Uitgifte ritopdracht Instructie aan melder	MKA
2. Verplaatsen van zorg naar de patiënt	Huisarts Ambulancebemanning Traumahelikopter MMT	Uitrukken Rijden Aanlopen	Auto huisarts, ambulance of traumahelikopter
3. Aanwezigheid hulpverleners ter plaatse	Omstanders	Eerste hulp	EHBO-set, publieke AED
	First Responders (politie, brandweer, bedrijfs-hulpverlening)	Eerste hulp Triage Basic life support,	EHBO-set, AED
	Huisarts	Triage Acute zorg/basic life support	Visitetas, AED, huisartsenauto
	Ambulancebemanning MMT Traumahelikopter	Triage Acute zorg/advanced (trauma) life support Vervoersklaar maken	Ambulance Traumahelikopter

AED = automatische externe defibrillator

MKA = meldkamer ambulancezorg

MMT = mobiel medisch team

Een beschrijving van het zorgproces op hoofdlijnen kan bij deze stap ook nuttig zijn. Daarbij wordt beschreven met welke zorgverleners burgers of patiënten achtereenvolgens contact hebben, wat bij elk contact gedaan wordt en welke vervolgstappen gezet dienen te worden. Het volgende voorbeeld beschrijft de opsporing van zeldzame ziekten bij pasgeborenen.

Voorbeeld bij stap 5 Zorgproces opsporing van zeldzame ziekten met de hielprik

De beschrijving van het zorgproces bij de opsporing van zeldzame ziekten kan er als volgt uitzien (RIVM, 2007; RIVM, 2008; Broerse et al., 2007):

- Het eerste contactmoment van JGZ met kind/ouder vindt tussen de vierde tot zevende dag na de geboorte plaats. Tijdens dit contactmoment neemt een medewerker van een zorgorganisatie voor JGZ of GGD, of een verloskundige, bloed af uit de hiel van de pasgeborene (hielprik). Wanneer de pasgeborene in het ziekenhuis is opgenomen wordt de hielprik daar uitgevoerd. De bloedmonsters worden opgestuurd naar een van de vijf screeningslaboratoria voor het uitvoeren van bepalingen. Bij een afwijkende uitslag wordt het kind via één van de RIVM Regionale Coördinatie Programma's (RIVM-RCP's) doorverwezen naar de kinderarts voor nader onderzoek. Bij een dubieuze uitslag wordt de hielprik nogmaals gedaan. In het *Draaiboek neonatale hielprikscreening* wordt uitgebreid ingegaan op de verschillende actoren in de zorgketen van de screening (RIVM, 2007).

Stap 6. Selecteer kernactiviteiten voor het onderwerp

Wanneer de actoranalyse is uitgevoerd en inzichtelijk is gemaakt wat de verantwoordelijkheden, taken en onderlinge relaties zijn tussen de verschillende actoren, kunnen vervolgens de kernactiviteiten bepaald worden. Er kan gekozen worden voor meerdere activiteiten per onderwerp, mits deze apart uitgewerkt worden in de volgende stappen van de indicatorontwikkeling. De volgende typen activiteiten worden onderscheiden:

- activiteiten uitgevoerd door een individuele zorgverlener;
- activiteiten uitgevoerd door teams;
- activiteiten uitgevoerd door afdelingen;
- activiteiten uitgevoerd door een organisatie als geheel;
- een combinatie van activiteiten rondom één gezondheidsaspect (maar niet als keten georganiseerd);
- een keten van activiteiten die na elkaar worden uitgevoerd (ketenzorg).

Voor de selectie van de kernactiviteiten kunnen richtlijnen, standaarden en protocollen als uitgangspunt gebruikt worden. Bij voorkeur worden hieruit goed onderbouwde kernaanbevelingen geselecteerd. Wanneer er bij gekozen activiteiten meerdere zorgverleners betrokken zijn, is het belangrijk dat duidelijk is wie welke taak en verantwoordelijkheid heeft, zodat het duidelijk is op wie de indicator betrekking heeft. Indien dat uit stap 5 nog niet helemaal helder naar voren komt, kan in deze stap nog aanvullend onderzoek worden gedaan.

Ook in deze stap is het van belang dat het afwegingsproces om een activiteit al dan niet te selecteren, wordt beschreven. Dat kan bijvoorbeeld gedaan worden door per activiteit de rationale, de kanttekeningen en het besluit kort weer te geven.

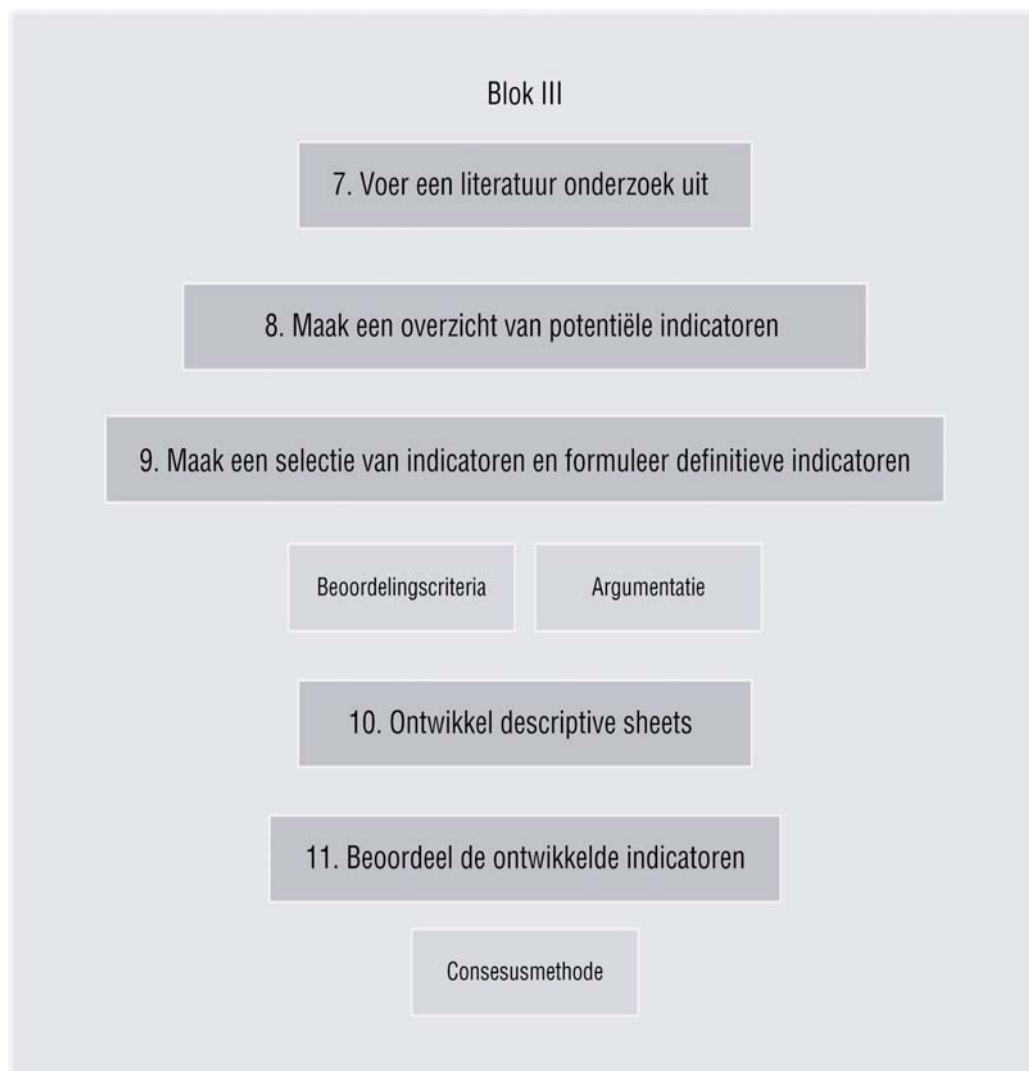
Voorbeeld bij stap 6 Binnenmilieu

Bij het onderwerp binnenmilieu kunnen bijvoorbeeld de volgende kernactiviteiten worden onderscheiden (uit deel 2 van dit rapport):

- monitoren van gunstig en ongunstig gebruik van ventilatie door burgers;
- afhandeling van klachten en meldingen over binnenmilieu;
- voorlichting gericht op de verbetering van de kwaliteit van de binnenlucht in basisscholen;
- proactief onderzoek naar een verband tussen binnenmilieuproblemen en gezondheid;
- advisering van het lokale beleid, zoals gemeenten of woningcorporaties over bijvoorbeeld verbrandingstoestellen zonder goede luchtafvoer;
- afstemmen van activiteiten met andere partijen, gezien de complexe aard van binnenmilieuproblemen. Een voorbeeld is de afstemming van de bestrijding van koolmonoxidevergiftiging met ketenpartners zoals woningcorporaties, brandweer, milieudienst en bouw- en woningtoezicht.

3.5 Toelichting blok III

Blok I en II hebben duidelijk gemaakt wat het doel is van de indicatorset, de focus waarop de indicatorset zich richt, en over wie en welke onderwerpen de indicatorset uiteindelijk informatie zal geven. In dit onderdeel worden de potentiële indicatoren benoemd, verder uitgewerkt, geprioriteerd, en uiteindelijk beoordeeld op hun merites (zie Figuur 4). Aan het eind van blok III is een conceptset van goed onderbouwde indicatoren gereed.



Figuur 4 Uitgewerkt stappenschema van blok III van de methodiek.

Stap 7. Voer een literatuuronderzoek uit

Het literatuuronderzoek richt zich op het beantwoorden van de volgende vragen:

- Welke indicatoren over het onderwerp worden reeds gebruikt in het binnen- of buitenland, of zijn beschreven in de literatuur? Tegenwoordig worden in richtlijnen soms al (aanzetten tot) indicatoren opgenomen.
- Welke kernaanbevelingen uit richtlijnen, standaarden en protocollen zijn er over het onderwerp en kunnen als uitgangspunt dienen voor het ontwikkelen van indicatoren? In stap 6 zijn mogelijk al activiteiten geselecteerd op basis van richtlijnen, hier kunnen de aanbevelingen nader gepreciseerd worden.
- Wat is bekend over de causaliteit tussen de structuur- of procesindicator en uitkomsten van zorg, of tussen de uitkomstindicator en zorgprocessen? Bij een goede procesindicator is er wetenschappelijk bewijs dat verbetering van de kwaliteit van zorg leidt tot betere zorguitkomsten (betere gezondheidstoestand). Omgekeerd, bij een goede uitkomstindicator is

er wetenschappelijk bewijs dat verbetering van zorguitkomsten het gevolg is van betere uitvoering van zorgprocessen door zorgorganisaties of individuele zorgverleners.

- Welke wetenschappelijke grondslag bestaat er voor indicatoren die niet of onvoldoende in de literatuur beschreven zijn? (indicatoren door werkgroep zelf ontwikkeld)
- Wat is in de literatuur bekend over de betrouwbaarheid, validiteit en onderscheidend vermogen (mogelijkheid om variaties in kwaliteit te detecteren) van de indicatoren?
- Welke strategie voor risicocorrectie wordt in de literatuur beschreven? Hiermee wordt bedoeld op correctie voor factoren waarop de zorgverleners niet of nauwelijks invloed hebben, maar die wel tot variatie in de uitkomsten van zorg kunnen leiden (bijvoorbeeld leeftijd en comorbiditeit).

De strategie waarmee de literatuur wordt verzameld, dient in detail te zijn beschreven, inclusief zoektermen, geraadpleegde bronnen en de periode waarover artikelen zijn verzameld. Mogelijke bronnen zijn elektronische databases (zoals de richtlijnen en protocollen database op artsennet.nl of de literatuurdatabase Medline), databases van systematische reviews en meta-analyses (Cochrane Collaboration), handmatige screening van tijdschriften die niet opgenomen zijn in algemene literatuurdatabases (zoals Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen, Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg, Medisch Contact), congresverslagen en databases met indicatoren (veelal via internet beschikbaar). Ook kan men deskundigen in binnen- en buitenland vragen of zij bekend zijn met indicatoren over het betreffende onderwerp, en wat de ervaringen ermee zijn.

Omdat er voor een groot aantal interventies in de OGZ slechts in beperkte mate wetenschappelijke onderbouwing is, is de kans aanwezig dat er weinig relevante informatie, studies, of indicatoren worden gevonden. De consequentie hiervan is dat de werkgroep de indicatoren zelf ontwikkelt. Daarbij zal zij uitgaan van de beschreven kernactiviteiten (stap 6). Zo nodig kan de werkgroep op een meer gestructureerde manier te werk gaan in het verkrijgen van opinies. Dat kan met behulp van focusgroeptijdenkomsten of de uitvoering van de nominale groepstechniek (Fitzpatrick en Boulton, 1994; Jones en Hunter, 1995; Campbell en Cantrill, 2001). Bij de nominale groepstechniek wordt in gesprek met professionals achterhaald wat op dat moment als ‘best practice’ beschouwd wordt en wat beschouwd wordt als suboptimale of zelfs risicovolle zorg. Bij een nominale groepstechniek schrijven de panelleden eerst één voor één antwoorden, ideeën en opmerkingen op een flip-over. Vergelijkbare antwoorden worden samengevoegd. Vervolgens lichten de panelleden hun antwoorden toe, waarna discussie over de hele lijst van antwoorden volgt. Daarna zet iedereen voor zichzelf de antwoorden in volgorde: van belangrijkste tot minst belangrijke. De begeleider voegt de prioriteringen samen tot een groepsprioritering en presenteert deze aan het panel. Hierna volgt weer een plenaire discussie, waarna de panelleden nogmaals individueel een rangordening aangeven. De samenvoeging hiervan is het oordeel van het panel. Daarna kan voor bepaalde aspecten van de indicatoren die zijn voorgesteld nader literatuuronderzoek worden uitgevoerd.

Stap 8. Maak een overzicht van potentiële indicatoren

Van de in stap 7 gevonden en zelf ontwikkelde potentiële indicatoren, wordt een schematisch overzicht gemaakt (een zogenaamde groslijst). In een spreadsheet kan een aantal van de volgende kenmerken van de indicator worden opgenomen:

- indicatornaam;
- type indicator;
- kwaliteitsdomein;
- onderwerp;
- objecten, actoren of ketenpartners waarop de indicator betrekking heeft;

- doelgroep of populatie waarop de indicator betrekking heeft;
- activiteiten waarop de indicator betrekking heeft;
- onderliggende literatuur;
- bewijskracht van de onderliggende literatuur (kwaliteit van de studies).

Voorbeeld bij stap 8 Overzicht van indicatoren voor infectieziektebestrijding

Schematisch overzicht van indicatoren op het gebied van infectieziektebestrijding waarmee GGD'en zich kunnen verantwoorden naar gemeenten. Onderstaande indicatoren zijn afkomstig uit een groslijst van potentiële indicatoren (Projectgroep Maatschappelijke Verantwoording, 2008). Een aantal kolommen met indicatorkenmerken hebben wij vanwege de overzichtelijkheid weggelaten.

Onderwerp	Indicator	Type ^a	Kwaliteitsdomein	Bron
Uitbraak/melding	Hoeveel meldingen zijn er per type instelling (waar voor infectieziekte kwetsbare populaties verblijven of samenkomen) in de GGD-regio	P	Tijdigheid en veiligheid	IGZ-indicatoren
Uitbraak/melding	De proportie gevaccineerden van niet-besmette personen in de omgeving van de bron van hepatitis B	U	Tijdigheid en veiligheid	GGD Benchmark
Tbc-bestrijding	Percentage mantouxtesten	U	Tijdigheid en veiligheid	GGD Benchmark
Tbc-bestrijding	% tbc-patiënten in de GGD-regio dat behandeling met succes voltooit (totaal zoals beschreven in het NTR)	U	Tijdigheid en veiligheid	IGZ-indicatoren
Soa-aids	Percentage hiv-testen	U	Tijdigheid en veiligheid	GGD Benchmark
Soa-aids	Percentage consulten soa-spreekuur	U	Tijdigheid en veiligheid	GGD Benchmark
Efficiëntie	fte-inzet Infectieziektebestrijding algemeen per 100.000 inwoners	S	Efficiëntie	GGD Benchmark
Efficiëntie	Aangiften meldingsplichtige ziekten per fte	S	Efficiëntie	GGD Benchmark

^a Type indicatoren: P = Proces-; U = Uitkomst-; S = Structuurindicator

Stap 9. Maak een selectie van indicatoren

Indien er veel indicatoren op de groslijst staan, dan is het de bedoeling dat een eerste schifting plaatsvindt. Dit kan gedaan worden door leden van binnen of experts van buiten de werkgroep. De selectie wordt wederom gedaan aan de hand van een aantal criteria (zie voor belangrijke beoordelingscriteria Tekstblok 4). Welke criteria gekozen worden is onder meer afhankelijk van het

doel en de gebruiker van de indicatoren (zie stap 1 van de methodiek) en staat dus niet van tevoren vast. Over het aantal indicatoren dat geselecteerd moet worden, zijn geen richtlijnen te geven. Soms is het wenselijk om meerdere indicatoren voor een onderwerp te selecteren omdat in latere stappen indicatoren kunnen afvallen. Bovendien zorgt het selecteren van meerdere indicatoren per onderwerp ervoor dat men zich bij het beoordelen van de kwaliteit van de zorg minder snel baseert op toevallige variaties en veranderingen in één indicatoruitkomst. In het optimale geval wordt een onderwerp door meerdere indicatoren van een verschillend type beschreven (structuur-, proces- en uitkomstindicatoren).

Tekstblok 4 Beoordelingscriteria bij stap 9 (zie voor uitleg Bijlage 1)

relevantie van het onderwerp
 validiteit: relatie van indicator met kwaliteit van zorg
 meetbaarheid: gegevens zijn in een getal uit te drukken
 reproduceerbaarheid (betrouwbaarheid)
 discriminerend (onderscheidend) vermogen en gevoeligheid voor verandering
 eerlijkheid: eerlijke vergelijking van instellingen of regio's met elkaar is goed mogelijk
 bruikbaarheid / verbeterpotentieel / beleidsrelevantie
 haalbaarheid / beschikbaarheid van alle benodigde gegevens

De beoordeling van potentiële indicatoren aan de hand van de gekozen criteria kan in eerste instantie schriftelijk gebeuren (werkgroepleden vullen een scoreformulier in, met scores van 1 tot 3), waarna de uitkomsten worden bediscussieerd. Zie onderstaand voorbeeld voor een illustratie van een scoreformulier.

Om de afwegingen bij dit selectieproces inzichtelijk te maken is het belangrijk om de argumentatie voor het laten afvallen van potentiële indicatoren te documenteren. Dat kunnen geaggregeerde uitkomsten van scoringsformulieren zijn en/of samenvattingen van de discussie.

Voorbeeld bij stap 9 Indicatoren voor de spoedeisende keten

Extractie uit een scoreformulier voor het maken van een eerste schifting in een groslijst van indicatoren voor het meten van de kwaliteit van zorg in de spoedeisende keten. De kolom met de vermelding van de bron van de indicator (bijvoorbeeld een literatuurreferentie of een buitenlandse indicatorset) is hier niet weergegeven.

Verantwoordelijke actor	Aandoening	s/p/u	Onderwerp	Indicator	Relevantie 1-5	Verbeterpotentieel 1-3	Haalbaarheid 1-3
hele keten	ACS	U	heropname	heropname voor ACS binnen 30 dagen			
huisarts / ziekenhuis	ACS	P	niet-geplande terugkeer naar SEH	% patiënten met ACS dat binnen 30 dagen terugkomt op de SEH			
hele keten	AMI	S	afstemming	al dan niet afspraken gemaakt en vastgelegd in een regionaal protocol			
hele keten	AMI	P	tijdige, gepast behandeling	tijdsduur tussen begin symptomen en toediening van trombolytische therapie			
hele keten	AMI	P	tijdige, gepast behandeling	tijdsduur tot toediening β -blokkers			
Ambulance	pob	P	gepaste diagnostiek	% patiënten met pijn op de borst die werden verdacht van coronaire ischemie, bij wie een ECG werd gemaakt			
SEH	pob	P	gepaste diagnostiek	percentage patiënten bij wie een uitgebreide evaluatie is gedaan om AMI uit te sluiten, van alle patiënten met pijn op de borst			

Afkortingen: SEH=spoedeisende hulp; ACS=acuut coronair syndroom; AMI=acuut myocard infarct; pob = pijn op de borst; s/p/u = structuur-, proces- of uitkomstindicator.

Stap 10. Ontwikkel descriptive sheets

Voor iedere potentiële indicator die geselecteerd is, wordt vervolgens een descriptive sheet ontwikkeld. Hierin wordt de informatie die in de voorgaande stappen is verzameld, systematisch beschreven. Eventueel kan nog aanvullende informatie worden gezocht via literatuurbases of deskundigen. Zo nauwkeurig mogelijk worden definities en specificaties beschreven. In tabel 2 wordt een voorbeeld van een descriptive sheet getoond.

Tabel 2 Voorbeeld van een descriptive sheet.

Indicatornummer - indicatornaam	
Type indicator	Uitkomst, proces of structuurindicator.
Kwaliteitsdomein	Op welk domein van kwaliteit heeft de indicator betrekking, bijvoorbeeld effectiviteit, tijdigheid, veiligheid, doelmatigheid, patiënt- of doelgroepgerichtheid, eerlijkheid.
Rationale	Het gaat hier vooral om de relevantie van het onderwerp en de (wetenschappelijke) onderbouwing van die relevantie, bijvoorbeeld informatie over de frequentie van het

	gezondheidsprobleem, frequentie van het betreffende zorgproces, verbeterpotentieel of variatie in huidige kwaliteit van zorg, relatie met kwaliteit van zorg.
<i>Gebruik elders</i>	Indicatorsets in binnen- of buitenland waar deze indicator gebruikt is, met eventuele ervaringen.
<i>Definitie</i>	Definitie van de indicatorvraagstelling.
<i>Teller</i>	Teller van de indicatorvraagstelling.
<i>Noemer</i>	Noemer van de indicatorvraagstelling.
<i>Toelichting definitie</i>	Bijvoorbeeld toelichting van de begrippen die in de definitie zijn gebruikt.
<i>In/exclusie</i>	(Groepen) personen die wel of juist niet meetellen in de teller en/of noemer.
<i>Frequentie</i>	Gewenste frequentie van aanlevering van de indicator, bijvoorbeeld tweejaarlijks.
<i>Leeftijd</i>	Leeftijdsklasse van de doelgroep waarop de indicator betrekking heeft.
<i>Risicocorrectie</i>	Eventuele (case-mix-)factoren waarvoor gecorrigeerd moet worden.
<i>Interpretatie</i>	Instructie voor interpretatie van de uitkomsten van de indicator, zoals een hogere score duidt op een betere of juist slechtere kwaliteit.
<i>Norm</i>	Eventuele landelijke beleidsnorm, norm vermeld in richtlijnen of veldnorm.
<i>Verantwoordelijke ketenpartner</i>	Ketenpartners waarop de indicator betrekking heeft.
<i>Registratie</i>	Worden de gegevens die benodigd zijn reeds geregistreerd, en zo ja waar, hoe, door wie?
<i>Methodologische overwegingen</i>	Beschikbare informatie over validiteit, betrouwbaarheid, discriminerend vermogen.
<i>Opmerkingen</i>	Kanttekeningen bij indicator, beschrijving relevante ontwikkelingen en mogelijkheden in de toekomst voor de indicator.
<i>Relevante richtlijn</i>	Richtlijnen waarop de indicator mede gebaseerd is.
<i>Literatuur</i>	Literatuur die gebruikt is bij het ontwikkelen van de indicator, vaak vooral voor de inhoudelijke onderbouwing van een indicator.

Zie voor een verduidelijking van de items *type indicator* en *kwaliteitsdomein* uit de descriptive sheet de navolgende voorbeelden.

Voorbeeld bij het item ‘Type indicator’ uit descriptive sheet: Roken

Bij het voorbeeld roken kunnen verschillende typen indicatoren worden uitgewerkt, bijvoorbeeld:

- Structuurindicator: het deel van het budget van een GGD dat beschikbaar is voor preventie, bestemd voor preventie van roken.
- Procesindicator: het percentage mensen uit de doelgroep dat deelneemt aan een bewezen effectieve interventie.
- Uitkomstindicator: het percentage mensen uit de doelgroep dat rookt.

Voorbeeld bij het item ‘Kwaliteitsdomein’ uit descriptive sheet: Opsporing van zeldzame ziekten met de hielprik

Bij het voorbeeld opsporing van zeldzame ziekten met de hielprik zijn de kwaliteitsdomeinen tijdigheid en effectiviteit als volgt uitgewerkt:

Tijdigheid

- Bij de keuze ‘tijdigheid’ kan gedacht worden aan het feit of er binnen zeven dagen na de geboorte een hielprik gedaan is bij pasgeborenen.

Effectiviteit

- Bij de keuze ‘effectiviteit’ kan het gaan om de vraag of vroege opsporing en tijdige behandeling van het kind ernstige gezondheidsproblemen daadwerkelijk kan voorkómen.

Stap 11. Beoordeel de conceptindicatoren met een consensusmethode

Nadat een set van conceptindicatoren is verkregen, zal men de kwaliteit van de indicatoren willen beoordelen. Daarvoor bestaan verschillende methoden. De keuze van de methode die wordt toegepast, hangt voor een belangrijk deel af van hoe systematisch men te werk wil gaan en de kwaliteitseisen die men aan de indicatoren stelt. In het geval van indicatoren voor transparantie en externe verantwoording, die aan hogere kwaliteitseisen moeten voldoen dan indicatoren voor interne kwaliteitsverbetering, wordt veelal gebruikgemaakt van consensusmethoden. Bij een consensusmethode laat men de indicatoren beoordelen door een groep van deskundigen. Doel van de consensusmethode is het verkrijgen van een eenduidige mening over indicatoreigenschappen (voor uitleg over indicatoreigenschappen, zie Bijlage 1). Als er geen eenduidige mening verkregen kan worden, kan een consensusmethode helpen om helder te krijgen waarover verschil van mening bestaat. Belangrijke indicatoreigenschappen waarover de groep van deskundigen een mening kan geven, zijn relevantie, validiteit, betrouwbaarheid, bruikbaarheid en haalbaarheid. Op basis van de resultaten van een consensusmethode kunnen indicatoren worden herzien of worden verwijderd, of nieuw voorgestelde indicatoren kunnen worden toegevoegd. Bekende consensusmethoden zijn de nominale groepstechniek, de Delphi-methode, de RAND Appropriateness methode en de solitaire panelbijeenkomst gericht op het ontwikkelen van consensus (Jones en Hunter, 1995; Campbell en Cantrill, 2001). In Tekstblok 5 zijn vijf doelen van consensusmethoden beschreven.

Tekstblok 5 Doel van consensusmethoden (Campbell et al., 2001)

Stimuleren van besluitvorming.
Faciliteren van de ontwikkeling van indicatoren.
Ondersteunen bij de beoordeling van kwaliteit en daarmee bijdragen aan kwaliteitsverbetering.
Creëren van gemeenschappelijk gedragen oordelen/opinies van deskundigen en professionele normen.
Identificeren en kwantificeren van gebieden met onzekerheid, controversen of incompleet bewijs.
Genereren van ideeën.

De Delphi-methode, of een variant daarvan, wordt veel toegepast bij het ontwikkelen van indicatoren. Deze methode wordt met name toegepast wanneer er onvoldoende wetenschappelijk bewijs is voor de onderbouwing van indicatoren. De Delphi-methode is een gestructureerde methode waarbij door middel van twee of meer schriftelijke ronden indicatoren worden beoordeeld door een panel van

experts. De experts ontmoeten elkaar niet en zij vullen de vragenlijsten anoniem in. De hoofdfasen zijn achtereenvolgens:

- opstellen van beoordelingsformulieren;
- experts selecteren;
- doorlopen van meerdere anonieme schriftelijke ronden met tussentijdse feedback;
- samenvatten en feedback geven over de bevindingen.

Het Delphi-panel kan worden samengesteld door relevante beroepsgroepen (via bijvoorbeeld wetenschappelijke verenigingen) en/of brancheorganisaties te informeren over het onderzoek en te vragen om namen te leveren van mogelijke kandidaten. Daarbij is het belangrijk om te benadrukken dat de kandidaten voldoen aan een aantal criteria, waaronder: praktiserend zijn of dat recentelijk waren, leidinggevend zijn in hun vak, een goede kijk hebben op het dagelijks functioneren op hun eigen werkterrein (maar ook oog hebben voor aanpalende terreinen), interesse hebben in kwaliteit binnen de OGZ, en een *helicopterview* hebben. Of deze eigenschappen vooraf worden gekwantificeerd (bijvoorbeeld aan de hand van lijstjes met aantal publicaties of deelnames aan adviescommissies of richtlijnontwikkelingen) of impliciet zullen worden meegewogen, is iets dat de werkgroep zal bepalen. Ook kunnen wetenschappers die niet aan verenigingen of brancheorganisaties zijn gebonden, of deskundigen uit het veld gevraagd worden om deel te nemen aan het Delphi-onderzoek.

In de eerste ronde vullen de panelleden de beoordelingsformulieren in, sturen ze op naar de uitvoerders van het onderzoek, en deze analyseren de antwoorden. Indien er een tweede schriftelijke ronde plaatsvindt, worden de resultaten van de eerste ronde anoniem teruggekoppeld aan alle deelnemers en vullen zij nogmaals beoordelingsformulieren in. Elke deelnemer beschikt dan over de antwoorden van de overige deelnemers en kan hierdoor besluiten zijn eigen standpunt aan te passen. In voorbeeld op de volgende pagina is een beoordelingsformulier te zien.

Afsluitend kan een panelbijeenkomst worden gehouden. Hiervoor kunnen alle panelleden uitgenodigd worden, of een deel van het panel. Het is van belang dat minstens één vertegenwoordiger van alle betrokken disciplines op de panelbijeenkomst aanwezig is. Tijdens de bijeenkomst worden de uitkomsten van de schriftelijke ronde(n) gepresenteerd en worden de indicatoren vervolgens plenair besproken. Het doel van een panelbijeenkomst kan zijn om te komen tot consensus over de kwaliteit van de indicatoren, vaststellen over welke aspecten overeenstemming bestaat en over welke verschil van mening, en helder te krijgen wat dan precies de problemen zijn. Tevens kan er worden ingegaan op mogelijke oplossingsrichtingen en kan een eindwaardering van de voorgelegde indicatoren gevraagd worden. Indien nieuwe indicatoren worden voorgesteld, is het aan te raden om stappen 7 en 10 opnieuw uit te voeren (literatuuronderzoek en ontwikkelen van descriptive sheets).

Voorbeeld bij stap 11 Beoordelingsformulier gebruikt bij het ontwikkelen van indicatoren voor de spoedeisende keten

Hieronder is een deel van het beoordelingsformulier weergegeven dat is gebruikt bij het ontwikkelen van prestatie-indicatoren voor de spoedeisende keten (Gijsen et al., in prep.). Voor vier indicatoreigenschappen is de frequentieverdeling van de scores uit de eerste ronde te zien. Bovendien is de score van de betreffende deelnemer in de eerste ronde onderstreept. Na beschouwing van de eigen score en die van de andere panelleden, kan het panellid een nieuwe score geven. In dit geval hadden de onderzoekers ook een samenvatting van de bijgeschreven commentaren van de deelnemers in de eerste ronde meegestuurd, zodat het panellid dat ook kon laten meewegen.

Indicator 7 Het percentage patiënten bij wie binnen 48 uur na het ontstaan van symptomen van een beroerte, aspirine is toegediend.

	<i>helemaal niet mee eens</i>					<i>helemaal mee eens</i>				
Relevantie										
<i>Zeer relevant</i>										
Betrekking op veel patiënten en veel gezondheidswinst/ doelmatigheidswinst te behalen	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
⇒Frequentieverdeling 1 ^e ronde + eigen score	1	0	1	0	1	5	4	8	<u>3</u>	
<i>Zeer relevant voor de ketenzorg</i>										
Verwijst naar afstemming en samenwerking	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
⇒Frequentieverdeling 1 ^e ronde + eigen score	2	3	2	1	4	4	<u>2</u>	3	2	
Kwaliteitsaspecten van de indicator										
<i>Goede validiteit</i>										
Goede afspiegeling van geboden kwaliteit van zorg	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
⇒Frequentieverdeling 1 ^e ronde + eigen score	1	0	0	0	1	4	9	<u>8</u>	0	
<i>Goed meetbaar</i>										
Op dit moment en in de toekomst	1	2	3	4	5	6	7	8	9	
⇒Frequentieverdeling 1 ^e ronde + eigen score	1	0	0	1	2	1	9	<u>7</u>	2	

Tijdens of na de panelbijeenkomst kan blijken dat de indicatorset nog erg veel indicatoren omvat. Een té groot aantal indicatoren vergroot de registratielast en inspanningsvereisten en beperkt de praktische uitvoerbaarheid van het meten van de indicatoren. Grofweg bestaan er twee manieren om het aantal indicatoren te reduceren, namelijk het uitvoeren van een pilotonderzoek en het laten prioriteren van de indicatoren door een panel van deskundigen. Uit een pilotonderzoek (beschreven in de volgende stap)

blijkt welke indicatoren in de praktijk goed meetbaar zijn. Men kan overwegen om indicatoren waarvoor de gegevens lastig te verkrijgen zijn of de gegevens van slechte kwaliteit zijn, te excluseren uit de set. Het laten prioriteren van de indicatoren door een panel van deskundigen, kan schriftelijk gebeuren of via een plenaire bijeenkomst. Men laat de deskundigen, eventueel na discussie, individueel een rangordening maken van de indicatoren, van meest belangrijk naar minst belangrijk. Idealiter wegen de deskundigen in gedachte alle indicatoreigenschappen (zoals weergegeven in Bijlage 1) mee. De rangordening kan eventueel per indicatoronderwerp worden gemaakt. Elke deelnemer geeft bijvoorbeeld de vijf belangrijkste indicatoren een score, aflopend van belangrijk naar minder belangrijk van 5 naar 1. De scores van alle deelnemers worden vervolgens opgeteld, waarna men een rangordening van de somscores maakt. Na bepaling van het afkappunt blijkt welke indicatoren door de deskundigen als belangrijkste worden aangemerkt. Twee opmerkingen hierbij: (1) in plaats van de belangrijkste vijf indicatoren te laten scoren, kan men ook een ander aantal laten scoren, afhankelijk van het aantal indicatoren waarmee men start; (2) waar het afkappunt gelegd wordt, staat niet vast. Het is afhankelijk van de vraag hoeveel indicatoren men wil overhouden. Het afkappunt kan ook volgen uit de resultaten (bij een duidelijke afstand tussen twee somscores, bijvoorbeeld 18-15-13-4-2, kan men besluiten het afkappunt tussen 13 en 4 te leggen).

3.6 Toelichting blok IV

In blok IV staat de praktische haalbaarheid van de indicatoren centraal (zie Figuur 5). Dit blok is dan ook van toepassing op de gehele set van indicatoren (uitkomsten blok III).



Figuur 5 Uitgewerkt stappenschema van blok IV van de methodiek.

Stap 12. Voer een pilot uit

Het doel van het pilotonderzoek is om de tot nu toe geselecteerde indicatoren nader te specificeren, te verfijnen en uit te testen in het veld. Deze stap is belangrijk om de betrouwbaarheid en de implementeerbaarheid te onderzoeken. Daarnaast kan het draagvlak voor daadwerkelijk gebruik in de praktijk hierdoor vergroot worden. Er is niet precies vastgelegd welke activiteiten een pilot moet omvatten. Het daadwerkelijk verzamelen van gezondheidsinformatie of patiënt-/cliëntgegevens is niet altijd noodzakelijk. Elementen die onderdeel kunnen zijn van een pilot:

1. Nagaan in hoeverre de benodigde data op dat moment in het veld beschikbaar zijn, op de korte termijn beschikbaar komen, of beschikbaar gemaakt kunnen worden. Dit kan op verschillende manieren. Men kan vragen aan enkele professionals of de benodigde gegevens beschikbaar zijn, men kan de professionals bezoeken en samen met hen kijken of de benodigde gegevens uit de registratiesystemen gehaald kunnen worden of men kan professionals en/of kwaliteitsfunctionarissen een schriftelijke of digitale vragenlijst voorleggen met de vragen over de aanwezigheid van de benodigde gegevens in de door hen gebruikte registratiesystemen. Welke methode ook gekozen wordt, het heeft de voorkeur om de beschikbaarheid te inventariseren bij vertegenwoordigers van verschillende organisaties, verspreid over het land.
2. Verzamelen en analyseren van gegevens waarmee indicatorscores kunnen worden berekend. Elementen die hieronder kunnen vallen zijn:
 - o Ontwikkelen van papieren of digitale vragenlijsten en/of invulformulieren waarop de benodigde gegevens ingevuld kunnen worden. Eventueel kunnen bestaande registratiesystemen aangepast worden, bijvoorbeeld door extra items in te voegen. Dit laatste is echter vaak erg bewerkelijk!
 - o Ontwikkelen van een registratieprotocol en codeboek ten behoeve van de dataverzameling. In het registratieprotocol zijn instructies voor de dataverzameling en rapportage voor de deelnemers aan de testfase opgenomen.
 - o Analyseren van de verkregen gegevens op beschikbaarheid en kwaliteit. Kenmerken die geanalyseerd kunnen worden, zijn de volledigheid van de aanlevering van de gegevens en het aantal missings, spreiding in de uitkomsten, *outliers* en onwaarschijnlijke uitkomsten, discriminerend vermogen en reproduceerbaarheid (betrouwbaarheid). De reproduceerbaarheid wordt getest door een meting meerdere malen door één persoon te laten uitvoeren of door meerdere personen een meting te laten uitvoeren.
 - o Onderzoeken van het proces van dataverzameling. Hiertoe kunnen de schriftelijke toelichtingen (indien beschikbaar) op de aangeleverde gegevens van de deelnemers aan de pilot geanalyseerd worden en kunnen de deelnemers geïnterviewd worden over hun ervaringen met het proces van dataverzameling en -aanlevering.
3. Ontwikkelen van presentatievormen voor indicatorinformatie. In eerste instantie zullen de gegevens zodanig bewerkt moeten worden, dat ze gemakkelijk bruikbaar zijn voor geëigende doeleinden. Op basis van de indicatorinformatie moet zichtbaar worden waar volksgezondheidsrisico's bestaan. Daarnaast zal de indicatorinformatie bruikbaar gemaakt moeten worden voor zorgorganisaties en zorgverleners, zodat zij spiegelinformatie verkrijgen op basis waarvan zij zichzelf kunnen vergelijken met andere zorgverleners, regio's of perioden.

Bij de uiteindelijke selectie van indicatoren op basis van het pilotonderzoek, is het van belang te streven naar een goede balans tussen makkelijk haalbare indicatoren en minder makkelijk te realiseren indicatoren. Aansluiting bij bestaande registraties is belangrijk om de lastendruk op het veld zoveel

mogelijk te beperken, maar het criterium haalbaarheid mag niet te strikt worden toegepast. Bepaalde risico's voor de volksgezondheid kunnen mede veroorzaakt worden door het ontbreken van belangrijke informatie, vanwege beperkte registratie. Als alleen indicatoren worden geselecteerd waarvoor reeds gegevens beschikbaar zijn, bestaat de kans dat het zicht op die risico's afwezig of beperkt blijft.

Stap 13. Stel de indicatoren formeel vast

Zoals ook ontwikkelde richtlijnen in de gezondheidszorg formeel worden vastgesteld, dient dat bij indicatorsets ook te gebeuren. Dit gebeurt aan de hand van agendering, consultering en besluitvorming. De formele vaststelling van de indicatorset kan bijvoorbeeld plaatsvinden door een commissie van een wetenschappelijke vereniging, het bestuur van een wetenschappelijke vereniging of in een stuurgroep waar de betrokken actoren in zijn vertegenwoordigd.

Stap 14. Publiceer en implementeer de indicatoren

Na vaststelling van de indicatorset dient de indicatorinformatie (descriptive sheets en implementatiehandleiding) gepubliceerd en verspreid te worden. Een goede beschikbaarheid van deze informatie wil overigens nog niet zeggen dat de indicatoren ook daadwerkelijk gebruikt zullen gaan worden. Hiervoor is het belangrijk dat teams, afdelingen, centra, of organisaties ondersteuning krijgen bij het implementeren van indicatoren. Het doel hiervan is om indicatoren te integreren in bestaande kwaliteitssystemen.

Een onderdeel van deze stap is de ontwikkeling van een implementatiehandleiding. Hierin is een beschrijving van de methode van dataverzameling, analyse en presentatie van prestatie-informatie opgenomen. Bij het opstellen van deze handleiding wordt gebruikgemaakt van de ervaring die is opgedaan in de pilot (stap 12). Een voorbeeld van een beschrijving van de methode van dataverzameling, is de uitgebreide werkinstructie bij de set indicatoren voor de geestelijke gezondheidszorg (Zichtbare Zorg, 2009).

Stap 15. Onderzoek de validiteit van de indicatoren

Op het moment dat voor het eerst een serieuze ronde van dataverzameling heeft plaatsgevonden, kan op basis van deze empirisch verzamelde gegevens de validiteit van de indicatoren onderzocht worden. Met de beschikbare indicatorscores kan bijvoorbeeld nagegaan worden of indicatoren waarvan verondersteld wordt dat die aan elkaar gerelateerd zijn, ook daadwerkelijk een samenhang laten zien. Met name is het interessant om de samenhang tussen proces- en uitkomstindicatoren te onderzoeken. Ook kan er worden nagegaan of organisaties met goede en slechte indicatorscores dezelfde zijn als de organisaties die met andere gevalideerde methoden als goed en slecht worden aangemerkt. Het raadplegen van deskundigen om op basis van de resultaten een oordeel te geven over de validiteit van de indicatoren, behoort ook tot de mogelijkheden. Het opnieuw onderzoeken van de beschikbaarheid en kwaliteit van de aangeleverde gegevens, is in deze fase ook op zijn plaats.

Stap 16. Beoordeel het ontwikkeltraject en de gepubliceerde informatie over de indicatoren

Aan het eind van het ontwikkeltraject, maar eventueel ook al tussentijds, kunnen indicatorontwikkelaars en/of opdrachtgevers de zorgvuldigheid waarmee het ontwikkeltraject is

doorlopen, de beschikbaarheid en kwaliteit van de documentatie bij de indicatoren en de kwaliteit van de indicatoren zelf (laten) beoordelen. Hiervoor kan het ‘Appraisal of indicators through research and evaluation (AIRE)-instrument’ gebruikt worden (De Koning et al., 2007a; De Koning et al., 2007b). Het AIRE-instrument bestaat uit 20 kwaliteitscriteria (items) verdeeld over vier kwaliteitsdomeinen (zie Tekstblok 6). Bij de beoordeling van de kwaliteit van een indicator geven deskundigen aan elk van de items een score op een 4-puntsschaal. Per kwaliteitsdomein wordt vervolgens een totaalscore berekend. Afhankelijk van de resultaten van deze beoordeling kunnen de indicatoren herzien en verder verbeterd worden.

Het verschil met stap 11 is dat in stap 11 alleen de indicatoreigenschappen zelf beoordeeld worden, en in deze stap ook de wijze waarop de ontwikkelaars tot de indicatoren zijn gekomen en de mate waarin de beschrijvingen van de indicatoren duidelijk en volledig zijn. In een Delphi-onderzoek (stap 11) zal bijvoorbeeld aan de deskundigen gevraagd worden of zij de conceptindicator valide achten, dus van oordeel zijn dat de indicatorscore een goede afspiegeling geeft van de geboden kwaliteit van zorg. Bij de beoordeling met behulp van een AIRE-instrument zal aan de deskundigen gevraagd worden of alle relevante partijen betrokken waren bij de indicatorontwikkeling, of de indicatortekst specifieke informatie geeft over de onderbouwing van de validiteit én of de indicatortekst aangeeft dat de indicator valide is. De indicatortekst van een indicator van goede kwaliteit verstrekt in dit geval zowel informatie over de deskundigenvaliditeit, dus het oordeel van deskundigen (zie stap 11), als over de resultaten van analyse van gemeten indicatorscores (zie stap 15). Er is ook een verschil in het type deskundigheid tussen stap 11 en deze stap 16. In stap 11 werden met name inhoudsdeskundige professionals gevraagd een oordeel te geven, in deze stap worden bij voorkeur deskundigen op het terrein van indicatorontwikkeling of kwaliteit van zorg onderzoek gevraagd een oordeel te geven.

Het beschrijven in het AIRE-instrument zijn gericht op indicatoren voor ziekenhuizenzorg. Of het instrument ook in andere settings voldoet (in dit geval de OGZ), zal nader onderzocht moeten worden. In ieder geval is het gewenst dat de beschrijvingen en voorbeelden die in de handleiding van het instrument worden gebruikt, aangepast worden.

Tekstblok 6 Items van het AIRE-instrument (De Koning et al., 2007a)

Doel, relevantie en organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft

- Het doel waarvoor de indicator is ontwikkeld is duidelijk beschreven.
- De criteria op basis waarvan het onderwerp van de indicator is gekozen, zijn specifiek beschreven.
- Het organisatorisch verband waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek beschreven.
- Het kwaliteitsdomein waar de indicator betrekking op heeft, is specifiek beschreven.
- De aard en omvang van de zorgprocessen waar de indicator betrekking op heeft, zijn specifiek beschreven en afgebakend.

Betrokkenheid van belanghebbenden

- De leden van de commissie die de indicator hebben ontwikkeld, zijn afkomstig uit relevante beroepsgroepen.
- Gezien het doel van de indicator zijn alle relevante partijen betrokken bij de indicatorontwikkeling.
- De indicator is formeel vastgesteld.

Wetenschappelijk bewijs

- Systematische methoden zijn toegepast voor het zoeken naar wetenschappelijk bewijsmateriaal.
- De indicator is gebaseerd op aanbevelingen uit een evidence-based richtlijn of in de wetenschappelijke literatuur gepubliceerde studies.
- De kwaliteit van het wetenschappelijke bewijsmateriaal waarop de indicator is gebaseerd, is systematisch onderzocht en/of samengevat.

Verdere onderbouwing, formulering en gebruik

- De teller en noemer van de indicator zijn specifiek beschreven.
- De doelgroep waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek afgebakend.
- Een strategie voor risicocorrectie is overwogen en beschreven (risk-adjustment).
- De indicator meet wat hij beoogt te meten (validiteit).
- De indicator meet precies en consistent (betrouwbaar).
- De indicator laat in voldoende mate verschillen zien (discriminerend vermogen).
- De indicator is getest in de praktijk.
- Er is rekening gehouden met de inspanningsvereisten voor het verzamelen van data.
- De indicator wordt ondersteund met een specifieke instructie voor de weergave en de interpretatie van de data.

4. Conclusies en aanbevelingen

De IGZ heeft het RIVM gevraagd onderzoek te doen naar de kwaliteit van de bestaande set indicatoren en voorstellen te doen voor verbeteringen. Tevens gaf de IGZ aan behoefte te hebben aan een generieke methodiek voor het ontwikkelen van indicatoren voor de OGZ. Dit zou haar de mogelijkheid geven om in de toekomst, zelfstandig, en op gestructureerde wijze, te werken aan de kwaliteit van bestaande indicatoren en/of te komen tot nieuwe kwalitatief goede indicatoren.

In voorgaande paragrafen is de door het RIVM ontwikkelde methodiek voor indicatorontwikkeling voor de openbare gezondheidszorg beschreven. Een conceptversie van deze methodiek is tot stand gekomen op basis van de beoordeling van de indicatoren uit de huidige basisset 2007 voor de OGZ en een literatuuronderzoek naar methoden van indicatorontwikkeling. Deze conceptversie is vervolgens gebruikt bij het verbeteren en aanscherpen van negen indicatoren voor vier onderwerpen. De praktijkervaring diende vervolgens weer als belangrijke input bij het aanscherpen en verbeteren van de methodiek.

De methodiek bestaat uit een aantal hoofdonderdelen (blokken) met in ieder blok een aantal stappen. Het merendeel van de beschreven stappen is in principe in elk indicatorontwikkelingsproject van toepassing. Er is dan ook deels overlap met de handleiding voor indicatorontwikkeling waarmee de kwaliteit van ziekenhuiszorg gemeten kan worden (Beersen, 2007). Een aantal stappen is echter uniek voor de OGZ. Het gaat dan met name om de stappen 2, 5 en 6, respectievelijk het beschrijven van de objecten en taakvelden waarop de indicatorset betrekking heeft, het uitvoeren van een actoranalyse en het selecteren van kernactiviteiten bij elk gekozen onderwerp. Deze stappen vloeien voort uit de literatuurverkenning waaruit naar voren is gekomen dat elementen rond het beschrijven van het organisatorisch verband *kernelementen* van indicatorontwikkeling in de OGZ zijn (Witte et al., 2008, beschreven in hoofdstuk 3). Genoemde stappen zijn nodig voor het verhelderen van de complexiteit van deze sector, waarbinnen betrokken actoren veelal gedeelde taken en verantwoordelijkheden hebben. Daarnaast krijgt het raadplegen van experts veel aandacht in deze methodiek, vooral in stap 11, waarin deskundigen de relevantie, meetbaarheid, validiteit en bruikbaarheid van de ontwikkelde conceptindicatoren beoordelen met behulp van consensusmethoden. In andere stappen van de methodiek wordt ingegaan op de rol en het nut van consultatie van deskundigen bij het ontwikkelingsproces. Ook deze activiteiten werden bij de literatuurverkenning aangemerkt als kernelementen van indicatorontwikkeling in de OGZ. Omdat in de OGZ het wetenschappelijk bewijs voor de aanpak van volksgezondheidsproblemen niet altijd even sterk is, is het gebruik van de expertise van professionals bij indicatorontwikkeling erg belangrijk. Wij willen hier wel aan toevoegen dat indicatoren die louter en alleen op basis van ‘expert opinion’ zijn verkregen (en zonder voldoende wetenschappelijk onderbouwing) achteraf vaak leiden tot discussies over validiteit.

Als we ook de andere kernelementen van indicatorontwikkeling (zie hoofdstuk 2) in ogenschouw nemen, is te zien dat in de methodiek aan de meeste kernelementen uitgebreid aandacht is besteed. Een element dat we niet letterlijk hebben overgenomen, is het opnemen van alle relevante veldpartijen en andere wetenschappelijke deskundigen en instanties in de commissie die de indicatoren ontwikkelt. Deze variant is wel beschreven (paragraaf 3.2), maar is ons inziens niet de enige optie voor het betrekken van veldpartijen en professionals bij indicatorontwikkeling. Het consulteren van deskundigen bij verschillende stappen en het laten beoordelen van de conceptindicatoren tijdens een Delphi-onderzoek of andere consensusmethode, is een goed alternatief. Het heeft als voordeel dat het ontwikkelproces praktisch uitvoerbaar blijft en dat veldpartijen niet te veel belast worden. In de

methodiek is aan het kernelement over het toetsen van de ontwikkelde indicatoren aan een norm die aangeeft wat gewenst is summier aandacht geschonken, namelijk bij het opstellen van descriptive sheets. In de descriptive sheets kunnen normen die in beleidsdocumenten of geldende richtlijnen beschreven zijn, opgenomen worden. Voor veel onderwerpen bestaan overigens geen goed onderbouwde normen.

De beschikbaarheid van gegevens is in verschillende stappen van de methodiek aan de orde gekomen. Het is belangrijk om aan te sluiten bij bestaande registraties, zodat de lastendruk op het veld zoveel mogelijk beperkt wordt. Toch dient ervoor gewaakt te worden dat er niet alleen indicatoren worden ontwikkeld of geselecteerd waarvoor reeds gegevens beschikbaar zijn, omdat dan de kans bestaat dat sommige risico's buiten beeld blijven.

Er is in dit onderzoek vooral ervaring opgedaan met de stappen uit blok II en III van de methodiek. De stappen uit blok I zijn niet echt uitgetest in de praktijk. Het doel, de gebruiker, de focus en de onderwerpen van de indicatorset waren al voorafgaand aan dit onderzoek vastgesteld. Deze kenmerken van de indicatorset hebben in dit onderzoek niet ter discussie gestaan. Wel zijn ze in Deel 2 beschreven. De stappen uit blok IV (uitvoeren van een pilot, formeel vaststellen, implementeren en beoordelen van de kwaliteit van de herziene en nieuwe indicatoren) zijn ook niet uitgetest. In tegenstelling tot de stappen uit Blok II en III zijn de stappen uit blok IV dan ook niet aangevuld met kennis uit de praktijk en is volstaan met een korte beschrijving. De kernelementen 'specificeren van de criteria die gehanteerd worden voor het vaststellen van de validiteit', 'zorgen dat gegevens volgens een standaardprocedure geregistreerd worden in medische dossiers of registratiesystemen', en 'beschrijven van een strategie voor risicocorrectie' vallen binnen dit blok en zijn alleen kort aangestipt in de methodiek. De stappen die in blok IV zijn beschreven, zouden aansluitend op dit onderzoek kunnen worden uitgetest. De ervaringen zouden vervolgens verwerkt kunnen worden in de huidige beschrijving van de methodiek voor indicatorontwikkeling. Voordat de indicatoren worden beoordeeld op hun kwaliteit (laatste stap van blok IV), zou het instrument dat daarvoor over het algemeen wordt gebruikt (AIRE-instrument) enigszins aangepast moeten worden voor de OGZ. De beschrijvingen en voorbeelden in de huidige versie van het instrument zijn namelijk gericht op ziekenhuiszorg. Vervolgens zou onderzocht kunnen worden of de aangepaste variant van dit instrument ook toepasbaar en valide is voor de OGZ.

De methodiek kan gebruikt worden als handleiding voor het ontwikkelen van nieuwe indicatoren of voor het verbeteren van al bestaande indicatoren. Als achtereenvolgens alle noodzakelijke stappen zijn doorlopen, zullen indicatoren voor de OGZ worden verkregen die te verzamelen zijn en voldoende onderbouwd zijn. Omdat de methodiek grotendeels gebaseerd is op stappen die in elk indicatorontwikkelingsproject (binnen de OGZ) van toepassing zijn, mag verwacht worden dat deze ook toegepast kan worden door andere partijen, zoals zorgorganisaties voor JGZ en GGD'en, gemeenten, koepelorganisaties, wetenschappelijke verenigingen en de rijksoverheid.

Literatuur

Attema F. Methodieken voor indicatorontwikkeling onder de loep. Verslag van de bachelorstage Gezondheidswetenschappen van 13 maart tot 5 juni 2007. Begeleiders MC Adriaanse en KE Witte. Bilthoven/Amsterdam: RIVM/Vrije Universiteit, 2007.

Beersen N, Kallewaard M, Croonenborg JJ van, Everdingen JJE van, Barneveld TA van. Handleiding indicatorontwikkeling versie 1.1. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de gezondheidszorg CBO, 2007.

Berg M, Schellekens W. Paradigma's van kwaliteit. De verschillen tussen externe en interne kwaliteitsindicatoren. Medisch Contact 2002; 57: 1203-1205.

Broerse A, Akker-van Marle ME van, Jonge A de, Lanting CI, Ploeg CPB van der. Onderzoek naar indicatoren ketenaansluiting bij bevolkingsonderzoek. TNO-rapport KvL/P&Z 2007.004. Leiden: TNO, 2007.

Campbell SM, Cantrill JA. Consensus methods in prescribing research. Clin Pharm Ther 2001; 26: 5-14.

CBO, Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. Hoofdstuk 3: Richtlijnwerkgroep. In: Evidence-based richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden. Utrecht: Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg CBO, november 2007.

Coppen R, Sixma HJ, Delnoij DMJ. Indicatoren voor toezicht op de openbare gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2006.

Derosé SF, Schuster MA, Fielding JE, Asch SM. Public Health Quality Measurement: concepts and Challenges. Annu Rev Public Health 2002; 23: 1-21.

Donabedian A. Explorations in quality assessment and monitoring. Volume 1: The definition of quality and approaches to its assessment. Michigan: Health Administration Press, 1980.

Fitzpatrick R, Boulton M. Qualitative methods for assessing health care. Qual Health Care 1994; 3: 107-113.

Gijsen R, Kramer AJW, Kommer GJ, Koning JS de. Prestatie-indicatoren voor de spoedeisende keten. Ontwikkeling van een set indicatoren en onderzoek naar beschikbaarheid van gegevens. Tussenrapport. Briefrapport. RIVM-rapport 270111001. Bilthoven: RIVM (in prep.).

IGZ - Inspectie voor de Gezondheidszorg. Indicatoren OGZ, Kwartaalbericht, gelaagd en gefaseerd toezicht openbare gezondheidszorg. Nummers 1 tot en met 6, 2005-2007.

IGZ - Inspectie voor de Gezondheidszorg. Indicatoren openbare gezondheidszorg. Basisset 2007. Den Haag: IGZ, 2007.

IOM - Institute of Medicine. Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century. Washington, DC: National Academy Press, 2001: 39-40.

Jones J, Hunter D. Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 1995; 311: 376-380.

Koning J de, Smulders A, Klazinga N. Appraisal of Indicators through Research and Evaluation (AIRE). Versie 2.0. Amsterdam: AMC, 2007a.

Koning JS de, Kallewaard M, Klazinga NS. Prestatie-indicatoren langs de meetlat – het AIRE instrument. *Tijdschr Gezondheidswet* 2007b; 85: 261-264.

Lauriks S, Wit MAS de, Buster MCA, Asbroek AHA ten, Arah OA, Klazinga NS. Prestatie-indicatoren voor de Openbare Geestelijke Gezondheidszorg: een conceptueel kader. *Tijdschr Gezondheidswet* 2008; 86: 328-336.

Mainz J. Developing evidence-based clinical indicators: a state of the art methods primer. *Int J Qual Health Care* 2003; 15 (Suppl I): i5-i11.

OECD – Organisation for Economic Co-operation and Development. Selecting Indicators for the Quality of Health Promotion, Prevention and Primary Care at the Health System Level in OECD Countries. OECD Health Technical Papers NO. 16. Paris: Directorate for Employment, Labour and Social Affairs, 2004.

Projectgroep Maatschappelijke Verantwoording: GGD Nederland, ActiZ, VNG. Kaderdocument maatschappelijke verantwoording. Uitgevoerd binnen het kwaliteitsprogramma Beter Voorkomen, oktober 2007.

Projectgroep Maatschappelijke Verantwoording: GGD Nederland, ActiZ, VNG. Maatschappelijke Verantwoording in de OGZ. Advies aan de stuurgroep Zichtbare Zorg OGZ met betrekking tot de conceptset van prestatie-indicatoren. Uitgevoerd binnen het kwaliteitsprogramma Beter Voorkomen. Utrecht: GGD Nederland, 2008.

RIVM. Draaiboek neonatale hieprikscreening, 6e uitgave. Bilthoven: RIVM, 2007.

RIVM. Bevolkingsonderzoek. Hielprik bij pasgeborenen; algemene informatie voor ouders. <<http://www.rivm.nl/hielprik/folder>>. Bilthoven: RIVM, februari 2008.

Rubin HR, Pronovost P, Diette GB. From a process of care to a measure: the development and testing of a quality indicator. *Int J Qual Health Care* 2001; 13: 489-496.

VWS - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Begroting Ministerie van VWS. Den Haag: VWS, 2008.

Witte K, Bovendeur I, Koning J de. Ontwikkeling van een methodiek ter ondersteuning van indicatorontwikkeling in de openbare gezondheidszorg. RIVM-rapport 270131001. Bilthoven: RIVM, 2008.

Zeeman G, Busch MCM. Preventie gericht op roken. Wat is het doel en welke methoden worden gebruikt. Doel, organisatie en aanbod. Wie doet wat? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <<http://www.nationaalkompas.nl>> Home\ Preventie\ Gericht op gezondheidsdeterminanten\ Preventie gericht op leefstijl\ Roken. Bilthoven: RIVM, 13 december 2007.

Zichtbare Zorg. Geestelijke gezondheidszorg. Werkinstructie Prestatie-indicatoren GGZ en verslavingszorg ten behoeve van aanlevering over verslagjaar 2008. Versie 2.2, 20 februari 2009.

Bijlage 1 – Uitleg van begrippen rond indicatoreigenschappen

Relevantie

1. Relevantie

De algemene relevantie is hoog als de indicator verwijst naar een zorgproces of activiteit waar veel personen mee te maken kunnen hebben én als bij verbetering van dit zorgproces of deze activiteit voor veel personen veel gezondheidswinst in termen van kwaliteit van leven en sterfte bereikt kan worden en/of de doelmatigheid van de zorg flink verbeterd kan worden. Er is dus een kloof tussen de gezondheidswinst die gehaald zou kunnen worden en die momenteel gehaald wordt.

Kwaliteitsaspecten van de indicator

2. Deskundigenvaliditeit

De deskundigenvaliditeit van de indicator is hoog als naar het oordeel van experts de indruk bestaat dat de indicatorscore een goede afspiegeling zal geven van de geboden kwaliteit van zorg¹ binnen het betreffende kwaliteitsdomein². In dat geval is in de wetenschappelijke literatuur een duidelijke relatie aangetoond tussen kwaliteit van zorg en de indicatorscore, of, als naar die relatie geen onderzoek is gedaan, een dergelijke relatie wel plausibel is. Kortom, experts hebben de indruk dat de indicator meet wat deze beoogt te meten. GGD'en of zorgorganisaties voor JGZ met een gunstigere score verlenen dus zorg van hogere kwaliteit.

3. Meetbaarheid

De meetbaarheid is hoog als de benodigde gegevens voor de constructie van de indicator op dit moment en in de toekomst meetbaar zijn in de praktijk. Alle aspecten van de indicator (bijvoorbeeld teller, noemer, correctie- of case-mix-variabelen) zijn in een getal uit te drukken (bijvoorbeeld een score, dichotome indeling wel/niet, tijdstip).

4. Reproduceerbaarheid (betrouwbaarheid)

De reproduceerbaarheid is hoog als de gegevens die benodigd zijn voor het construeren van de indicator, door verschillende personen door de tijd heen op vergelijkbare wijze worden verzameld.

¹ Er zijn verschillende definities van kwaliteit van zorg. Een voorbeeld is die van het Amerikaanse Institute of Medicine: de mate waarin gezondheidszorg voor individuen en populaties de kans op gewenste gezondheidsuitkomsten vergroot en waarbij de zorg conform de huidige professionele kennis wordt uitgevoerd.

² Met een indicator tracht men inzicht te krijgen in een bepaald aspect van de kwaliteit van zorg, waaronder effectiviteit, veiligheid, toegankelijkheid, tijdigheid, efficiëntie.

Bovendien worden er daarbij weinig fouten gemaakt. De test-hertest-betrouwbaarheid en interwaarnemer-betrouwbaarheid is dan hoog. De reproduceerbaarheid wordt bevorderd als er uniforme, heldere, precieze en ondubbelzinnige specificaties voor het construeren van de indicator en het verzamelen van de benodigde gegevens zijn opgesteld.

5. Discriminerend vermogen (gevoeligheid)

Het discriminerend vermogen is hoog als deze kleine veranderingen in de tijd of verschillen tussen zorgaanbieders/regio's in de kwaliteit van zorg kan detecteren. Verbeteringen in de zorg zullen weerspiegeld worden in de score van de indicator. Als de gevoeligheid laag is, oftewel de indicator is grof, zullen veranderingen of verschillen in de kwaliteit van de zorg pas gemeten kunnen worden als deze groot zijn.

6. Eerlijkheid

De eerlijkheid is groot als het mogelijk is om eerlijke vergelijkingen te maken tussen zorgaanbieders/regio's. Risicocorrectie voor case-mix-factoren (bijvoorbeeld leeftijd, geslacht, comorbiditeit en ernst van de aandoening) is dan eenvoudig en goed uit te voeren met de beschikbare gegevens. Of risicocorrectie is in het geheel niet nodig, omdat het zorgproces op alle patiëntgroepen van toepassing moet zijn of, omdat de patiëntgroepen tussen zorgaanbieders/regio's niet verschillen.

Bruikbaarheid

7. Bruikbaar voor zorgverleners of -instellingen zelf (verbeterpotentieel of beleidsrelevantie)

De bruikbaarheid voor GGD'en of andere organisaties is hoog als deze de mogelijkheid hebben om structuren of zorgprocessen/activiteiten waarnaar de indicator verwijst, te veranderen indien de indicator een probleem signaleert. De bruikbaarheid is laag als GGD'en of andere organisaties geen invloed hebben, als in alle situaties al optimaal gepresteerd wordt of als er te veel obstakels zijn om de betreffende aspecten van zorg te verbeteren.

8. Bruikbaar voor toezicht of verantwoording (beleidsrelevantie)

De bruikbaarheid van de indicator voor toezicht is hoog als het de toezichthoudende instantie, koepelorganisatie of (lokale) overheid de mogelijkheid biedt om prioriteiten aan te brengen in het uitoefenen van haar toezichts- of regietaak. De betreffende instantie kan op basis van de indicatormetingen inschatten bij welke objecten (instellingen, afdelingen) en op welke werkgebieden of taakvelden knelpunten bestaan (risico op onveiligheid, ineffectiviteit, gebrek aan patiëntgerichtheid, ontoegankelijkheid en inefficiëntie).

9. Haalbaarheid

De haalbaarheid is hoog als de inspanningen en kosten om de gegevens te verzamelen niet te hoog zijn. De gegevens zijn reeds beschikbaar of kunnen gemakkelijk beschikbaar gemaakt worden. De haalbaarheid is afhankelijk van het gemak waarmee alle aspecten van de indicator (bijvoorbeeld teller,

noemer, correctiefactoren) uit (geautomatiseerde) dossiers of brieven gehaald kunnen worden, of via eenvoudige bevraging van burgers, klanten en/of zorgaanbieders verkregen kunnen worden.

Deel 2 – Aanpassing van indicatoren uit de IGZ-basiset 2007

R. Gijsen
N.A.M. Post

1. Inleiding

In Deel 1 van dit rapport is een methodiek voor het ontwikkelen van indicatoren voor de openbare gezondheidszorg (OGZ) besproken. Deze methodiek is vervolgens toegepast op een aantal indicatoren uit de IGZ-basisset *Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg*. Dat proces wordt in dit deel beschreven.

Allereerst wordt er kort ingegaan op de selectieprocedure van de indicatoren uit de basisset die het meest voor verbetering in aanmerking kwamen (hoofdstuk 2). Hieruit kwamen vier indicatoronderwerpen naar voren. Hierop is de methodiek toegepast. Door het volgen van de methodiek is getracht de knelpunten te verhelpen en te komen tot een voorstel tot herziene en eventueel nieuwe indicatoren. De verbeteringstrajecten zijn voor elk van de vier indicatoronderwerpen beschreven in afzonderlijke hoofdstukken (4 tot en met 7). Algemene uitkomsten die voor alle indicatoren gelden, worden apart besproken (hoofdstuk 8). Dit deel sluit af met conclusies en aanbevelingen voor de verdere ontwikkeling van de indicatoren (hoofdstuk 9).

2. Selectie van indicatoren

Het ontwikkeltraject en de beschrijvingen van de indicatoren die in de basisset 2007 van de IGZ zijn opgenomen, zijn herhaaldelijk op hun kwaliteit beoordeeld. In 2006 hebben medewerkers van de IGZ de tot dan toe ontwikkelde indicatoren voor de basisset op hun kwaliteit beoordeeld. De indicatoren op het gebied van infectieziekten waren destijds nog niet ontwikkeld. Een jaar later is de kwaliteit van de gehele basisset beoordeeld (Witte et al., 2008). Daartoe hebben twee onderzoekers van het RIVM de informatie bij de indicatoren beoordeeld op alle in het AIRE-instrument benoemde criteria³. Uit deze beoordelingen bleek dat een aantal aspecten duidelijk te verbeteren was (zie Deel 1, hoofdstuk 2).

Om een prioriteitenlijst op te stellen van indicatoren die het meest voor aanpassing in aanmerking komen, zijn de indicatoren in 2008 door twee onderzoekers van het RIVM opnieuw beoordeeld. Daarbij zijn alleen de aspecten die bij de eerdere beoordeling als minder sterk naar voren kwamen, in ogenschouw genomen. Daar is nog een aspect aan toegevoegd, namelijk de beschikbaarheid van kwalitatief goede data. In totaal ging het om de volgende aspecten (met tussen haakjes het itemnummer uit het AIRE-instrument):

- de criteria op basis waarvan het onderwerp van de indicator is gekozen, zijn specifiek beschreven (2);
- het organisatorische verband waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek beschreven (3);
- de aard en omvang van de zorgprocessen waar de indicator betrekking op heeft, zijn specifiek beschreven en afgebakend (5);
- de indicator is gebaseerd op aanbevelingen uit een evidence-based-richtlijn of in de wetenschappelijke literatuur gepubliceerde studies (10);
- de teller en noemer van de indicator zijn specifiek beschreven (12);
- de doelgroep waarop de indicator betrekking heeft, is specifiek afgebakend (13);
- de indicator is getest in de praktijk (18);
- er zijn gegevens beschikbaar, die (op het oog) van goede kwaliteit zijn (item toegevoegd).

De onderzoekers hebben onafhankelijk van elkaar alle indicatoren op deze acht aspecten beoordeeld, hebben de tekortkomingen beschreven en hebben een score gegeven op een 4-puntschaal. Vervolgens zijn somscores berekend en deze zijn gemiddeld. Zie Bijlage 5 voor het volledige resultaat. Daarna zijn de (individuele) uitkomsten besproken om tot een gezamenlijke prioriteitenlijst te komen.

Vooral van de indicatoren over psychosociale problemen bij kinderen, binnenhuismilieu en kindermishandeling werd de kwaliteit door de beoordelaars als minder goed beoordeeld. Er werden vooral tekortkomingen gesignaleerd voor de items:

- aard en omvang van het zorgproces (bij alle drie de indicatoren);
- teller en noemer;
- criteria en organisatorisch verband (telkens bij twee van de drie);
- getest in de praktijk (bij psychosociale problemen).

De indicatoren voor bovenstaande onderwerpen werden als relatief goed beoordeeld op het item doelgroep waarop de indicator betrekking heeft.

In overleg met de opdrachtgever is besloten de drie onderwerpen met de slechtst scorende indicatoren, die dus mogelijk minder bruikbaar zijn voor toezicht, verder uit te werken aan de hand van de

³ Voor uitleg over het AIRE-instrument: zie Deel 1, stap 16.

methodiek. Op verzoek van de IGZ is daar het indicatoronderwerp amblyopie aan toegevoegd. In de praktijk bleek dat veldpartijen moeite hebben met het aanleveren van de gevraagde gegevens voor de indicatoren over amblyopie.

Voor vier onderwerpen zijn de indicatoren uiteindelijk doorontwikkeld, namelijk: (1) psychosociale problemen 0-19 jaar, (2) kindermishandeling, (3) amblyopie en (4) binnenhuismilieu. Dit houdt in dat waar mogelijk de bestaande indicatorbeschrijvingen uit de basisset zijn herzien en dat er nieuwe, aanvullende indicatoren zijn ontwikkeld. De aanpassing van de bestaande indicatoren en de ontwikkeling van de aanvullende indicatoren worden in de volgende hoofdstukken aan de hand van de stappen uit de methodiek voor de ontwikkeling van indicatoren voor de OGZ beschreven.

3. Afbakening conceptueel kader indicatorset

In dit hoofdstuk wordt het conceptuele kader van de indicatorset waarmee de IGZ toezicht kan houden op de OGZ afgebakend. Dit is gedaan aan de hand van de eerste drie stappen uit de methodiek die in Deel 1 van dit rapport is beschreven. Het vaststellen van het conceptuele kader is van belang omdat sets verschillende gebruiksdoelen kunnen hebben en omdat in de OGZ verschillende partijen gedeelde verantwoordelijkheden kunnen hebben.

Omdat het bij deze stappen gaat om het conceptuele kader voor de *hele* indicatorset, is er geen onderscheid gemaakt naar de in het vorige hoofdstuk geselecteerde onderwerpen. Hieronder volgen stappen 1, 2 en 3 uit blok I van de methodiek.

Stap 1. Beschrijf het doel en de gebruiker van de indicatorset

Doel van de indicatoren is het vergaren van informatie waarmee de IGZ toezicht kan houden op de kwaliteit van de OGZ in Nederland, met name waar het gaat om de risico's voor de volksgezondheid op regionaal niveau (IGZ, 2007a).

Stap 2. Bepaal de focus(sen) van de indicatorset

De indicatoren moeten iets zeggen over het functioneren van de OGZ op regionaal niveau. Objecten van toezicht zijn GGD'en, zorgorganisaties voor JGZ en gemeenten. De taakvelden van de OGZ waarnaar gekeken wordt zijn: infectieziektebestrijding, openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ), gezondheidsbevordering, medische milieukunde (MMK) en jeugdgezondheidszorg (JGZ) (IGZ, 2007a).

Stap 3. Bepaal binnen de focus welke onderwerpen prioriteit hebben

Als uitgangspunt voor het selecteren van onderwerpen hanteren we de basisset 2007. In Bijlage 4 is per taakveld een overzicht gegeven van alle onderwerpen en indicatoren die in de basisset zijn opgenomen. Het RIVM is in dit onderzoek niet gevraagd om een verdere prioritering in onderwerpen aan te brengen.

In dit onderzoek zijn vier onderwerpen geselecteerd voor verdere ontwikkeling van indicatoren (zie hoofdstuk 2 van Deel 2): psychosociale problemen 0-19 jaar, kindermishandeling, screening op en verwijzing voor amblyopie en binnenhuismilieu.

In de volgende hoofdstukken worden deze vier onderwerpen verder inhoudelijk gespecificeerd en uitgewerkt tot indicatoren.

4. Psychosociale problemen jeugd 0-19 jaar

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is beschreven hoe de potentiële indicatoren tot stand zijn gekomen voor het onderwerp psychosociale problemen bij de jeugd waarmee de IGZ toezicht zou kunnen houden op de OGZ. De bestaande indicator uit de IGZ-basisset *Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg 2007* is hiervoor aangepast en nieuwe indicatoren zijn ontwikkeld. Dit is gedaan volgens de door het RIVM ontwikkelde methodiek die in Deel 1 van dit rapport beschreven is.

De uitkomsten van het ontwikkelproces worden hieronder voor elk onderdeel uit blok II en III van de methodiek kort weergegeven. Voor de afbakening van het conceptuele kader van de gehele indicatorset verwijzen wij naar hoofdstuk 3.

4.2 Inhoudelijke verkenning geselecteerde onderwerpen

Het onderwerp psychosociale problemen dat in hoofdstuk 3 als prioriteit is aangemerkt, wordt in deze paragraaf inhoudelijk uitgediept.

Stap 4. Definieer het onderwerp en geef duidelijk de relevantie aan

In deze stap geven we eerst de definitie, dan gaan we in op de aard en omvang van het gezondheidsprobleem. Tot slot bespreken we de knelpunten in de zorg.

Definitie

Het begrip psychosociale problemen is een overkoepelende term voor alle uitingvormen van psychische problemen en (daarmee veelal gepaard gaande) sociale problemen. Deze term verwijst vooral naar de subjectieve beleving van onwelzijn en slecht sociaal functioneren. Het begrip psychische stoornis daarentegen, duidt erop dat er een cluster van symptomen aanwezig is, waarbij voldaan wordt aan van tevoren vastgestelde diagnostische criteria. Een externe beoordelaar (bijvoorbeeld een psychiater of psycholoog) stelt vast of er voldaan wordt aan die criteria, en dus sprake is van een stoornis. Omdat er in de JGZ geen uitgebreid diagnostisch onderzoek wordt gedaan, hanteert men veelal de termen psychosociale of psychische problemen.

Psychische problemen kunnen omschreven worden als problemen in de cognitieve functies (denken, waarnemen), affectieve functies (voelen) en conatieve functies (driften, willen, handelen) (Hengeveld en Schudel, 2003). Problemen in de cognitieve functies kunnen onder andere verhoogde afleidbaarheid, verminderde intelligentie en waanachtige denkbeelden zijn. Bij problemen in de affectieve functies kan gedacht worden aan neerslachtige stemming en onverklaarde langdurige buikpijn. Bij problemen in de conatieve functies gaat het bijvoorbeeld om impulsief gedrag en misbruik van alcohol en drugs.

Vaak worden psychosociale problemen nader omschreven als de aanwezigheid van emotionele problemen, gedragsproblemen en/of sociale problemen (Postma, 2008; Schrijvers et al., 2008; Zeijl et

al., 2005). Emotionele (of internaliserende) problemen zijn voornamelijk storend voor het kind of de jongere zelf. Voorbeelden zijn angstige of depressieve gevoelens, teruggetrokkenheid, lage zelfwaardering en psychosomatische klachten. Gedragsproblemen (of externaliserende) problemen worden vooral door de omgeving als storend ervaren. Voorbeelden hiervan zijn agressief gedrag, onrustig gedrag en delinquent gedrag. Sociale problemen (of problemen in het sociaal functioneren) zijn problemen die het kind heeft in het maken en onderhouden van het contact met anderen. Naast deze drie categorieën kan een restgroep onderscheiden worden, met bijvoorbeeld problemen thuis, problemen op school, excessief huilen, eetproblemen, spraak-taalproblemen en slaapproblemen.

Een ander belangrijk begrip dat in het kader van de aanpak van psychosociale problemen bij kinderen en jongeren veel gebruikt wordt, is een ‘zorgwekkende opvoedingssituatie’ (Hermanns et al., 2005). Dit duidt op gezinsomstandigheden waarin kinderen niet de garantie hebben dat er een *good enough*-opvoeding wordt geboden. Bij zorgwekkende opvoedingssituaties is sprake van verwaarlozing, fysieke en psychische kindermishandeling en/of geconfronteerd worden met huiselijk geweld. Het kan gezien worden als een belangrijke risicofactor voor psychosociale problemen. Zorgwekkende opvoedingssituaties kunnen belangrijke aangrijpingspunten zijn voor interventies. Zo zal bij vroegsignalering van een psychosociaal probleem gekeken worden naar de opvoedingssituatie, en zal een interventie zich mogelijk kunnen toespitsen op verbetering daarvan, met als doel de psychosociale problemen bij het kind te verminderen.

Aard en omvang van het gezondheidsprobleem

Psychosociale problemen komen veel voor. JGZ-medewerkers signaleren bij 8 tot 33% van de kinderen tot 12 jaar psychosociale problemen, afhankelijk van de leeftijdsklasse en het geslacht. Tussen de 5 en 17% heeft lichte problemen, tussen 2 en 13% matige problemen en tussen de 1 en 3% heeft zware problemen. Ook het type probleem dat op de voorgrond staat, verschilt per leeftijdsklasse en geslacht. Zo komen bij baby's van 14 maanden slaap-, spraak/taal- en eetproblemen vaak voor, bij 8-12-jarigen emotionele problemen en schoolproblemen (Zeijl et al., 2005). Van de ouders die gestandaardiseerde vragenlijsten over psychosociale problemen bij hun kinderen invulden, rapporteerde 2 tot 8% problemen, ook weer afhankelijk van de leeftijdsklasse en het geslacht (Zeijl et al., 2005). Uit onderzoek van Ter Bogt et al. (2003) blijkt dat een op de vijf jongeren van 11-18 jaar emotionele problemen heeft. Voor ongeveer 13% gaat het om ernstige problematiek. Gedragsproblemen komen volgens dit onderzoek bij iets meer dan een op de zes jongeren in de leeftijdscategorie 11-18 jaar voor. Bij 11% gaat het om ernstige problemen. Psychosociale problemen kunnen ook de kans op risicogedragingen als overgewicht, roken, alcohol- en drugsgebruik vergroten (Schrijvers en Schoemaker, 2008). Bekend is eveneens dat psychische problemen een belangrijke oorzaak voor ziekteverzuim en arbeidsongeschiktheid zijn (Veerman et al., 2001; Meijer et al., 2006). Een uiterste consequentie van psychosociale problemen kan vroegtijdig overlijden ten gevolge van suïcide of een gewelddadig incident zijn (Bool et al., 2007; Schrijvers en Schoemaker, 2008; Van 't Land en De Ruiter, 2006).

Knelpunten in de zorgverlening

Vanwege de omvang en de impact van dit type problemen op het welzijn, worden psychosociale problemen beschouwd als een belangrijk gezondheidsprobleem. Uit de literatuur komt een aantal knelpunten naar voren die wij hieronder per zorgactiviteit hebben geclusterd, te weten: (1) vroegsignalering, (2) interventie en (3) zorgcoördinatie.

1. Vroegsignalering

Psychosociale problemen kunnen al vroeg in het leven van een kind ontstaan. Er is steeds meer bekend over de risicofactoren voor het ontstaan van psychische problemen. Bij het ontstaan van psychosociale problemen is er vaak sprake van een combinatie of een cumulatie van factoren die

elkaar beïnvloeden. Risicofactoren zijn onder meer: laag geboortegewicht van het kind, leeftijd van moeder bij eerste kind (jonger dan 19 jaar), conflicten in het gezin en sociaaleconomische kenmerken van de buurt waarin het gezin leeft (Hermanns et al., 2005; Maas en Jansen, 2000; Schoemaker en De Ruiter, 2005; Postma, 2008). Naast risicofactoren zijn er ook beschermende factoren, die een tegenwicht kunnen bieden aan de risicofactoren. Beschermende factoren zijn onder meer: goede intelligentie kind, positief zelfbeeld kind, stabiele persoonlijkheid en goede gezondheid van de ouder, opvoedingscompetenties, sociale steun, goed inkomen/opleiding (Postma, 2008; Hermanns et al., 2005; Schoemaker en De Ruiter, 2005).

Met vroegtijdige signalering van psychosociale problemen wordt beoogd problemen op jonge leeftijd op te sporen, en bovenal vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem. Daardoor neemt de kans toe dat de betreffende kinderen de benodigde hulp krijgen, zodat verdere ontwikkeling of verergering van deze problemen kan worden tegengegaan. Signalering van risicovolle of zorgwekkende opvoedings- en opgroeisituaties kan al in de prenatale periode starten. Ook na de geboorte blijft het van belang om erop toe te zien dat het kind veilig opgroeit (Postma, 2008).

Uit studies blijkt echter dat er grote variatie is in de signalering van kinderen met psychosociale problemen door hulpverleners, waardoor mogelijk kinderen met psychosociale problemen gemist worden. Die grote variatie vloeit volgens onderzoek vaak voort uit de onjuiste en/of beperkte toepassing van valide en betrouwbare vroegsignaleringsinstrumenten (Vogels, 2008; IGZ, 2005; Postma, 2008). De betrouwbaarheid van de instrumenten wordt in meerdere studies onderzocht. Momenteel is slechts één vroegsignaleringsinstrument gevalideerd, namelijk de oudervragenlijst van de SDQ voor de leeftijdscategorie 7-12-jarigen.

Om kinderen met psychosociale problemen zo vroeg mogelijk in het ontwikkelingsproces van het probleem op te sporen, wordt in meerdere studies gepleit voor een methodischere aanpak van de vroegsignalering. De verwachting is dat dat beter zal lukken als vaker instrumenten gebruikt gaan worden die bewezen effectief zijn (of op zijn minst veelbelovend),⁴ en als er afspraken gemaakt gaan worden over de juiste toepassing van deze instrumenten.

2. Interventie

Uit diverse studies blijkt dat het ontwikkelingsstadium van het kind samenhangt met de effecten van de interventie; hoe vroeger in het leven wordt geïntervenieerd, des te (kosten)effectiever het is (Hermanns et al., 2005). Met het inzetten van interventies hoopt men te voorkomen dat psychosociale problemen ontstaan of verergeren. Er is echter een gebrek aan bewezen effectieve interventies en als ze er zijn dan worden ze vaak beperkt toegepast (Postma, 2008; Neppelenbroek et al., 2005; Van Leerdam et al., 2005). Mogelijke oorzaak voor de beperkte toepassing van effectieve interventies is het verschil in aanbod van interventies tussen gemeenten. Het aanbod van interventies is namelijk afhankelijk van de zorgbehoefte in een gemeente en de lokale beleidsprioriteiten (zie voor verdere uitleg stap 5). Andere redenen voor de beperkte toepassing van interventies zouden kunnen zijn: gebrek aan kennis bij zorgverleners over welke instrumenten effectief zijn, beperkte kennis over en vaardigheden met toepassing van de interventies en gebrek aan tijd en personeel om de interventies uit te voeren.

⁴ Aanbevolen instrumenten zijn voor contactmoment 0-4 jaar: ASQ (4-60 maanden), BITSEA (12-36 maanden), KIPPP (0-1 jaar en 1-4 jaar), VOBO (0-4 jaar), DMO-protocol Samen Starten (0-4 jaar) en SDQ (vanaf 3 jaar). Voor het contactmoment in groep 2 van de basisschool: SDQ (5 jaar). Voor contactmoment in groep 6/7 en leerjaar 2 van het voortgezet onderwijs worden respectievelijk aanbevolen: SDQ (7-12 jaar) en SDQ (13-14 jaar) (Postma, 2008; GGD Nederland, 2006).

Om de beschikbaarheid van het aantal bewezen effectieve interventies te verbeteren, is de *Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies* opgezet. Dit is een samenwerkingsverband van de kennisinstituten NJi, Centrum Gezond Leven van het RIVM (dat zich vooral richt op leefstijlinterventies) en Centrum Jeugdgezondheid (ook van het RIVM). Deze commissie beoordeelt potentiële interventies, waarna interventies met een gunstige beoordeling in de *Databank Effectieve Jeugdinterventies* van het Nederlands Jeugdinstituut (NJI) worden opgenomen (NJI, 2009). Begin 2009 is vastgesteld welke criteria de Erkenningscommissie in 2009 en 2010 zal hanteren bij het beoordelen van interventies (Van Yperen en Van Bommel, 2009). Met de criteria die tot dan toe golden, zijn 76 interventies geclassificeerd als ‘in theorie effectief’ of ‘effectief’ (stand van zaken begin 2009).

De verwachting is dat door het vaker toepassen van (bewezen effectieve of veelbelovende) interventies de kans toeneemt dat het ontstaan, aanwezig blijven en/of verergeren van psychosociale problemen voorkómen kan worden.

3. Zorgcoördinatie

Binnen de keten van zorg voor de jeugd is er veel onduidelijkheid over wat het begrip zorgcoördinatie inhoudt en wie daarvoor verantwoordelijk is. Zo bestaat er binnen de JGZ bijvoorbeeld onduidelijkheid over de mate waarin zij het kind na verwijzing moet volgen (Romeijn, 2002). Het is onvoldoende duidelijk of dit wel of niet onder zorgcoördinatie valt. Er rouleren meerdere definities in het veld. De een is vrij algemeen zoals de definitie uit de richtlijn *Handboek Eenheid van Taal*: het regelen en afstemmen van de zorg- en/of hulpverlening rondom een jeugdige of gezin met alle bij de zorgverlening betrokken hulp- en zorgverleners (gelijktijdig of opeenvolgend) (Platform JGZ, 2005). In de visienota van GGD Nederland en ActiZ (red: voorheen Z-org) wordt echter een veel bredere definitie gehanteerd: zorgcoördinatie binnen JGZ houdt in risicokinderen kennen, weten welke risico's er spelen bij welke kinderen, op de hoogte zijn van welke hulp er door andere instanties ingezet is, contact onderhouden met instellingen die hulp verlenen en zorg voor afstemming (Z-org & GGD Nederland, 2006).

Complicerende factor is bovendien dat zorgcoördinatie volgens de richtlijn *Handboek Eenheid van Taal* onder het maatwerkdeel van het basistakenpakket (BTP) valt, waardoor deze activiteit voor GGD en zorgorganisaties voor JGZ niet verplicht is en zij relatief vrij zijn er op hun eigen manier invulling aan te geven. Echter, rapportage op populatieniveau over het vervolg na verwijzing (follow-up), valt onder het uniforme deel (Platform JGZ, 2005; Z-org & GGD Nederland, 2006). Tevens zou volgens de richtlijn *Handboek Eenheid van Taal* bij iedere activiteit uit het BTP de follow-up moeten worden genoteerd waardoor het kind ook longitudinaal gevolgd kan worden en de continuïteit van de zorg gewaarborgd is. Deze schijnbare tegenstrijdigheid geeft aanleiding tot discussie in het veld.

Mede als gevolg van de onduidelijkheid is er in de praktijk regelmatig een gebrek aan (noodzakelijke) informatie-uitwisseling tussen ketenpartners over de actuele stand van de hulpverlening aan het kind. Verantwoordelijkheden worden op elkaar afgeschoven en er wordt bij verwijzing niet altijd actief aan terugrapportage gedaan of om gevraagd. Ook beroepen zorgaanbieders zich op privacywetgeving (Bijl, 2008). Door het ontbreken van voldoende afstemming tussen ketenpartners dreigen kinderen buiten de boot te vallen (IGZ, 2007b).

Heldere beleidsafspraken tussen instellingen en structurele contacten op managementniveau kunnen de voorwaarden scheppen om, ook in individuele casussen, de zorg beter te stroomlijnen. Ook op dit vlak is nog verbetering mogelijk (Romeijn, 2002).

Zowel de JGZ als de IGZ erkennen de problemen (Romeijn, 2002; IGZ, 2007b). Zij zien betere afstemming binnen het verwijscircuit als een mogelijke oplossing. De IGZ is van mening dat het de taak van de JGZ is om het kind na verwijzing actief te blijven volgen gedurende het gehele zorgproces, en dat dit deel uitmaakt van het uniforme deel van het BTP (IGZ, 2007b; notulen werkgroep IGZ). Door het volgen van het kind kan worden voorkomen dat kinderen buiten de boot vallen doordat ze niet aankomen bij de hulpverlener naar wie is verwezen of doordat ze de behandeling niet afmaken.

Stap 5. Actoranalyse

Gemeente, GGD en zorgorganisatie voor JGZ

De gemeente is verantwoordelijk voor de zorg voor 0-19-jarigen conform de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Voor de JGZ zijn de taken van de gemeenten onder meer: het monitoren van de gezondheidstoestand, inschatten van zorgbehoefte, signalering en preventie en het geven van advies en voorlichting. De gemeente legt deze taken neer bij JGZ-instellingen (GGD en/of zorgorganisatie voor JGZ).

Gemeenten zijn volgens de wet verplicht om minimaal het basistakenpakket (BTP) JGZ te laten uitvoeren door JGZ-instellingen (VWS, 2002). Het basistakenpakket valt uiteen in twee delen; een maatwerkdeel en een uniform deel (Dunnink en Leijss-Spek, 2008). Het uniforme deel moet door elke JGZ-instelling conform de richtlijn *Contactmomenten* worden uitgevoerd. Er zijn 18 vaste momenten waarop er contact moet zijn tussen de JGZ en ouders en kind waarvan 15 in de leeftijdsperiode van 0-4 jaar (Platform JGZ, 2003). Naarmate het kind ouder wordt, neemt het aantal contactmomenten af. De JGZ kent drie standaard contactmomenten in de leeftijdsperiode van 5-19 jaar. Op indicatie kunnen daar nog extra contactmomenten aan worden toegevoegd. Een contactmoment kan een huisbezoek zijn maar ook een consult en Preventief Gezondheids Onderzoek (PGO).

Het maatwerkdeel van het BTP wordt ingegeven door de zorgbehoefte in een gemeente of regio en kan dus per JGZ-instelling variëren (Geerts et al., 2008). Het inzetten van interventies valt bijvoorbeeld onder het maatwerkdeel van het BTP waardoor het aanbod van interventies per gemeente kan verschillen.

De jeugdgezondheidszorg voor 0-4-jarigen wordt in veel regio's aangeboden door zorgorganisaties voor JGZ. In een beperkt aantal regio's gebeurt dit door GGD'en. De GGD levert de zorg voor 4-19-jarigen.

De relatie tussen GGD en gemeente is complex. Voor het uniforme deel van het basistakenpakket is de GGD een uitvoerende dienst van de gemeente (VWS, 2002). Voor het maatwerkdeel is het echter een externe marktpartij. Daar komt bij dat de GGD ook een rol als adviseur van de gemeente vervult (Geerts et al., 2008). De zorgorganisaties zijn private organisaties waar marktwerking op van toepassing is. De gemeente heeft geen directe zeggenschap over deze instellingen.

Andere relevante actoren

Bureau Jeugdzorg, aanbieders van jeugdzorg, scholen, Jeugd-GGZ, provincie, maatschappelijk werk, jeugdwelzijnswerk, zorgverzekeraars, huisartsen, kraamzorg, kinderdagverblijven, peuterspeelzalen, Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), Voor- en Vroegschoolse Educatie (VVE) en Zorg Advies Team (ZAT) zijn andere relevante actoren in dit veld.

Zorgproces op hoofdlijnen

Om inzicht te krijgen in de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende actoren, is het nuttig om voor het onderwerp ‘psychosociale problemen bij de jeugd’ het zorgproces te beschrijven. In Tabel 3 geven wij daarom schematisch de activiteiten weer die bij aanstaande ouders, kinderen en jongeren met (mogelijke) psychosociale problemen kunnen worden doorlopen (afhankelijk van de aard van de problemen). Al voorafgaand aan de geboorte van een kind kan de JGZ een rol spelen bij het opsporen van risicovolle opvoedingssituaties. Het signaleren van psychosociale problemen gebeurt vaak tijdens een PGO.

Door middel van vragenlijsten (zogenoemde vroegsignaleringsinstrumenten) wordt een verhoogde kans op psychosociale problemen bij een kind opgespoord, waarna de JGZ-medewerker een gesprek heeft met ouders en kind. Mocht er na het beoordelingsgesprek (nog) aanleiding toe zijn, dan zet de JGZ een interventie of een specifiek interventieprogramma in. Bij ernstige problematiek verwijst zij door naar andere hulpverleners voor diagnose en verdere behandeling. Wanneer het kind verwezen is, blijft de JGZ het kind volgen gedurende het zorgproces. In Tabel 3 wordt hieraan gerefereerd bij de activiteit zorgcoördinatie. Deze dient dan ook gezien te worden als een continue activiteit van de JGZ na verwijzing bij de activiteitinterventie door de JGZ.

Op organisatorisch gebied zijn er samenwerkingsafspraken gemaakt tussen de JGZ-instellingen en andere ketenpartners en is er regelmatig overleg over het functioneren van de keten.

Tabel 3 Activiteiten die bij aanstaande ouders en kinderen en jongeren met (mogelijke) psychosociale problemen uitgevoerd kunnen worden, naar deel van het basistakenpakket (BTP), regie en uitvoering.

Activiteit	BTP	Actoren met regietaken	Actoren met uitvoeringstaken	Middel/actie
Signalering risico's in prenatale periode	-	-	Verloskundige, kraamzorg, huisarts actief als verloskundige. JGZ kan rol spelen op verzoek van kraamzorg	- Opsporen risicovolle opvoedingssituaties door middel van huisbezoek
Vroegsignalering van problemen (0-19 jaar)	Uniform deel	Gemeente ^a	GGD en/of zorgorganisatie voor JGZ	- Observatie - Gesprek, extra gesprek - Vragenlijsten
Beoordeling ernst mogelijke problematiek	Uniform deel	Gemeente ^a	GGD en/of zorgorganisatie voor JGZ	- Gesprek - Vragenlijsten om situatie te beoordelen
Interventie door JGZ	Maatwerk deel	Gemeente ^b	GGD en/of zorgorganisatie voor JGZ	- Voorlichting - Advies - Instructie - Kortdurende begeleiding - Verwijzen naar hulpverlener of interventieprogramma ^e
Diagnostiek van stoornissen	-	Provincie ^d	Bureau jeugdzorg, huisarts, Jeugd-GGZ	
Interventie door eerste en tweede lijn	-	Provincie ^d	Meerdere uitvoerders afhankelijk van type interventie ^f	
Zorgcoördinatie - Volgen kind - Ketenaansluiting	Maatwerk deel	Gemeente ^b Provincie ^d	GGD en/of zorgorganisatie voor JGZ, BJZ, andere ketenpartners	- Gegevensuitwisseling (verwijsbrief et cetera) - Afspraken - Overleggen

^a Gemeente is eindverantwoordelijk volgens Wet Publieke Gezondheid (WPG).

^b Gemeente is eindverantwoordelijk volgens WPG als het gaat om de nulde lijn.

^c Indeling interventies afkomstig uit *Handboek Eenheid van Taal* (Platform JGZ, 2005).

^d Provincie is volgens de Wet op de Jeugdzorg verantwoordelijk voor de regie en financiering van bureau Jeugdzorg en de provinciaal gefinancierde jeugdzorg (voorheen jeugdhulpverlening genoemd), niet voor GGZ-instellingen. Het Rijk (in dit geval de ministeries van VWS en Justitie) zijn eindverantwoordelijk voor de jeugdzorg (VWS, 2005).

^e Verwijzen naar hulpverlener in de nulde, eerste of tweede lijn of interventieprogramma (zoals Voorzorg) in de nulde lijn. Het aanbod van interventieprogramma's in de nulde lijn en de uitvoerders variëren per gemeente. Het kan gaan om maatschappelijk werk, jeugdwelzijnswerk, JGZ, et cetera. De gemeente bepaalt (soms in samenspraak met andere organisaties) het interventieaanbod.

^f Interventies die aangeboden worden in de eerste en tweede lijn door bijvoorbeeld jeugdhulpverlening zoals dagbehandeling, pleegzorg en intensieve hulp in het gezin.

Stap 6. Selecteer kernactiviteiten

Belangrijke knelpunten in de aanpak van psychosociale problemen zijn in stap 4 aan de hand van drie zorgactiviteiten beschreven, namelijk vroegsignalering, interventie en zorgcoördinatie. Elk van deze

activiteiten kan nog gesplitst worden in twee afzonderlijke activiteiten. Een activiteit die hiervoor nog niet is benoemd, is het vaststellen van de prevalentie van psychosociale problemen. Voor deze activiteit is de indicator uit de basisset (IGZ, 2007a) overgenomen. In deze stap wordt voor elk van de in totaal zeven kernactiviteiten afgewogen of we er een indicator voor zullen ontwikkelen. De uiteindelijke besluiten hebben we genomen na overleg in de werkgroep IGZ-RIVM. De volgende kernactiviteiten passeren de revue:

1. vaststellen van de prevalentie;
2. signalering in de prenatale periode;
3. vroegsignalering bij 0-19-jarigen;
4. interventies JGZ (zelf aanbieden van kortdurende interventies);
5. interventieprogramma's (verwijzen naar specifieke (evidence-based)-interventieprogramma's);
6. zorgcoördinatie: volgen van het kind;
7. zorgcoördinatie: ketenaansluiting (activiteiten om tot heldere afspraken tussen ketenpartners te komen).

1. Vaststellen van de prevalentie

Rationale	Informatie over de omvang van een gezondheidsprobleem in een bepaalde regio is van belang om het beleid en het zorgaanbod van JGZ-instellingen (en gemeenten) af te stemmen op de zorgbehoefte. Zonder informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking zouden instellingen te veel of te weinig interventies kunnen aanbieden, of interventies die niet toegesneden zijn op de specifieke problemen in de regio. Voor de IGZ geeft een prevalentie-indicator contextinformatie die relevant is voor de risicoselectie. Met die informatie kan zij inschatten of het gezondheidsprobleem in een regio groter is dan mag worden verwacht en kan zij vervolgens bij GGD'en die een hoge prevalentie rapporteren nagaan of het aanbod aan interventies aansluit op die hoge prevalentie (en indien nodig een gesprek aangaan). Tevens kan de IGZ zo controleren of de JGZ-instelling aan haar wettelijke monitoringstaak voldoet.
Kanttekeningen	De mate waarin een bepaald gezondheidsprobleem zich voordoet in een regio hangt af van allerlei factoren. Bijvoorbeeld van demografische factoren en/of persoonskenmerken en genoemde risicofactoren en beschermde factoren. Deze kunnen meestal niet door de JGZ worden gewijzigd. JGZ-instellingen kunnen daarom maar beperkte invloed uitoefenen op de prevalentie van psychosociale problemen. Een JGZ-instelling zal proberen via interventies het gezondheidsprobleem te voorkomen, dan wel te verminderen. Er is echter onvoldoende wetenschappelijk bewijs waaruit blijkt dat het geheel van JGZ-activiteiten de prevalentie van psychosociale problemen kan verkleinen. Zelfs van de meeste interventieprogramma's in de nulde lijn is het effect op het voorkomen van psychosociale problemen van deelnemende kinderen en jongeren niet bekend.
Besluit	Ondanks de afwezige bewijslast voor een relatie tussen activiteiten van JGZ-instellingen en de prevalentie van psychosociale problemen, is besloten de bestaande indicator over het vaststellen van de prevalentie uit de basisset van de IGZ verder te ontwikkelen. Het monitoren van de gezondheid van kinderen en jongeren in de regio wordt door de IGZ namelijk gezien als een belangrijke taak van een JGZ-instelling. Door het uitvragen van deze achtergrondinformatie kan getoetst worden of een JGZ-

instelling voor het belangrijke volksgezondheidsprobleem psychosociale problemen bij kinderen en jongeren aan haar wettelijke taken⁵ voldoet.

2. Signalering in de prenatale periode

- | | |
|-----------------------|--|
| Rationale | Wanneer risicovolle opvoedingssituaties al voor de geboorte opgespoord worden, kan getracht worden in dat stadium reeds de risico's te verminderen. Daarmee zal naar verwachting de kans op het ontstaan van psychosociale problemen bij het kind verkleind worden. JGZ kan bij de aanpak van risicovolle opvoedingssituaties op verzoek van kraamzorg een belangrijke rol spelen. |
| Kanttekeningen | Omdat er in de prenatale periode geen reguliere contactmomenten tussen de JGZ-medewerker en de ouders zijn, is de JGZ voor de benodigde informatie om te kunnen signaleren afhankelijk van meldingen van verloskundigen en de kraamzorg. Een indicator op dit vlak zou dan ook vooral inzicht geven in het functioneren, namelijk de meldingsbereidheid, van deze ketenpartners. Daarnaast is nog onduidelijk in welke vorm prenataal signaleren een plek krijgt binnen de Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) en wie de aangewezen toezichthouder voor de centra is. Via protocollen over gegevensuitwisseling kan de meldingsbereidheid gestimuleerd worden. In dit kader is het van belang aan te geven dat er een richtlijn voor de gegevensoverdracht van verloskundigen naar JGZ in ontwikkeling is (Beckers et al., 2009). |
| Besluit | Gezien de nog maar recente ontwikkeling van de CJG's en het toezicht daarop, en de grote impact die ketenpartners zullen hebben op een uiteindelijke indicatorscore, is besloten vooralsnog geen indicator voor signalering van risicovolle opvoedingssituaties in de prenatale periode te ontwikkelen. |

3. Vroegsignalering bij 0-19-jarigen

- | | |
|-----------------------|---|
| Rationale | Hoe eerder de beginnende problemen opgespoord worden, hoe groter de kans dat bij toepassing van effectieve interventies verdere ontwikkeling of verergering van deze problemen wordt tegengegaan. De JGZ heeft een aantal reguliere momenten waarop zij contact heeft met ouders en kind. Deze vallen in drie leeftijdscategorieën uiteen (0-4 jaar, 4-12 jaar, 12-19 jaar). Deze momenten zijn zo gekozen dat ze zo goed mogelijk samenvallen met sleutelleeftijden in de ontwikkeling van een kind. Er is helder omschreven op welke momenten er aandacht dient te worden besteed aan de psychosociale ontwikkeling (Platform JGZ, 2005). |
| Kanttekeningen | Er zijn meerdere instrumenten beschikbaar waarmee psychosociale problemen bij 0-19-jarigen opgespoord kunnen worden. Slechts één is gevalideerd. Naar de effectiviteit van een groot aantal instrumenten wordt momenteel onderzoek gedaan. Er zijn nog geen regels over het moment waarop een bepaald vroegsignalerings-instrument dient te worden ingezet. Daarom kan er (nog) niet gericht worden gevraagd naar het gebruik van specifieke instrumenten per contactmoment. |

⁵ Volgens de WPG dient een gemeente een aantal taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg uit te voeren. Voor de JGZ zijn die taken onder meer: het monitoren van de gezondheidstoestand, inschatten van zorgbehoefte, signalering en preventie en het geven van advies en voorlichting. Vaak legt een gemeente deze taken neer bij een GGD en/of zorgorganisaties voor JGZ.

Besluit	Ondanks het feit dat de validiteit van instrumenten nog volop onderzocht wordt, is vanwege het belang van tijdige signalering besloten indicatoren voor vroegsignalering bij 0-19-jarigen te ontwikkelen.
---------	---

4. Interventies JGZ ⁶

Rationale	Een indicator die vraagt naar interventies ingezet door de JGZ, kan inzicht geven in de reactiviteit van de JGZ. Wanneer een kind met psychosociale problemen of wanneer een kind in een risicovolle situatie opgroeit, is opgespoord, is het van belang dat er snel een interventie wordt ingezet. Hoe eerder er ingegrepen wordt, hoe effectiever het is. De interventies die beschikbaar zijn voor de JGZ zijn beschreven in het <i>Handboek Eenheid van Taal</i> . Daaronder kunnen de volgende activiteiten geschaard worden: voorlichting, advies, instructie, extra contactmoment en consultatie van collega hulpverlener of begeleider/onderwijzer, kortdurende begeleiding en verwijzen (Platform JGZ, 2005; Postma, 2008).
Kanttekeningen	Het is niet bekend in welke mate actie wordt ondernomen bij kinderen en jongeren bij wie psychosociale problemen zijn gesignaleerd. Mogelijk krijgen alle kinderen adequate zorg. Daarbij is het onduidelijk of het vaker en sneller inzetten van interventies door de JGZ zal leiden tot gezondheidswinst.
Besluit	Er is besloten een indicator te ontwikkelen die inzicht geeft in interventies uitgevoerd door de JGZ omdat het ondernemen van actie bij gesignaleerde problemen door de werkgroep IGZ-RIVM als kernactiviteit van de JGZ wordt gezien. Bovendien vormt informatie over mate waarin interventies plaatsvinden, contextinformatie voor de volgende kernactiviteit (nummer 5).

5. Interventieprogramma's

Rationale	Door het stimuleren van het gebruik van bewezen effectieve of veelbelovende interventieprogramma's is gezondheidswinst te behalen. De JGZ kan daar als poortwachter of eerste verwijzer een belangrijke bijdrage aan leveren.
Kanttekeningen	Een indicator over interventieprogramma's geeft maar beperkt inzicht in het functioneren van de JGZ. De mate waarin verwezen kan worden naar effectieve interventieprogramma's hangt ook af van andere partners in de keten. De gemeente bepaalt (soms in samenspraak met GGD en andere organisaties) het aanbod van interventieprogramma's in de nulde lijn. Het aanbod wordt ingegeven door de lokale situatie (specifieke gezondheidsproblematiek en lokale beleidsprioriteiten) en kan dus per regio variëren. Daarnaast is het aantal beoordeelde interventies nog beperkt, zeker voor specifieke doelgroepen. Daarom is het lastig nu al een overzicht te geven van bewezen effectieve of veelbelovende interventies waarnaar in de indicator gevraagd kan worden.
Besluit	Hoewel erkend wordt dat het een ambitieuze indicator is (gezien het beperkte aantal programma's en grote variatie in aanbod tussen gemeenten) is toch besloten een

⁶ Wanneer wij spreken van 'interventies JGZ' bedoelen wij interventies zoals beschreven in het *Handboek Eenheid van Taal*: voorlichting/advies, instructie, verwijzen, kortdurende begeleiding.

indicator te ontwikkelen voor het gebruik van effectieve interventieprogramma's uitgevoerd in de nulde lijn. Indien een JGZ-instelling wil verwijzen naar een interventieprogramma, ligt het voor de hand dat zij overweegt om te verwijzen naar een van de 76 interventieprogramma's die beoordeeld zijn als effectief of in theorie effectief. Dit wil echter niet zeggen dat niet meer verwezen kan worden naar nog niet beoordeelde programma's.

6. Zorgcoördinatie – Volgen van het kind

Rationale	Door het volgen van kinderen kan voorkomen worden dat kinderen niet de juiste zorg, dan wel helemaal geen zorg ontvangen. De situatie waarbij kinderen uit het oog worden verloren of niet de beoogde zorg ontvangen, wordt gezien als een belangrijk knelpunt. Juist de JGZ is capabel voor het volgen van een kind omdat JGZ-medewerkers het kind gedurende een lange periode regelmatig zien. Voor professionals/zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn geldt dat in veel mindere mate vanwege de aard van de curatieve zorg.
Kanttekeningen	Zorgcoördinatie (in dit geval het volgen van het kind) wordt door het veld vaak gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid van alle ketenpartners. De vraag is dan ook of de rol opvatting waarbij de JGZ tot taak heeft het kind na verwijzing te volgen door elke JGZ-instelling wordt gedeeld en op een vergelijkbare wijze in de praktijk wordt gebracht. Bovendien is de JGZ voor het goed vervullen van deze taak afhankelijk van de bereidheid van ketenpartners om op een goede wijze gegevens uit te wisselen.
Besluit	Gezien het belang dat de JGZ hecht aan dit onderwerp, is besloten een indicator te ontwikkelen voor het actief volgen van kinderen met psychosociale problemen gedurende het gehele zorgproces. Wanneer kinderen uit het oog worden verloren, kan het gebeuren dat kinderen geen zorg meer ontvangen, wat in het ergste geval kan leiden tot excessen met veel maatschappelijke onrust. Dit zou voorkomen moeten worden, en JGZ-instellingen zouden hierbij een belangrijke rol moeten spelen (gezien de frequente contacten met het kind).

7. Zorgcoördinatie – Ketenaansluiting

Rationale	Om te kunnen voldoen aan de taak om het kind gedurende het zorgproces te volgen, moet een JGZ-medewerker daar voldoende de mogelijkheid toe hebben. Het management van een JGZ-instelling kan binnen de instelling afspraken maken over onder andere het aantal uren fte dat aan deze taak mag worden besteed. Hieraan voorafgaand is vaak overleg met de gemeente en de directie noodzakelijk. Zonder hun goedkeuring is de handelingsruimte van het management beperkt. Ook kan de leiding in zekere mate het individuele zorgproces ondersteunen en stroomlijnen door met andere ketenpartners structureel contact te onderhouden en beleidsafspraken (over bijvoorbeeld gegevensuitwisseling) te maken. Hierdoor wordt betere afstemming gestimuleerd, waardoor gezondheidswinst kan worden gerealiseerd. Niet alleen de individuele zorgverlener maar ook de leiding van een JGZ-instelling kan dus invloed hebben op de zorguitkomsten. Uit de literatuur en gesprekken met deskundigen blijkt dat er op dit vlak verbeteringen wenselijk en mogelijk zijn.
-----------	---

Kanttekeningen	De IGZ is vooral geïnteresseerd in zorguitkomsten en houdt toezicht door middel van uitkomstindicatoren. Een goede organisatie van de keten van jeugd(gezondheids)zorg is misschien wel een voorwaarde voor goede zorgverlening, een goede organisatie wil nog niet zeggen dat de individuele zorgverlening op orde is.
Besluit	Er is besloten om een indicator te ontwikkelen voor ketenaansluiting omdat het belangrijke informatie geeft waarmee de uitkomsten van andere indicatoren geduid kunnen worden. Het geeft inzicht in de uitvoering van de taken van het management van een JGZ-instelling en als zodanig meet het een ander aspect van de kwaliteit van de zorg dan wanneer er gekeken wordt op medewerkerniveau.

Samenvatting stap 6

Uiteindelijk zijn de volgende zes kernactiviteiten voor het onderwerp psychosociale problemen bij kinderen geselecteerd om indicatoren voor te ontwikkelen.

1. Vaststellen van de prevalentie van psychosociale problemen bij kinderen (van 0-19 jaar).
3. Vroegsignalering van psychosociale problemen bij kinderen van 0-19 jaar.
4. Interventies ingezet door de JGZ bij kinderen van 0-19 jaar.
5. Het verwijzen naar effectieve of veelbelovende interventieprogramma's bij psychosociale problemen bij kinderen van 0-19 jaar.
6. Zorgcoördinatie – Actief volgen door het zorgsysteem van kinderen van 0-19 jaar met psychosociale problemen.
7. Zorgcoördinatie – Ketenaansluiting bij kinderen van 0-19 jaar met psychosociale problemen.

Het signaleren van problemen in de prenatale periode (nummer 2) is afgefallen.

4.3 Totstandkoming conceptindicatoren

Voor de kernactiviteiten die aan het eind van de vorige paragraaf zijn opgesomd, zijn potentiële indicatoren voor psychosociale problemen ontwikkeld. Dit proces is beschreven in deze paragraaf.

Stap 7. Voer literatuuronderzoek uit

Doordat voor een groot aantal aspecten van de OGZ slechts in beperkte mate wetenschappelijk bewijs beschikbaar is, zijn er ook nog nauwelijks indicatoren voor ontwikkeld. Het literatuuronderzoek richtte zich daarom vooral op bestaande richtlijnen en de nieuwste onderzoeken op het vlak van psychosociale problemen bij kinderen in hoofdzakelijk de binnenlandse literatuur. De kernaanbevelingen uit de richtlijnen zijn zoveel mogelijk meegenomen bij de selectie van de kernactiviteiten bij stap 6. Op basis van die kernactiviteiten zijn vervolgens indicatoren ontwikkeld.

Bij het literatuuronderzoek is gebruikgemaakt van de zogenaamde sneeuwbalmethode (in de periode maart-september 2008). In die methode is de literatuurlijst van een document het uitgangspunt voor verdere zoekacties. Voor psychosociale problemen was de conceptrichtlijn *Vroegsignalering Psychosociale Problemen* het belangrijkste kerndocument (november 2008 is de definitieve richtlijn gepubliceerd). Studies en richtlijnen die zich alleen richtten op de tweede lijn zijn buiten beschouwing gelaten omdat het in dit onderzoek primair draait om de OGZ. Daarnaast is aan deskundigen gevraagd of wij over de belangrijkste studies beschikten. Indien nodig zijn de door hen genoemde studies toegevoegd aan de lijst van de voor dit rapport bestudeerde documenten. Aanvullend hebben wij gesprekken gevoerd met een medewerker van het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM en een

medewerker van de IGZ van buiten de werkgroep. De in deze stap geconsulteerde deskundigen zijn niet benaderd voor de latere beoordeling van de kwaliteit van de indicatoren in stap 11.

Stap 8. Geef een overzicht van potentiële indicatoren

In stap 6 hadden wij zes kernactiviteiten geselecteerd waarvoor indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Daarnaast is er uit het (aanvullend) literatuuronderzoek een nog niet beschreven kernactiviteit naar voren gekomen, namelijk:

- Vroegsignalering van psychosociale problemen bij migrantenkinderen van 0-19 jaar

De kernactiviteit ‘vroegsignalering van psychosociale problemen bij migrantenkinderen van 0-19 jaar’ is een specificatie van de algemene kernactiviteit over vroegsignalering. Omdat psychosociale problemen relatief vaak lijken voor te komen onder migrantenkinderen is er juist bij deze groep (veel) gezondheidswinst te behalen (Van Ooijen et al., 2007).

De zeven geselecteerde kernactiviteiten zijn uitgewerkt tot achttien indicatoren (zie Tabel 4). Voor de activiteit ‘vaststellen van de prevalentie’ is de indicator uit de basisset van de IGZ aangepast en er is een aanvullende indicator ontwikkeld (respectievelijk indicator 1.2 en 1.1 uit Tabel 4).

In Tabel 5 zijn enkele kenmerken van de indicatoren weergegeven: de activiteit waar ze betrekking op hebben, de typering en het kwaliteitsdomein dat de indicatoren meten.

Tabel 4 Overzicht potentiële indicatoren (vervolg op de volgende pagina).

Psychosociale problemen bij jongeren van 0-19 jaar
<i>1. Vaststellen prevalentie van psychosociale problemen</i> 1.1 Aantal kinderen van 7-12 jaar bij wie een ouderversie van de SDQ is afgenomen, van het totaal aantal kinderen van 7-12 jaar in het werkgebied van een GGD 1.2 Aantal kinderen van 7-12 jaar met een verhoogde score op de totale probleemscore SDQ, van het totaal aantal kinderen in het werkgebied van een GGD bij wie een ouderversie van de SDQ is afgenomen
<i>2. Vroegsignalering van psychosociale problemen</i> 2.1 Het percentage 4-jarigen bij wie of voor wie tussen de 0-4 jaar door de JGZ-arts of -verpleegkundige een vroegsignaleringsinstrument is gebruikt, van alle geziene 4-jarigen in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ 2.2 Het percentage 5-jarigen bij wie of voor wie tijdens de reguliere contactmomenten door de JGZ-arts of -verpleegkundige een vroegsignaleringsinstrument is gebruikt, van alle geziene 5-jarigen in het werkgebied van een GGD 2.3 Het percentage 10-jarigen bij wie of voor wie tijdens de reguliere contactmomenten door de JGZ-arts of -verpleegkundige een vroegsignaleringsinstrument is gebruikt, van alle geziene 10-jarigen in het werkgebied van een GGD 2.4 Het percentage 13-jarigen bij wie of voor wie tijdens de reguliere contactmomenten door de JGZ-arts of -verpleegkundige een vroegsignaleringsinstrument is gebruikt, van alle geziene 13-jarigen in het werkgebied van een GGD 2.5 Het percentage migrantenkinderen van 0-19 jaar bij wie of voor wie tijdens de reguliere contactmomenten door de JGZ-arts of -verpleegkundige een vroegsignaleringsinstrument is gebruikt, van alle geziene migrantenkinderen in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ
<i>3. Interventies bij psychosociale problemen</i> 3.1 Het percentage kinderen van 0-19 jaar bij wie de JGZ in het afgelopen jaar een interventie heeft ingezet, van alle nieuw gesignaleerde risicokinderen in het afgelopen jaar 3.2 Het percentage kinderen van 0-19 jaar dat door de JGZ is verwezen naar een bewezen of effectief of veelbelovend interventieprogramma in het afgelopen jaar, van alle risicokinderen die zijn verwezen in het afgelopen jaar
<i>4. Actief volgen van kinderen met psychosociale problemen</i> 4.1 Het percentage kinderen van 0-4 jaar waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze zijn aangekomen bij de instelling waarnaar verwezen is, van alle 0-4-jarigen uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen 4.2 Het percentage kinderen van 5-19 jaar waarvan bekend is of ze in hetzelfde kalenderjaar als het jaar waarin de verwijzing plaatsvond, zijn aangekomen bij de instelling waarnaar verwezen is, van alle 5-19-jarigen uit het werkgebied van een GGD die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen 4.3 Het percentage kinderen van 0-4 jaar waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze de beoogde zorg hebben ontvangen, van alle 0-4-jarigen uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen 4.4 Het percentage kinderen van 5-19 jaar waarvan bekend is of ze de beoogde zorg in hetzelfde kalenderjaar als het jaar waarin de verwijzing plaatsvond heeft ontvangen, van alle 5-19-jarigen uit het werkgebied van een GGD

Psychosociale problemen bij jongeren van 0-19 jaar
die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen
<i>5. Ketenaansluiting bij kinderen met psychosociale problemen (0-19 jaar)</i>
5.1 Is er een vorm van structureel overleg tussen de leidinggevendenden/het management van de JGZ-instelling en de leidinggevendenden/het management van de verschillende ketenpartners?
5.2 Zijn er genotuleerde besprekingen tussen de leidinggevendenden/het management van de JGZ-instelling en de leidinggevendenden/het management van de verschillende ketenpartners?
5.3 Wat is de frequentie van de genotuleerde besprekingen tussen de leidinggevendenden/het management van de JGZ-instelling en de leidinggevendenden/het management van de verschillende ketenpartners? Aantal per jaar
5.4 Wordt er per genotuleerde bespreking een managementplan opgesteld en een verantwoordelijke aangewezen?
5.5 Zijn er samenwerkingsafspraken tussen de leidinggevendenden/het management van de JGZ-instelling en de leidinggevendenden/het management van de ketenpartners?

Tabel 5 Potentiële indicatoren naar activiteit, type en kwaliteitsdomein.

<i>Indicator</i>	<i>Activiteit</i>	<i>Type indicator</i>	<i>Kwaliteitsdomein indicator</i>
1.1 SDQ is afgenomen	Prevalentie	Proces	Effectiviteit, tijdigheid
1.2 Verhoogde score SDQ		Uitkomst	Effectiviteit, tijdigheid
2.1 Instrument gebruikt, 4 jaar	Vroegsignalering	Proces	Effectiviteit, tijdigheid
2.2 Instrument gebruikt, 5 jaar		Proces	Effectiviteit, tijdigheid
2.3 Instrument gebruikt, 10 jaar		Proces	Effectiviteit, tijdigheid
2.4 Instrument gebruikt, 13 jaar		Proces	Effectiviteit, tijdigheid
2.5 Instrument, migrantenkinderen		Proces	Effectiviteit, tijdigheid
3.1 Door JGZ interventie ingezet	Interventie	Proces	Effectiviteit, tijdigheid
3.2 Verwezen naar programma		Proces	Effectiviteit, tijdigheid
4.1 Aangekomen, 0-4 jaar	Actief volgen	Proces	Effectiviteit, tijdigheid, veiligheid
4.2 Aangekomen, 5-19 jaar		Proces	Effectiviteit, tijdigheid, veiligheid
4.3 Zorg ontvangen, 0-4 jaar		Proces	Effectiviteit, tijdigheid, veiligheid
4.4 Zorg ontvangen, 5-19 jaar		Proces	Effectiviteit, tijdigheid, veiligheid
5.1 Structureel overleg	Ketenaansluiting	Structuur	Effectiviteit, tijdigheid
5.2 Genotuleerde besprekingen		Structuur	Effectiviteit, tijdigheid
5.3 Frequentie besprekingen		Structuur	Effectiviteit, tijdigheid
5.4 Plan en verantwoordelijke		Structuur	Effectiviteit, tijdigheid
5.5 Samenwerkingsafspraken		Structuur	Effectiviteit, tijdigheid

Stap 9. Maak een selectie van indicatoren

De indicatoren uit de ‘groslijst’ (zie stap 8) zijn door de werkgroep IGZ-RIVM (Bijlage 1) aan de hand van een aantal criteria (relevantie, bruikbaarheid, verbeterpotentieel en haalbaarheid) beoordeeld. Na discussie in de werkgroep bleek dat men graag zag dat twaalf potentiële indicatoren doorontwikkeld

zouden worden. De indicatoren voor ketenaansluiting (5.1-5.5) en vroegsignalering bij migrantkinderen (2.5) komen te vervallen.

Voor ketenaansluiting werd tijdens een discussie in de werkgroep duidelijk dat het op dit moment niet opportuun is om deze indicator verder te ontwikkelen. De voornaamste reden hiervoor is dat er momenteel in het veld volop discussie over dit onderwerp is, gezien de ontwikkeling van de Centra voor Jeugd en Gezin (Programmaministerie Jeugd en Gezin, 2008). Daar komt bij dat de relatie tussen een goede organisatie van de zorg en goede zorguitkomsten onduidelijk is.

Hoewel het zeker een interessant onderwerp is, werd voor de indicator vroegsignalering psychosociale problemen bij migrantenkinderen ingeschat dat de benodigde informatie niet beschikbaar zal zijn. Er ontstaat dan een probleem met de haalbaarheid. De werkgroep vraagt zich af of de etniciteit van kinderen altijd bekend is. Bovendien wil men eerst de resultaten van de generieke indicator vroegsignalering afwachten alvorens een indicator specifiek voor migrantenkinderen in te voeren. Op termijn is deze indicator zeker te overwegen.

Voor de twaalf overblijvende indicatoren zijn beschrijvingen gemaakt. Omdat deze indicatoren voortvloeien uit de kernactiviteiten die in stap 6 al min of meer getoetst zijn op relevantie, bruikbaarheid, verbeterpotentieel en haalbaarheid, worden zij hier niet meer besproken.

Stap 10. Ontwikkel descriptive sheets

Op basis van de gevonden informatie en de gemaakte keuzen in de eerdere stappen zijn voor de twaalf geselecteerde indicatoren beschrijvingen gemaakt: *descriptive sheets*⁷. De beschrijvingen zijn niet allemaal opgenomen in het rapport. De descriptive sheets van de indicatoren die zijn voorgesteld na afloop van het Delphi-onderzoek en de panelbijeenkomst zijn wel als bijlage terug te vinden (zie Bijlage 6).

Stap 11. Beoordeel de ontwikkelde indicatoren met een consensusmethode

De (beschrijvingen van de) twaalf conceptindicatoren uit stap 10 zijn via een ‘Delphi-onderzoek’⁸ aan een panel van deskundigen voorgelegd. Het panel (zie Bijlage 2) bestond uit negen deskundigen op het gebied van JGZ, afkomstig uit de wetenschap en uit de praktijk op het gebied van de JGZ. Het Delphi-onderzoek bestond uit twee schriftelijke ronden waarin de panelleden is gevraagd de indicatoren te beoordelen op een zestal eigenschappen, te weten: relevantie, validiteit, reproduceerbaarheid, bruikbaarheid voor de zorg, bruikbaarheid voor toezicht en haalbaarheid. Zes van de negen benaderde deskundigen hebben deelgenomen aan de eerste ronde. Slechts een deel heeft ook in de tweede ronde geparticipeerd (drie van de negen). De beperkte respons in de tweede ronde is grotendeels toe te schrijven aan de korte termijn waarbinnen gereageerd diende te worden. Aansluitend op het Delphi-onderzoek vond een panelbijeenkomst plaats waar de beoordelingsscores en argumenten plenair bediscussieerd werden. Vrijwel alle deelnemers (acht van de negen) waren bij de plenaire bijeenkomst aanwezig.

Tijdens de bijeenkomst bleek dat acht van de twaalf indicatoren op steun van het panel konden rekenen, zij het met kleine aanpassingen (zie Tabel 6). Deze aanpassingen hebben wij verwerkt. In Bijlage 6 zijn de descriptive sheets van de indicatoren weergegeven die van het panel steun kregen.

⁷ Zie stap 10 in deel 1 voor een toelichting op ‘descriptive sheets’.

⁸ Zie Bijlage 6 voor een beschrijving van de Delphi-methode.

Tabel 6 Oordelen van het panel over de indicatoren.

Onderwerp en indicator	Oordeel ^a	Opmerking panel
SDQ en prevalentie		
1.1 SDQ is afgenomen	++	noemer wijzigen
1.2 Verhoogde score op SDQ	+	contextindicator
Vroegsignalering		
2.1 Instrument gebruikt, 4 jaar	0	mogelijk zinvol in een later stadium
2.2 Instrument gebruikt, 5 jaar	0	mogelijk zinvol in een later stadium
2.3 Instrument gebruikt, 10 jaar	--	indicator 1.1 is beter
2.4 Instrument gebruikt, 13 jaar	0	mogelijk zinvol in een later stadium
Interventies		
3.1 Door JGZ interventie ingezet	++	enkele voorstellen voor wijziging
3.2 Verwezen naar een (mogelijk) effectief programma	++	
Actief volgen		
4.1 Verwezen en JGZ weet of kind is aangekomen (0-4 jaar)	++	0-18 maanden apart
4.2 Verwezen en JGZ weet of kind is aangekomen (5-19 jaar)	++	
4.3 Verwezen en JGZ weet of kind zorg heeft ontvangen (0-4 jaar)	++	0-18 maanden apart
4.4 Verwezen en JGZ weet of kind zorg heeft ontvangen (5-19 jaar)	++	

^a In afnemende steun: ++, +, 0, -, --

Van de twaalf indicatoren viel er een af (indicator 2.3) omdat deze bij nadere bestudering erg veel leek op een andere indicator. Het gaat bij indicator 2.3 om signaleringsinstrumenten bij 10-jarigen. Het panel vond het belangrijk dat alleen gevalideerde instrumenten worden uitgevraagd. Wanneer deze voorwaarde aan de indicator wordt gekoppeld staat er feitelijk hetzelfde als in 1.1. Dit komt doordat de SDQ momenteel het enige gevalideerde signaleringsinstrument is voor 10-jarigen.

Omdat het panel adviseerde om eerst de uitkomsten van de lopende validatiestudies van de signaleringsinstrumenten af te wachten, zijn de overige drie indicatoren over het gebruik van signaleringsinstrumenten (indicatoren 2.1, 2.2 en 2.4) in het voorstel (aan de IGZ) voorlopig buiten beschouwing gelaten. Wij stellen voor om medio 2010 opnieuw te overwegen deze indicatoren verder te ontwikkelen omdat er dan mogelijk nieuwe gegevens over de validiteit van de instrumenten beschikbaar zijn. Door het panel werd opgemerkt dat het veld na implementatie minimaal een jaar de tijd moet krijgen om zich een instrument eigen te maken. Pas dan kan er beoordeeld worden of de indicatoren iets zeggen over de kwaliteit van de geleverde zorg.

Bij indicator 1.2 werd aangetekend dat deze gezien moet worden als contextindicator. De indicatoruitkomsten geven volgens het panel inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking en niet zozeer in het functioneren van een JGZ-instelling.

In de kolom 'opmerkingen panel' van Tabel 6 zijn nog enkele voorstellen voor detailaanpassingen weergegeven. Belangrijke aanpassing om hier te vermelden is de suggestie om bij indicatoren 4.1 en 4.3 een onderscheid te maken naar 0-18 maanden en 18-48 maanden. Het panel was voor deze uitsplitsing omdat er de eerste 18 maanden regelmatig een contactmoment is, en JGZ dus regelmatig feedback krijgt via de ouders. Door de aanpassing van 4.1 en 4.3 komen er twee indicatoren bij de eerdere acht.

De tien ontwikkelde indicatoren die steun van het panel kregen, zijn weergegeven in Tabel 7. Zie voor de uitgewerkte indicatoren de descriptive sheets in Bijlage 6.

Tabel 7 Overzicht uiteindelijk voorgestelde indicatoren.

Psychosociale problemen bij jongeren van 0-19 jaar
<i>1. Vaststellen prevalentie van psychosociale problemen</i> 1.1 Het percentage kinderen van 7-12 jaar met een verhoogde score op de totale probleemscore SDQ, van alle 7-12-jarigen in het werkgebied van een GGD waarbij een ouderversie van de SDQ is afgenomen.
<i>2. Vroegsignalering van psychosociale problemen</i> 2.2 Het percentage kinderen van 10 jaar of in groep 7 bij wie een ouderversie van de SDQ is afgenomen, van alle kinderen van 10 jaar of in groep 7 in het werkgebied van een GGD die in een peiljaar een regulier of extra contact hadden met de JGZ.
<i>3. Interventies bij psychosociale problemen</i> 3.1 Het percentage risicokinderen bij wie de JGZ gedurende het jaar volgend op de signalering van psychosociale problemen een interventie heeft ingezet, van alle nieuw gesignaleerde risicokinderen in het peiljaar (met uitsplitsing naar type interventie). 3.2 Het percentage risicokinderen dat de JGZ in het peiljaar heeft verwezen naar bewezen effectieve of veelbelovende interventieprogramma's die aangeboden worden binnen of buiten een JGZ-instelling, van alle risicokinderen die door de JGZ zijn verwezen in het peiljaar.
<i>4. Actief volgen van kinderen met psychosociale problemen</i> 4.1 Het percentage kinderen van 0-18 maanden waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze zijn aangekomen bij de instelling waarnaar verwezen is, van alle kinderen van 0-18 maanden uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen. 4.2 Het percentage kinderen van 19 maanden tot 4 jaar waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze zijn aangekomen bij de instelling waarnaar verwezen is, van alle kinderen van 19 maanden tot 4 jaar uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen. 4.3 Het percentage kinderen van 5-19 jaar waarvan bekend is of ze gedurende het jaar volgend op het moment dat de verwijzing plaatsvond, zijn aangekomen bij de instelling waarnaar verwezen is, van alle 5-19-jarigen uit het werkgebied van een GGD die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen. 4.4 Het percentage kinderen van 0-18 maanden waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze de beoogde zorg hebben ontvangen, van alle kinderen van 0-18 maanden uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ dat vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen. 4.5 Het percentage kinderen van 19 maanden tot 4 jaar waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze de beoogde zorg hebben ontvangen, van alle kinderen van 19 maanden tot 4 jaar uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ dat vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen. 4.6 Het percentage kinderen van 5-19 jaar waarvan bekend is of ze de beoogde zorg gedurende het jaar volgend op het moment dat de verwijzing plaatsvond hebben ontvangen, van alle 5-19-jarigen uit het werkgebied van een GGD dat vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen.

5. Kindermishandeling

5.1 Inleiding

In deze paragraaf is beschreven hoe het RIVM is gekomen tot de potentiële indicatoren voor het onderwerp kindermishandeling waarmee de IGZ toezicht zou kunnen houden op de OGZ. Bestaande indicatoren uit de basisset *Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg* zijn hiervoor aangepast en nieuwe indicatoren zijn ontwikkeld. Dit is gedaan volgens een door het RIVM ontwikkelde methodiek die in Deel 1 van dit rapport beschreven is.

De uitkomsten van het ontwikkelproces worden hieronder voor elk onderdeel uit blok II en III van de methodiek kort weergegeven. Voor de afbakening van het conceptuele kader van de gehele indicatorset verwijzen wij naar hoofdstuk 3.

5.2 Inhoudelijke verkenning geselecteerde onderwerpen

Het onderwerp kindermishandeling dat in hoofdstuk 3 als prioriteit is aangemerkt, wordt in deze paragraaf inhoudelijk uitgediept.

Stap 4. Definieer het onderwerp en geef duidelijk de relevantie aan

In deze stap geven we eerst de definitie, dan gaan we in op de aard en omvang van het gezondheidsprobleem. Tot slot bespreken we de knelpunten in de zorg.

Definitie

In dit stuk hanteren wij de definitie van kindermishandeling zoals deze is vastgelegd in de Wet op de Jeugdzorg en die ook gehanteerd wordt in de JGZ-conceptrichtlijn *Secundaire Preventie van Kindermishandeling*. De definitie luidt: ‘Kindermishandeling is elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard die ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van afhankelijkheid of onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch letsel.’

Er zijn verschillende vormen van kindermishandeling. Wij hanteren hier de indeling van de conceptrichtlijn. In andere studies worden vergelijkbare onderverdelingen gemaakt (zie Lamers-Winkelmann et al., 2007; Van IJzendoorn et al., 2007). De richtlijn kent vijf vormen van kindermishandeling te weten: lichamelijke mishandeling, lichamelijke verwaarlozing, psychische mishandeling, psychische verwaarlozing en seksueel misbruik. Specifieke vormen van lichamelijke kindermishandeling zijn het ‘shaken baby’-syndroom en meisjesbesnijdenis. Voor de verdere beschrijving van alle vormen van kindermishandeling verwijzen wij naar de richtlijn.

Aard en omvang van het gezondheidsprobleem

Uit verschillende schattingen blijkt dat de omvang van kindermishandeling niet goed bekend is. Schattingen variëren sterk, en zijn (waarschijnlijk) afhankelijk van het land waar gemeten is, de definities voor kindermishandeling die zijn gehanteerd, de wijze waarop de onderzoekspopulatie is bevraagd, de groep die is bevraagd (hulpverleners of steekproef uit de bevolking) en de periode waarover is gevraagd (momenteel, afgelopen jaar, gedurende de hele jeugd). Het vermoeden bestaat echter dat het aantal mishandelde kinderen groter is dan de schattingen uit onderzoek, doordat gevallen niet gesignaleerd of gemeld worden (Wagenaar-Fischer et al., 2007).

Lange tijd zijn cijfers uit Amerika gebruikt om de prevalentie van de kindermishandeling in Nederland te schatten. In 2007 zijn er echter twee Nederlandse rapporten uitgebracht met daarin cijfers over het voorkomen van kindermishandeling. In de *Nationale Prevalentiemeting van Kinderen en Jeugdigen* wordt gesproken over een geschatte omvang van 107.200 gevallen van mishandeling bij kinderen en jongeren in de leeftijd van 0-17 jaar in 2005 (Van IJendoorn et al., 2007). Het gaat hier niet om de gevallen gedurende het leven van een kind (de zogenaamde *life-time prevalence*), maar alleen om de gevallen die in 2005 zijn voorgekomen (jaarprevalentie). In de meeste gevallen van mishandeling bij kinderen en jongeren van 0-17 jaar is er sprake van een vorm van verwaarlozing zoals verwaarlozing van het onderwijs, fysieke verwaarlozing en emotionele verwaarlozing. Seksuele mishandeling komt het minst vaak voor. De *Nationale Prevalentiemeting* maakte gebruik van kennis van professionals (in de jeugd- en veiligheidsketen) en gegevens afkomstig van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK's).

Het andere Nederlandse onderzoek is (vooral) gebaseerd op zelfrapportage van Nederlandse scholieren in de leeftijd van 12 tot en met 17 jaar (Lamers-Winkelmann et al., 2007). De onderzoekers schatten dat de jaarprevalentie in deze groep 160.000 is. Ruim eenderde van de 1.845 jongeren uit de steekproef heeft ooit te maken gehad met enige vorm van kindermishandeling, 20% in het afgelopen jaar. Psychische agressie van de ouders, waarbij ouders dreigen met fysiek geweld, werd door de scholieren het vaakst gerapporteerd (12%).

Kindermishandeling wordt gezien als een belangrijk gezondheidsprobleem omdat het zowel op de korte als op de lange termijn gevolgen heeft voor de ontwikkeling van een kind op lichamelijk, psychosociaal en cognitief gebied (Van Leerdam en Kooijman, 2001). Directe gevolgen zijn onder meer: fysiek letsel, stoornissen in lichamelijke en emotionele ontwikkeling en verstoord sociaal functioneren (Wagenaar-Fischer et al., 2007). Er wordt geschat dat jaarlijks 50 kinderen overlijden als gevolg van kindermishandeling (Wolzak en Ten Berge, 2008; Lo Fo Wong, 2009). Slachtoffers van kindermishandeling hebben een verhoogde kans op psychische problemen en psychische stoornissen (inclusief verslaving), lichamelijke en psychosomatische problemen (Springer et al., 2003; Goodwin en Hoven, 2003; Wagenaar-Fischer et al., 2007; Lo Fo Wong, 2009). Voor sommige gezondheidsproblemen is de bewijslast sterker dan voor andere. Sterke aanwijzingen zijn er voor gedragsproblemen, depressie, posttraumatische stressstoornis, suïcidaal gedrag, alcoholproblematiek, overgewicht, seksuele aanpassingstoornissen en crimineel gedrag (Gilbert et al., 2009).

Meisjesbesnijdenis is een vorm van kindermishandeling die vanwege de culturele achtergrond afwijkt van de andere vormen van kindermishandeling. Volgens een schatting van de World Health Organization (WHO) lopen elk jaar wereldwijd twee miljoen meisjes het risico besneden te worden (IGZ, 2007c). De totale omvang van meisjesbesnijdenis in Nederland, ook wel vrouwelijke genitale verminking (VGV) genoemd, is lastig in te schatten omdat de ingreep vaak in het geheim in het buitenland gebeurt. Wel is bekend in welke landen meisjes het meeste risico lopen om besneden te worden. Uit cijfers van Pharos over 2007 blijkt dat het risico in landen als Somalië (98%), Egypte (97%) en Djibouti (95%) erg groot is (Pharos, 2009). Zowel tijdens de ingreep als daarna kan de besnijdenis gevolgen hebben voor het lichamelijk en psychisch welbevinden van een meisje. De meeste

problemen doen zich voor bij de meest verregaande vorm van besnijdenis, de zogeheten infibulatie. Als gevolg van de besnijdenis neemt de kans op infecties van de urinewegen toe. Ook kan het leiden tot complicaties bij de zwangerschap en een verstoorde beleving van seksualiteit (Pharos, 2009; Wagenaar-Fischer et al., 2007).

Knelpunten in de zorgverlening

Vanwege de omvang en de impact van kindermishandeling op het welzijn, wordt het beschouwd als een belangrijk gezondheidsprobleem. Uit de literatuur komt een aantal knelpunten in de zorg naar voren waarbij de JGZ betrokken is. Deze hebben wij hieronder per zorgactiviteit geclusterd, te weten (1) vroegsignalering, (2) het volgen van een procedure bij een vermoeden van kindermishandeling, (3) het tijdig en actief volgen van een kind na verwijzing, en (4) het voorkomen van meisjesbesnijdenis. Op knelpunten die elders in de keten liggen (dus niet primair bij JGZ) gaan we alleen in indien deze ook relevant zijn voor de JGZ.

1. Vroegsignalering

De schatting van de prevalentie van kindermishandeling en het aantal meldingen liggen ver uit elkaar. Er is sprake van een structurele onderrapportage van kindermishandeling. Het totale aantal meldingen bij een AMK is de laatste jaren fors gestegen, tussen 2004 en 2007 met 72%. Toch komt het aantal meldingen (16.932 in 2007) niet in de buurt van de schattingen van de prevalentie in Nederland. Dit suggereert dat de vroegsignalering van kindermishandeling nog beter kan. De JGZ is verantwoordelijk voor 4,3% van alle meldingen (MOgroep Jeugdzorg, 2008). De onderrapportage binnen de JGZ is onder meer het gevolg van de ongestructureerde wijze waarop momenteel gesignaleerd wordt (Kooijman et al., 2003; De Ruiter en Pollmann, 2003; Wagenaar-Fischer et al., 2007). Er bestaan wel signaleringsinstrumenten voor opvoedproblemen en kindermishandeling, maar deze worden nog niet door alle JGZ-instellingen gebruikt, en bovendien niet altijd op de juiste wijze. Wanneer zorgverleners geen instrument gebruiken, blijken zij eerder geneigd te zijn een bevestiging van de eigen mening te zoeken, met mogelijk onjuiste conclusies over het welzijn van het kind tot gevolg (De Ruiter & Pollmann, 2003; Wagenaar-Fischer et al., 2007). De Ruiter pleit er daarom voor om bij de risicotaxatie gestructureerder te werk te gaan. Door het volgen van richtlijnen voor risicotaxatie wordt op een duidelijke, vastomlijnde methode de in de literatuur beschreven risicofactoren voor kindermishandeling geïnventariseerd, bij ouders, kinderen en omgeving. Op die manier kan worden voorkomen dat kinderen verkeerd beoordeeld worden of zelfs over het hoofd worden gezien. Betere educatie van artsen, waaronder JGZ-artsen, en het trainen van artsen voor gesprekken met ouders, wordt ook gezien als belangrijke bijdrage aan een betere vroegsignalering (Wagenaar-Fischer et al., 2007; Holland, 2008; Lo Fo Wong, 2009). Artsen geven zelf aan dat zij op het vlak van vroegsignalering van kindermishandeling een gebrek aan kennis en vaardigheden ervaren. In de opleiding wordt onvoldoende aandacht besteed aan het opsporen van kindermishandeling en ook de nascholing kan beter. Vooral de frequentie van de nascholing moet volgens de artsen omhoog (De Vries en Wiegersma, 2007).

2. Volgen procedure

Wanneer er een vermoeden is van kindermishandeling, heeft JGZ de taak dit te melden bij Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), Raad voor de Kindermishandeling (RvdK), politie, en/of het kind en ouders te verwijzen naar Bureau Jeugdzorg (BJZ). Daaraan voorafgaand zal de JGZ-arts inzicht moeten krijgen in de aard van de kindermishandeling en de risico's voor het kind moeten inschatten. Om de arts bij deze afwegingen te helpen, zijn er enkele richtlijnen en protocollen ontwikkeld. In de JGZ-conceptrichtlijn *Secundaire Preventie Kindermishandeling* staat een stappenplan waarin is beschreven welke activiteiten bij een vermoeden moeten worden uitgevoerd. Van belang is dat het eerste vermoeden niet gebagatelliseerd wordt, maar dat naar

aanleiding van dit vermoeden een gesprek met ouders en/of kind plaatsvindt, dat na het eerste gesprek verdere actie wordt ondernomen, en dat de doorlooptijd tussen de gesprekken kort is.

Wel of niet melden bij een ernstige verdenking of vermoeden van kindermishandeling vormt veelal een dilemma voor een arts. Moet de arts zijn beroepsgeheim doorbreken en de relatie met de ouders op het spel zetten? Zijn er juridische consequenties? Om de arts bij deze vragen een handreiking te geven, zijn meldcodes ontwikkeld. Uit onderzoek blijkt dat de aanwezigheid van een meldcode, en het daarbij behorende protocol, het aantal meldingen doet stijgen (Doeven, 2008). De landelijke overheid stimuleert daarom de ontwikkeling van dit soort handreikingen over kindermishandeling en geweld in het gezin voor alle bij kindermishandeling betrokken beroepsgroepen. De beschikbare handreikingen worden echter nog niet altijd (op de juiste wijze) toegepast, waardoor de kans bestaat dat kinderen niet (tijdig) de benodigde zorg ontvangen. Belangrijke redenen voor de beperkte en soms onjuiste toepassing zijn de onbekendheid van professionals met de inhoud van de handreiking en de te onduidelijke en niet-concrete opstelling van de handreiking. Zo werd de KNMG-meldcode uit 2002 (KNMG, 2002) over het beroepsgeheim door artsen onduidelijk gevonden (De Roode en Meulmeester, 2008), wat kan leiden tot interpretatieverschillen en hoogstwaarschijnlijk ook tot verschillen in het uiteindelijke handelen. Men vond de code te vrijblijvend. Vooral het antwoord op de vraag onder welke omstandigheden het beroepsgeheim mag worden overschreden, vond men onduidelijk. Volgens sommigen werd het beroepsgeheim uitgelegd op een manier die artsen te weinig ruimte gaf om te melden (De Roode en Meulmeester, 2008; Pronk, 2008; KNMG, 2008). De code is in 2008 aangepast. Het belang van het kind, en niet dat van de ouders/verzorgers, staat bij de afweging om al dan niet te spreken centraal. Het is niet langer 'zwijgen tenzij', maar 'spreken tenzij'.

Om ervoor te zorgen dat meer artsen kennis hebben van de inhoud van handreikingen zoals de meldcode, wordt er door onderzoekers en brancheorganisatie gepleit voor betere educatie van de betrokken beroepsgroepen. De KNMG wil bijvoorbeeld door het aanbieden van cursussen de bekendheid van de herziene meldcode vergroten. Aangenomen wordt dat het volgen van handreikingen leidt tot betere zorg.

3. Tijdig en actief volgen van een kind

Binnen de keten van JGZ is er veel onduidelijkheid over wat het begrip zorgcoördinatie inhoudt en wie daarvoor verantwoordelijk is. Zo bestaat er binnen de JGZ bijvoorbeeld onduidelijkheid over de mate waarin zij het kind na verwijzing moet volgen (Romeijn, 2002). Het is onvoldoende duidelijk of dit wel of niet onder zorgcoördinatie valt. Er rouleren meerdere definities van zorgcoördinatie in het veld. De een is vrij algemeen zoals de definitie uit de richtlijn *Handboek Eenheid van Taal*: het regelen en afstemmen van de zorg- en/of hulpverlening rondom een jeugdige of gezin met alle bij de zorgverlening betrokken hulp- en zorgverleners (gelijktijdig of opeenvolgend) (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005). In de visienota van GGD Nederland en ActiZ (voorheen Z-org) wordt echter een veel bredere definitie gehanteerd: zorgcoördinatie binnen JGZ houdt in risicokinderen kennen, weten welke risico's er spelen bij welke kinderen, op de hoogte zijn van welke hulp er door andere instanties ingezet is, contact onderhouden met instellingen die hulp verlenen en zorg voor afstemming (Z-org & GGD Nederland, 2006).

Complicerende factor is bovendien dat zorgcoördinatie volgens de richtlijn *Handboek Eenheid van Taal* onder het maatwerkdeel van het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (BTP Jgz) valt, waardoor deze activiteit voor GGD en zorgorganisatie voor JGZ niet verplicht is en zij relatief vrij zijn er op hun eigen manier invulling aan te geven. Echter, rapportage op populatieniveau over het vervolg na verwijzing (follow-up), valt onder het uniforme deel (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005; Z-org & GGD Nederland, 2006). Tevens zou volgens de richtlijn *Handboek Eenheid van*

Taal bij iedere activiteit uit het BTP Jgz de follow-up moeten worden genoteerd waardoor het kind ook longitudinaal gevolgd kan worden en de continuïteit van de zorg gewaarborgd is. Deze schijnbare tegenstrijdigheid geeft aanleiding tot discussie in het veld.

Mede als gevolg van de onduidelijkheid is er in de praktijk regelmatig een gebrek aan (noodzakelijke) informatie-uitwisseling tussen ketenpartners over de actuele stand van de hulpverlening aan het kind. Verantwoordelijkheden worden op elkaar afgeschoven en er wordt bij verwijzing niet altijd actief aan terugrapportage gedaan of om gevraagd. Ook beroepen zorgaanbieders zich op privacywetgeving (Bijl, 2008). De verantwoordelijkheden van de hulpverleners kunnen tijdens het zorgproces ook verschuiven. Door het ontbreken van voldoende afstemming tussen ketenpartners dreigen kinderen buiten de boot te vallen (IGZ, 2007b). Duidelijke regie over het gehele traject is dan ook noodzakelijk, maar deze ontbreekt zowel in de zorg voor de individuele gevallen als bij de organisatie van de keten op bestuurlijk niveau (Rekenkamer, 2008; De Vries en Wiegiersma, 2007).

Zowel de JGZ als de IGZ erkennen de problemen (Romeijn, 2002; IGZ, 2007b). Zij zien betere afstemming binnen het verwijscircuit als een mogelijke oplossing. De IGZ is van mening dat het de taak van de JGZ is om het kind na verwijzing actief te blijven volgen gedurende het gehele zorgproces, en dat dit deel uitmaakt van het uniforme deel van het BTP Jgz (IGZ, 2007b). Door het volgen van het kind kan worden voorkomen dat kinderen buiten de boot vallen doordat ze niet aankomen bij de hulpverlener waarnaar is verwezen of doordat ze de behandeling niet afmaken.

4. Voorkómen van meisjesbesnijdenis

In 2006 is de JGZ in zes regio's gestart met een intensieve preventieve aanpak van meisjesbesnijdenis. Professionals in de JGZ werden getraind om door middel van gespreksprotocollen en via huisbezoeken de risicogroepen bewust te maken van de risico's van meisjesbesnijdenis (Van Koert et al., 2009). Uit de evaluatie van de pilots blijkt dat JGZ-medewerkers bekend zijn met de gespreksprotocollen en goed registreren maar dat dit niet leidt tot meer meldingen van vrouwelijke genitale verminking (VGV) bij AMK's (Van Koert et al., 2009). Hierbij moet worden opgemerkt dat uit een recent onderzoek waarin meldingen over VGV bij AMK's geanalyseerd zijn, blijkt dat de JGZ samen met de scholen de meeste meldingen doen (Van Burik et al., 2008; VWS, 2009).

Voor het inschatten van het risico op besnijdenis wordt door de JGZ als belangrijk knelpunt ervaren, omdat het bespreken ervan de relatie met de ouders belast. Het trainen van professionals in risicotaxatie wordt door de onderzoekers als aandachtspunt genoemd. Verdere ontwikkeling is gewenst op het gebied van de overdracht tussen 0-4-jarigen en 4-19-jarigen, een actieve benadering van 14-19-jarigen en het goed hanteren van het gespreksprotocol (Van Koert et al., 2009).

Voor medewerkers van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling (AMK) en van de Raden voor de Kinderbescherming (RvdK) geldt dat zij het lastig vinden om te bepalen of het aangegeven vermoeden gegrond is (Van Burik et al., 2008). Het ontbrak hen vaak ook aan voldoende kennis van VGV om dit goed te kunnen inschatten (Van Burik et al., 2008; VWS, 2009). Ook hier wordt deskundigheidsbevordering als een belangrijke oplossing gezien.

Stap 5. Actoranalyse

Gemeente, GGD en zorgorganisatie voor JGZ

De gemeente is verantwoordelijk voor de zorg voor 0-19-jarigen conform de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Voor de JGZ zijn de taken van de gemeenten onder meer: het monitoren van de gezondheidstoestand, inschatten van zorgbehoefte, signalering en preventie en het geven van advies en voorlichting. De gemeente legt deze taken neer bij JGZ-instellingen (GGD en/of zorgorganisatie voor JGZ).

Gemeenten zijn volgens de wet verplicht om minimaal het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (BTP Jgz) te laten uitvoeren door JGZ-instellingen (VWS, 2002). Het basistakenpakket valt uiteen in twee delen; een maatwerkdeel en een uniform deel (Dunnink en Leijss-Spek, 2008). Het uniforme deel moet door elke JGZ-instelling conform de richtlijn *Contactmomenten* worden uitgevoerd. Er zijn 18 vaste momenten waarop er contact moet zijn tussen de JGZ en ouders en kind waarvan 15 in de leeftijdsperiode van 0-4 jaar (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2003). Naarmate het kind ouder wordt, neemt het aantal contactmomenten af. De JGZ kent drie standaardcontactmomenten in de leeftijdsperiode van 5-19 jaar. Op indicatie kunnen daar nog extra contactmomenten aan worden toegevoegd. Een contactmoment kan een huisbezoek zijn, maar ook een consult en Preventief Gezondheids Onderzoek (PGO).

Het maatwerkdeel van het BTP Jgz wordt ingegeven door de zorgbehoefte in een gemeente of regio en kan dus per JGZ-instelling variëren (Geerts et al., 2008). Het inzetten van interventies valt bijvoorbeeld onder het maatwerkdeel van het BTP Jgz waardoor het aanbod van interventies per gemeente kan verschillen.

De JGZ voor 0-4-jarigen wordt in veel regio's aangeboden door zorgorganisaties voor JGZ. In een beperkt aantal regio's gebeurt dit door GGD'en. De GGD levert de zorg voor 4-19-jarigen.

De relatie tussen GGD en gemeente is complex. Voor het uniforme deel van het basistakenpakket is de GGD een uitvoerende dienst van de gemeente (VWS, 2002). Voor het maatwerkdeel is het echter een externe marktpartij. Daar komt bij dat de GGD ook een rol als adviseur van de gemeente vervult (Geerts et al., 2008). De zorgorganisaties zijn private organisaties waar marktwerking op van toepassing is. De gemeente heeft geen directe zeggenschap over deze instellingen.

Andere relevante actoren

Kinderartsen, huisartsen, SEH-medewerkers, kraamzorg, kinderopvang, scholen, politie, maatschappelijk werk, Bureau Jeugdzorg (BJZ), (jeugd) GGZ, Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), Raad voor de Kinderbescherming (RvdK), Centra voor Jeugd en Gezin (CJG) en Zorg- en adviesteams (ZAT's) zijn andere relevante actoren in dit veld.

Opgemerkt dient te worden dat er in de zorgketen onduidelijkheid bestaat over de juiste wijze van het melden van kindermishandeling. De melder kan een melding doen bij twee loketten. Bij welk loket er gemeld moet worden is afhankelijk van het type melding. Bij een vermoeden van kindermishandeling is het AMK het aangewezen loket. Gaat het om een hulpvraag voor het eigen kind of om het kenbaar maken van zorgen over derden, dan moet dat via het loket van BJZ. Deze onduidelijke organisatiestructuur zorgt voor veel doorverwijzingen, die hulpverlener en melder extra tijd kosten (Rekenkamer, 2008).

Zorgproces op hoofdlijnen

Om inzicht te krijgen in de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende actoren, is het nuttig om ook het zorgproces te beschrijven. Hieronder wordt kort het stappenplan weergegeven dat een JGZ-medewerker kan doorlopen wanneer deze een vermoeden heeft van kindermishandeling. Welke stappen er genomen dienen te worden, is afhankelijk van de (geschatte) aard van de mishandeling. Het stappenplan is als zodanig beschreven in de conceptrichtlijn *Secundaire Preventie Kindermishandeling* (Wagenaar-Fischer et al., 2007). Onderstaande is een afgeleide daarvan.

De JGZ-medewerker (arts of verpleegkundige) signaleert en taxeert risicofactoren, zorgt voor verslaglegging in het dossier en volgt bij een vermoeden van kindermishandeling het stappenplan. Bij een vermoeden van kindermishandeling worden de ouders van het betreffende kind uitgenodigd voor een gesprek waarin de JGZ-medewerker zijn zorgen kenbaar maakt. Het eerste gesprek dient meteen of uiterlijk twee weken na het ontstaan van het vermoeden gevoerd te worden. De JGZ-medewerker is verplicht om bij een vermoeden van kindermishandeling te overleggen met anderen uit het JGZ-team en de aandachtsfunctionaris kindermishandeling binnen de eigen organisatie.

Welke vervolgstappen er gezet worden, is in grote mate afhankelijk van de inschatting van de aard van het probleem door de JGZ-medewerker. Bij een levensbedreigende situatie voor het kind dient er gemeld te worden bij AMK, RdvK of politie. Wanneer de situatie (niet direct) levensbedreigend is, maar de ouders weigeren hulp of ontkennen het probleem, dan kan men afhankelijk van de situatie advies vragen bij AMK, melden bij AMK of verwijzen naar hulpverlening. Als ouders het probleem erkennen en bereid zijn hulp te aanvaarden, dan moet er in overleg met de ouders/jeugdige passende hulpverlening worden ingezet. Bijvoorbeeld door te verwijzen naar BJZ. Is er geen sprake van kindermishandeling, dan wordt getracht hulp te bieden voor de eventuele andere problemen, bijvoorbeeld middels opvoedingsondersteuning. Twijfelt de JGZ-medewerker na het eerste gesprek over het vermoeden van kindermishandeling, dan zijn er volgens het stappenplan nog twee gesprekken waarin getracht kan worden de situatie vast te stellen. Elk gesprek dient binnen twee weken na het eerdere gesprek plaats te vinden. Tussentijds kan getracht worden informatie bij derden in te winnen. Op het moment dat ook na het derde gesprek nog twijfel bestaat, dan dient de medewerker hulp te bieden en minimaal twee keer per jaar contact op te nemen met het gezin.

Twee weken na verwijzing naar een andere hulpverleningsinstantie (zoals BJZ) of melding bij het AMK, wordt een follow-up uitgevoerd. De JGZ controleert of een gezin dat zij heeft verwezen naar BJZ zich daar ook heeft aangemeld. JGZ en BJZ spreken samen af wie de zorgcoördinatie op zich neemt. Wanneer de behandeling in de tweede lijn is afgerond, neemt de JGZ de zorgcoördinatie weer op zich. Drie maanden na verwijzing of melding evalueert de JGZ-medewerker de procedure en uitkomst.

Alle contacten tussen JGZ en kind worden in een dossier vastgelegd. Daarin staat onder meer welke signalen er zijn, wat er intern is afgesproken en naar welke instantie verwezen is en of er aan follow-up is gedaan.

Stap 6. Selecteer kernactiviteiten

Belangrijke knelpunten in de aanpak van kindermishandeling zijn in stap 4 aan de hand van vier zorgactiviteiten beschreven. Een activiteit die hiervoor nog niet besproken is, is het vaststellen van de prevalentie van kindermishandeling. Voor deze activiteit is de indicator uit de basisset (IGZ, 2007a) overgenomen. In deze stap wordt voor elk van de in totaal vijf kernactiviteiten afgewogen of we er een

indicator voor zullen ontwikkelen. De uiteindelijke besluiten hebben we genomen na overleg in de werkgroep IGZ-RIVM. De volgende kernactiviteiten passeren de revue:

1. vaststellen van de prevalentie;
2. vroegsignalering;
3. procedure bij vermoeden;
4. tijdig en actief volgen;
5. voorkómen van meisjesbesnijdenis.

1. Vaststellen van de prevalentie

Rationale Informatie over de omvang van een gezondheidsprobleem in een bepaalde regio is van belang om het beleid en het zorgaanbod van JGZ-instellingen (en gemeenten) op de zorgbehoefte af te stemmen. Zonder informatie over de gezondheidstoestand van de bevolking zouden instellingen te veel of te weinig interventies kunnen aanbieden, of interventies die niet toegesneden zijn op de specifieke problemen in de regio. Voor de IGZ geeft een prevalentie-indicator contextinformatie die relevant is voor de risicoselectie. Met die informatie kan zij inschatten of het gezondheidsprobleem in een regio groter is dan mag worden verwacht en kan zij vervolgens bij GGD'en die een hoge prevalentie rapporteren nagaan of het aanbod aan interventies aansluit op die hoge prevalentie (en indien nodig een gesprek aangaan). Tevens kan de IGZ zo controleren of de JGZ-instelling aan haar wettelijke monitoringstaak voldoet.

Kanttekeningen De mate waarin een bepaald gezondheidsprobleem zich voordoet in een regio hangt af van allerlei factoren. Bijvoorbeeld van demografische factoren en persoonskenmerken. Deze kunnen meestal niet door de JGZ worden gewijzigd. JGZ-instellingen kunnen op de prevalentie van kindermishandeling maar beperkt invloed uitoefenen. Een JGZ-instelling zal proberen via interventies het gezondheidsprobleem te voorkómen, dan wel te verminderen. Er is echter onvoldoende wetenschappelijk bewijs waaruit blijkt dat het geheel van JGZ-activiteiten de prevalentie kan verkleinen.

Besluit Ondanks de afwezige bewijslast voor een relatie tussen activiteiten van JGZ-instellingen en de prevalentie van kindermishandeling, is besloten de bestaande indicator over het vaststellen van de prevalentie uit de basisset van de IGZ verder te ontwikkelen. Het monitoren van de gezondheid van kinderen en jongeren in de regio wordt door de IGZ namelijk gezien als een belangrijke taak van een JGZ-instelling. Door het uitvragen van deze achtergrondinformatie kan getoetst worden of een JGZ-instelling voor het belangrijke volksgezondheidsprobleem kindermishandeling aan haar wettelijke taken⁹ voldoet.

2. Vroegsignalering

Rationale Door een methodische aanpak van de signalering en risicotaxatie (onder andere door het gebruik van een instrument) neemt de kans toe dat er meer kinderen worden opgespoord. Omdat de vroegsignalering onder het uniforme deel van het

⁹ Volgens de WPG dient een gemeente een aantal taken op het gebied van de openbare gezondheidszorg uit te voeren. Voor de JGZ zijn die taken onder meer: het monitoren van de gezondheidstoestand, inschatten van de zorgbehoefte, signalering en preventie en het geven van advies en voorlichting. Vaak legt de gemeente deze taken neer bij een GGD en/of zorgorganisatie voor JGZ.

basistakenpakket valt, moet iedere GGD of zorgorganisatie voor JGZ dit op een soortgelijke manier doen. Dit maakt het makkelijker om een indicator over vroegsignalering uit te vragen en om de uitkomsten te vergelijken.

- Kanttekeningen** Er is een gebrek aan valide instrumenten en een richtlijn voor vroegsignalering ontbreekt. De ontwikkeling en validering van de vroegsignaleringsinstrumenten is nog volop in ontwikkeling.
- Besluit** Vanwege de aard en de omvang van de problematiek en de sterke wens bij deskundigen om methodischer te werk te gaan, is besloten een indicator voor vroegsignalering van kindermishandeling te ontwikkelen.

3. Procedure bij vermoeden

- Rationale** Om erger te voorkomen, is het van belang dat er bij een vermoeden van kindermishandeling door hulpverleners snel en adequaat gereageerd wordt. Een stappenplan is daarbij een hulpmiddel. Het volgen van een stappenplan kan op die manier gezien worden als een indicatie van goede zorg. De conceptrichtlijn kindermishandeling bevat zo'n stappenplan.
- Kanttekeningen** Het is niet wetenschappelijk bewezen dat voor het verkrijgen van goede zorguitkomsten, alle stappen precies volgens het stappenplan uitgevoerd moeten worden. Zo is het denkbaar dat een zorgverlener zeer zorgvuldig te werk gaat, maar dat een tweede gesprek niet binnen de het stappenplan aangegeven termijn valt. De zorg voldoet dan niet aan de tijdigheidsnorm, maar er wordt wel meer informatie verzameld die mogelijk betere aanknopingspunten kan bieden voor het tweede gesprek.
- Besluit** Ondanks dat het stappenplan (nog) niet wetenschappelijk onderbouwd is, is toch besloten een indicator te ontwikkelen voor het volgen van de procedure bij een vermoeden van kindermishandeling. De noodzaak van tijdig handelen, vanwege de ernst van de problematiek, weegt bij deze afweging zwaar. Bij het ontwikkelen van deze indicator zal ook worden voortgebouwd op de indicator over kindermishandeling uit de basisset van de IGZ (aantal kinderen waarbij in het kader van het vermoeden op kindermishandeling acties zijn ondernomen¹⁰).

4. Tijdig en actief volgen

- Rationale** Door het volgen van het kind kan voorkomen worden dat kinderen niet de juiste zorg, dan wel helemaal geen zorg ontvangen. Gebrek aan inzicht in het zorgtraject dat het kind aflegt, wordt gezien als een belangrijk knelpunt. Juist de JGZ is capabel voor het volgen van een kind omdat JGZ-medewerkers het kind gedurende een lange periode regelmatig zien. Voor professionals in de eerste en tweede lijn geldt dat in veel mindere mate vanwege de aard van de curatieve zorg.

¹⁰ Overleg met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling, tweede gesprek (meer informatie nodig), adviesvraag AMK, direct melden bij AMK, Raad voor de Kinderbescherming en/of politie, verwijzen passende hulpverlening.

Kanttekeningen	Zorgcoördinatie (in dit geval het volgen van het kind) wordt door het veld vaak gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid van alle ketenpartners. De vraag is dan ook of de rolopvatting waarbij de JGZ tot taak heeft het kind na verwijzing te volgen door elke JGZ-instelling wordt gedeeld en op een vergelijkbare wijze in de praktijk wordt gebracht. Bovendien is de JGZ voor het goed vervullen van deze taak afhankelijk van de bereidheid van ketenpartners om op een goede wijze gegevens uit te wisselen.
Besluit	Het actief volgen gedurende het gehele zorgproces wordt gezien als een belangrijke taak van de JGZ. Uit verschillende gevalbeschrijvingen blijkt dat juist op dit vlak grote risico's liggen. Er is dan ook besloten een indicator te ontwikkelen voor het actief volgen.

5. Voorkómen van meisjesbesnijdenis

Rationale	Meisjesbesnijdenis wordt gezien als een vorm van lichamelijke kindermishandeling. Uit onderzoek blijkt dat vrouwelijke genitale verminking nauwelijks gemeld wordt bij AMK's. Het inschatten van het risico op meisjesbesnijdenis wordt door de JGZ als knelpunt ervaren. Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) heeft een stappenplan 'Voorkómen van meisjesbesnijdenis door samenwerken' opgesteld (Bijlsma-Schlösser, 2004). Aan de hand hiervan zouden indicatoren kunnen worden ontwikkeld.
Kanttekeningen	Meisjesbesnijdenis komt voor in bepaalde bevolkingsgroepen. Doordat deze groepen niet in elke GGD-regio wonen, maar in een beperkt aantal regio's, is dit hoogstwaarschijnlijk niet een gezondheidsprobleem waar elke JGZ-instelling mee te maken heeft.
Besluit	Omdat de indicator vooral relevant is voor een beperkt aantal GGD-regio's, is besloten deze indicator vooralsnog niet uit te werken.

Samenvatting stap 6

Uiteindelijk zijn de volgende vier kernactiviteiten voor het onderwerp kindermishandeling geselecteerd om indicatoren voor te ontwikkelen:

1. Vaststellen van de prevalentie van kindermishandeling.
2. Vroegsignalering kindermishandeling.
3. Procedure bij een vermoeden van kindermishandeling.
4. Tijdig en actief volgen van een kind na verwijzing.

Het voorkómen van meisjesbesnijdenis is afgefallen.

5.3 Totstandkoming conceptindicatoren

Voor de kernactiviteiten die aan het eind van de vorige paragraaf zijn opgesomd, zijn potentiële indicatoren voor kindermishandeling ontwikkeld. Dit proces is beschreven in deze paragraaf.

Stap 7. Voer literatuuronderzoek uit

Omdat er voor een groot aantal aspecten van de OGZ slechts in beperkte mate wetenschappelijk bewijs beschikbaar is, en daarom ook nog geen indicatoren zijn ontwikkeld, richtte het literatuuronderzoek zich vooral op bestaande richtlijnen en de nieuwste onderzoeken op het vlak van kindermishandeling in hoofdzakelijk de Nederlandse literatuur. De kernaanbevelingen uit de richtlijnen zijn zoveel mogelijk meegenomen bij de selectie van de kernactiviteiten bij stap 6. Uit die kernactiviteiten zijn vervolgens indicatoren afgeleid.

Bij het aanvullende literatuuronderzoek is gebruikgemaakt van de zogenaamde sneeuwbalmethode (in de periode mei tot begin september 2008). In die methode is de literatuurlijst van een document het uitgangspunt voor verdere zoekacties. Voor kindermishandeling was de JGZ-conceptrichtlijn *Secundaire Preventie Kindermishandeling* het belangrijkste kerndocument. Studies en richtlijnen die zich alleen richtten op de tweede lijn zijn buiten beschouwing gelaten omdat het in dit onderzoek draait om de OGZ. Daarnaast is aan deskundigen gevraagd of de belangrijkste studies in de literatuurlijst terug te vinden waren. Indien nodig zijn de door hen genoemde studies toegevoegd aan de lijst van de voor dit rapport bestudeerde documenten. Aanvullend hebben wij gesproken met een medewerker van de IGZ van buiten de werkgroep. De in deze stap geconsulteerde deskundigen zijn niet benaderd voor de latere beoordeling van de kwaliteit van de indicatoren in stap 11.

Stap 8. Geef een overzicht van potentiële indicatoren

In stap 6 hadden wij vier kernactiviteiten geselecteerd waarvoor indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Deze geselecteerde kernactiviteiten zijn uitgewerkt tot zeven indicatoren, zie Tabel 8. Twee van deze indicatoren (indicatoren 1.1 en 3.2) zijn reeds opgenomen in de basisset van de IGZ, en zijn hier verder uitgewerkt.

In Tabel 9 zijn enkele kenmerken van de indicatoren weergegeven: de activiteit waar ze betrekking op hebben, de typering en het kwaliteitsdomein dat de indicatoren meten.

Stap 9. Maak een selectie van indicatoren

De indicatoren uit de 'groslijst' (zie stap 8) zijn door de werkgroep IGZ-RIVM (Bijlage 1) aan de hand van een aantal criteria (relevantie, bruikbaarheid, verbeterpotentieel en haalbaarheid) beoordeeld. Na discussie in de werkgroep bleek dat men graag zag dat alle zeven potentiële indicatoren doorontwikkeld zouden worden. Voor alle indicatoren zijn beschrijvingen gemaakt. Omdat de indicatoren voortvloeien uit de kernactiviteiten die in stap 6 al min of meer getoetst zijn aan bovenstaande criteria, worden zij hier niet meer besproken.

Tabel 8 Overzicht potentiële indicatoren.

Kindermishandeling
<i>1. Vaststellen prevalentie van vermoeden van kindermishandeling</i>
1.1 Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde, van alle kinderen in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ
<i>2. Gebruik van een vroegsignaleringsinstrument voor opsporing van kindermishandeling</i>
2.1 Het percentage kinderen dat met een vroegsignaleringsinstrument is opgespoord door de JGZ in het afgelopen jaar, van alle door de JGZ gesignaleerde gevallen van kindermishandeling in het afgelopen jaar
<i>3. Procedure bij vermoeden van kindermishandeling</i>
3.1 Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker met de ouder(s), verzorgers en/of het kind een eerste gesprek voerde naar aanleiding van het vermoeden van kindermishandeling, van alle kinderen bij wie een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde
3.2 Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker actie heeft ondernomen vanwege het vermoeden van kindermishandeling, van alle kinderen bij wie een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde
3.3. Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker met de ouder(s), verzorgers en/of het kind een eerste gesprek heeft gehad binnen 14 dagen na het ontstaan van een vermoeden van kindermishandeling, van alle kinderen bij wie een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde
3.4 Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker met de ouder(s), verzorgers en/of het kind een tweede gesprek heeft gehad binnen 14 dagen na het eerste gesprek, van alle kinderen bij wie een JGZ-medewerker met de ouder(s), verzorgers en/of het kind een eerste gesprek voerde naar aanleiding van een vermoeden van kindermishandeling
<i>4. Tijdig en actief volgen van een kind na verwijzing</i>
4.1 Het percentage kinderen waarbij binnen 14 dagen na melding bij AMK of RvdK of verwijzing follow-up door de JGZ heeft plaatsgevonden, van alle kinderen die door een JGZ-medewerker zijn gemeld of zijn verwezen vanwege het vermoeden van kindermishandeling

Tabel 9 Potentiële indicatoren naar activiteit, type en kwaliteitsdomein.

Indicator	Activiteit	Type indicator	Kwaliteitsdomein indicator
1.1 Prevalentie	Prevalentie	Uitkomst	Effectiviteit
2.1 Signaleringsinstrument	Vroegsignalering	Proces	Effectiviteit
3.1 Eerste gesprek	Procedure	Proces	Effectiviteit, veiligheid
3.2 Actie	Procedure	Proces	Effectiviteit, veiligheid
3.3 Eerste gesprek < 14 dagen	Procedure	Proces	Effectiviteit, tijdigheid, veiligheid
3.4 Tweede gesprek < 14 dagen	Procedure	Proces	Effectiviteit, tijdigheid, veiligheid
4.1 Follow-up	Volgen kind	Proces	Effectiviteit, tijdigheid, veiligheid

Stap 10. Ontwikkel descriptive sheets

Op basis van de gevonden informatie en de gemaakte keuzen in de eerdere stappen zijn voor de zeven geselecteerde indicatoren beschrijvingen gemaakt, zogenaamde ‘descriptive sheets’¹¹. De beschrijvingen zijn niet allemaal opgenomen in dit rapport. De descriptive sheets van de indicatoren die zijn voorgesteld na afloop van het Delphi-onderzoek en de panelbijeenkomst zijn wel als bijlage terug te vinden (Bijlage 6).

Stap 11. Beoordeel de ontwikkelde indicatoren met een consensusmethode

De (beschrijvingen van de) zeven conceptindicatoren uit stap 10 zijn via een ‘Delphi-onderzoek’¹² aan een panel van deskundigen voorgelegd. Het panel (zie Bijlage 2) bestond uit negen deskundigen op het gebied van de JGZ, afkomstig uit de wetenschap en uit de praktijk. Het Delphi-onderzoek bestond uit twee schriftelijke ronden waarin deskundigen is gevraagd de indicatoren te beoordelen op een zestal eigenschappen, te weten: relevantie, validiteit, reproduceerbaarheid, bruikbaarheid voor de zorg, bruikbaarheid voor toezicht en haalbaarheid. Zes van de negen benaderde deskundigen hebben deelgenomen aan de eerste ronde. Slechts een deel heeft ook in de tweede ronde geparticipeerd (drie van de negen). De beperkte respons in de tweede ronde is grotendeels toe te schrijven aan de korte termijn waarbinnen gereageerd diende te worden. Aansluitend op het Delphi-onderzoek vond een panelbijeenkomst plaats waar de beoordelingsscores en argumenten plenair bediscussieerd werden. Vrijwel alle deelnemers (acht van de negen) waren bij de plenaire bijeenkomst aanwezig.

Tijdens de bijeenkomst bleek dat vier van de zeven indicatoren op steun van het panel konden rekenen, zij het met kleine aanpassingen (zie Tabel 10). Deze aanpassingen hebben wij verwerkt. In Bijlage 6 zijn de descriptive sheets van de indicatoren weergegeven die van het panel steun kregen.

Het panel vond drie van de zeven indicatoren prematuur, namelijk één indicator over het gebruik van vroegsignaleringsinstrumenten (indicator 2.1) en twee over het volgen van de procedure bij een vermoeden van kindermishandeling (indicatoren 3.3 en 3.4). Omdat er nog geen gevalideerde instrumenten zijn, stelt het panel voor om de indicator 2.1, die zich richt op het opsporen van mishandeling in een vroeg stadium (secundaire preventie), voorlopig buiten beschouwing te laten. Pas als het veld een tijdje heeft gewerkt met een bewezen effectief instrument, kan er beoordeeld worden of de indicator iets kan zeggen over de kwaliteit van de geleverde zorg. Het panel stelt dat het te overwegen is om op termijn een indicator te ontwikkelen voor het opsporen van risicovolle opvoedingssituaties en het vervolgens reduceren van de risico’s (primaire preventie). Aan indicator 3.2 zou op termijn, na vaststelling van de richtlijn, een tijdsdimensie toegevoegd kunnen worden (‘het vermoeden leidde binnen x dagen tot actie’). Voor de indicatoren 3.3 en 3.4 geldt dat het panel vond dat er eerst gewacht moest worden tot de richtlijn secundaire preventie kindermishandeling vastgesteld is. De indicatoren zijn afgeleid uit de conceptrichtlijn.

Bij indicator 1.1 werd aangetekend dat deze gezien moet worden als contextindicator. De indicatoruitkomst geeft volgens het panel inzicht in de gezondheidstoestand van de bevolking en niet zozeer in het functioneren van een JGZ-instelling.

¹¹ Zie stap 10 in Deel 1 voor een toelichting op ‘descriptive sheets’.

¹² Zie Bijlage 6 voor een beschrijving van de Delphi-methode

De vier ontwikkelde indicatoren die steun van het panel kregen, zijn weergegeven in Tabel 11. Zie voor de uitgewerkte indicatoren de descriptive sheets in Bijlage 6.

Tabel 10 Oordelen van het panel over de indicatoren.

Onderwerp en indicator	Oordeel ^a	Opmerking
Prevalentie		
1.1 JGZ vermoedde kindermishandeling	++	contextindicator
Gebruik van vroegsignaleringsinstrument		
2.1 Vermoede gevallen die zijn opgespoord met een instrument	-	mogelijk zinvol in een later stadium
Procedure bij vermoeden		
3.1 Vermoeden leidde tot een eerste gesprek	+	
3.2 Vermoeden leidde tot actie	++	onderscheid naar actietype
3.3 Eerste gesprek binnen 14 dagen na vermoeden	0	mogelijk zinvol in een later stadium
3.4 Tweede gesprek binnen 14 dagen na eerste	0	mogelijk zinvol in een later stadium
Tijdig en actief volgen na verwijzing		
4.1 Binnen 14 dagen follow-up	++	

^a In afnemende steun: ++, +, 0, -, --

Tabel 11 Overzicht uiteindelijk voorgestelde indicatoren.

Kindermishandeling
1. Vaststellen prevalentie van vermoeden van kindermishandeling
1.1 Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde, van alle kinderen in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ.
2. Procedure bij een vermoeden van kindermishandeling
2.1 Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker met de ouder(s), verzorgers en/of het kind een eerste gesprek voerde naar aanleiding van het vermoeden van kindermishandeling, van alle kinderen bij wie een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde.
2.2 Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker actie na het eerste gesprek heeft ondernomen vanwege het vermoeden van kindermishandeling, van alle kinderen bij wie een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde (met onderscheid naar acties gericht op kind/ouders en ondersteunende acties).
3. Tijdig en actief volgen van een kind na verwijzing
3.1 Het percentage kinderen waarbij binnen 14 dagen na melding en/of verwijzing, follow-up door de JGZ heeft plaatsgevonden, van alle kinderen die door een JGZ-medewerker in een peiljaar zijn gemeld en/of verwezen vanwege het vermoeden van kindermishandeling.

6. Amblyopie

6.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is beschreven hoe de potentiële indicatoren voor het onderwerp amblyopie waarmee de IGZ toezicht zou kunnen houden op de OGZ tot stand zijn gekomen. Bestaande indicatoren uit de basisset *Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg* zijn hiervoor aangepast en nieuwe indicatoren zijn ontwikkeld. Dit is gedaan volgens een door het RIVM ontwikkelde methodiek die in Deel 1 van dit rapport beschreven is.

De uitkomsten van het ontwikkelproces worden hieronder voor elk onderdeel uit blok II en III van de methodiek kort weergegeven. Voor de afbakening van het conceptuele kader van de indicatorset verwijzen wij naar hoofdstuk 3.

6.2 Inhoudelijke verkenning geselecteerde onderwerpen

Het onderwerp amblyopie dat in hoofdstuk 3 als prioriteit is aangemerkt, wordt in deze paragraaf inhoudelijk uitgediept.

Stap 4. Definieer het onderwerp en geef duidelijk de relevantie aan

In deze stap geven we eerst de definitie, dan gaan we in op de aard en omvang van het gezondheidsprobleem. Tot slot bespreken we de knelpunten in de zorg.

Definitie

Wanneer een oog zich tijdens de eerste levensjaren niet goed ontwikkelt, kan dit leiden tot een verminderd gezichtsvermogen van dat oog op latere leeftijd. Dit verminderde gezichtsvermogen wordt amblyopie of lui oog genoemd. De onderliggende oorzaak is een afwijking van het oog of de omringende structuren (zoals de oogspiertjes). De meest voorkomende oorzaken zijn strabismus (scheel zien) en refractieafwijkingen. Oorzaken als cataract (vertroebeling van de ooglens) of een hangend ooglid zijn zeldzaam. Door de afwijking worden de visuele beelden van het aangedane oog niet goed doorgegeven aan het corresponderende gezichtscentrum in de hersenen. Deze beelden worden dan door de hersenen onderdrukt en het gevolg is dat het betreffende gezichtscentrum in de hersenen zich onvoldoende ontwikkelt. Op oudere leeftijd is die ontwikkeling onomkeerbaar (Van Velzen-Mol, 2002; RIVM, 2008a).

Aard en omvang van het gezondheidsprobleem

Amblyopie komt bij 2-5% van de mensen voor (Donkers en Wittebol-Post, 1998; Eibschitz-Tsimhoni et al., 2000; Lennerstrand et al., 1995; Newman en East, 2000; Preslan en Novak, 1998). Strabismus (scheelzien) en refractieafwijkingen zijn risicofactoren voor het ontstaan van amblyopie. De prevalentie van strabismus, refractieafwijkingen en amblyopie samen is bij kinderen onder de 7 jaar 2-6% (Schaapveld en Hirasing 1997; Snowdon en Stewart-Brown, 1997).

Het verminderde gezichtsvermogen bij amblyopie is op latere leeftijd niet tot moeilijk meer te corrigeren omdat het visuele systeem in de hersenen op het tiende levensjaar al geheel is ontwikkeld. Amblyopie is de belangrijkste oorzaak voor het ontstaan van slechthziendheid bij mensen jonger dan 40 jaar (TNO, 2009). Mensen met amblyopie hebben een grotere kans dan mensen zonder amblyopie om later het gezichtsvermogen van beide ogen te verliezen. De risico's worden geschat op respectievelijk 18% en 10% op life-time basis (Van Leeuwen et al., 2007).

Er wordt verondersteld dat een verminderd gezichtsvermogen ook gevolgen heeft voor het functioneren op sociaal, psychisch en cognitief gebied (Van Velzen-Mol, 2002). Scheelzien kan bijvoorbeeld leiden tot psychische problemen (Van Leerdam et al., 2005). Uit onderzoek van Packwood et al. (1999) komt naar voren dat mensen met amblyopie de kwaliteit van hun leven als minder positief beoordelen dan mensen zonder amblyopie vanwege de kans op het verlies van het gezichtsvermogen van het goede oog. Of eenzijdige of een beperkte visus een ongunstige invloed heeft op de leerprestaties van een kind, is echter onduidelijk (Webber en Wood, 2005; Snowden en Stewart-Brown, 1997).

Er is kortom nog vrij weinig bekend over de precieze effecten van oogafwijkingen op de kwaliteit van leven. Van Leerdam et al. (2005) bevelen aan onderzoek te doen naar deze effecten, omdat dit meer inzicht kan verschaffen in het nut van screening en behandeling.

Knelpunten in de zorgverlening

Visuele stoornissen worden vanwege hun omvang gezien als een belangrijk gezondheidsprobleem (TNO, 2009). Uit de literatuur komt een aantal knelpunten naar voren die wij hieronder naar twee zorgactiviteiten hebben geclusterd, te weten (1) screening en (2) verwijzing. Bij screening gaat het niet zozeer om een knelpunt in de zorgverlening, maar meer in de wetenschappelijke onderbouwing ervan. Dat kan van invloed zijn op de mate van relevantie van een eventuele indicator over deze zorgactiviteit.

1. Screening

Om visuele stoornissen vroegtijdig te kunnen opsporen en te behandelen wordt er door de JGZ gescreend. Het doel van de screening tot de leeftijd van 7 jaar (en behandeling) is de uiteindelijke afname in de prevalentie van amblyopie op latere leeftijd. De screening is gericht op amblyopie én de oorzaken van amblyopie, waarvan de strabismus en refractieafwijkingen de belangrijkste zijn.

In Nederland worden visuele stoornissen bij kinderen jonger dan 3 jaar standaard opgespoord met de Vroegtijdige Onderkenning van Visuele stoornissen (VOV)-test. Hierbij wordt het oog uiterlijk geïnspecteerd en wordt onderzocht of de doorgankelijkheid, oogstand en oogbewegingen normaal zijn. Vanaf 3 jaar wordt de visus bepaald door middel van de Amsterdamse Plaatjeskaart (APK), de APK-TOV (Tijdig Onderkennen van Visuele stoornissen) en de Landolt C-kaart.

Uit de Rotterdam AMblyopia Screening Effectiveness Study (RAMSES) bleek dat de VOV-test een positief voorspellende waarde van 0,35 voor amblyopie heeft (Groenewoud et al., 2005). Dat betekent dat van 100 kinderen die een onvoldoende uitslag hebben op de VOV-test en vervolgens worden onderzocht door de orthoptist of oogarts, 35 zeker of mogelijk amblyopie blijken te hebben. Visustesten voor kinderen van 3 jaar en ouder bleken een positief voorspellende waarde voor amblyopie te hebben van 0,24. Bij samenvoeging van alle screeningsuitslagen van alle kinderen tot 7 jaar, blijkt de voorspellende waarde van een positieve testuitslag voor amblyopie óf een andere oogafwijking, 0,69 te zijn. Bij 31% van alle onderzochte kinderen werd geen oogafwijking gevonden. Hierbij was dus achteraf sprake van een onnodige verwijzing.

Uit de RAMSES-studie bleek ook dat 13 van de in totaal 2.964 kinderen (0,44%) die op 7-jarige leeftijd in het kader van deze studie onderzocht waren door een orthoptist of oogarts, gemist waren door de JGZ. Bij deze 13 kinderen is bij de uitslag van de ogentest nooit iets afwijkends gesignaleerd, maar er bleek wel sprake te zijn van amblyopie (Groenewoud et al., 2005). Deze kinderen zijn dus ten onrechte niet doorverwezen. De sensitiviteit van de test werd berekend op 81% (dat wil zeggen dat 81% van de kinderen die op 7-jarige leeftijd amblyopie bleken te hebben, ooit een onvoldoende testuitslag hadden).

Omdat het nut van de screening ook samenhangt met de effectiviteit van de behandeling en de noodzaak tot vroeg ingrijpen, kan volgens de JGZ-conceptrichtlijn *Opsporing Visuele Stoornissen* uit 2009 de effectiviteit van screening niet los worden gezien van de effectiviteit van de daaropvolgende behandeling. Om de effectiviteit van screening en behandeling vast te stellen, is door de jaren heen onderzoek gedaan naar verschillende screeningsmethoden, de optimale frequentie van de screening, de leeftijd waarop gescreend en behandeld dient te worden en diverse behandelingsmethoden.

Verschillende onderzoekers zijn van mening dat er voldoende bewijzen zijn om de screening en behandeling als effectief te beoordelen (TNO, 2009). Zo is in een aantal onderzoeken gevonden dat screening leidt tot een lagere prevalentie van amblyopie. Ook de Nederlandse RAMSES-studie, een observationeel onderzoek, vond dat screening en bijbehorende behandeling leidt tot een afname van de prevalentie op 7-jarige leeftijd (Groenewoud et al., 2005). Uit andere studies komt echter naar voren dat niet onomstotelijk is aangetoond dat het aantal gevallen van amblyopie afneemt als gevolg van screening en behandeling (Snowdon en Stewart-Brown, 1997; Powell et al., 2005).

De onduidelijkheid over de effecten van screening kan ondermeer verklaard worden door:

1. het gebruik van uiteenlopende methoden voor vroegtijdige opsporing waardoor gegevens moeilijk zijn te vergelijken;
 2. een gebrek aan kennis over het natuurlijk verloop van amblyopie waardoor het onduidelijk is of gerapporteerde verbetering toe te schrijven aan de behandeling of aan een natuurlijke verbetering die automatisch met de leeftijd optreedt;
 3. het ontbreken van *Randomized Controlled Trials* (RCT's) (Van Velzen-Mol, 2002; Van Leerdam et al., 2005).
2. Verwijzing
- Wanneer een kind een afwijkende score heeft op een ogentest dan wordt hij doorverwezen voor verder onderzoek. De huisarts of orthoptist onderzoekt het kind opnieuw en stelt vervolgens een diagnose.

Uit de literatuur komt naar voren dat het volgen van het kind door de JGZ na de verwijzing nog niet optimaal verloopt (Van Velzen-Mol, 2002). Er zitten vaak veel stappen tussen verwijzing en behandeling en er is niet altijd sprake van terugrapportage tussen de betrokken beroepsgroepen (huisarts, oogarts, orthoptist, JGZ-arts). Hierdoor kan het voorkomen dat kinderen na verwijzing niet onderzocht worden en dus niet de benodigde behandeling krijgen, zonder dat iemand dat weet. Uit de resultaten van de RAMSES komt naar voren dat 39% van de kinderen die een positieve uitslag hebben op de screeningstest, nooit een oogarts of orthoptist hebben bezocht. De precieze reden hiervoor is niet onderzocht, maar waarschijnlijk heeft het te maken met het onvoldoende navolgen van de richtlijnen door zorgverleners en het niet opvolgen van de verwijzing door de ouders (Juttmann, 2001; Groenewoud et al., 2005). In het algemeen wordt gesteld dat problemen

met de communicatie belangrijke obstakels zijn voor oogheelkundig onderzoek en behandeling (Urbanus-van Laar, 2006).

Gezien het grote aantal kinderen waarbij het advies tot verwijzing niet wordt opgevolgd en de mogelijke gevolgen hiervan voor de effectiviteit van het gehele screeningsprogramma, bevelen de Rotterdamse onderzoekers aan om het verwijzingsproces te verbeteren (Juttmann, 2001).

In de JGZ-conceptrichtlijn *Opsporing Visuele Stoornissen* uit 2009 gaan de opstellers ook in op het stimuleren van betere communicatie tussen ketenpartners. Zo wijzen zij op de speciale verwijsbrieven die reeds zijn ontwikkeld voor JGZ-artsen en medisch specialisten en bevelen zij aan om te komen tot Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA's) over visuele stoornissen bij kinderen. Tevens wordt aanbevolen dat de JGZ het kind actief blijft volgen na verwijzing (Van Velzen-Mol, 2002; TNO, 2009). Dit houdt in dat wanneer na zes maanden geen bericht is ontvangen van de orthoptist of oogarts, een JGZ-medewerker navraag doet bij de ouders over het gegeven advies door de orthoptist of oogarts, of indien de ouders geen gevolg hebben geven aan de verwijzing door JGZ, de reden voor het niet opvolgen van de verwijzing. Ook kan de arts JGZ direct informatie opvragen bij de huisarts, orthoptist of oogarts.

Stap 5. Actoranalyse

Gemeente, GGD en zorgorganisatie voor JGZ

De gemeente is verantwoordelijk voor de zorg voor 0-19-jarigen conform de Wet Publieke Gezondheid (WPG). Voor de JGZ zijn de taken van de gemeenten onder meer: het monitoren van de gezondheidstoestand, inschatten van zorgbehoefte, signalering en preventie en het geven van advies en voorlichting. De gemeente legt deze taken neer bij JGZ-instellingen (GGD en/of zorgorganisatie voor JGZ).

Gemeenten zijn volgens de wet verplicht om minimaal het basistakenpakket (BTP) JGZ te laten uitvoeren door JGZ-instellingen (VWS, 2002). Het basistakenpakket valt uiteen in twee delen; een maatwerkdeel en een uniform deel (Dunnink en Leijds-Spek, 2008). Het uniforme deel moet door elke JGZ-instelling conform de richtlijn *Contactmomenten* worden uitgevoerd. Er zijn 18 vaste momenten waarop er contact moet zijn tussen de JGZ en ouders en kind waarvan 15 in de leeftijdsperiode van 0-4 jaar (Platform JGZ, 2003). Naarmate het kind ouder wordt neemt het aantal contactmomenten af. De JGZ kent drie standaard contactmomenten in de leeftijdsperiode van 5-19 jaar. Op indicatie kunnen daar nog extra contactmomenten aan worden toegevoegd. Een contactmoment kan een huisbezoek zijn maar ook een consult en Preventief Gezondheids Onderzoek (PGO).

Het maatwerkdeel van het BTP wordt ingegeven door de zorgbehoefte in een gemeente of regio en kan dus per JGZ-instelling variëren (Geerts et al., 2008). Het inzetten van interventies valt bijvoorbeeld onder het maatwerkdeel van het BTP waardoor het aanbod van interventies per gemeente kan verschillen.

De JGZ voor 0-4-jarigen wordt in veel regio's aangeboden door zorgorganisaties voor JGZ. In een beperkt aantal regio's gebeurt dit door GGD'en. De GGD levert de zorg voor 4-19-jarigen.

De relatie tussen GGD en gemeente is complex. Voor het uniforme deel van het basistakenpakket is de GGD een uitvoerende dienst van de gemeente (VWS, 2002). Voor het maatwerkdeel is het echter een externe marktpartij. Daar komt bij dat de GGD ook een rol als adviseur van de gemeente vervult (Geerts et al., 2008). De zorgorganisaties zijn private organisaties waar marktwerking op van toepassing is. De gemeente heeft geen directe zeggenschap over deze instellingen.

Andere relevante actoren

Afgezien van het kind zelf, zijn dat de ouders, huisarts, oogarts, orthoptist en scholen.

Zorgproces op hoofdlijnen

Om inzicht te krijgen in de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende actoren, is het nuttig om het zorgproces te beschrijven.

De vroegtijdige opsporing (screening) van visuele stoornissen gebeurt tijdens een *Preventief Gezondheids Onderzoek* (PGO), uitgevoerd door de JGZ. Tot de leeftijd van vijf jaar hebben kinderen regelmatig contact met de jeugdarts of verpleegkundige tijdens een dergelijk terugkerend onderzoek. De screening op afwijkingen van het gezichtsvermogen kan op meerdere contactmomenten tussen kind en JGZ (totaal minimaal 9 contactmomenten¹³) aan de orde komen. Screening gebeurt door middel van verschillende onderzoeksmethoden en instrumenten afhankelijk van de leeftijd van het kind. De betekenis van de resultaten van een ogentest en het belang van verwijzing worden door de JGZ-medewerker uitgelegd aan de ouders van het kind. Om over- of onderbehandeling te voorkomen wordt de test bij een niet eenduidige uitslag herhaald. Het kind dat een afwijkende uitslag heeft, wordt door de JGZ verwezen naar de huisarts met het verzoek tot doorverwijzen naar oogarts of orthoptist. Wanneer de JGZ-medewerker binnen zes maanden na de verwijzing niks gehoord heeft van degene naar wie verwezen is, dient deze volgens de standaard *Opsporing Visuele Stoornissen* navraag te doen bij ouders (Van Velzen-Mol, 2002). Dit wordt genoteerd in het dossier. Indien de ouders geen gevolg hebben gegeven aan de verwijzing dient de JGZ-medewerker naar de reden hiervoor te informeren en deze te noteren in het dossier.

Stap 6. Selecteer kernactiviteiten

Belangrijke knelpunten in de aanpak van amblyopie zijn in stap 4 aan de hand van twee zorgactiviteiten beschreven, namelijk screenen en verwijzen. In stap 5 zijn nog twee activiteiten benoemd, namelijk advisering van ouders over de uitkomst van de ogentest en controle van de uitkomst door het herhalen van de ogentest.

In deze stap wordt voor elk van de in totaal vier kernactiviteiten afgewogen of we er een indicator voor zullen ontwikkelen. De uiteindelijke besluiten hebben we genomen na overleg in de werkgroep IGZ-RIVM. De volgende kernactiviteiten passeren de revue:

1. screening;
2. advisering van ouders over de uitkomst van de ogentest;
3. controle door middel van het herhalen van een ogentest;
4. actieve follow-up na verwijzing.

1. Screening

Rationale	Door vroegtijdige opsporing en behandeling kunnen onder meer het ontstaan van amblyopie worden tegengegaan en andere visuele stoornissen worden gecorrigeerd.. Met een indicator over de uitvoering van de screening kan de IGZ toetsen of de JGZ aan haar wettelijke taken voldoet.
------------------	--

¹³ Het gaat dan om de volgende reguliere contactmomenten: 4e of 8e week, 3 maanden of 4 maanden, 6 maanden, 7,5 maand of 9 maanden, 14 maanden, 18 maanden of 2 jaar, 3 jaar, 3,9 jaar en 5 jaar. Daarnaast kunnen er binnen het uniforme deel van het BTP drie extra consulten op indicatie plaatsvinden (RIVM, 2008a; RIVM, 2009).

Kanttekeningen	De effecten van vroegtijdige opsporing en behandeling zijn nog niet onomstotelijk wetenschappelijk bewezen, al lijken de resultaten van niet-gerandomiseerde studies overwegend positief. Het bereik van de JGZ is hoog, zo ook het bereik van de screening op amblyopie. Bovendien zijn er geen aanwijzingen voor problemen met de uitvoering.
Besluit	Doordat het bereik van de screening hoog is en er geen aanwijzingen zijn voor problemen met de uitvoering, is besloten geen indicator te ontwikkelen voor screening op visuele stoornissen.

2. Advisering

Rationale	Advisering van ouders over de uitslag van een ogentest is een belangrijke taak van de JGZ. Een JGZ-medewerker zal de uitkomst voor de ouders duiden. Indien het kind moet worden verwezen, zal de JGZ-medewerker de ouders voorlichting geven over de noodzaak tot nader onderzoek en de eventueel te volgen behandeling. De intrinsieke motivatie van ouders is een belangrijke bepalende factor voor het opvolgen van het verwijzingsadvies en de therapietrouw; therapietrouw is weer bepalend voor gezondheidsverbetering.
Kanttekeningen	Het is niet wetenschappelijk bewezen dat voorlichting aan ouders leidt tot betere gezondheidsuitkomsten. Bovendien zal het lastig zijn om voor deze activiteit een goed meetbare indicator te ontwikkelen.
Besluit	Hoewel advisering aan ouders een belangrijke taak van de JGZ is, is besloten hiervoor geen indicator te ontwikkelen.

3. Controle

Rationale	Bij een niet eenduidige uitslag van een ogentest of het ontbreken van een uitslag door onvoldoende medewerking van het kind dient de ogentest ter controle binnen een bepaalde termijn te worden herhaald om te kunnen beoordelen of verwijzing al dan niet gewenst is. Door de controle wordt getracht over- en onderbehandeling te voorkomen.
Kanttekeningen	Er zijn geen aanwijzingen dat de controle een belangrijk probleem is.
Besluit	Er is besloten geen indicator voor controle van twijfelachtige uitslagen te ontwikkelen omdat het niet als knelpunt gezien wordt.

4. Actieve follow-up

Rationale	Wanneer het kind een afwijkende uitslag op een ogentest heeft, dient het voor verdere behandeling doorverwezen te worden. Het goed doorverwijzen is van belang om het ontstaan of de verergering van oogaandoeningen tegen te gaan. De behandeling vindt immers in de tweede lijn plaats. Uit onderzoek blijkt dat een derde van de kinderen met een positieve uitslag op de VOV-test na verwijzing niet verder wordt onderzocht. Aangenomen wordt dat dit deels veroorzaakt wordt door gebrekkige communicatie met ouders en ketenpartners. Door het volgen van het kind kan voorkomen worden dat kinderen niet de juiste zorg, dan wel helemaal geen zorg ontvangen. Juist de JGZ is
-----------	--

capabel voor het volgen van een kind omdat JGZ-medewerkers het kind gedurende een lange periode regelmatig zien. Voor professionals/zorgaanbieders in de eerste en tweede lijn geldt dat in veel mindere mate vanwege de aard van de curatieve zorg.

Kanttekeningen Het volgen van het kind wordt door het veld vaak gezien als een gedeelde verantwoordelijkheid van alle ketenpartners. De vraag is dan ook of de rolopvatting dat de JGZ de taak heeft het kind na verwijzing te volgen, door elke JGZ-instelling gedeeld wordt en op een vergelijkbare wijze in de praktijk wordt gebracht. Bovendien is de JGZ voor het goed vervullen van deze taak afhankelijk van de bereidheid van ketenpartners om op een goede wijze gegevens uit te wisselen.

Besluit Er is besloten een indicator te ontwikkelen voor het actief volgen gedurende het gehele zorgproces omdat dat wordt gezien als een belangrijke taak van de JGZ en het een groot knelpunt is.

Samenvattend wordt alleen de kernactiviteit ‘actieve follow-up na verwijzing’ voor het onderwerp amblyopie geselecteerd om indicatoren voor te ontwikkelen. De overige activiteiten (1 tot en met 3) zijn afgefallen.

6.3 Totstandkoming conceptindicatoren

Voor de kernactiviteit ‘actieve follow-up na verwijzing vanwege amblyopie’ zijn potentiële indicatoren ontwikkeld. Dit proces is beschreven in deze paragraaf.

Stap 7. Voer literatuuronderzoek uit

Omdat er voor een groot aantal aspecten van de OGZ slechts in beperkte mate wetenschappelijk bewijs beschikbaar is, en daarom ook nog geen indicatoren zijn ontwikkeld, richtte het literatuuronderzoek zich vooral op de bestaande richtlijn en de nieuwste onderzoeken op het gebied van amblyopie bij kinderen. De kernaanbeveling uit de richtlijn over follow-up, die aansluit bij bevindingen uit onderzoek en ervaringen van JGZ-medewerkers en de IGZ, vormde het uitgangspunt voor de ontwikkeling van een indicator over follow-up.

Bij het literatuuronderzoek is gebruikgemaakt van de zogenaamde sneeuwbalmethode (in de periode juni-oktober 2008). In die methode is de literatuurlijst van een document het uitgangspunt voor verdere zoekacties. Voor amblyopie was de standaard *Opsporing van Visuele Stoornissen* uit 2002 het belangrijkste kerndocument. Studies en richtlijnen die zich alleen richtten op de tweede lijn zijn buiten beschouwing gelaten omdat het in dit onderzoek draait om de OGZ. Daarnaast is aan deskundigen gevraagd of de belangrijkste studies in de literatuurlijst terug te vinden waren. Indien nodig zijn de door hen genoemde studies toegevoegd aan de lijst van de voor dit rapport bestudeerde documenten. Aanvullend hebben wij gesproken met een medewerker van de IGZ van buiten de werkgroep. De in deze stap geconsulteerde deskundigen zijn niet benaderd voor de latere beoordeling van de kwaliteit van de indicatoren in stap 11.

Stap 8. Geef een overzicht van potentiële indicatoren

In stap 6 hadden wij een kernactiviteit geselecteerd waarvoor indicatoren ontwikkeld kunnen worden. De geselecteerde kernactiviteit is uitgewerkt tot vier indicatoren, zie Tabel 12.

In Tabel 13 zijn enkele kenmerken van de indicatoren weergegeven: de activiteit waar ze betrekking op hebben, de typering en het kwaliteitsdomein dat de indicatoren meten.

Tabel 12 Overzicht potentiële indicatoren.

Amblyopie
<i>1. Actieve follow-up na verwijzing amblyopie</i>
1.1 Het percentage 3-jarigen dat is verwezen waarvan een JGZ-medewerker zes maanden na de verwijzing weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener waarnaar is verwezen, van alle 3-jarigen die door een JGZ-arts zijn verwezen vanwege een afwijkende uitslag van het visusonderzoek
1.2 Het percentage 5-jarigen dat is verwezen waarvan een JGZ-medewerker zes maanden na de verwijzing weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener waarnaar is verwezen, van alle 5-jarigen die door een JGZ-arts zijn verwezen vanwege een afwijkende uitslag van het visusonderzoek
1.3 Het percentage kinderen dat op 3 jaar is verwezen waarvan een JGZ-medewerker zes maanden na de verwijzing van de huisarts, oogarts of orthoptist de diagnose heeft vernomen, van alle 3-jarigen die door een JGZ-arts zijn verwezen vanwege een afwijkende uitslag van het visusonderzoek
1.4 Het percentage kinderen dat op 5 jaar is verwezen waarvan een JGZ-medewerker zes maanden na de verwijzing van de huisarts, oogarts of orthoptist de diagnose heeft vernomen, van alle 5-jarigen die door een JGZ-arts zijn verwezen vanwege een afwijkende uitslag van het visusonderzoek

Tabel 13 Potentiële indicatoren naar activiteit, type en kwaliteitsdomein.

Indicator	Activiteit	Type indicator	Kwaliteitsdomein indicator
1.1 Aangekomen, 3-jarigen	Actieve follow-up	Proces	Effectiviteit
1.2 Aangekomen, 5-jarigen	Actieve follow-up	Proces	Effectiviteit
1.3 Diagnose vernomen, 3-jarigen	Actieve follow-up	Proces	Effectiviteit
1.4 Diagnose vernomen, 5-jarigen	Actieve follow-up	Proces	Effectiviteit

Stap 9. Maak een selectie van indicatoren

De indicatoren uit de ‘groslijst’ (zie stap 8) zijn door de werkgroep IGZ-RIVM (Bijlage 2) aan de hand van een aantal criteria (relevantie, bruikbaarheid, verbeterpotentieel en haalbaarheid) beoordeeld. Na discussie in de werkgroep bleek dat men graag zag dat alle vier potentiële indicatoren doorontwikkeld zouden worden. Voor alle indicatoren zijn beschrijvingen gemaakt. Omdat de indicatoren voortvloeien uit de kernactiviteiten die in stap 6 al min of meer getoetst zijn aan bovenstaande criteria, worden zij hier niet meer besproken.

Stap 10. Ontwikkel descriptive sheets

Op basis van de gevonden informatie en de gemaakte keuzen in de eerdere stappen zijn voor de vier geselecteerde indicatoren beschrijvingen gemaakt; zogenaamde ‘descriptive sheets¹⁴’. De beschrijvingen zijn niet allemaal opgenomen in dit rapport. De descriptive sheets van de indicatoren die zijn voorgesteld na afloop van het Delphi-onderzoek en de panelbijeenkomst zijn wel als bijlage terug te vinden (Bijlage 6).

Stap 11. Beoordeel de ontwikkelde indicatoren met een consensusmethode

De (beschrijvingen van de) vier conceptindicatoren uit stap 10 zijn via een ‘Delphi-onderzoek’¹⁵ aan een panel van deskundigen voorgelegd. Het panel (Bijlage 2) bestond uit negen deskundigen op het gebied van de JGZ, afkomstig uit de wetenschap en uit de praktijk op het gebied van de JGZ. Het Delphi-onderzoek bestond uit twee schriftelijke rondes waarin de panelleden is gevraagd de indicatoren te beoordelen op een zestal eigenschappen te weten: relevantie, validiteit, reproduceerbaarheid, bruikbaarheid voor de zorg, bruikbaarheid voor toezicht en haalbaarheid. Zes van de negen benaderde deskundigen hebben deelgenomen aan de eerste ronde. Slechts een deel heeft ook in de tweede ronde geparticipeerd (drie van de negen). De beperkte respons in de tweede ronde is grotendeels toe te schrijven aan de korte termijn waarbinnen gereageerd diende te worden. Aansluitend op het Delphi-onderzoek vond een panelbijeenkomst plaats waar de beoordelingsscores en argumenten plenair bediscussieerd werden. Vrijwel alle deelnemers (acht van de negen) waren bij de plenaire bijeenkomst aanwezig. Tijdens de bijeenkomst bleek dat twee van de vier indicatoren op steun van het panel konden rekenen, zij het met kleine aanpassingen (zie Tabel 14). Deze aanpassingen hebben wij verwerkt. In Bijlage 6 zijn de descriptive sheets van deze twee indicatoren weergegeven.

Tabel 14 Oordelen van het panel over de indicatoren.

Onderwerp en indicator	Oordeel ^a	Opmerking panel
Actieve follow-up na verwijzing amblyopie		
1.1 JGZ weet of 3-jarigen na 6 maanden zijn aangekomen	+	Naamgeving; afwijkende uitslag visusonderzoek in plaats van amblyopie
1.2 JGZ weet of 5-jarigen na 6 maanden zijn aangekomen	+	Naamgeving; afwijkende uitslag visusonderzoek in plaats van amblyopie
1.3 JGZ heeft na 6 maanden diagnose ontvangen van verwezen 3-jarigen	0	Terugrapportage is de primaire verantwoordelijkheid van degene waarnaar verwezen is; de diagnose is minder relevant voor JGZ
1.4 JGZ heeft na 6 maanden diagnose ontvangen van verwezen 5-jarigen	0	Terugrapportage is de primaire verantwoordelijkheid van de degene waarnaar verwezen is; diagnose is minder relevant voor JGZ

^a In afnemende steun: ++, +, 0, -, --

¹⁴ Zie stap 10 in deel 1 voor een toelichting op ‘descriptive sheets’.

¹⁵ Zie Bijlage 6 voor een beschrijving van de Delphi-methode.

Bij alle vier de indicatoren zijn naast de JGZ ook andere zorgaanbieders verantwoordelijk voor een goede of slechte indicatorscore. Het deskundigenpanel was het er wel over eens dat JGZ-instellingen een belangrijke taak hebben in het verkrijgen van informatie over het verwezen kind. De voornaamste reden voor matige steun voor indicatoren 1.3 en 1.4 was beperkte invloed die JGZ-medewerkers kunnen uitoefenen op degenen naar wie verwezen is. Deze indicatoren zouden daarom volgens het panel vooral betrekking hebben op het functioneren van zorgverleners in de eerste en tweede lijn.

Het verkrijgen van de diagnose van de huisarts, oogarts of orthoptist binnen zes maanden na de verwijzing is volgens het panel voor de JGZ minder relevant, omdat de behandeling van oogafwijkingen niet tot de taken van de JGZ behoort. Wel is de JGZ medeverantwoordelijk voor het feit dat het kind de juiste zorg ontvangt.

Uit de paneldiscussie blijkt dat panelleden vooral moeite hadden met de term ‘diagnose’ in de indicatordefinitie. Deze term is overgenomen van de indicatordefinitie uit de IGZ-basisset 2007. In zowel de oude standaard voor de opsporing van visuele stoornissen als de nieuwe conceptrichtlijn (TNO, 2009), wordt alleen gesteld dat de JGZ-medewerker moet nagaan wat er met de verwijzing is gebeurd. De uitslag van de verwijzing (al dan niet een consult hebben gehad) of het advies dat de ouders hebben gekregen van de oogarts of orthoptist, *kunnen* worden vastgelegd in het dossier. De werkgroepen die de standaard en conceptrichtlijn opstelden, hebben blijkbaar geoordeeld dat het verkrijgen van een diagnose niet per se nodig is. In vervolgonderzoek zou onderzocht kunnen worden wat de meerwaarde is voor JGZ-medewerkers om te weten wat het advies was dat oogarts of orthoptist gaf aan de ouders, of wat de precieze diagnose was. Vervolgens zou nagegaan kunnen worden of dit onderwerp dusdanig belangrijk is, dat er indicatoren voor ontwikkeld moeten worden (die dan gebaseerd kunnen zijn op de indicatoren 1.3 en 1.4).

Omdat er geen specifieke screeningstest bestaat voor amblyopie, adviseerde het panel de indicatornaam te wijzigen in ‘Actieve follow-up na verwijzing voor afwijkende uitslag van visusonderzoek’.

De twee door ons ontwikkelde indicatoren die steun kregen van het panel zijn weergegeven in Tabel 15. Zie voor de uitgewerkte indicatoren de descriptive sheets in Bijlage 6.

Tabel 15 Overzicht uiteindelijk voorgestelde indicatoren.

Amblyopie
<i>1. Actieve follow-up na verwijzing voor afwijkende uitslag van visusonderzoek</i>
1.1 Het percentage 3-jarigen dat is verwezen, waarvan een JGZ-medewerker 6 maanden na de verwijzing weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener waarnaar is verwezen, van alle 3-jarigen die door een JGZ-arts zijn verwezen vanwege een afwijkend uitslag van het visusonderzoek.
1.2 Het percentage 5-jarigen dat is verwezen, waarvan een JGZ-medewerker 6 maanden na de verwijzing weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener waarnaar is verwezen, van alle 5-jarigen die door een JGZ-arts zijn verwezen vanwege een afwijkend uitslag van het visusonderzoek.

7. Binnenhuismilieu

7.1 Inleiding

In deze paragraaf is beschreven hoe het RIVM is gekomen tot de potentiële indicatoren voor het onderwerp binnen(huis)milieu waarmee de IGZ toezicht zou kunnen houden op de OGZ. De bestaande indicator uit de basisset *Indicatoren voor de openbare gezondheidszorg* is hiervoor aangepast en nieuwe indicatoren zijn ontwikkeld. Dit is gedaan volgens een door het RIVM ontwikkelde methodiek die in Deel 1 van dit rapport beschreven is.

De uitkomsten van het ontwikkelproces worden hieronder voor elk onderdeel uit blok II en III van de methodiek kort weergegeven. Voor de afbakening van het conceptuele kader van de indicatorset verwijzen wij naar hoofdstuk 3.

7.2 Inhoudelijke verkenning geselecteerde onderwerpen

Het onderwerp binnenhuismilieu dat in hoofdstuk 3 als prioriteit is aangemerkt, wordt in deze paragraaf inhoudelijk uitgediept.

Stap 4. Definieer het onderwerp en geef duidelijk de relevantie aan

In deze stap geven we eerst de definitie, dan gaan we in op de aard en omvang van het gezondheidsprobleem. Tot slot bespreken we de knelpunten in de zorg.

Definitie

De definitie van binnenmilieu volgens de Van Dale is: ‘lucht binnenshuis, in ruimten waarin mensen leven’ (Van Dale, 2005). Houweling en Duijm (2005) hanteren in het *Nationaal Kompas Volksgezondheid* een bredere definitie. Zij spreken van ‘de omgeving waarin we ons bevinden als we binnen zijn’. Bijvoorbeeld op het werk, thuis of in winkels.

De kwaliteit van het binnenmilieu hangt af van een groot aantal factoren waaronder: thermische en akoestische omstandigheden, binnenlucht, dag- en kunstlicht, aantal bewoners, bewonersgedrag, luchtdichtheid, bouwmaterialen die in de woning zijn gebruikt, installaties, schoonmaakspullen, planten in de woning, weersomstandigheden en emissies van buiten de woning (Passchier-Vermeer et al., 2001). Peters (1997) brengt een clustering aan in deze factoren en komt tot de volgende categorisering: factoren die samenhangen met de leefomgeving, met de bouwkundige aspecten van de woning en met de wijze waarop de woning wordt bewoond.

Deze milieufactoren zijn in elke verblijfsruimte aanwezig. Zij kunnen effect hebben op de gezondheid zoals stoffen in verhoogde concentraties. Daarnaast zijn ze vaak van invloed op het wooncomfort doordat ze overlast en hinder veroorzaken.

De stoffen die voor verontreiniging van het binnenmilieu kunnen zorgen zijn onder te verdelen in drie soorten: biologische agentia, chemische agentia en fysische agentia (Peeters, 2007; Jochems et al., 2005).

Bij biologische agentia kan gedacht worden aan producten afkomstig van huisdieren, insecten, schimmels, bacteriën en pollen. Vocht in huis kan ervoor zorgen dat schimmels ontstaan en is als zodanig een belangrijke factor voor het bevorderen van de aanwezigheid van bepaalde agentia van dit soort.

Gassen die vrijkomen bij (onvolledige) verbranding vallen onder de categorie chemische agentia. Voorbeelden van gassen die voorkomen in huis zijn koolmonoxide en stikstofdioxide. Deze kunnen bij slechte ventilatie gevaar opleveren voor de gezondheid. Naast deze bekende gassen zijn er naar schatting nog tientallen andere chemische verbindingen die in het binnenmilieu voorkomen, waaronder fijn stof en polycyclische aromatische koolwaterstofverbindingen (PAK's). Fysische agentia zijn onder meer licht, ioniserende straling en geluid.

Aard en omvang van het gezondheidsprobleem

Van een aantal stoffen en binnenmilieuproblemen is een schatting van de omvang van de blootstelling eraan bekend (zie Tabel 16). Wanneer mensen lang aan hoge concentraties van bepaalde agentia blootstaan, kunnen gezondheidsproblemen ontstaan. Een kort overzicht van een aantal (veelvoorkomende) agentia en potentiële gezondheidsproblemen is te vinden in Tabel 17.

Tabel 16 Omvang van de blootstelling aan bepaalde agentia en binnenmilieuproblemen. (RIVM, 2008b).

Stof/probleem	Omvang
Chemische agentia	
Formaldehyde	10% van de slaapkamers van niet-rokers
Koolmonoxide	Ongeveer 5% van de niet-rokers
Tabaksrook	Ongeveer 60% van de woningen
(Zwevend) Fijn stof	60% van woningen
Biologische agentia	
Huisdieren	Ongeveer 60% van de woningen
Huisstofmijt	Schadelijke concentratie in 80% van de woningen
Zichtbare schimmel	15% van de woningen
Luchtwegallergenen	Circa 30% van de kinderen tussen 7 en 12 jaar
Fysische agentia	
CO ₂ -concentratie > 1200 ppm ^a	Circa 60% van woningen en 80% van de scholen
Vochtplekken	20% van de woningen
Radon	100% van de woningen
Hoogspanningslijnen	120.000 woningen binnen 200 m van hoogspanningslijn

^a Indicator voor luchtkwaliteit/ventilatie

Tabel 17 Aantal agentia en mogelijke gezondheidsklachten bij verhoogde blootstelling.

<i>Agentia</i>	<i>Mogelijke gezondheidsproblemen</i>
Schimmels, vocht en allergenen	Allergische reacties (zoals hooikoorts), verergeren van luchtwegaandoeningen (Dusseldorp et al., 2004)
Chemische stoffen • Tabaksrook	• Door passief roken: honderden sterfgevallen van longkanker, duizenden sterfgevallen van hartaandoening, tiental gevallen van wiegendoed, meer dan tienduizend gevallen van luchtwegaandoeningen bij kinderen (Gezondheidsraad, 2003) • Hoofdpijn, vermoeidheid, oogirritaties en duizeligheid (RIVM, 2008b; Jochems et al., 2005)
• Verbrandingsproducten (waaronder CO, stikstofdioxide, fijn stof, PAK's)	• Bij CO-vergiftiging: in lage concentraties hoofdpijn, vermoeidheid en duizeligheid, in grote concentraties bewusteloosheid en in extreme gevallen zelfs dood (VROM, 2003; Consument en Veiligheid, 2008)
Stralingsbronnen • Radon	Per jaar 800 extra gevallen van longkanker ^a (Gezondheidsraad, 2000)

^a Radon kan de longen beschadigen, waardoor de kans op longkanker toeneemt. Voor rokers heeft radonstraling extra nadelige gevolgen doordat de aanwezigheid van tabaksrook én radon de kans op longkanker verder vergroot

Van de totale ziektelast in Nederland is volgens een schatting ongeveer 2-5% toe te schrijven aan gezondheidsverlies door milieukwaliteit (Knol et al., 2005). Verontreiniging van zowel binnen- als buitenlucht en geluid zijn hiervan de belangrijkste oorzaken. De grootste risico's van binnenluchtverontreiniging zijn radon, passief roken, fijn stof en vocht. Uit onderzoek van Pernot et al. (2003) blijkt dat luchtwegaandoeningen (astma, COPD) en hartaandoeningen belangrijke woninggerelateerde gezondheidsrisico's zijn.

Als we kijken naar de gemelde milieugerelateerde gezondheidsklachten (MgK's) bij GGD'en, blijkt dat ongeveer 64% over het binnenmilieu gaat. Hiervan zijn de meeste klachten (34%) uitingen van bezorgdheid. Deze worden in het registratiesysteem van de deelnemende GGD'en ook genoteerd als gezondheidsklacht. Veelgenoemde gezondheidsklachten zijn verder: luchtwegklachten (24%), hinder (14%) en specifieke klachten (7,5%). Van degenen die een gezondheidsklacht in relatie tot het binnenmilieu melden, woont 15% in een koopwoning en meer dan de helft in een huurwoning. De voornaamste oorzaken van gezondheidsklachten in relatie tot het binnenmilieu zijn volgens de melders schimmels (11%), vocht (11%), ongedierte (7%) en ventilatie (5%). Deze gegevens zijn afkomstig van registratie van 5.081 binnengekomen klachten over de periode 2004-2006 (Dusseldorp et al., 2007).

Knelpunten

Uit de literatuur komt een aantal knelpunten naar voren die wij hieronder per activiteit hebben geclusterd, te weten (1) voorlichting en (2) afstemming bij aanpak CO-vergiftiging.

1. Voorlichting

Door een gebrek aan ventilatie in huizen (vanwege onder andere energiebesparing en inbraakpreventie) is het binnenmilieu aanzienlijk verslechterd (Passchier-Vermeer et al., 2001; Van

Veen et al., 2001). Door gestegen welvaart neemt ook het aantal bronnen voor verontreiniging toe evenals de bronsterkte (GGD Nederland, 2007). Dit zorgt ervoor dat bepaalde stoffen binnenshuis in veel hogere concentraties voorkomen dan voor buitenshuis is toegestaan (Peters, 1997).

Met de hoge luchtdichtheid van woningen neemt de kans op allerlei gezondheidsrisico's toe. Wanneer de lucht onvoldoende vaak ververscht wordt, blijven de verontreinigende stoffen in huis hangen. Van radongas, tabaksrook, verbrandingsgassen en vocht is bekend dat ze tot gezondheidsklachten kunnen leiden, zoals hoofdpijn, klachten aan het ademhalingsstelsel en kanker. Omdat mensen circa 85% van de tijd in een gebouw doorbrengen (waarvan 70% in de eigen woning), wordt de kwaliteit van de binnenlucht gezien als een belangrijke determinant van de gezondheidstoestand van de bevolking (Jochems et al., 2005; Van Alphen et al., 2007). Via (collectieve) preventie kan mogelijk gezondheidswinst worden behaald, vooral op het vlak van allergische luchtwegaandoeningen (Peters, 1997). Een groot deel van de gezondheidsrisico's kan voorkomen of opgelost worden door het aantal verontreinigende bronnen te beperken en/of de ventilatie in een woning te optimaliseren. Dit kan onder meer gerealiseerd worden door middel van voorlichting over bronnen van binnenluchtverontreiniging, ventilatievoorzieningen en ventilatiegedrag (Jochems et al., 2005).

De laatste tijd is er steeds meer aandacht voor de kwaliteit van de binnenlucht in basisscholen. Bij ongeveer 80% is de concentratie CO₂ in de binnenlucht te hoog (RIVM, 2008b). CO₂ wordt gezien als indicator voor de luchtkwaliteit in ruimten waarin mensen de belangrijkste verontreinigingsbronnen vormen (Peeters, 2007). Uit onderzoek van TNO komt naar voren dat een slecht binnenmilieu de leerprestaties kan verminderen (De Gids et al., 2006). Ook kan het leiden tot gezondheidsklachten zoals vermoeidheid en ademhalingsproblemen bij leerlingen en leerkrachten. De afgelopen jaren zijn er al meerdere voorlichtingscampagnes op dit vlak geweest. Deze waren vaak van beperkte omvang (een paar scholen in bepaalde regio's).

Het ministerie van VROM heeft in april 2008 de *Nationale Aanpak Milieu en Gezondheid* gelanceerd om onder meer de kwaliteit van de binnenlucht in scholen te verbeteren. Het ministerie van VROM werkt bij het realiseren van de plannen uit de Aanpak op nationaal niveau samen met onder andere het ministerie van VWS, LNV, OCenW, WWI, SZW en VenW. Bij het verbeteren van de kwaliteit van de binnenlucht van scholen werkt de landelijke overheid ook samen met gemeenten en schoolbesturen. In de periode 2008-2012 zullen GGD'en alle basisscholen met natuurlijke ventilatie bezoeken en van advies voorzien. Dit hele proces verloopt via de zogenaamde ééndagsmethode. De methode kent vier stappen: afstemming met gemeenten, selectie van basisscholen, schoolbezoek en advies, en de evaluatie (Habets et al., 2008). In eerdere kleinschaligere projecten zijn goede resultaten behaald met de ééndagsmethode. Bij deze vorm van voorlichting wordt er in een klaslokaal een instrument gezet dat CO₂ meet. Hierdoor kunnen leerkrachten en leerlingen direct het effect van ventilatie op de CO₂-concentratie zien. Uit een effectevaluatie blijkt dat een maand na de interventie nog steeds beter wordt geventileerd, waardoor er minder CO₂ in de lucht zit (Bureau Gezondheid, Milieu & Veiligheid GGD'en Brabant/Zeeland, 2007).

2. Afstemming bij aanpak CO-vergiftiging

Jaarlijks sterven er in Nederland acht tot twaalf mensen aan acute koolmonoxidevergiftiging (VROM, 2003). Daarnaast worden ongeveer honderd mensen voor een vergiftiging behandeld op een spoedeisende hulpafdeling (SEH) in een ziekenhuis, of worden opgenomen. Doordat de symptomen van acute koolmonoxidevergiftiging vaak specifiek zijn, wordt deze vergiftiging vaak niet geconstateerd. De cijfers lijken dan ook een onderschatting (Consument en Veiligheid, 2008).

Een belangrijke oorzaak van koolmonoxidevergiftiging is een verhoogde concentratie van het gas als gevolg van onvolledige verbranding. De meeste vergiftigingen vinden hun oorsprong in en rondom het huis (Kerkhoff et al., 2008). Uit onderzoek van Van Egmond (2007) blijkt dat in ongeveer 12% van de onderzochte woningen zich een zeer ernstige calamiteit kan voordoen, vooral als gevolg van gebrekkige afvoer van verbrandingsgassen, al is de absolute kans daarop klein. Cijfers over chronische vergiftiging ontbreken (Kerkhoff et al., 2008).

Omdat exacte kennis over de omvang van de koolmonoxideproblematiek ontbreekt, krijgt de (preventieve) aanpak ervan nog onvoldoende aandacht. Het vindt maar zeer beperkt zijn neerslag in beleid, mede doordat er zoveel actoren op uiteenlopende beleidsterreinen bij betrokken zijn (Kerkhoff et al., 2008).

Voor een effectievere aanpak van dit probleem is het noodzakelijk dat er betere afstemming plaatsvindt tussen de verschillende betrokken diensten (Kerkhoff et al., 2008). In de GGD-richtlijn over koolmonoxide in woon- en verblijfsruimten wordt het formuleren van een plan van aanpak voor het terugdringen van CO-emissie gezien als basis voor een betere afstemming tussen ketenpartners. In een plan van aanpak is onder andere verwoord welke taken elke actor heeft waardoor er geen onduidelijkheid kan ontstaan over verantwoordelijkheid voor bijvoorbeeld de uitvoering van een bepaalde activiteit.

Stap 5. Actoranalyse

Afdeling Medische Milieukunde van de GGD

De gemeente is conform de Wet Publieke Gezondheid (WPG) verantwoordelijk voor de medische milieukundige zorg. Voor de medische milieukunde zijn de taken voor de gemeenten onder meer het beantwoorden van klachten en vragen van de bevolking en advisering over gezondheidseffecten van beleid. De afdeling Medische Milieukunde (MMK) van een GGD voert deze taken in de meeste gevallen uit (De Vries, 2005; GGD Nederland, 2004).

Andere relevante actoren

Bewoners, GGD-afdeling Gezondheidsbevordering, Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen (GHOR), scholen en kinderdagverblijven, gemeenten (vooral afdelingen/diensten Bouw- en Woningtoezicht, de Milieudienst, Ruimtelijke ordening en welzijn), woningcorporaties, bouwbedrijven, huisartsen, medisch specialisten, brandweer en installatie- en onderhoudsbedrijven zijn andere relevante actoren in de Medische Milieukunde.

Zorgproces op hoofdlijnen

Om inzicht te krijgen in de taken en verantwoordelijkheden van de verschillende actoren, is het nuttig om ook het zorgproces te beschrijven. Het zorgproces is afhankelijk van de taak waarop men inzoomt. Bijvoorbeeld hoe de processen rondom melding van gezondheidsklachten en voorlichting bij een afdeling Medische Milieukunde van een GGD verlopen.

Afhandeling van klachten – Een afdeling MMK besteedt veel tijd aan het afhandelen van milieugerelateerde gezondheidsklachten (MgK's). Het wordt gezien als een belangrijke taak van deze afdeling. Voor de afhandeling van klachten is een protocol ontworpen (Peeters, 2007). In dat protocol is beschreven welke stappen een medewerker van een afdeling MMK bij een binnengekomen klacht moet doorlopen. Wanneer de klacht is binnengekomen bij een GGD, moet eerst worden vastgesteld dat er een potentiële relatie is met een milieuprobleem, in dit geval een binnenmilieuprobleem. Als dit niet aannemelijk is, dient te worden doorverwezen naar een andere hulpverlener, bijvoorbeeld de huisarts.

Vervolgens wordt getracht de klacht telefonisch af te handelen. Indien nodig, volgt een huisbezoek (al dan niet met meting). Op basis van de verzamelde informatie wordt een advies¹⁶ gegeven aan de melder. Om te voorkomen dat het advies niet (juist) wordt opgevolgd, kan men aan nazorg doen door na afloop bij bijvoorbeeld de melder te achterhalen wat er met de gegeven adviezen is gedaan. Alle hiervoor beschreven stappen worden geregistreerd in een computersysteem. Bij sommige GGD'en beperkt de afdeling MMK zich in zijn activiteiten tot het afhandelen van milieugerelateerde gezondheidsklachten. Deze GGD'en reageren reactief en weinig proactief, vaak als gevolg van een tekort aan formatieplaatsen.

Voorlichting – Medische milieukundigen kunnen ook voorlichting geven los van een binnengekomen klacht. Het soort voorlichting dat gegeven wordt, is afhankelijk van het doel ervan. Bijvoorbeeld als men aandacht op het onderwerp binnenmilieu wil vestigen, kan dat door voorlichtingsmaterialen als flyers, posters en krantenberichten te gebruiken. Voor kennisvermeerdering of het aanleren van bepaalde vaardigheden door burgers zijn respectievelijk een brochure of een training passende interventies (Jochems et al., 2005) beschikbaar. Voorlichting kan op aanvraag van gemeentelijke diensten of bewonersgroepen worden gegeven. De afdeling Gezondheidsbevordering van een GGD neemt ook vaak de voorlichting voor haar rekening.

Proactief onderzoek – Dit wordt vaak in bovenregionale centra¹⁷ gedaan omdat de lokale afdelingen MMK daar te weinig personeel voor hebben. Proactief betekent los van een melding. Het onderzoek richt zich hoofdzakelijk op het zoeken naar een relatie tussen gezondheidseffecten en (binnen)milieuproblemen zoals schimmels en CO. Op die manier komt er meer kennis over de mogelijke gezondheidsgevolgen van binnenmilieuproblemen. Via onder meer advisering en voorlichting kan die kennis dan weer in de praktijk worden gebracht, wat het voorkomen van gezondheidsklachten mogelijk kan verminderen.

Beleidsadvisering – De advisering van onder andere gemeenten over gezondheidseffecten van beleid kan op een indirecte manier van invloed zijn op de volksgezondheid. Een medisch milieukundige kan invloed uitoefenen op zowel nieuw als bestaand beleid. Bij het ontwikkelen van bouwplannen bijvoorbeeld, kan hij of zij voorstellen doen voor het gebruik van bepaalde bouwmaterialen of bepaalde ventilatievoorzieningen. Bij bestaand beleid kan advies worden gegeven over de noodzaak van onderhoud aan verbrandingstoestellen of de vervanging ervan door woningcorporaties. Door zulke maatregelen kunnen gezondheidsklachten, in dit voorbeeld als gevolg van chronische koolmonoxidevergiftiging, afnemen.

Stap 6. Selecteer kernactiviteiten

Belangrijke knelpunten in de aanpak van binnenmilieuproblemen zijn in stap 4 aan de hand van twee zorgactiviteiten beschreven, namelijk voorlichting en afstemming bij de aanpak CO-vergiftiging. Een activiteit die hiervoor nog niet besproken is, is het monitoren van gunstig gebruik van ventilatie. Voor deze activiteit is de indicator uit de basisset overgenomen (IGZ, 2007a). In stap 5 zijn nog drie activiteiten benoemd, namelijk afhandeling van klachten, proactief onderzoek en advisering.

In deze stap wordt voor elk van de in totaal zes kernactiviteiten afgewogen of er een indicator voor wordt ontwikkeld. De uiteindelijke besluiten zijn genomen na overleg in de werkgroep IGZ-RIVM. De volgende kernactiviteiten passeren de revue:

¹⁶ Onder advies verstaan wij ook het advies van een afdeling MMK tot doorverwijzen naar een andere hulpverlener.

¹⁷ In totaal zijn er zes bovenregionale centra in Nederland.

1. monitoren van gunstig gebruik van ventilatie;
2. afhandeling van klachten;
3. (publieks)voorlichting;
4. proactief onderzoek;
5. beleidsadvisering;
6. samenwerking met andere partijen op het gebied van CO-problematiek.

1. Monitoren van gunstig gebruik van ventilatie

Rationale	Door betere ventilatie kunnen gezondheidsklachten voorkomen worden. Het wonen in een huis met goede ventilatie wordt gezien als een belangrijke volksgezondheidsindicator.
Kanttekeningen	Wanneer er een verbetering in ventilatiegebruik wordt geconstateerd, kan dat niet zomaar worden toegeschreven aan het beter handelen van medewerkers van de afdeling MMK. Men zou kunnen denken dat een betere score het gevolg is van bijvoorbeeld betere voorlichting, maar er is nog weinig bekend over de effecten van voorlichting over ventilatie op het gedrag van bewoners.
Besluit	Er is besloten de bestaande indicator over het monitoren van gunstig gebruik van ventilatie uit de basisset verder te ontwikkelen. Het monitoren wordt gezien als een belangrijke taak van een GGD. De prevalentie van gunstig gebruik van ventilatie in een regio, kan een GGD inzicht geven in de mate waarin het interventies op dat gebied moet inzetten.

2. Afhandeling van klachten

Rationale	Klachtenafhandeling moet elke GGD uitvoeren. Voor de afdeling MMK is het een belangrijke taak. Veel binnengekomen klachten gaan over binnenmilieuproblemen. Aangenomen wordt dat goede klachtenafhandeling leidt tot preventie of vermindering van gezondheidsproblemen. De wijze waarop de verschillende GGD'en aan klachtenafhandeling doen, varieert, waardoor verschillen in de geleverde zorg kunnen ontstaan.
Kanttekeningen	Voor zover wij kunnen overzien, is op dit moment niet bekend in hoeverre klachtenafhandeling de gezondheidstoestand van de bevolking verbetert. In individuele gevallen wordt verondersteld dat een goede klachtenafhandeling van invloed is op het welzijn en eventueel de gezondheid. Daarnaast zijn GGD'en mogelijk lastig met elkaar te vergelijken omdat er onder GGD'en grote variatie is in het aantal meldingen dat ze jaarlijks ontvangen, en omdat de wijze van registratie (nog) niet uniform is, al gebruikt inmiddels 80% hetzelfde registratiesysteem (Dusseldorp et al., 2007).
Besluit	Omdat de afhandeling van klachten over binnenmilieu een belangrijk aspect van het werkveld van een afdeling MMK vormt, is besloten hiervoor een indicator te ontwikkelen.

3. (Publieks)voorlichting

Rationale	Het is bekend dat de kwaliteit van de binnenlucht in verblijfsruimten vaak slecht is en dat deze een negatieve impact kan hebben op de gezondheid. Momenteel doen alle GGD'en mee aan een vijf jaar durende nationale voorlichtingscampagne gericht op de verbetering van de kwaliteit van de binnenlucht in basisscholen. Omdat alle GGD'en meedoen en dezelfde methode hanteren, zou dit een zeer goed meetbare indicator kunnen zijn.
Kanttekeningen	Belangrijke voorwaarde voor het slagen van de campagne is dat gemeenten en basisscholen bereid zijn om hieraan mee te werken. Dit zou per regio kunnen variëren. De kwaliteit van de binnenlucht in een gebouw hangt niet alleen af van het ventilatiegedrag maar ook van de aanwezige voorzieningen. Dit is iets waar een GGD maar in beperkte mate invloed op uit kan oefenen. Vanwege de koppeling van de indicator aan dit specifieke voorlichtingsproject is het een tijdelijke indicator.
Besluit	Vanwege het grote aantal scholen met een slechte luchtkwaliteit en de brede deelname van GGD'en aan de nationale campagne, is besloten een indicator te ontwikkelen voor het verstrekken van ventilatieadvies aan scholen.

4. Proactief onderzoek

Rationale	Informatie verkregen via proactief onderzoek kan een bijdrage leveren aan het voorkómen van gezondheidsklachten.
Kanttekeningen	Lang niet alle GGD'en komen toe aan deze activiteit wegens tijd- en geldgebrek. Bovendien is deze functie ook voor een groot deel neergelegd bij de bovenregionale centra.
Besluit	Aangezien wij op zoek zijn naar een generieke indicator is besloten voor deze activiteit geen indicator te ontwikkelen.

5. Beleidsadvisering

Rationale	Door het beïnvloeden van het gemeentelijke beleid kan een GGD indirect een bijdrage leveren aan de preventie of vermindering van gezondheidsklachten ten gevolge van binnenmilieu. Beleidsadvisering kan tot uitdrukking komen in bepaalde beleidsnotities, bijvoorbeeld de Lokale Nota Volksgezondheid.
Kanttekeningen	Na overleg in de werkgroep bleek dat de IGZ een extern bureau onderzoek laat doen naar de mate waarin aandacht besteedt wordt aan MMK in de gemeentelijke gezondheidsnota. De uitkomsten van dat onderzoek kunnen nuttige input zijn voor een eventuele indicator over beleidsadvisering.
Besluit	Besloten is om de uitkomsten van het onderzoek van het externe bureau af te wachten alvorens een indicator te ontwikkelen.

6. Samenwerking met andere partijen op het gebied van CO-problematiek

Rationale	Op het gebied van binnenmilieu spelen regelmatig afstemmingsproblemen omdat er veel verschillende actoren bij de aanpak betrokken zijn. Het gaat dan om actoren met een gezondheidskundige, een technische en een beleidskundige achtergrond. Een voorbeeld van een onderwerp waarbij afstemming tussen partijen erg belangrijk is, is de bestrijding van CO-vergiftiging (Kerkhoff et al., 2008).
Kanttekeningen	Om afstemmingsproblemen te voorkómen, moet ook tijd en mankracht beschikbaar zijn. Het management van een GGD en de gemeente spelen bij beslissingen hierover een belangrijke rol. De vraag rijst of er met een indicator over samenwerking niet al snel ook het functioneren van een gemeente wordt gemeten. Dat hoeft op zich geen probleem te zijn, mits een GGD op het beleid van een gemeente ook daadwerkelijk (aantoonbaar) invloed kan uitoefenen. Dit is vanwege de complexe relatie tussen GGD als opdrachtnemer en de gemeente als opdrachtgever nog niet eenvoudig vast te stellen. Hoewel er juist voor het voorbeeld koolmonoxide in de richtlijn van Kerkhoff et al (2008) een concrete aanbeveling wordt gedaan om te komen tot betere afstemming, is het wellicht niet het best gekozen onderwerp. Koolmonoxide-vergiftiging komt immers weinig voor.
Besluit	Doordat afstemmingsproblemen bij complexe binnenmilieuvraagstukken, zoals de bestrijding van koolmonoxide, met enige regelmaat voorkomen, lijkt het nuttig om voor het onderwerp Samenwerking met andere partijen op het gebied van CO-problematiek een indicator te ontwikkelen.

Samenvatting stap 6

Uiteindelijk zijn de volgende kernactiviteiten voor het onderwerp binnenmilieu geselecteerd om indicatoren voor te ontwikkelen:

1. Monitoring van gunstig gebruik van ventilatie.
2. Afhandeling van klachten.
3. Voorlichting.
6. Samenwerking met andere partijen op het gebied van CO-problematiek.

De activiteiten proactief onderzoek (nummer 4) en beleidsadvisering (nummer 5) zijn afgefallen.

7.3 Totstandkoming conceptindicatoren

Voor de kernactiviteiten die aan het eind van de vorige paragraaf zijn opgesomd, zijn potentiële indicatoren voor binnenhuismilieu ontwikkeld. Dit proces is beschreven in deze paragraaf.

Stap 7. Voer literatuuronderzoek uit

Omdat voor een groot aantal aspecten van de OGZ slechts in beperkte mate wetenschappelijk bewijs beschikbaar is, en daarom ook nog geen indicatoren zijn ontwikkeld, richtte het literatuuronderzoek zich vooral op bestaande richtlijnen en de nieuwste Nederlandse onderzoeken op het vlak van binnenmilieu. De kernaanbevelingen uit de richtlijnen zijn zoveel mogelijk meegenomen bij de selectie

van de kernactiviteiten bij stap 6. Uit die kernactiviteiten zijn vervolgens door het RIVM indicatoren afgeleid.

Bij het aanvullende literatuuronderzoek is gebruikgemaakt van de zogenaamde sneeuwbalmethode (in de periode augustus-oktober 2008). In die methode is de literatuurlijst van een document het uitgangspunt voor verdere zoekacties. Voor binnenmilieu waren de richtlijn *Voorlichting Gezond Wonen* (Jochems et al., 2005) samen met het *Handboek Binnenmilieu* (Peeters, 2007) de twee belangrijkste kerndocumenten. Studies en richtlijnen die zich alleen richten op buitenmilieu zijn buiten beschouwing gelaten omdat de basisset al een indicator over buitenmilieu kent namelijk geluidsoverlast (IGZ, 2007a). Daarnaast is aan deskundigen gevraagd of de belangrijkste studies in de literatuurlijst terug te vinden waren. Indien nodig zijn de door hen genoemde studies toegevoegd aan de lijst van de voor dit rapport bestudeerde documenten. Aanvullend hebben wij gesprekken gevoerd met medewerkers van RIVM/Centrum Inspectie Milieu- en Gezondheidsadviesing (IMG) en een vertegenwoordiger van de landelijke werkgroep MMK van GGD Nederland.

Stap 8. Geef een overzicht van potentiële indicatoren

In stap 6 hadden wij vier kernactiviteiten geselecteerd waarvoor indicatoren ontwikkeld kunnen worden. Deze vier kernactiviteiten zijn uitgewerkt tot acht indicatoren (zie Tabel 18). Indicator 1.1 is reeds opgenomen in de IGZ-basisset 2007.

In Tabel 19 zijn enkele kenmerken van de indicatoren weergegeven: de activiteit waar ze betrekking op hebben, de typering en het kwaliteitsdomein dat de indicatoren meten.

Tabel 18 Overzicht potentiële indicatoren.

Binnenmilieu
<i>1. Vóórkomen van gunstig gebruik van ventilatie</i>
1.1 Het percentage personen van 19-65 jaar dat woont in een huis met gunstig gebruik van ventilatie, van alle personen van 19-65 jaar die de vragen over binnenmilieu uit de Lokale en Nationale Monitor hebben ingevuld.
<i>2. Afhandeling klachten</i>
2.1 Het percentage in behandeling genomen klachten dat is afgehandeld, van alle in behandeling genomen klachten.
2.2 Het percentage in behandeling genomen klachten dat is afgehandeld, van alle binnengekomen klachten.
2.3 Het percentage klachten dat is afgehandeld of waarbij is doorverwezen, van alle binnengekomen klachten.
2.4 Het percentage indieners van klachten over CO waarbij aan nazorg is gedaan, van alle indieners van klachten over CO.
2.5 Het percentage indieners van klachten dat tevreden is over de afhandeling, van alle indieners van klachten bij wie navraag is gedaan.
<i>3. Verstrekken ventilatieadvies basisscholen</i>
3.1 Het percentage scholen in het werkgebied van een GGD dat is bezocht door een MMK-medewerker, van alle scholen met natuurlijke ventilatie in het werkgebied van een GGD.
<i>4. Samenwerking met andere partijen op het gebied van CO-problematiek</i>
4.1 Deze indicator wordt niet als percentage geformuleerd, maar als een serie vragen

Tabel 19 Potentiële indicatoren naar activiteit, type en kwaliteitsdomein.

<i>Indicator</i>	<i>Activiteit</i>	<i>Type indicator</i>	<i>Kwaliteitsdomein indicator</i>
1.1 Gunstig gebruik ventilatie	Monitoren	Uitkomst	Effectiviteit
2.1 Afgehandelde van in behandeling genomen klachten	Afhandeling klachten	Proces	Effectiviteit, klantgerichtheid
2.2 Afgehandelde van binnengekomen klachten	Afhandeling klachten	Proces	Effectiviteit, klantgerichtheid
2.3 Afgehandelde of doorverwezen van binnengekomen klachten	Afhandeling klachten	Proces	Effectiviteit, klantgerichtheid
2.4 Nazorg bij CO	Afhandeling klachten	Proces	Effectiviteit, klantgerichtheid
2.5 Tevredenheid afhandeling klachten	Afhandeling klachten	Uitkomst	Effectiviteit, klantgerichtheid
3.1 Bezochte scholen	Voorlichting	Proces	Effectiviteit
4.1 Afstemming aanpak CO	Samenwerking CO	Proces	Effectiviteit

Stap 9. Maak een selectie van indicatoren

De indicatoren uit de ‘groslijst’ (zie stap 8) zijn door de werkgroep IGZ-RIVM (Bijlage 2) aan de hand van een aantal criteria (relevantie, bruikbaarheid, verbeterpotentieel en haalbaarheid) beoordeeld. Na discussie in de werkgroep bleek dat men graag zag dat alle acht potentiële indicatoren doorontwikkeld zouden worden. Voor alle indicatoren zijn beschrijvingen gemaakt. Omdat de indicatoren voortvloeien uit de kernactiviteiten die in stap 6 al min of meer getoetst zijn aan bovenstaande criteria, worden zij hier niet meer besproken.

Stap 10. Ontwikkel descriptive sheets

Op basis van de gevonden informatie en de gemaakte keuzen in de eerdere stappen zijn voor de acht geselecteerde indicatoren beschrijvingen gemaakt; zogenaamde ‘descriptive sheets’¹⁸. De beschrijvingen zijn niet allemaal opgenomen in dit rapport. De descriptive sheets van de indicatoren die zijn voorgesteld na afloop van het Delphi-onderzoek en de panelbijeenkomst zijn wel als bijlage terug te vinden (Bijlage 6).

Stap 11. Beoordeel de ontwikkelde indicatoren met een consensusmethode

De (beschrijvingen van de) acht conceptindicatoren uit stap 10 zijn via een ‘Delphi-onderzoek’¹⁹ aan een panel van deskundigen voorgelegd. Het panel (zie Bijlage 2) bestond uit wetenschappers en deskundigen uit de praktijk op het gebied van binnen(huis)milieu en medische milieukunde. Het Delphi-onderzoek bestond uit twee schriftelijke ronden waarin deskundigen is gevraagd de indicatoren te beoordelen op een zestal eigenschappen te weten: relevantie, validiteit, reproduceerbaarheid, bruikbaarheid voor de zorg, bruikbaarheid voor toezicht en haalbaarheid. Zes van de tien benaderde

¹⁸ Zie stap 10 in Deel 1 voor een toelichting op ‘descriptive sheets’.

¹⁹ Zie Bijlage 6 voor een beschrijving van de Delphi-methode.

deskundigen hebben deelgenomen aan de eerste ronde. Slechts een deel heeft ook in de tweede ronde geparticipeerd (drie van de tien). De beperkte respons in de tweede ronde is grotendeels toe te schrijven aan de korte termijn waarbinnen gereageerd diende te worden. Aansluitend op het Delphi-onderzoek vond een panelbijeenkomst plaats waar de beoordelingsscores en argumenten plenair bediscussieerd werden. Zes van de tien deelnemers waren hierbij aanwezig.

Tijdens de bijeenkomst bleek dat vier van de acht indicatoren op steun van het panel konden rekenen, zij het met kleine aanpassingen (zie Tabel 20). Deze aanpassingen hebben wij verwerkt. In Bijlage 6 zijn de descriptive sheets van de indicatoren weergegeven die van het panel steun kregen.

Tabel 20 Oordelen van het panel over de indicatoren.

Onderwerp en indicator	Oordeel ^a	Opmerking
Vóórkomen van gunstig gebruik van ventilatie		
1.1 Prevalentie wonen in een huis met gunstig ventilatiegebruik	+	contextindicator; definities aanpassen; verantwoording GGD'en gering
Afhandeling klachten		
2.1 Afgehandelde klachten van binnengekomen klachten	--	zegt weinig over het functioneren van een GGD
2.2 Afgehandelde klachten van in behandeling genomen klachten	--	zegt weinig over het functioneren van een GGD
2.3 Afgehandelde of doorverwezen klachten van de binnengekomen klachten	++	onderscheid maken in doorverwijzing en afhandeling
2.4 Nazorg bij klachten over CO	+	weinig frequent
2.5 Tevreden over afhandeling klachten	++	ook mate van tevredenheid uitvragen
Ventilatieadvies aan basisscholen		
3.1 Percentage bezochte scholen	++ ^b	tijdelijke indicator (tot en met 2012) verschaft weinig inzicht in functioneren GGD
Samenwerking met andere partijen op het gebied van CO		
4.1 Aanpak van CO-problematiek	--	Weinig frequent zegt weinig over functioneren van GGD

^a In afnemende steun: ++, +, 0, -, --

^b In de afsluitende discussie kwam alsnog veel kritiek op deze indicator

De indicator over het percentage bezochte scholen vanwege mogelijke ventilatieproblemen (3.1) kreeg in eerste instantie wel steun van het panel, maar tijdens de afsluitende discussie kwam er toch kritiek. Men vond dat deze indicator op termijn te weinig inzicht verschaft in de activiteiten en geleverde prestaties van een afdeling MMK van een GGD. Dit werd volgens het panel veroorzaakt doordat de indicator gekoppeld is aan een tijdelijke voorlichtingscampagne (tot 2012) en doordat het bezoeken van scholen een taak is die ook door andere afdelingen binnen een GGD kan worden uitgevoerd.

Van de acht indicatoren vielen er uiteindelijk vier af (indicatoren 2.1, 2.2, 4.1 en 3.1). Indicatoren 2.1 en 2.2 vond het panel vanwege de beperkte gezondheidswinst en het geringe verbeterpotentieel onvoldoende. Ook twijfelde men aan de relatie tussen klachtenafhandeling en gezondheidswinst.

Hoewel de onduidelijke relatie ook naar voren kwam bij 2.3, 2.4, en 2.5 vond het panel dat doorverwijzingen, nazorg en tevredenheid over de klachtenafhandeling wel een indicatie konden geven van de kwaliteit van de zorg.

Algemene opmerking bij de indicatoren over klachtenafhandeling was dat men liever sprak over meldingen dan over klachten omdat burgers niet alleen klachten maar ook vaak informatievragen hebben. Om dit verschil aan te geven wordt voorgesteld om klachten te vervangen door meldingen. Ten slotte blijkt er verschil te zijn tussen GGD'en in het type meldingen dat in behandeling wordt genomen. Sommige GGD'en nemen meldingen over vocht bijvoorbeeld niet in behandeling. Om meer uniformiteit te creëren, zou eigenlijk vastgesteld moeten worden wat voor meldingen een afdeling MMK in behandeling moet nemen.

Belangrijk nadeel van indicator 4.1 is dat CO-problematiek maar weinig voorkomt en daardoor ook maar een beperkt deel van het werkveld van een afdeling MMK vormt. Het panel stelde voor in plaats van 4.1 een indicator te ontwikkelen voor vocht in woningen. Omdat vocht in woningen vaak voorkomt, heeft elke GGD ermee te maken. De kans is dan ook groter dat de bestrijding ervan onderdeel uitmaakt van lokaal beleid. Deze indicator is vanuit tijdoverweging niet verder uitgewerkt.

In de kolom 'opmerkingen panel' van Tabel 20 zijn nog enkele voorstellen voor detailaanpassingen weergegeven. Bij indicator 1.1 vond men het belangrijk dat benadrukt wordt dat de verantwoordelijkheid van een GGD voor de uitkomst van deze indicator gering is. Voor indicator 2.4 stelde het panel voor om in de beschrijving van de indicator te benoemen dat er zelden klachten over CO binnenkomen en dat daardoor ook nazorg bij klachten over CO weinig voorkomt. Lage percentages moeten dan ook in dit licht bezien worden. Dit hoeft geen indicatie te zijn van slechte zorg. Bij de indicatoren 2.3 en 2.5 werd gepleit om een verder onderscheid in de indicatoren aan te brengen. De gedachte voor de uitsplitsing bij 2.3 is dat doorverwijzingen gezien kunnen worden als een teken van goede zorg, maar dat een erg hoog percentage doorverwijzingen toch wel vraagtekens kan oproepen. De beide onderdelen van indicator 2.3 dienen volgens het panel in samenhang te worden beschouwd. Het onderdeel 'afgehandelde klachten' is overigens identiek aan indicator 2.1, maar indicator 2.1 kreeg als eigenstandige indicator minder steun. Bij indicator 2.5 werd gepleit voor het uitvragen van de *mate* van tevredenheid.

De vier ontwikkelde indicatoren die op steun van het panel konden rekenen, staan in Tabel 21. Indicatoren 2.1 en 2.2 in Tabel 21 zijn de uitgewerkte onderdelen van indicator 2.3 uit Tabel 20. Zie voor de uitgewerkte indicatoren de descriptive sheets in Bijlage 6.

Tabel 21 Overzicht uiteindelijk voorgestelde indicatoren.

Binnenmilieu
<i>1. Voórkomen van gunstig gebruik van ventilatie</i>
1.1 Het percentage personen van 19-65 jaar dat woont in een huis met gunstig gebruik van ventilatie, van alle personen van 19-65 jaar die de vragen over binnenmilieu uit de Lokale en Nationale Monitor hebben ingevuld.
<i>2. Afhandeling meldingen binnenmilieu</i>
2.1 Het percentage meldingen dat is afgehandeld, van alle binnengekomen meldingen.
2.2 Het percentage meldingen dat is doorverwezen, van alle binnengekomen meldingen
2.3 Het percentage indieners van meldingen, die kunnen wijzen op CO-problematiek, waarbij aan nazorg is gedaan, van alle indieners van meldingen die kunnen wijzen op CO-problematiek.
2.4 Het percentage indieners van meldingen dat tevreden is over de afhandeling, van alle indieners van meldingen bij wie navraag is gedaan.

8. Bevindingen uit deskundigenraadpleging

In stap 11 in de voorgaande hoofdstukken zijn de resultaten van het Delphi-onderzoek per onderwerp beschreven. Voor de overzichtelijkheid zal in deze paragraaf een totaaloverzicht van de uitkomsten en de algemene bevindingen uit het Delphi-onderzoek en de panelbijeenkomst worden weergegeven.

Het doel van de toepassing van de methodiek was om te komen tot verbeterde indicatoren waarmee de IGZ toezicht kan houden op de OGZ. Voor de taakvelden Jeugdgezondheidszorg en Medische Milieukunde zijn voor vier onderwerpen indicatoren herzien, te weten: psychosociale problemen, kindermishandeling, amblyopie en binnenhuismilieu. Er zijn voor de drie JGZ-onderwerpen in totaal 23 conceptindicatoren ontwikkeld en voor het MMK-onderwerp acht. Twee panels van deskundigen hebben de kwaliteit van de in totaal 31 indicatoren beoordeeld. In Bijlage 7 wordt verder ingegaan op de gehanteerde methode en worden de tussentijdse resultaten gepresenteerd.

8.1 Overzicht resultaten deskundigenraadpleging

Algemene resultaten

In Tabel 22 zijn per taakveld en onderwerp in het kort de uiteindelijke resultaten van de Delphi-onderzoeken en aansluitende panelbijeenkomsten weergegeven. Tevens is te zien welke indicatoren afgeleid zijn uit de basisset van de IGZ en welke wijzigingen zijn doorgevoerd ten opzichte van de originele indicatorvraagstelling. Tijdens de panelbijeenkomsten zijn voor de JGZ-indicator over opsporing van kindermishandeling met behulp van een signaleringsinstrument en de MMK-indicator over samenwerking op het gebied van CO-problematiek alternatieven voorgesteld.

Tabel 22 Samenvatting van de resultaten van het Delphi-onderzoek en de panelbijeenkomsten, per indicator (vervolg op de volgende pagina).

Taakveld, onderwerp en indicator	Oor-deel	Opmerking panel	Afgeleid uit basisset	Wijzigingen ten opzichte van indicator uit basisset
JGZ: psychosociale problemen				
1.1 SDQ is afgenomen	++	detailaanpassing ²⁰		
1.2 Verhoogde score op SDQ	+	context indicator	*	conform basisset, maar nader gespecificeerd
2.1 Instrument gebruikt, 4 jaar	0	uitstellen		
2.2 Instrument gebruikt, 5 jaar	0	uitstellen		
2.3 Instrument gebruikt, 10 jaar	--	indicator 1.1 is beter		
2.4 Instrument gebruikt, 13 jaar	0	uitstellen		

²⁰ Onder detailaanpassing verstaan wij tekstuele wijzigingen in de indicatorbeschrijving of kleine aanpassingen van de indicator zelf (door bijvoorbeeld de uitsplitsing in bepaalde leeftijdscategorieën).

<i>Taakveld, onderwerp en indicator</i>	<i>Oor-deel</i>	<i>Opmerking panel</i>	<i>Afgeleid uit basisset</i>	<i>Wijzigingen ten opzichte van indicator uit basisset</i>
3.1 Door JGZ interventie ingezet	++	detailaanpassing		
3.2 Verwezen naar een (mogelijk) effectief programma	++			
4.1 Verwezen en JGZ weet of kind is aangekomen (0-4 jaar)	++	detailaanpassing; uitsplitsing		
4.2 Verwezen en JGZ weet of kind is aangekomen (5-19 jaar)	++			
4.3 Verwezen en JGZ weet of kind zorg heeft ontvangen (0-4 jaar)	++	detailaanpassing; uitsplitsing		
4.4 Verwezen en JGZ weet of kind zorg heeft ontvangen (5-19 jaar)	++			
JGZ: kindermishandeling				
5.1 JGZ vermoedde kindermishandeling	++	context indicator	*	conform basisset maar nader gespecificeerd
6.1 Vermoede gevallen die zijn opgespoord met een instrument	-	uitstellen		
7.1 Vermoeden leidde tot een eerste gesprek	+			
7.2 Vermoeden leidde tot actie	++	aanpassing	*	teller: onderscheid maken naar type actie; noemer: kinderen met een vermoeden van kindermishandeling in plaats van kinderen in werkgebied
7.3 Eerste gesprek binnen 14 dagen na vermoeden	0	uitstellen		
7.4 Tweede gesprek binnen 14 dagen na eerste gesprek	0	uitstellen		
8.1 Binnen 14 dagen follow-up	++			
JGZ: amblyopie				
9.1 JGZ weet of 3-jarigen na 6 maanden zijn aangekomen	+	aanpassing		
9.2 JGZ weet of 5-jarigen na 6 maanden zijn aangekomen	+	aanpassing		
9.3 JGZ heeft na 6 maanden diagnose ontvangen van verwezen 3-jarigen	0	aanpassing		
9.4 JGZ heeft na 6 maanden diagnose ontvangen van	0			

Taakveld, onderwerp en indicator	Oor-deel	Opmerking panel	Afgeleid uit basisset	Wijzigingen ten opzichte van indicator uit basisset
verwezen 5-jarigen				
MMK: binnenmilieu				
1.1 Prevalentie wonen in een huis met gunstig ventilatiegebruik	+	contextindicator; aanpassing	*	gunstig ventilatiegebruik anders gespecificeerd
2.1 Afgehandelde klachten van binnengekomen klachten	--	zegt weinig over functioneren van GGD		
2.2 Afgehandelde klachten van in behandeling genomen klachten	--	zegt weinig over functioneren van GGD		
2.3 Afgehandelde of doorverwezen klachten van de binnengekomen klachten	++	detailaanpassing; uitsplitsing		
2.4 Nazorg bij klachten over CO	+	weinig frequent		
2.5 Tevreden over klachten-afhandeling	++	detailaanpassing		
3.1 Percentage bezochte scholen	++ ^a	tijdelijke indicator; verschaft weinig inzicht in functioneren GGD		
4.1 Aanpak van CO-problematiek	--	weinig frequent; zegt weinig over functioneren van GGD		

^a in afsluitende discussie kwam alsnog veel kritiek op deze indicator

Uit Tabel 22 blijkt dat een aantal conceptindicatoren van de deskundigen weinig steun kreeg ('-' of '--' in de tabel). Het gaat om de JGZ-indicatoren over vroegsignalering van psychosociale problemen bij kinderen van 10 jaar (2.3) en over het aantal opgespoorde gevallen van kindermishandeling (6.1). Plus een aantal MMK-indicatoren over de afhandeling van klachten (2.1, 2.2) en de afstemming bij de aanpak van CO-problematiek (4.1). Redenen voor beperkte mate van steun waren:

- bij nadere bestudering blijkt de indicator hetzelfde te zijn als een andere, beter beoordeelde indicator uit de set (JGZ-indicator 2.3);
- er is onvoldoende wetenschappelijk bewijs dat de zorgactiviteit een positief effect heeft op zorguitkomsten (JGZ-indicator 6.1);
- de indicator zegt onvoldoende over het functioneren van de OGZ (MMK-indicatoren 2.1, 2.2, 4.1);
- het gezondheidsprobleem is zeer zeldzaam, en om die reden weinig relevant (MMK-indicator 4.1).

De MMK-indicator over het percentage bezochte scholen vanwege mogelijke ventilatieproblemen kreeg in eerste instantie wel steun van het panel, maar tijdens de afsluitende discussie kwam er toch kritiek. Men vond dat deze indicator te weinig inzicht verschaft in de activiteiten en geleverde prestaties van een afdeling MMK van een GGD. Dit gebrek aan inzicht wordt volgens het panel veroorzaakt door de tijdelijke aard van de indicator vanwege de koppeling aan een nationale voorlichtingscampagne die loopt tot 2012. Daarnaast is het bezoeken van scholen een taak die ook door andere afdelingen binnen een GGD kan worden uitgevoerd.

Wachten met verdere ontwikkeling

JGZ-deskundigen bevelen aan om de ontwikkeling van een aantal indicatoren uit te stellen, namelijk die over vroegsignalering bij psychosociale problemen en kindermishandeling (2.1, 2.2, 2.4, 6.1) en over te ondernemen stappen bij een vermoeden van kindermishandeling (7.3 en 7.4). In totaal gaat het om 6 van de 31 ontwikkelde conceptindicatoren. De reden die deskundigen voor het gewenste uitstel geven, is het gebrek aan wetenschappelijk onderzoek naar de validiteit van vroegsignaleringsinstrumenten, en het nog niet officieel vastgesteld zijn van richtlijnen ten tijde van de panelbijeenkomst.

Contextindicatoren

De panelleden zien de indicatoren die een indicatie geven van de omvang van het gezondheidsprobleem en zijn afgeleid uit de basisset, vooral als contextindicatoren. Het gaat om de JGZ-indicatoren over de verhoogde score op de SDQ-vragenlijst en het aantal kinderen bij wie de JGZ kindermishandeling vermoedde (1.2 en 5.1) en de MMK-indicator over prevalentie van wonen in huis met gunstige ventilatiegebruik (1.1). Deze zijn gebaseerd op de standaardvraagstelling uit de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid. Ze verschaffen belangrijke informatie aan een OGZ-organisatie, bijvoorbeeld voor het prioriteren van activiteiten, maar zijn minder geschikt voor het meten van het functioneren van de OGZ. Het panel vindt het daarom wenselijk de uitkomsten van deze indicatoren apart te presenteren van de overige (kwaliteits)indicatoren.

Wijzigingen in vraagstelling indicatoren afgeleid uit basisset

Wanneer er gekeken wordt naar de indicatoren die zijn afgeleid uit de basisset, valt op dat sommige van de indicatoren die steun kregen van het panel, afwijken van de oorspronkelijke vraagstelling in de basisset (JGZ-indicatoren 1.2, 5.1 en 7.2 en MMK-indicator: 1.1, zie Tabel 22). Deze oorspronkelijke vraagstellingen zijn vaak gebaseerd op de standaardvraagstellingen uit de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid. Door deze koppeling met de monitor is destijds getracht om de lastendruk voor het veld te minimaliseren.

Wanneer de voorgestelde wijzigingen doorgevoerd worden, zal dat betekenen dat bij de aanlevering van de indicatorinformatie, OGZ-organisaties de gegevens voor een aantal indicatoren niet meer een-op-een uit de Lokale en Nationale Monitor kunnen overnemen. Hierbij moet worden opgemerkt dat de vraagstellingen uit de monitor gewijzigd kunnen worden als veranderende inzichten daarom vragen. Het ligt voor de hand om in overleg met de ontwikkelaars van de monitor te onderzoeken op welke wijze de veranderingen kunnen worden meegenomen. De gevolgen van de voorgestelde wijzigingen voor de koppeling met de Lokale en Nationale Monitor zijn tijdens de panelbijeenkomst niet besproken.

Voorstel voor alternatieve indicatoren

Beide panels stelden voor om een conceptindicator te vervangen door een andere indicator. De JGZ-indicator over het opsporen van kindermishandeling met een instrument (6.1) zou men graag vervangen willen zien door een indicator die de inzet en resultaten van primaire preventie van kindermishandeling meet. Het gaat dan om de vroege opsporing van opvoed- en opgroei problemen en het reduceren van risico's voor de kinderen. De MMK-indicator over de aanpak van CO-problematiek (4.1) zou men graag vervangen willen zien door een indicator die de samenwerking met andere partijen bij de aanpak van vocht in de woning meet. Vocht in woningen komt veel vaker voor dan CO-problematiek, en is niet beperkt tot enkele regio's of locaties. Het zal dus vaak een onderdeel vormen van lokaal gezondheidsbeleid.

Actief volgen van het kind

In het oog springend is dat de JGZ-indicatoren 9.1 tot en met 9.4 voor amblyopie minder goed werden beoordeeld dan de vergelijkbare indicatoren 4.1 tot en met 4.4 voor psychosociale problemen. Beide gaan over het actief volgen van een kind na verwijzing. Tijdens de panelbijeenkomst is deze inconsistentie niet aan de orde gekomen.

Samenvatting consensusprocedure

Uiteindelijk zijn door het panel uit de 31 voorgelegde conceptindicatoren 18 indicatoren geselecteerd, waarvan drie contextindicatoren (JGZ-indicatoren 1.2 en 5.1 en MMK-indicator 1.1). Voor drie van de 18 indicatoren werd een uitsplitsing voorgesteld, waardoor het totaal op 21 indicatoren komt. Aanvullend werden twee alternatieve indicatoren voorgesteld, namelijk een indicator voor de primaire preventie van kindermishandeling en een indicator voor de samenwerking bij de aanpak van vocht in de woning.

8.2 Algemene beschouwing over de indicatoren

In de voorgaande paragraaf zijn de uitkomsten van de deskundigenraadpleging voor de afzonderlijke indicatoren beschreven. Hieronder volgt een algemene beschouwing over de door het panel geselecteerde indicatoren.

Bruikbaarheid

Aan de panels van deskundigen is gevraagd of met de door hen geselecteerde indicatoren door de IGZ goed toezicht kan worden gehouden, wat betekent of de geselecteerde indicatoren en onderwerpen voldoende inzicht bieden in het functioneren van de OGZ en dat risico's voor de volksgezondheid opgespoord kunnen worden. Het panel dat de JGZ-indicatoren beoordeelde, vond dat de geselecteerde indicatoren inderdaad voldoende inzicht bieden in het functioneren van de OGZ, met de aantekening dat twee indicatoren vooral contextinformatie geven (zie hiervoor). Het panel dat de MMK-indicatoren beoordeelde, was minder positief. De afhandeling van meldingen, het bezoeken van scholen in verband met ventilatie en de aanpak van CO-problematiek representeert slechts in beperkte mate de activiteiten die een afdeling MMK uitvoert.

Validiteit

Er werd aangegeven dat de uitkomsten van sommige indicatoren niet alleen beïnvloed worden door het functioneren van een OGZ-organisatie, maar ook door andere ketenpartners zoals gemeenten en aanbieders van jeugdzorg en curatieve zorg. Benadrukt werd dat deze indicatoren ook in dit licht beoordeeld moeten worden. Bij de JGZ-indicatoren gaat het om indicatoren 4.1 tot en met 4.4 en 9.1 tot en met 9.4. Hierbij speelt terugmelding door ketenpartners een rol. Bij de MMK-indicatoren gaat het om indicatoren 1.1 en 4.1. Deze MMK-indicatoren raken zijdelings aan lokaal beleid. Een GGD kan hierop, onder meer vanwege haar complexe rol als opdrachtnemer en adviseur van de gemeente, maar beperkt invloed uitoefenen.

Haalbaarheid

De deskundigen geven aan dat het moeilijk zal zijn om bepaalde gegevens voor de indicatoren te verkrijgen. Sommige gegevens worden niet standaard door OGZ-organisaties geregistreerd in bijvoorbeeld JGZ-dossiers of digitale registratiesystemen zoals *Osiris*. Om de benodigde gegevens toch te kunnen verzamelen, dient er een aparte registratie te komen. Dit is onder meer het geval bij de JGZ-indicator over het volgen van een kind na verwijzing (indicator 4.1) en de MMK-indicator over het registreren van doorverwijzingen (indicator 2.3). Volgens JGZ-deskundigen zijn er over het algemeen maar zeer beperkt gegevens beschikbaar over activiteiten uit het maatwerkdeel van het basistakenpakket JGZ doordat de registratie ervan vaak een sluitpost is.

Om de haalbaarheid van de indicatoren te vergroten, is het volgens de panelleden van belang de inspanningsvereisten voor de aanleverende partijen zo klein mogelijk te houden. Aanbevolen wordt om zoveel mogelijk te zorgen voor aansluiting bij bestaande registratiesystemen als *Osiris* en de *Basisdataset* voor de digitale JGZ-dossiers.

Naast een gebrek aan de juiste databronnen is ook het proces van dataverzameling niet optimaal volgens een aantal deskundigen. In 2008 zijn de indicatorgegevens verzameld via GGD'en, ook de gegevens van zorgorganisaties voor JGZ. Voor deze werkwijze is gekozen omdat de IGZ vindt dat een GGD inzicht moet hebben in de gezondheidstoestand van de gehele bevolking in haar regio om haar adviseursfunctie richting gemeente goed te kunnen vervullen. Hierbij zijn echter twee opmerkingen te maken. Ten eerste geven GGD'en aan vaak niet over de gegevens van zorgorganisaties voor JGZ te beschikken, en het voor hen veel inspanning kost deze te verkrijgen. En ten tweede willen zorgorganisaties voor JGZ zelf verantwoordelijk zijn voor de aanlevering van hun eigen gegevens en over de uitkomsten ook zelf verantwoording afleggen. Om het draagvlak te vergroten zou men het proces van dataverzameling nog eens kunnen heroverwegen.

Reproduceerbaarheid

Volgens de panels is er een grote variatie tussen instellingen in de wijze waarop zij gegevens registreren. Zo kwam tijdens de JGZ-panelbijeenkomst naar voren dat vermoedens van kindermishandeling soms wel maar vaak niet worden vastgelegd in het dossier, en tijdens de MMK-panelbijeenkomst dat afdelingen MMK bij de afhandeling van meldingen zeer verschillend opereren, waardoor de gegevens die geregistreerd worden, zeer lastig zijn te vergelijken. Het gebrek aan een uniforme handelswijze én een uniforme registratie maakt de interpretatie van gegevens zeer complex.

Onderwerpen die in de basisset gemist worden

Om de activiteiten van OGZ-organisaties nog beter via indicatoren in kaart te brengen, werd er door de deskundigen gepleit voor het ontwikkelen van JGZ-indicatoren op het gebied van spraak-taalontwikkeling en van MMK-indicatoren op het gebied van de kwaliteit van de leefomgeving (geluidbelasting, geluidhinder, luchtkwaliteit) en (beleids)advisering aan woningcorporaties en gemeenten. Opgemerkt dient te worden dat in de basisset van de IGZ al een indicator voor geluidsoverlast is opgenomen; deze is echter in dit onderzoek niet aan bod gekomen. Bij (beleids)advisering kan gedacht worden aan indicatoren die de invloed meten van een GGD op lokaal gezondheidsbeleid en integraal gezondheidsbeleid (bijvoorbeeld ruimtelijke ordeningsvraagstukken). Men geeft aan dat uitwerking van concrete indicatoren op deze terreinen echter lastig zal zijn.

9. Conclusies en Aanbevelingen

Algemene conclusie

Uit de resultaten van dit onderzoek blijkt dat de kwaliteit van een aantal indicatoren uit de basisset openbare gezondheidszorg 2007 van de IGZ voor verbetering vatbaar is. De indicatoren die volgens dit rapport daarvoor het meeste in aanmerking komen, hebben als onderwerp psychosociale problemen (0-19 jaar), kindermishandeling en binnenmilieu. Daarnaast zijn er voor de indicatoren op het gebied van amblyopie problemen met de kwaliteit van de aangeleverde gegevens. Op verzoek van de IGZ heeft het RIVM voor deze vier onderwerpen (welke negen indicatoren omvatten) nieuwe en aangepaste indicatoren ontwikkeld. Dit gebeurde aan de hand van de methodiek van indicatorontwikkeling die beschreven is in Deel 1 van dit rapport.

In totaal ontwikkelden wij 31 indicatoren, waarvan 23 voor de JGZ en acht voor MMK. Deze indicatoren zijn in een Delphi-onderzoek en aansluitende bijeenkomst voorgelegd aan een panel van deskundigen met de vraag de kwaliteit ervan te beoordelen. Van de 31 conceptindicatoren konden er uiteindelijk 18 op de steun van de deskundigen rekenen. Voor drie van de 18 indicatoren werd een uitsplitsing voorgesteld, waardoor het totaal op 21 indicatoren komt. Voor de JGZ-indicatoren waren het er 16 en voor MMK-indicatoren 5. De 21 indicatoren hebben betrekking op 10 indicatoronderwerpen. Voor de JGZ gaat het om de onderwerpen het vaststellen van de prevalentie van gezondheidsproblemen (bij psychosociale problemen en kindermishandeling), vroegsignalering daarvan (idem), uitvoeren van en verwijzen naar interventies (bij psychosociale problemen), en actief volgen van een kind na verwijzing (bij psychosociale problemen, kindermishandeling en amblyopie). Voor de MMK gaat het om de onderwerpen het voorkomen van gezondheidsrisico's en afhandeling van meldingen.

De deskundigen stelden in de panelbijeenkomsten alternatieve indicatoronderwerpen voor. Het alternatieve indicatoronderwerp voor kindermishandeling betreft de primaire preventie ervan, het alternatieve onderwerp voor binnenmilieu betreft de samenwerking met andere partijen bij de aanpak van vocht in woningen. Daarnaast heeft het deskundigenpanel geheel nieuwe indicatoronderwerpen voorgesteld; voor de JGZ spraak-taalontwikkeling en voor MMK de kwaliteit van de leefomgeving en (beleids)advisering van ketenpartners op het gebied van Medische Milieukunde.

Bij de herziening van de bestaande indicatoren en ontwikkeling van nieuwe, is de ontwikkelde methodiek (beschreven in Deel1) uitgetest in de praktijk. Meer specifiek betrof het de stappen in blok II en III van de methodiek. De methodiek bleek goed te voldoen. Wel kwam een aantal verbeterpunten aan het licht, zodat wij de methodiek op enkele punten hebben aangepast.

Beperkingen van de studie

De voorgestelde indicatoren zijn de resultante van een beoordeling door deskundigenpanels van beperkte omvang; in totaal ongeveer twintig personen. Wij hebben getracht de panels zo representatief mogelijk te maken, door hierin zowel medewerkers van zorgorganisaties voor JGZ en GGD'en, vertegenwoordigers van brancheorganisaties en wetenschappelijke verenigingen, als medewerkers van kennisinstituten op te nemen.

De feitelijke implementeerbaarheid van de voorgestelde indicatoren is niet onderzocht. Het is zeer wel mogelijk dat de implementeerbaarheid in de praktijk afwijkt van de door de participerende deskundigen ingeschatte haalbaarheid. Een pilotonderzoek naar de beschikbaarheid van de gegevens die noodzakelijk zijn voor het meten van de voorgestelde indicatoren zou een logische vervolgstap zijn. Omdat de indicatoren die de meeste steun van de deskundigen kregen hoogstwaarschijnlijk ook het grootste draagvlak hebben, ligt het voor de hand deze in ieder geval in een dergelijke pilot mee te nemen.

De twee alternatieve indicatoronderwerpen die door de panels werden voorgesteld (primaire preventie van kindermishandeling en samenwerking bij de aanpak van vocht in huis) konden wij, gezien de beschikbare tijd, niet meer verder uitwerken.

Aandachtspunten

Hoewel het doel was om zoveel mogelijk uitkomstindicatoren te ontwikkelen, omdat deze het beste aansluiten bij het toezichtproces van de IGZ en deze het beste inzicht geven in de effecten van zorg, bleek dit vanwege de aard van de OGZ erg lastig te zijn. De voornaamste reden hiervoor is de verwevenheid tussen ketenpartners. Dit maakt het lastig zorguitkomsten toe te schrijven aan een specifieke actor omdat de uitkomst wordt bepaald door alle ketenpartners gezamenlijk. Het verdient daarom aanbeveling om bij de indicatoren waarbij andere ketenpartners ook aanzienlijke verantwoordelijkheid hebben, het toezicht af te stemmen met IGZ-onderdelen die zich richten op andere delen van de keten, zoals huisartsenzorg, ziekenhuiszorg en GGZ. Ook samenwerking met de Inspectie Jeugdzorg is een optie. Enkele voorbeelden van thema's waarbij dergelijke afstemming zinvol kan zijn, zijn terugrapportage aan JGZ over de geboden zorg, uitkomsten van diagnostisch onderzoek en doorverwijzingen. Bij bijvoorbeeld het onderwerp amblyopie is het handelen van oogartsen van belang, bij het onderwerp kindermishandeling het handelen van Bureau's Jeugdzorg.

Een aantal indicatoren bleek op dit moment prematuur. Het veld is volop in ontwikkeling; er worden in de OGZ steeds meer richtlijnen geformuleerd of herzien en er lopen meerdere studies naar de effecten van bepaalde zorgactiviteiten. Verschillende richtlijnen bevinden zich nog in de conceptfase en zijn nog niet officieel vastgesteld. Ook de studies naar de validiteit van signaleringsinstrumenten zijn vaak nog niet afgerond, en een volledig overzicht van de effectiviteit van jeugdinterventies is voorlopig ook nog niet voorhanden. Wij bevelen daarom aan om in 2010 de nu voorgestelde indicatoren en de ontwikkelde indicatoren die gekoppeld zijn aan validatietrajecten (bijvoorbeeld het gebruik van een vroegsignaleringsinstrument voor psychosociale problemen bij 3-jarigen) af te stemmen op de dan geldende richtlijnen en bevindingen uit validatietrajecten. Zo nodig kan een eenmalige expertmeeting gehouden worden over gevalideerde instrumenten en bewezen effectieve interventies voor de JGZ.

In het verlengde van deze aanbeveling speelt de discussie of bij indicatorontwikkeling al vooruitgelopen moet worden op de afronding van lopend onderzoek en het innemen van afgewogen standpunten door kennisinstituten en richtlijnontwikkelaars. IGZ heeft behoefte aan indicatoren die risico's voor de volksgezondheid meten en kan niet altijd wachten tot discussies in het veld zijn afgerond, zeker niet als de risico's groot zijn. De neiging is daarom groot om zich bij indicatorontwikkeling te baseren op conceptrichtlijnen of standpunten gebaseerd op eigen waarneming. Professionals en onderzoekers wijzen echter veelal op de 'bijwerkingen' van de invoering van indicatoren die niet 'evidence-based' zijn of geen kernaanbevelingen zijn uit geldende richtlijnen. Te denken valt aan onnodige stigmatisering bij screening van bevolkingsgroepen (bijvoorbeeld een gezin brandmerken als een gezin waar mogelijk kinderen mishandeld worden) of het verleggen van de inzet naar activiteiten waarvan nut en noodzaak nog niet zijn aangetoond, ten koste van de inzet voor wél aangetoond effectieve activiteiten. In onderhavig traject van indicatorontwikkeling voor de OGZ kwam

dit dilemma tussen urgentie en onderbouwing ook aan de orde, en wel bij de opsporing van psychosociale problemen voor bepaalde leeftijdscategorieën (waarvoor geen gevalideerde instrumenten beschikbaar zijn), bij het gebruik van een risicotaxatie-instrument bij een vermoeden van kindermishandeling (niet voorgeschreven in een geldende richtlijn), bij de te volgen procedure bij een vermoeden van kindermishandeling (zonder dat de procedure in een geldige richtlijn is beschreven), en bij het verkrijgen door JGZ van een diagnose van de oogarts (niet genoemd in de geldende richtlijn). Het deskundigenpanel adviseerde om met de invoering van indicatoren voor deze onderwerpen te wachten totdat instrumenten en richtlijnen gevalideerd en geïmplementeerd zijn en de tijd hebben gekregen om geadapteerd te worden door het veld. Wanneer de IGZ toch de urgentie voelt om indicatoren voor deze activiteiten in te voeren, zal zij op gestructureerde wijze te werk moeten gaan bij het selecteren ervan en goed de keuzen moeten documenteren. Op gestructureerde wijze betekent dat teruggesproken wordt op stappen uit de methodiek, met name stappen 3, 4 en 7 (zie Deel 1). Als handreiking kunnen wij nog de volgende serie vragen meegeven, die bij dit selectieproces zeker gesteld moeten worden:

1. Wordt de activiteit onvoldoende gedekt door indicatoren die wél steun kregen?
2. Is de activiteit al wel beschreven in conceptrichtlijnen?
3. Wordt er in de conceptrichtlijnen veel nadruk gelegd op deze activiteit (ofwel, gaat het om een kernaanbeveling)?
4. Zijn de risico's voor de volksgezondheid groot als deze activiteit niet wordt uitgevoerd (bedreigt het de gezondheid van veel mensen, en is er risico op ernstige gezondheidsproblemen)?
5. Wordt de activiteit nadrukkelijk beschreven in wetenschappelijke rapporten, knelpuntnotities, (beleids)evaluaties?

Alleen als op meerdere vragen het antwoord 'ja' is, zou men kunnen overwegen de indicator uit te testen in de pilot.

Volgens deskundigen volstaat de huidige manier van registreren in de OGZ niet altijd om de juiste indicatorinformatie uit de registratiesystemen te kunnen halen. Voor een aantal zorgactiviteiten zijn maar in beperkte mate gegevens beschikbaar. Voor de JGZ bijvoorbeeld vraagt het verkrijgen van gegevens over activiteiten uit het maatwerkdeel van het basistakenpakket een behoorlijke inspanning van JGZ-instellingen. De gegevens die beschikbaar zijn, dienen ook met enige voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Door de grote variatie in werkwijzen tussen OGZ-organisaties en het gebrek aan een uniforme registratie van bepaalde gegevens is de betrouwbaarheid van die gegevens niet optimaal. Om de haalbaarheid en de reproduceerbaarheid van de indicatoruitkomsten te vergroten, is het gewenst om zoveel mogelijk aan te sluiten bij bestaande of in ontwikkeling zijnde databronnen (registratiesystemen, rapporten en monitors). In sommige gevallen zullen de vraagstellingen of antwoordcategorieën hierin gewijzigd moeten worden, wil men de indicatoren, zoals ontwikkeld in dit onderzoek, kunnen berekenen. Dat is bijvoorbeeld het geval bij de indicatoren die momenteel betrokken worden uit de Lokale en Nationale Monitor. Met de ontwikkelaars daarvan vindt al regulier overleg plaats. Wanneer aansluiting bij een bestaande databron niet mogelijk is, zal het veld, eventueel in overleg met IGZ, moeten besluiten of het noodzakelijk is aanvullende registraties op te zetten. Zowel bij bestaande als nieuw op te zetten registratiesystemen is het van belang dat er bij de OGZ-organisaties eenheid is in de terminologie, definities en registratieprocedures. Hier ligt primair een taak voor wetenschappelijke verenigingen, brancheorganisaties en regievoerende organisaties, waarbij een goede dialoog met IGZ en eventuele andere gebruikers van de informatie, van belang is.

Om de lastendruk voor de OGZ-organisatie te beperken, heeft de IGZ bij de ontwikkeling van de basisset, waar mogelijk, aansluiting gezocht bij bestaande databronnen. Uit dit onderzoek komt naar

voren dat juist de indicatoren die afgeleid waren uit dergelijke databronnen (in dit geval de Lokale en Nationale Monitor) door het panel niet gezien werden als geschikte indicatoren om toezicht te houden. Het gaat hierbij om informatie over het vóórkomen van een gezondheidsprobleem; dit wordt door vele determinanten beïnvloed, waarvan slechts enkele beïnvloedbaar zijn door OGZ-organisaties. Zo zijn veel risicofactoren en beschermende factoren voor kindermishandeling nauwelijks beïnvloedbaar en is er weinig tot geen wetenschappelijk bewijs voor de relatie tussen inspanningen die een OGZ-organisatie verricht en de prevalentie van kindermishandeling. Bovendien zijn de determinanten van het gezondheidsprobleem vaak ook slecht meetbaar, zodat case-mix-correctie lastig is. Informatie over het vóórkomen van een gezondheidsprobleem in een bepaalde regio is echter wel van belang voor het stellen van beleidsprioriteiten door OGZ-organisaties, en is als zodanig zeker relevant.

Wij stellen daarom voor om een duidelijk onderscheid aan te brengen in indicatoren waarbij OGZ-organisaties (het liefst aangetoond) invloed kunnen uitoefenen op de indicatorscore, en indicatoren waarbij zij dat niet of maar in zeer beperkte mate kunnen. Het zou goed zijn dit onderscheid in de naamgeving tot uitdrukking te brengen, bijvoorbeeld door het eerste type indicatoren kwaliteitsindicatoren te noemen en het tweede type volksgezondheidsindicatoren. Door het maken van een duidelijk onderscheid in beide typen indicatoren, kan voorkomen worden dat het beeld ontstaat dat IGZ de prestaties van OGZ-organisaties afmeet aan volksgezondheidsindicatoren die door hen beperkt beïnvloedbaar zijn. Men zou dit onderscheid kunnen maken door in de basisset beide typen indicatoren in twee afzonderlijke delen op te nemen.

Literatuur

Alphen TH van, Staatsen B, van Balen E, Vros C. Bouwstenen voor gezondheid & milieubeleid. RIVM-rapport 630789001. Bilthoven: RIVM, 2007.

Beckers M et al. Concept Multidisciplinaire richtlijn overdracht gegevens van verloskunde, verloskundig actief huisarts en kraamzorg naar de jeugdgezondheidszorg. Bilthoven: RIVM (in prep.).

Bijl SB. Geweld in gezinnen gezien. Huisarts heeft bij huiselijk geweld sleutelrol in hulpverlening. Medisch Contact 2008; 63: 187-189.

Bijlsma-Schlösser JFM. Stappenplan Voorkomen van meisjesbesnijdenis door samenwerken: Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN), 2004.

Bogt T ter, Dorsselaer S van, Vollebergh W. Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. HBSC - Nederland 2002. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003.

Bool M, Blekman J, de Jong S, Ruiter M, Voordouw I. Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007.

Bureau Gezondheid, Milieu & Veiligheid GGD'en Brabant/Zeeland. Vooronderzoek methodiek Verbetering Ventilatie Basisscholen. Tilburg: Bureau Gezondheid, Milieu & Veiligheid Brabant/Zeeland in samenwerking met GGD Zuidoost-Brabant, 2007.

Burik AE van, Gerritsen AD, Ramos CP. Resultaten analyse meldingen VGV. Een onderzoek naar de kenmerken en afhandeling van adviesvragen en meldingen vrouwelijke genitale verminking binnengekomen bij het AMK en de Raad voor de Kinderbescherming. Woerden: Adviesbureau Van Montfoort, 2008.

Consument en Veiligheid. Factsheet Koolmonoxidevergiftigingen. <<http://www.veiligheid.nl>> Home \Ongevalscijfers\Brand\ Koolmonoxide. Amsterdam: Consument en Veiligheid, versie 27 maart 2008.

Coppen R, Sixma HJ, Delnoij DMJ. Indicatoren voor toezicht op de openbare gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 2006.

Doeven I. Meldcodes kindermishandeling. Beschikking, waardering, gebruik en scholing. Verslag van onderzoek naar de beschikking over, de waardering van en scholing in het gebruik van meldcodes kindermishandeling, uitgevoerd door Veldkamp in opdracht van het ministerie voor Jeugd en Gezin. Amsterdam: Veldkamp, 2008.

Donkers ECMM, Wittebol-Post D. Oogheekkundige screening bij kinderen. Assen: Van Gorcum, 1998.

Dunnink G, Leijss-Spek WJG. Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. RIVM-rapport 295001001. Bilthoven: RIVM, 2008.

Dusseldorp A, van Bruggen M, Douwes J, Janssen PJCM, Kelfkens G. Gezondheidskundige advieswaarden binnenmilieu. RIVM-rapport 609021029. Bilthoven: RIVM, 2004.

Dusseldorp A, van Poll R, Hall L. Meldingen van milieugerelateerde gezondheidsklachten bij GGD'en. Inventarisatie 2004-2006. RIVM-rapport 609330001. Bilthoven: RIVM, 2007.

Egmond HCM van, Gopal NK, Poulus C. Veiligheid gas en elektra. Rapport r2007-0047CP. Delft: ABF Research, 2007.

Eibschitz-Tsimhoni M, Friedman T, Naor J. Photoscreening for amblyogenic risk factors lowers the prevalence and the severity of amblyopia. J AAPOS, 2000; 4: 194-199.

Geerts R, Kornalijslijper N, Gercama R, van Dijk M. Versterking bestuurlijke regie in de openbare gezondheidszorg. Den Haag: SGB/VNG, 2008.

Gezondheidsraad. Vluchtige organische stoffen uit bouwmaterialen in verblijfsruimten. Rapport 2000/10. Den Haag: Gezondheidsraad, 2000.

Gezondheidsraad. Volksgezondheidsschade door passief roken. Rapport 2003/21. Den Haag: Gezondheidsraad, 2003.

GGD Nederland. Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg. Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen van 7-12 jaar. Utrecht: GGD Nederland, 2006.

GGD Nederland. Suggesties voor lokaal gezondheidsbeleid. Wat kunnen gemeenten doen voor een gezond binnenmilieu in scholen, kindercentra en woningen? Utrecht: GGD Nederland, 2007.

GGD Nederland. Uitvoeringsplan Project Versterking Medische Milieukunde. Utrecht: GGD Nederland/LCM, 2004.

Gids WF de, van Oel CJ, Phaff JC, Kalkman A. Het effect van ventilatie op de cognitieve prestaties van leerlingen op een basisschool. Delft: TNO Bouw en Ondergrond, 2006.

Gilbert R., Spatz Widom C., Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. Lancet 2009; 373: 68-81.

Goodwin RD, Hoven CHR. Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. Am J Public Health 2003; 93: 1065-1067.

Groenewoud JH, Juttmann RE, Lantau VK, Hoogeveen WC, de Faber JTHN. Vroegtijdige onderkenning van visuele stoornissen 0-7 jaar. Rotterdam AMblyopia Screening Effectiveness Study (RAMSES) 1996-2005. Rotterdam, ErasmusMC, 2005.

Habets T, van Ass M, Duijm F, Geelen L, Haans L, van Brederode N. GGD-richtlijn Beoordelen van ventilatie scholen (actualisatie van de richtlijn uit 2006). Landelijk Centrum Medische Milieukunde, 2008.

Hengeveld MW, Schudel WJ. Het psychiatrisch onderzoek. Utrecht: De Tijdstroom, 2003.

Hermanns J, Öry F, Schrijvers G, Junger M, Blom M. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei-problemen. Utrecht: Invent-groep, 2005.

Holland P. Arts moet kindermishandeling actiever bestrijden. Medisch Contact 2008; 63: 1365.

Houweling DA, Duijm F. Wat is binnenmilieu? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <<http://www.nationaalkompas.nl>> Home\ Gezondheidsdeterminanten\ Omgeving\ Milieu\ Binnenmilieu. Bilthoven: RIVM, versie 12 december 2005.

IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg. Staat van de Gezondheidszorg. Den Haag: IGZ, 2005.

IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg. Indicatoren openbare gezondheidszorg. Basisset 2007. Den Haag: IGZ, 2007a.

IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg. Zorgverlening door Jeugdgezondheidszorg, GGZ en huisartsen aan Gessica vanuit het perspectief van een veilige ontwikkeling van het kind. Verdiepingsrapport IGZ. Den Haag: IGZ, 2007b.

IGZ – Inspectie voor de Gezondheidszorg. Geen vrouwenbesnijdenis in klinieken aangetroffen. 's Hertogenbosch: IGZ, 2007c.

IJzendoorn MH van, Rinzie P, Euser EM, Groeneveld MG. Kindermishandeling in Nederland anno 2005: De Nationale Prevalentiestudie Mishandeling van Kinderen en Jeugdigen (NPM-2005). Leiden: Universiteit Leiden, 2007.

Jochems D, Bergmans M, Peters H, Riet N van, Brederode N van. GGD-richtlijn Voorlichting Gezond Wonen. Landelijk Centrum Medische Milieukunde, 2005.

Juttmann R, on behalf of the Rotterdam Amblyopia Screening Effectiveness Study (RAMSES) steering committee. The Rotterdam Amblyopia Screening Effectiveness Study (RAMSES): compliance and predictive value in the first 2 years. Br J Ophthalmol 2001; 85: 1332-1335.

Kerkhoff RIH, Boels EL, van Knapen L, Poelman B, Zwart Voorspuij WA, van Brederode NE. GGD-richtlijn medische milieukunde: koolmonoxide in woon- en verblijfsruimten. RIVM-rapport 609330006 Bilthoven: RIVM, 2008.

KNMG - Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Meldcode Kindermishandeling 2002. Utrecht: KNMG, 2002.

KNMG - Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst. Artsen en kindermishandeling. Meldcode en Stappenplan. Utrecht: KNMG, 2008.

Knol A, Staatsen B. Trends in the environmental burden of disease in the Netherlands, 1980-2020. RIVM-rapport 500029001. Bilthoven: RIVM, 2005.

Koert J van, Rottier R, Bosch-Van Toor M. Samen voor één doel: het voorkomen van besnijdenis van dat kleine meisje. Drie jaar pilots VGV (vrouwelijke genitale verminking) en nu? Evaluatie met handreiking voor beleidsmakers. Den Haag: B&A Consulting bv, 2009.

Kooijman K, Prinsen B. Meten + delen. Signalering van zorgwekkende opvoedingssituaties in de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: NIZW, 2003.

Lamers-Winkelman F, Slot NW, Bijl B, Vijlbrief AC. Scholieren over mishandeling. Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs. Eindrapport. Duivendrecht: WODC, Vrije Universiteit Amsterdam afdeling Orthopedagogiek, 2007.

Land H van 't, de Ruiter C. Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid 2006 (NMG). Utrecht: Trimbos-instituut, 2006.

Leerdaam FJM van, Kooijman K. Systematische review naar effectieve interventies ter preventie van kindermishandeling. Leiden/Utrecht: TNO Kwaliteit van Leven/NIZW, 2001.

Leerdaam FJM van, Raat H, HiraSing RA. 2e Programmeringstudie effectonderzoek jeugdgezondheidszorg. Verslag van het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van JGZ-activiteiten uit het basistakenpakket JGZ. Amsterdam/Rotterdam/Leiden: VU Medisch Centrum/Erasmus MC/TNO-Kwaliteit van Leven, 2005.

Leeuwen R van, Eijkemans MJC, Vingerling JR, Hofman A, Jong de PTVM, Simonsz HJ. Risk of bilateral visual impairment in individuals with amblyopia: the Rotterdam Study. Br J Ophthalmol 2007; 91: 1450-1451.

Lennerstrand G, Jakobsson P, Kvarnström G. Screening for ocular dysfunction in children: approaching a common program. Acta Ophthalmol Scand Suppl 1995 (214): 26-38.

Lo Fo Wong SH. Huisartsen herkennen kindermishandeling zelden. Ned Tijdschr Geneesk 2009; 153: B89.

Maas IAM, Jansen J. Psychische (on)gezondheid. Determinanten en effecten van preventieve interventies. RIVM-rapport 270555001. Bilthoven: RIVM, 2000.

Meijer SA, Smit F, Schoemaker CG, Cuijpers P. Gezond verstand. Evidence-based preventie van psychische stoornissen. RIVM-rapport 270672001. Bilthoven: RIVM, 2006.

MOgroep Jeugdzorg. Adviezen en Meldingen over Kindermishandeling in 2007. Registratiegegevens van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Utrecht: MOgroep Jeugdzorg, 2008.

Neppelenbroek SE, van Wijngaarden JCM, Lim-Feijen JF, van Leerdaam FJM, Raat H, HiraSing RA. Update Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. GGD Nederland, Zorg, Organisatie van Zorgondernemers, Vrije Universiteit medisch centrum/EMGO-instituut, Erasmus MC-Universitair Medisch Centrum, TNO Kwaliteit van Leven, 2005.

Newman DK, East MM. Prevalence of amblyopia among defaulters of preschool vision screening. Ophthalmic Epidemiol 2000; 7: 67-71.

NJi - Nederlands Jeugdinstituut. Effectieve jeugdinterventies gerangschikt naar effectiviteit. <<http://www.nji.nl>> Home\ Kennis\ Databanken\ Databank Effectieve Jeugdinterventies\ In de databank\ Effectieve interventies (bezoekt 5 februari 2009).

Ooijen J van, Sproet M, Visscher T. Vroegsignaleren is vooruitzien. Het belang van vroegtijdig signaleren bij migrantenkinderen (scriptie). Utrecht: Vrije Universiteit, 2007.

Packwood EA, Cruz OA, Rychwalski PJ, Keech RV. The psychosocial effects of amblyopia study. J AAPOS 1999; 3: 15-17.

Passchier-Vermeer W, Kluizenaar Y de, Steenbekkers JHM, Dongen JEF van. Milieu en Gezondheid 2001: Overzicht van risico's doelen en beleid. Rapport PG/VGZ/2001.95. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2001.

Peeters E (red.). Handboek Binnenmilieu 2007. Rotterdam: Landelijk Centrum Medische Milieukunde, 2007.

Pernot CEE, Koren LGH, van Dongen JEF, Bronswijk JEHM. Relatie EPC-niveau en gezondheidsrisico's als onderdeel van het kwaliteitsniveau van gebouwen. Rapport 2003-GGI-R057. Delft: TNO Bouw, 2003.

Peters WGM. Gezond binnenmilieu Noord-Holland Noord. Verslag van een voorlichtingsproject. Utrecht: GGD'en Noord Holland Noord in samenwerking met LVGGD, 1997.

Pharos. Cijfers van meisjes in Nederland die risico lopen. In: Focal Point meisjesbesnijdenis. <<http://www.meisjesbesnijdenis.nl>> Home\ Over...\ Meisjesbesnijdenis\ Waar en wie?\ Feiten en cijfers meisjesbesnijdenis in Nederland (bezocht 12 februari 2009).

Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar: Platform Jeugdgezondheidszorg, 2003.

Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Handboek Eenheid van Taal, 2005.

Postma S. JGZ richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM, 2008.

Powell C, Porooshani H, Bohorquez MC, Hatt S. Screening for amblyopia in childhood. Cochrane Database Syst Rev 2005; 20 (3): CD005020.

Preslan MW, Novak AA. Baltimore Vision Screening Project. Phase a. Ophthalmology, 1998 105: 150-153.

Programmaministerie Jeugd en Gezin. Centra voor jeugd en gezin en regierol gemeente. 2008.

Pronk E. 'De code is een belangrijke stap'. Minister waardeert dat artsen belang van kind laten prevaleren. Medisch Contact, 2008: 1449-1451.

Rekenkamer. Ketenbesef op de werkvloer. Drie voorbeelden: toezicht op asbestverwijdering, aanpak kindermishandeling en acute zorgverlening. 's Gravenhage: Rekenkamer, 2008.

RIVM. Visuele stoornissen. <<http://www.rivm.nl/jeugdgezondheid>> Home\ Onderwerpen\ Screeningen/vaccinaties\ Visuele stoornissen. Bilthoven: RIVM, versie 7 oktober 2008a.

RIVM. Omvang van binnenmilieuproblemen. In: Milieuportaal. <<http://www.rivm.nl/milieuportaal>> Home\ Onderwerpen\ Binnenmilieu\ Omvang. Bilthoven: RIVM, versie 28 mei 2008b.

Romeijn MA. Wijzer verwijzen. Een Delphi-onderzoek naar het verwijzingsproces binnen de Jeugdgezondheidszorg in Amsterdam. Tijdsch Jeugdgezondheidszorg 2002; 34: 74-76.

Roode R de, Meulmeester J. Spreek voor het kind. KNMG scherpt meldcode Kindermishandeling aan. Medisch Contact 2008; 36: 1444-1446.

Ruiter C de, Pollmann P. De risico's van kindermishandeling. Voorstellen na Roermond. Tijdschrift voor Kindermishandeling, 2003; 17: 18-21.

Schaapveld K, HiraSing RA. Preventiegids; een praktisch overzicht van preventieprogramma's voor huisartsen, verloskundigen en medewerkers van de jeugdgezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 1997.

Schoemaker CG, de Ruiter C. Trimbos zakboek psychische stoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 2005.

Schrijvers CTM, Schoemaker CG. Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. RIVM-rapport 270232001. Bilthoven: RIVM, 2008.

Snowdon SK, Stewart-Brown SL. Preschool vision screening. Health Technol Assess 1997; 1: 1-83.

Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. The long-term health outcomes of childhood abuse. An overview and a call to action. J Gen Intern Med 2003; 18: 864-70.

TNO. Concept JGZ richtlijn Opsporing visuele stoornissen. Leiden: TNO, in prep.

Urbanus – van Laar N. Ethnic inequalities in quality of care for children in the Netherlands (academisch proefschrift). Amsterdam: Universiteit van Amsterdam, 2006.

Van Dale, 2005. Groot woordenboek van de Nederlandse taal. Utrecht/Antwerpen: Van Dale lexicografie BV, 2005.

Veen MP van, Crommentuijn LEM, Janssen MPM, Hollander AEM de. Binnenmilieu-kwaliteit: ventilatie en vochtigheid. Een studie voor Milieuverkenning 5. RIVM rapport 630920001. Bilthoven: RIVM, 2001.

Veerman TJ, Schoemaker CG, Cuelenaere B, Bijl RV. Psychische arbeidsongeschiktheid. Een overzicht van actuele feiten en cijfers. Commissie Psychische Arbeidsongeschiktheid. Utrecht: Bureau AS/tri/Trimbos-instituut, 2001.

Velzen-Mol HWM van (red). JGZ-Standaard Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

Vogels T. The identification by Dutch preventive Child health care of children with psychosocial problems: do short questionnaires help? (Academisch proefschrift). Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2008.

Vries K de, Wiegersma P. Knelpunten bij de aanpak van kindermishandeling. Groningen: Universitair Medisch Centrum Groningen, Sociale Geneeskunde, 2007.

Vries M de. Wat is medische milieukunde? In: Volksgezondheid Toekomst Verkenning, Nationaal Kompas Volksgezondheid. <<http://www.nationaalkompas.nl>> Home\Zorg\Openbare gezondheidszorg\Medische milieukunde. Bilthoven: RIVM, versie 26 september 2005.

VROM - Ministerie van Volkshuisvesting, Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer. Risicoanalyse veiligheid gas- en elektra-installaties in de woning. Den Haag: Ministerie van VROM, 2003.

VWS - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.

VWS - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Informatiebrochure Wet op de jeugdzorg. Den Haag: Ministerie van VWS, 2005.

VWS - Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Meer aandacht voor meisjesbesnijdenis bij AMK's en Kinderbescherming. Nieuwsbericht 6 februari 2009. <http://www.minvws.nl/nieuwsberichten/dmo/2009/meer-aandacht-voor-besnijdenis.asp> (bezocht 8 februari 2008).

Wagenaar-Fischer MM, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis M, de Wilde J (red). Concept JGZ Richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling, 2007.

Webber AL, Wood J. Amblyopia: prevalence, natural history, functional effects and treatment. Clin Exp Optom 2005; 88: 365-375.

Witte K, Bovendeur I, de Koning J. Ontwikkeling van een methodiek ter ondersteuning van indicatorontwikkeling in de openbare gezondheidszorg. RIVM-rapport 270131001. Bilthoven: RIVM, 2008.

Wolzak A, Berge I ten. Gevolgen van kindermishandeling. <<http://www.nji.nl>> Home\ Dossier kindermishandeling\ Probleemschets\ Gevolgen. Utrecht: NJi, versie juli 2008.

Yperen T van, Bommel M van. Erkenningscommissie (Jeugd)Interventies. Erkenning interventies: criteria 2009-2010. Utrecht/Bilthoven: Nji/RIVM, februari 2009.

Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. Kinderen in Nederland. Den Haag/Leiden: SCP/TNO, 2005.

Z-org en GGD Nederland. Zorgcoördinatie in de Jeugdgezondheidszorg. Uitwerking van Operatie Jong actiepunt vroegsignalering, 2006.

Bijlage 1 – Deelnemers werkgroep IGZ-RIVM

Werkgroep IGZ-RIVM

- | | |
|-----------------------|----------|
| • Mw. P.G.J. Reulings | IGZ |
| • Mw. S.A. Hulsbosch | IGZ |
| • Dhr. R. Gijsen | RIVM/VTV |
| • Dhr. G.J. Kommer | RIVM/VTV |
| • Dhr. J.S. de Koning | RIVM/VTV |
| • Mw. N.A.M. Post | RIVM/VTV |

Bijlage 2 – Deelnemers Delphi-onderzoek

Delphi-panel

Jeugdgezondheidszorg

- | | |
|------------------------|----------|
| • Mw. B. Bakker | V&VN |
| • Mw. B. Carmiggelt | RIVM/CJG |
| • Mw. M. Foreman | AJN |
| • Dhr. F. van Leerdam | VUmc |
| • Mw. S. Neppelenbroek | GGD NL |
| • Dhr. P. Verkerk | TNO |
| • Mw. J. de Vries | ActiZ |
| • Dhr. E.J. de Wilde | NJi |
| • Mw. S. Buitendijk | TNO |

Medische milieukunde

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| • Dhr. C. van den Bogaard | ministerie van VROM |
| • Mw. T. Habets | GGD Rotterdam |
| • Mw. M. Drijver | Gezondheidsraad |
| • Mw. B. Staatsen | RIVM/MGO |
| • Dhr. R. van Strien | GGD Amsterdam |
| • Dhr. J. van Ginkel | GGD Twente |
| • Dhr. H. Jans | NVMM |
| • Mw. M. Henssen | GGD Zuid Limburg |
| • Mw. N. van Brederode | RIVM/MEV |
| • Mw. E. Koudijs | RIVM/MGO |

Bijlage 3 – Geraadpleegde deskundigen

Geraadpleegde deskundigen (in alfabetische volgorde)

- | | |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| • Mw. C. van den Brink | RIVM/PZO |
| • Dhr. F. Duijm | Hulpverleningsdienst Groningen |
| • Mw. A. Dusseldorp | RIVM/MEV |
| • Dhr. L. de Haas | ActiZ |
| • Mw. S. Meijer | RIVM/VTV |
| • Mw. L. den Ouden | IGZ |
| • Mw. S. Postma | RIVM/CJG |
| • Mw. S. Rutz | IGZ |
| • Mw. C. Schrijvers | RIVM/VTV |
| • Mw. L. Viet | RIVM/PZO |
| • Mw. K. Witte | RIVM/VTV |
| • Leden van het team MMK van RIVM/MEV | |

Bijlage 4 – Overzicht indicatoren uit de Basisset 2007

Tabel B4 Indicatoren uit de IGZ-basisset 2007.

Onderwerp	Indicator uit basisset 2007
1 HKZ-certificering	• HKZ-certificering per taak
2.1 Profylaxe van hepatitis B bij kinderen van HBV-draagsters	• Vaccinatiegraad zuigelingen op t = 0 maanden
2.2 Screening en verwijzingen amblyopie	• Percentage peuters verwezen • Percentage gediagnosticeerde amblyopieën bij verwijzing • Percentage kinderen verwezen op t = 5 jaar
2.3 Vaccinatiegraad RVP	• Aantal gemeenten BMR 14 maanden vaccinatiegraad < 90% • Aantal gemeenten BMR 9 jaar vaccinatiegraad < 90%
2.4 Bereik JGZ	• Bereik JGZ t = 1 jaar, t = 3 jaar, t = 5 jaar en t = 13-14 jaar
2.5 Overgewicht jeugd (0-19 jaar)	• Percentage 3-jarigen met overgewicht • Percentage 10-jarigen met overgewicht
2.6 Roken jeugd (12-19 jaar)	• Percentage 13-14-jarigen dat elke dag rookt
2.7 Alcoholgebruik jeugd (12-19 jaar)	• Percentage 12-19-jarigen dat in de afgelopen 4 weken 1 keer of vaker alcohol heeft gebruikt • Percentage bingedrinkers in de leeftijdsgroep 12-19 jaar
2.8 Veilig vrijen jeugd (12-19 jaar)	• Percentage 12-19-jarigen dat bij laatste gemeenschap condooms gebruikte
2.9 Kindermishandeling jeugd (0-19 jaar)	• Percentage 0-4 en 4-19-jarigen waarbij de JGZ kindermishandeling vermoedt • Percentage 0-4 en 4-19-jarigen waarbij JGZ bij vermoeden actie onderneemt
2.10 Psychosociale problemen (0-19 jaar)	• Percentage kinderen (7-12 jaar) met een verhoogde score op de totale probleemscore SDQ
3.1 Snelheid van meldingen infectieziekten	• Gemiddelde doorlooptijd meldingen aan GGD en vervolgens aan het RIVM voor Hepatitis A, Meningokokkose C en Bacillaire dysenterie
3.2 Oefenen van draaiboeken voor bestrijding uitbraken infectieziekten	• Aantal en kwaliteit van de uitgevoerde praktijkoefening van een calamiteit rond de uitbraak van een infectieziekte waarbij sprake is van bestuurlijke opschaling met minimaal GGD- en GHOR-betrokkenheid, op het gebied van: explosies van infectieziekten, grootschalige interventies door de GGD bij infectieziekten, aviaire influenza, gevolgen voor de volksgezondheid, bestrijding influenzapandemie, draaiboek

Onderwerp	Indicator uit basisset 2007
	massavaccinatie pokken, grootschalig voorkomen van SARS
3.2 Artikel 7 meldingen	Het aantal meldingen conform artikel 7 van de Infectieziektenwet per GGD-regio voor: verpleeg- en verzorgingshuizen, kinderdagverblijven, basisscholen, aanmelden opvangcentra voor asielzoekers, dak- en thuislozen en sociale pensions, instellingen voor verstandelijk gehandicapten, tbs-klinieken, residentiële jeugdinstellingen (met uitzondering van justitiële jeugdinrichtingen en gezinshuizen) en medisch kinderdagverblijven (semi-residentiële jeugdvoorziening)
3.4 Tuberculose	- Percentage tbc-patiënten dat behandeling voltooit, totaal en per risicogroep - Percentage personen dat preventieve behandeling voltooit - Percentage BCG-vaccinaties in de doelgroep
3.5 Hepatitis B-vaccinatie van contacten	Percentage voor vaccinatie in aanmerking komende, seronegatieve contacten van de bron, dat volledig gevaccineerd is
4.1 Roken	Percentage rokers in de totale indexpopulatie (19-65 jaar)
4.2 Alcoholgebruik	Percentage excessieve drinkers (19-65 jaar)
4.3 Overgewicht en obesitas	- Percentage 19-65-jarigen met overgewicht - Percentage 19-65-jarigen met ernstig overgewicht
5.1 Eenzaamheid, depressies, angststoornissen en suïcides	- Percentage (19-65 jaar) met een hoog risico op een angststoornis of een depressie - Percentage (19-65 jaar, > 65 jaar) met een hoge eenzaamheidsscore - Aantal suïcides per 100.000 inwoners
5.2 Huiselijk geweld	- Percentage vrouwen (19-65 jaar) dat slachtoffer is geweest van huiselijk geweld - Percentage ouderen (> 65 jaar) dat slachtoffer is geweest van huiselijk geweld
5.3 Risicogroepen openbare geestelijke gezondheidszorg	Aantallen: (Dreigende) huisuitzettingen - Overlastmeldingen - Aanvraag schuldsaneringen - Veelplegers - Woningvervuiling - Harddrugverslaafden - Residentieel daklozen

<i>Onderwerp</i>	<i>Indicator uit basisset 2007</i>
6.1 Geluidsoverlast	• Multiprobleemgezinnen • Bemoeizorgklanten in zorg (GGZ, verslavingszorg etcera) • Percentage 19-65-jarigen ernstig geluidsgehinderd
6.2 Binnenhuismilieu	• Percentage 19-65-jarigen woonachtig in huizen met gunstig gebruik van ventilatie

Bijlage 5 – Beoordeling van indicatoren uit de Basisset 2007

Tabel B5 Resultaten van de beoordeling van het ontwikkeltraject van de indicatoren uit de IGZ-basisset 2007 en de gepubliceerde informatie over deze indicatoren door twee beoordelaars aan de hand van het AIRE-instrument.

<i>Indicatoronderwerp</i>		<i>Rangnummer^a</i>
1	HKZ-certificering	1
2.1	Profylaxe van hepatitis B bij kinderen van HBV-draagsters	13
2.2	Screening en verwijzingen amblyopie	8
2.3	Vaccinatiegraad RVP	3
2.4	Bereik JGZ	5
2.5	Overgewicht jeugd (0-19 jaar)	9
2.6	Roken jeugd (12-19 jaar)	9
2.7	Alcoholgebruik jeugd (12-19 jaar)	9
2.8	Veilig vrijen jeugd (12-19 jaar)	16
2.9	Kindermishandeling jeugd (0-19 jaar)	21
2.10	Psychosociale problemen jeugd (0-19 jaar)	24
3.1	Snelheid van meldingen infectieziekten	9
3.2	Oefenen van draaiboeken voor bestrijding uitbraken infectieziekten	5
3.2	Artikel 7-meldingen	3
3.4	Tuberculose	7
3.5	Hepatitis B-vaccinatie van contacten	2
4.1	Roken	13
4.2	Alcoholgebruik	19
4.3	Overgewicht en obesitas	13
5.1	Eenzaamheid, depressies, angststoornissen en suïcides	16
5.2	Huiselijk geweld	16
5.3	Risicogroepen openbare geestelijke gezondheidszorg	21
6.1	Geluidsoverlast	20
6.2	Binnenhuismilieu	23

^a Per indicatoronderwerp is de gemiddelde somscore berekend, op basis waarvan een rangordening van de indicatoronderwerpen is gemaakt (met van 1 naar 24 een aflopende kwaliteit). Er werd op acht items gescoord op een 4-puntschaal (1 tot 4).

Bijlage 6 – Descriptive sheets van de voorgestelde indicatoren

In deze bijlage worden de descriptive sheets weergegeven van de indicatoren waarvan het RIVM voorstelt om ze verder te onderzoeken, bijvoorbeeld in een pilot. Deze indicatoren zijn voorgelegd aan het deskundigenpanel en kregen daarin steun. Wijzigingen die voorgesteld werden tijdens de panelbijeenkomst zijn verwerkt. In Tabel B6 is een overzicht van de indicatoren weergegeven die hierna volgen.

Tabel B6 Overzicht van voorgestelde indicatoren.

Indicatorset Openbare gezondheidszorg
Jeugdgezondheidszorg – Psychosociale problemen jeugd 0-19 jaar
1. Vaststellen prevalentie van psychosociale problemen 1.1 Percentage kinderen met een verhoogde score op de SDQ 2. Vroegsignalering van psychosociale problemen 2.1 Percentage kinderen waarbij de SDQ is afgenomen 3. Interventies bij psychosociale problemen 3.1 Percentage kinderen waarbij door JGZ een interventie is ingezet 3.2 Percentage kinderen dat is verwezen naar een (mogelijk) effectief interventieprogramma 4. Actief volgen van kinderen met psychosociale problemen 4.1 Percentage verwezen kinderen (0-18 maanden) waarvan JGZ weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener 4.2 Percentage verwezen kinderen (19 maanden tot 4 jaar) waarvan JGZ weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener 4.3 Percentage verwezen kinderen (5-19 jaar) waarvan JGZ weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener 4.4 Percentage verwezen kinderen (0-18 maanden) waarvan JGZ weet of ze de zorg waarvoor verwezen is ook daadwerkelijk hebben ontvangen 4.5 Percentage verwezen kinderen (19 maanden tot 4 jaar) waarvan JGZ weet of ze de zorg waarvoor verwezen is ook daadwerkelijk hebben ontvangen 4.6 Percentage verwezen kinderen (5-19 jaar) waarvan JGZ weet of ze de zorg waarvoor verwezen is ook daadwerkelijk hebben ontvangen
Jeugdgezondheidszorg – Kindermishandeling
5. Vaststellen prevalentie van vermoeden van kindermishandeling 5.1 Percentage kinderen waarbij JGZ kindermishandeling vermoedde
6. Procedure bij een vermoeden van kindermishandeling

Indicatorset Openbare gezondheidszorg
6.1 Percentage vermoede gevallen van kindermishandeling wat leidde tot een eerste gesprek met verzorgers/kind 6.2 Percentage vermoede gevallen van kindermishandeling waarbij na het eerste gesprek actie is ondernomen <i>7. Tijdig en actief volgen van een kind na verwijzing</i> 7.1 Percentage gemelde of verwezen kinderen waarbij binnen 14 dagen na melding en/of verwijzing follow-up plaatsvond
Jeugdgezondheidszorg – Amblyopie
<i>8. Actieve follow-up na verwijzing voor afwijkende uitslag van visusonderzoek</i> 8.1 Percentage verwezen 3-jarigen waarvan JGZ na 6 maanden weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener 8.2 Percentage verwezen 5-jarigen waarvan JGZ na 6 maanden weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener
Medische Milieukunde – Binnenmilieu
<i>9. Voórkomen van gunstig gebruik van ventilatie</i> 9.1 Percentage personen dat woont in een huis met gunstig ventilatiegebruik <i>10. Afhandeling meldingen binnenmilieu</i> 10.1 Percentage afgehandelde meldingen van de binnengekomen meldingen 10.2 Percentage doorverwezen meldingen van de binnengekomen meldingen 10.3 Percentage indieners van meldingen die kunnen wijzen op CO-problematiek waarbij aan nazorg is gedaan 10.4 Percentage indieners van meldingen dat tevreden is over de afhandeling

1. Vaststellen van prevalentie van psychosociale problemen	
Type indicator	Uitkomstindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, tijdigheid
Rationale	JGZ-medewerkers signaleren bij 8 tot 33% van de kinderen tot 12 jaar psychosociale problemen, afhankelijk van de leeftijdsklasse en het geslacht. Tussen de 5 en 17% van de kinderen heeft lichte problemen, tussen de 2 en 13% heeft matige problemen en tussen de 1 en 3% heeft zware problemen (Zeijl et al., 2005). Onder jongeren van 11 tot 18 jaar heeft 21% emotionele problemen en 19% gedragsproblemen (Ter Bogt et al., 2003). Als een GGD kan aangeven hoe hoog de prevalentie is, laat dat zien dat op brede schaal een vroegsignaleringsinstrument voor het opsporen van psychosociale problemen is gebruikt. De noodzaak tot het gebruik van dit instrument is beschreven in de JGZ-richtlijn Vroegsignalering van Psychosociale Problemen (Postma, 2008). Voor de leeftijdsklasse 7-12 jaar wordt de ouderversie van de SDQ aanbevolen. Ook GGD Nederland adviseert momenteel de ouderversie van de SDQ voor deze leeftijdsklasse te gebruiken (GGD Nederland, 2006). Daarnaast kan met het in kaart brengen van de omvang van psychosociale problematiek onder jeugdigen, de zorgbehoefte in een regio worden ingeschat. Op basis hiervan kan dan weer bepaald worden of het aanbod aan interventies zich hiermee verhoudt. Met behulp van bewezen effectieve interventies kan de verdere ontwikkeling of verergering van psychosociale problemen worden tegengegaan. Indien de prevalentie hoog is en het aanbod aan interventies laag, is dat een aanwijzing voor ontoereikende zorg. Om een dergelijke afweging te maken, is dus ook informatie benodigd over het aanbod aan interventies (niet bepaald met onderhavige indicator).
Definitie	Indicator 1.1 Het percentage kinderen van 7-12 jaar met een verhoogde score op de totale probleemscore van de SDQ, van alle 7-12-jarigen in het werkgebied van een GGD waarbij een ouderversie van de SDQ is afgenomen.
Teller/noemer	Indicator 1.1 <i>Teller:</i> Aantal kinderen van 7-12 jaar met een verhoogde score op de totale probleemscore SDQ. <i>Noemer:</i> Totaal aantal kinderen van 7-12 jaar in het werkgebied van een GGD waarbij een ouderversie van de SDQ is afgenomen.

1. Vaststellen van prevalentie van psychosociale problemen	
<i>Toelichting definitie</i>	Toelichting van begrippen zoals in de definitie gebruikt: • SDQ: gevalideerde oudervragenlijst van de SDQ voor de leeftijdsklasse 7-12 jaar. Er zijn meerdere versies van de SDQ-vragenlijst, bijvoorbeeld voor ouders, jongeren en leerkrachten. • Verhoogde score: een totale probleemscore van 14 of hoger op de SDQ (GGD Nederland, 2006). • Totale probleemscore: de eindscore op de vragenlijst na het optellen van de items van de vier subschalen (emotionele problemen, gedragsproblemen, problemen met leeftijdgenoten, hyperactiviteit/aandachtstekort) met uitzondering van de items van de subschaal pro-sociaal gedrag (GGD Nederland, 2006).
<i>In-/exclusie</i>	Exclusie (teller en noemer): • Kinderen bij wie andere signaleringsinstrumenten (of andere versies van de SDQ, bijvoorbeeld de versie voor leerkrachten en/of voor jongeren) voor psychosociale problemen zijn gebruikt. • Kinderen bij wie andere scores dan de totale probleemscores op de SDQ zijn bepaald. Bijvoorbeeld de scores op de subschalen. • Kinderen bij wie na het berekenen van de totale probleemscore, een ander afkappunt dan 14 is gebruikt voor het vaststellen van het risico op psychosociale problemen. Inclusie (teller en noemer) • Kinderen bij wie de SDQ is afgenomen tijdens het reguliere contactmoment waarin de JGZ aandacht moet worden besteed aan de psychosociale ontwikkeling (10 jaar of groep 7) en/of tijdens eventuele extra contactmomenten.
<i>Frequentie</i>	De indicatorinformatie wordt tweejaarlijks aangeleverd.
<i>Leeftijd</i>	7-12 jaar
<i>Risico-correctie</i>	Niet van toepassing
<i>Interpretatie</i>	Indicator 1.1 geeft een prevalentiecijfer: de prevalentie van psychosociale problemen. Een prevalentiecijfer is een volksgezondheidsmaat. De hoogte van de prevalentie kan <i>niet</i> geïnterpreteerd worden als maat voor de kwaliteit van de geleverde zorg. <i>Wel</i> is het kunnen beschikken over een prevalentiecijfer een aanwijzing voor goed uitvoeren van de monitoringsfunctie (epidemiologie) van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ.
<i>Verantwoordelijke ketenpartners</i>	De prevalentie van psychosociale problemen wordt onder meer bepaald door biologische factoren en omgevingsfactoren. De invloed van een GGD is naar alle waarschijnlijkheid gering. Datzelfde geldt voor de invloed van andere ketenpartners, zoals Bureau Jeugdzorg, scholen, enzovoort. In die zin is deze indicator eerder een volksgezondheidsindicator dan een kwaliteits- of prestatie-indicator. Voor het feit of een prevalentiecijfer bekend is, is de GGD verantwoordelijk.

1. Vaststellen van prevalentie van psychosociale problemen	
Registratie	Gegevens die voortvloeien uit een contact tussen JGZ en kind komen in een papieren dossier of worden opgeslagen in een registratiesysteem (bijvoorbeeld digitaal dossier JGZ oftewel Elektronisch Kind Dossier (EKD)). De gegevens zouden dus beschikbaar moeten zijn. De inspanningsvereisten om deze gegevens te verkrijgen zullen van de toegankelijkheid van het papieren of elektronische dossier afhangen. Het EKD komt in 2011 beschikbaar. De indicatorvraag is afkomstig uit de standaardvraagstelling Psychosociale Problemen in de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid (RIVM, 2008). GGD'en verzamelen eens per vier jaar gegevens op basis van de vraagstellingen uit de monitor. De inspanningsvereisten voor deze indicator zullen dan ook hoogstwaarschijnlijk beperkt zijn.
Opmerkingen	• Prevalentie wordt in de literatuur wel beschreven als indicator, echter niet als prestatie-indicator voor het functioneren van de gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld Kramers et al., 2005). • Deskundigen hebben tijdens een Delphi-onderzoek aangegeven dat indicator 1.1 als context-indicator dient te worden gezien omdat een JGZ-instelling maar in zeer beperkte mate invloed kan uitoefenen op de uitkomsten van deze indicator. Persoonskenmerken van een populatie en de prevalentie van bepaalde aandoeningen kunnen variëren per regio en staan grotendeels los van de kwaliteit van de door JGZ-instellingen geleverde zorg. • Bij deze indicator wordt ervan uitgegaan dat in 2011 (als de nieuwe set indicatoren wordt uitgevraagd) de SDQ (ouderversie) als signaleringsinstrument voor de leeftijdscategorie 7-12-jarigen door iedere GGD wordt gehanteerd, conform het advies van GGD Nederland (2006). • Er is gekozen voor de oudervragenlijst voor de leeftijdscategorie 7-12 jaar omdat hierover momenteel de meeste consensus bestaat (Postma, 2008; GGD Nederland, 2006). Deze vragenlijst maakt deel uit van de standaardvraagstelling Psychosociale Problemen uit de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid (RIVM, 2008). Momenteel ligt er een voorstel om de standaardvraagstelling voor 7-12-jarigen uit te breiden met de kindvragenlijst van de SDQ. Het voorstel is om de SDQ-vragenlijst voor kinderen van 11-16 jaar ook toe te passen voor kinderen vanaf 7 jaar. Wanneer dit voorstel wordt geaccepteerd, zou dat betekenen dat GGD'en voor de leeftijdscategorie 7-12 jaar kunnen kiezen of ze de ouder- dan wel kindversie van de SDQ willen afnemen voor de monitor. Beide versies afnemen kan dan ook. De standaardvraagstelling is op het moment van schrijven nog niet vastgesteld. Verdere validatie van de SDQ is gewenst, ook voor bijvoorbeeld allochtone kinderen en kinderen met een lage sociaaleconomische status (SES). • Indicator 1.1 zit ook in de basisset Indicatoren OGZ (2007) van de IGZ. De IGZ heeft de vraagstelling van de indicator zoals beschreven in de IGZ-basisset van 2007 in 2008 bijgesteld op basis van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid. IGZ heeft gevraagd naar het aantal kinderen van 7-12 jaar dat een verhoogde score op de totale probleemscore had van het totaal aantal kinderen van 7-12 jaar in het werkgebied van een GGD gezien door de JGZ waarvan de GGD informatie heeft over psychosociale problemen. Omdat

1. Vaststellen van prevalentie van psychosociale problemen	
	onduidelijk was wat er onder de term ‘informatie’ wordt verstaan, is deze vraagstelling niet als zodanig opgenomen in deze descriptive sheet.
<i>Relevante richtlijn</i>	• JGZ-richtlijn Vroegsignalering van Psychosociale Problemen (Postma, 2008) • Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2003) • Richtlijn Handboek Eenheid van Taal (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005) • Activiteiten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar per Contactmoment (Dunnink en Leijss-Spek, 2008b)
<i>Literatuur</i>	Bogt T ter, Dorsselaer S van, Vollebergh W. Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. HBSC – Nederland 2002. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003. Dunnink G, Leijss-Spek WJG. Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. RIVM-rapport 295001001. Bilthoven: RIVM, 2008. GGD Nederland. Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg. Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen van 7-12 jaar. Utrecht: 2006. Kramers PGN and ECHI team. Public Health Indicators for the European Union: Context, selection, definition. Final report by the ECHI-project Phase 2. RIVM-rapport 271558006. Bilthoven: RIVM, 2005. Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar. Woerden: Platform JGZ, 2003. Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Handboek Eenheid van taal. Woerden: Platform JGZ, 2005. Postma S. JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM, 2008. RIVM. Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid. Standaardvraagstelling Psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM, 2008. Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. Kinderen in Nederland. Den Haag/Leiden: SCP/TNO, 2005.

2. Vroegsignalering van psychosociale problemen	
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, tijdigheid
Rationale	Psychosociale problemen kunnen al vroeg in het leven van een kind ontstaan. Er is steeds meer bekend over de risicofactoren voor het ontstaan van psychische problemen. Bij het ontstaan van psychische problemen is er vaak sprake van een combinatie of een cumulatie van zulke factoren die elkaar beïnvloeden. Naast risicofactoren zijn er ook beschermende factoren die als het ware een tegenwicht kunnen bieden aan de risicofactoren (Postma, 2008; Hermanns et al., 2005; Schoemaker en De Ruiter, 2005). Met vroegtijdige signalering wordt beoogd psychosociale problemen op jonge leeftijd op te sporen, en bovenal vroeg in het ontwikkelingsproces van het probleem. Daardoor neemt de kans toe dat deze kinderen de benodigde hulp krijgen, waardoor verdere ontwikkeling of verergering van deze problemen worden tegengegaan. Uit studies blijkt echter dat er grote variatie is in de signalering van kinderen met psychosociale problemen door hulpverleners, waardoor mogelijk kinderen met psychosociale problemen gemist worden. Die grote variatie vloeit volgens onderzoek vaak voort uit de onjuiste en/of beperkte toepassing van valide en betrouwbare vroegsignaleringsinstrumenten (Vogels, 2008; IGZ, 2005; Postma, 2008). Om zo vroeg mogelijk zoveel mogelijk kinderen met psychosociale problemen te signaleren wordt in meerdere studies gepleit voor een methodischere aanpak van de vroegsignalering. De verwachting is dat dat beter zal lukken als vaker instrumenten gebruikt gaan worden die bewezen effectief zijn (of op zijn minst veelbelovend), en als er afspraken gemaakt gaan worden over de juiste toepassing van deze instrumenten.
Definitie	Indicator 2.1 Het percentage kinderen van 10 jaar of uit groep 7 bij wie een ouderversie van de SDQ is afgenomen, van alle kinderen van 10 jaar of uit groep 7 in het werkgebied van een GGD die in een peiljaar een regulier of extra contact hadden met de JGZ.
Teller/noemer	Indicator 2.1 <i>Teller:</i> Aantal kinderen van 10 jaar of uit groep 7 uit de noemer, waarbij een ouderversie van de SDQ is afgenomen. <i>Noemer:</i> Totaal aantal kinderen van 10 jaar of uit groep 7 in het werkgebied van een GGD dat in een peiljaar een regulier of extra contact had met de JGZ.

2. Vroegsignalering van psychosociale problemen	
<i>Toelichting definitie</i>	Toelichting van begrippen zoals in de definitie gebruikt: • SDQ: gevalideerde oudervragenlijst van de SDQ voor de leeftijdsklasse 7-12 jaar. Er zijn meerdere versies van de SDQ-vragenlijst, bijvoorbeeld voor ouders, jongeren en leerkrachten. • Aantal kinderen van 10 jaar of uit groep 7: volgens het ABC-rapport (Dunnink & Leijss-Spek, 2008) zou in deze periode op het reguliere contactmoment 10 jaar of groep 7 basisonderwijs door de JGZ aandacht aan psychosociale ontwikkeling moeten worden besteed.
<i>In-/exclusie</i>	Exclusie (teller en noemer): • Kinderen bij wie andere signaleringsinstrumenten (of andere versies van de SDQ, bijvoorbeeld de versie voor leerkrachten en/of voor jongeren) voor psychosociale problemen zijn gebruikt. Inclusie (teller en noemer) • Kinderen bij wie de SDQ is afgenomen tijdens het reguliere contactmoment waarin door de JGZ aandacht moet worden besteed aan de psychosociale ontwikkeling en/of tijdens eventuele extra contactmomenten op 10-jarige leeftijd of in groep 7.
<i>Frequentie</i>	De indicatorinformatie wordt tweejaarlijks aangeleverd.
<i>Leeftijd</i>	10 jaar of groep 7
<i>Risico-correctie</i>	Niet van toepassing
<i>Interpretatie</i>	Hoe hoger de score, hoe beter de kwaliteit. Het gebruik van vroegsignaleringsinstrumenten wordt gezien als een teken van goede zorg.
<i>Verantwoordelijke ketenpartner</i>	GGD
<i>Registratie</i>	Gegevens die voortvloeien uit een contact tussen JGZ en kind komen in een papieren dossier of worden opgeslagen in een registratiesysteem (bijvoorbeeld digitaal dossier JGZ oftewel EKD). De gegevens zouden dus beschikbaar moeten zijn. De inspanningsvereisten om deze gegevens te verkrijgen zullen van de toegankelijkheid van het papieren of elektronische dossier afhangen. Het EKD komt in 2011 beschikbaar.
<i>Opmerkingen</i>	• Bij deze indicator wordt ervan uitgegaan dat in 2011 (als de nieuwe set indicatoren wordt uitgevraagd) de SDQ (ouderversie) als signaleringsinstrument voor de leeftijdscategorie 7-12-jarigen door iedere GGD wordt gehanteerd, conform het advies van GGD Nederland (2006). • Er is gekozen voor de <i>oudervragenlijst</i> voor de leeftijdscategorie 7-12 jaar omdat hierover momenteel de meeste consensus bestaat (Postma, 2008, GGD Nederland, 2006). Deze vragenlijst maakt deel uit van de standaardvraagstelling Psychosociale Problemen uit de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid (RIVM, 2008). Momenteel ligt er een voorstel om de standaardvraagstelling voor 7-12-jarigen uit te breiden met de <i>kindvragenlijst</i> van de SDQ. Het voorstel is om de SDQ-vragenlijst voor <i>kinderen</i> van 11-16 jaar ook toe te passen voor kinderen vanaf 7 jaar. Wanneer

2. Vroegsignalering van psychosociale problemen	
	dit voorstel wordt geaccepteerd, zou dat betekenen dat GGD'en voor de leeftijdscategorie 7-12 jaar kunnen kiezen of ze de ouder- dan wel kindversie van de SDQ willen afnemen voor de monitor. Beide versies afnemen kan dan ook. De standaardvraagstelling is op het moment van schrijven nog niet vastgesteld. Verdere validatie van de SDQ is gewenst, ook voor bijvoorbeeld allochtone kinderen en kinderen met een lage sociaaleconomische status (SES).
<i>Relevante richtlijn</i>	• JGZ-richtlijn Vroegsignalering van Psychosociale Problemen (Postma, 2008) • Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2003) • Activiteiten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar per Contactmoment (Dunnink & Leijs-Spek, 2008) • Richtlijn Handboek Eenheid van Taal (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005)
<i>Literatuur</i>	Dunnink G, Leijs-Spek WJG. Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. RIVM-rapport 295001001. Bilthoven: RIVM, 2008. GGD Nederland. Handleiding voor het gebruik van de SDQ binnen de jeugdgezondheidszorg. Vragenlijst voor het signaleren van psychosociale problemen bij kinderen van 7-12 jaar. Utrecht: GGD Nederland, 2006. Hermanns J, Ory F, Schrijvers G, m.m.v. Junger M, Blom M. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: Inventgroep, 2005. IGZ. Staat van de Gezondheidszorg. Den Haag: IGZ, 2005. Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar. Woerden: Platform JGZ, 2003. Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Handboek Eenheid van taal. Woerden: Platform JGZ, 2005. Postma S. JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM, 2008. RIVM. Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid. Standaardvraagstelling Psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM, 2008. Schoemaker C, Ruiter C de. Trimbo's zakboek psychische stoornissen. Utrecht: De Tijdstroom, 2005. Vogels T. The identification by Dutch preventive Child health care of children with psychosocial problems: do short questionnaires help? Academisch Proefschrift. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen, 2008.

3. Interventies bij psychosociale problemen	
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Kwaliteitsdomein</i>	Effectiviteit
<i>Rationale</i>	JGZ-medewerkers signaleren bij 8 tot 33% van de kinderen tot 12 jaar psychosociale problemen, afhankelijk van de leeftijdsklasse en het geslacht. Tussen de 5 en 17% van de kinderen heeft lichte problemen, tussen de 2 en 13% heeft matige problemen en tussen de 1 en 3% heeft zware problemen (Zeijl et al., 2005). Onder jongeren van 11 tot 18 jaar heeft 21% emotionele problemen en 19% gedragsproblemen (Ter Borgt et al., 2003). Bij respectievelijk 13% en 11% gaat het om ernstige problemen. Psychosociale problemen gedurende de jeugd duren vaak voort tot in de volwassenheid. Personen met psychosociale problemen in de jeugd, hebben onder meer een verhoogde kans op ziekteverzuim, arbeidsongeschiktheid en vroegtijdig overlijden ten gevolge van suicide of een gewelddadig incident (Bool et al., 2007; Schrijvers en Schoemaker, 2008; Van 't Land en De Ruiter, 2006). Uit diverse studies blijkt dat het ontwikkelingsstadium van het kind samenhangt met de effecten van de interventie; hoe vroeger in het leven wordt geïntervenieerd, des te effectiever (en kosteneffectiever) het is (Hermanns et al., 2005). Met het inzetten van interventies hoopt men te voorkomen dat problemen ontstaan of verergeren. Er is echter een gebrek aan bewezen effectieve interventies en als ze er zijn dan worden ze vaak beperkt toegepast (Postma, 2008; Neppelenbroek et al., 2005; Leerdam et al., 2005). De verwachting is dat door het vaker toepassen van (bewezen effectieve of veelbelovende) interventies de kans toeneemt dat het aanwezig blijven, verdere ontwikkeling of verergering van psychosociale problemen worden tegengegaan.
<i>Definitie</i>	Indicator 3.1 Het percentage risicokinderen bij wie de JGZ gedurende het jaar volgend op de signalering van psychosociale problemen een interventie heeft ingezet, van alle nieuw gesignaleerde risicokinderen in het peiljaar (met uitsplitsing naar type interventie). Indicator 3.2 Het percentage risicokinderen dat de JGZ in het peiljaar heeft verwezen naar bewezen effectieve of veelbelovende interventieprogramma's die aangeboden worden binnen of buiten een JGZ-instelling, van alle risicokinderen die door de JGZ zijn verwezen in het peiljaar.

3. Interventies bij psychosociale problemen	
Teller/noemer	Indicator 3.1 <i>Teller:</i> Aantal nieuw gesignaleerde risicokinderen bij wie door de JGZ een interventie is ingezet gedurende het jaar volgend op het moment dat psychosociale problemen gesignaleerd werden (met uitsplitsing naar type interventie). <i>Noemer:</i> Totaal aantal nieuw gesignaleerde risicokinderen in het peiljaar. Indicator 3.2 <i>Teller:</i> Aantal risicokinderen dat de JGZ in het peiljaar heeft verwezen naar bewezen effectieve of veelbelovende interventieprogramma's die aangeboden worden binnen of buiten een JGZ-instelling. <i>Noemer:</i> Aantal risicokinderen dat door de JGZ is verwezen naar een interventieprogramma in het peiljaar.
Toelichting definitie	Toelichting van begrippen zoals in de definitie gebruikt: • Risicokinderen: kinderen die in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ wonen bij wie er signalen (door middel van signaleringinstrument, eigen observatie JGZ-medewerker) zijn die (kunnen) wijzen op psychosociale problemen (problemen in cognitie, affectie (psychosomatiek) of handelen/gedrag). • Interventie: onderscheid wordt gemaakt in voorlichting/advies/instructie/kortdurende begeleiding, extra contactmoment ingelast, verwezen en lichte hulp (waarbij het niet gaat om behandeling). Afgezien van lichte hulp, worden deze typen interventies omschreven in de richtlijn Handboek Eenheid van Taal (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005). • Verwezen (bij indicator 3.2): door een JGZ-medewerker rechtstreeks verwezen naar een bepaald interventieprogramma. Het gaat om zowel intern verwijzen (binnen een JGZ-instelling) als extern verwijzen (buiten een JGZ-instelling). Voor de term JGZ-medewerker is gekozen omdat in de praktijk ondersteuners en verpleegkundigen als verlengde arm van de arts ook verwijzen. De arts blijft echter verantwoordelijk voor de verwijzing. • Bewezen effectief of veelbelovend interventieprogramma: interventieprogramma dat in de Databank Effectieve Jeugdinterventies van het Nederlands Jeugdinstituut staat en beoordeeld is met ten minste ** en het oordeel effectief en/of *** en het oordeel deels effectief.
In-/exclusie	Inclusie (teller en noemer): • Kinderen wonend in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ. Exclusie (teller en noemer): • Kinderen die al onder behandeling zijn voor psychosociale problemen bij een

3. Interventies bij psychosociale problemen	
	andere hulpverlener. Exclusie (teller en noemer indicator 3.2) Kinderen die met een tussenstap, bijvoorbeeld via Bureau Jeugdzorg, Jeugd-GGZ, zorg voor licht verstandelijk gehandicapte jeugdigen (jeugd LVG), huisarts, eerstelijnspsycholoog of vrijgevestigde psychiater, naar een veelbelovend interventieprogramma worden verwezen.
<i>Frequentie</i>	De indicatorinformatie wordt tweejaarlijks aangeleverd.
<i>Leeftijd</i>	0-19 jaar
<i>Risico-correctie</i>	Niet van toepassing
<i>Interpretatie</i>	Hoe hoger het percentage hoe beter de kwaliteit. Bij indicator 3.1 is het percentage kinderen dat verwezen is lastig te interpreteren. Een hoog percentage kan te maken hebben met een hoge prevalentie van (ernstige) psychosociale problemen in de regio maar ook met relatief weinig ervaring van de JGZ-medewerkers (ervaren medewerkers verwijzen in het algemeen minder, maar adequater).
<i>Verantwoordelijke ketenpartners</i>	GGD en zorgorganisatie voor JGZ
<i>Registratie</i>	Gegevens die voortvloeien uit een contact tussen JGZ en kind komen in een papieren dossier of worden opgeslagen in een registratiesysteem (bijvoorbeeld digitaal dossier JGZ oftewel EKD). De gegevens zouden dus beschikbaar moeten zijn. De inspanningsvereisten om deze gegevens te verkrijgen, zullen van de toegankelijkheid van het papieren of elektronische dossier afhangen. Het EKD komt in 2011 beschikbaar. In de basisdataset van het EKD zijn als interventies opgenomen: geen, voorlichting/advies, extra contactmoment en verwijzing. In het JGZ-dossier zijn op populatieniveau gegevens te vinden over de aard en het aantal problemen waarvoor verwezen wordt, naar welke instantie verwezen wordt en de vervolgacties die ondernomen worden na de verwijzing (follow-up) (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005).
<i>Opmerkingen</i>	- Bij deze indicator moet opgemerkt worden dat het aanbod van interventieprogramma's afhankelijk is van de keuzes op gemeentelijk niveau. Er kan dus veel variatie zijn in het aanbod van bewezen effectieve/veelbelovende interventieprogramma's tussen verschillende regio's. - In een later stadium kan eventueel ook de tijdsdimensie bij deze indicator scherper worden geformuleerd (tijd tussen het signaleren en het daadwerkelijk inzetten van een interventie). - Het gaat er bij deze indicator niet om dat kinderen het interventieprogramma starten of afmaken, maar dat ze verwezen worden. - Indien het kind verwezen is naar een van de onder indicator 3.2 genoemde interventieprogramma's wil dat nog niet zeggen dat de zorg aansluit bij de behoefte van het kind. Het kan zijn dat het kind eigenlijk een indicatie heeft voor een andere interventie uit de lijst van interventieprogramma's of dat zwaardere zorg nodig is.

3. Interventies bij psychosociale problemen	
	• Duidelijk is dat nog niet alle bestaande interventies zijn beoordeeld op hun effectiviteit. Gebruik van niet-beoordeelde interventies moet dus mogelijk blijven. • Over het excluderen van verwijzingen via een tussenstap (bijvoorbeeld huisarts of jeugdzorg) bij indicator 3.2 is tijdens een Delphi-onderzoek door deskundigen volop gediscussieerd. Ondanks het feit dat het verwijzen met een tussenstap in de JGZ nog veelvuldig voorkomt, is door de meerderheid van de deskundigen voorgesteld deze te excluderen bij zowel de teller als noemer, omdat de uitkomsten van de indicator anders meer zouden zeggen over de gehele keten (jgz, jeugdzorg, curatieve zorg). • Indicator 3.2 kan ook informatie opleveren over het percentage verwijzingen naar een niet-effectief programma wanneer deze zouden zijn gedefinieerd. Deze zouden in een later stadium, als er meer duidelijkheid is over de effectiviteit van de beschikbare interventies, kunnen worden vastgesteld. • Bij indicator 3.1 lopen de meningen in het deskundigenpanel uiteen over de definitie van een extra contactmoment als interventie. De een ziet het niet als interventie omdat het vaak gebruikt wordt, de ander juist wel. Wanneer een serie contacten plaatsvindt, zoals bij het overbruggingsplan overgewicht in de zorg voor 0-4-jarigen, wordt het een interventie. Om die reden zou er ook gekozen kunnen worden om het aantal keer dat een extra consult heeft plaatsgevonden te laten registreren door de JGZ-instelling.
Relevante richtlijn	• JGZ-richtlijn Vroegsignalering van Psychosociale Problemen (Postma, 2008) • Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2003) • Activiteiten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar per Contactmoment (Dunnink & Leijs-Spek, 2008) • Richtlijn Handboek Eenheid van Taal (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005) • Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar (VWS, 2002)
Literatuur	Bogt T ter, Dorsselaer S van, Vollebergh W. Psychische gezondheid, risicogedrag en welbevinden van Nederlandse scholieren. HBSC Nederland 2002. Utrecht: Trimbos-instituut, 2003. Bool M, Blekman J, Jong S de, Ruiter M, Voordouw I. Verminderen van suïcidaliteit. Beleidsadvies Actualisering van het Advies inzake Suïcide, Gezondheidsraad 1986. Utrecht: Trimbos-instituut, 2007. Dunnink G, Leijs-Spek WJG. Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. RIVM-rapport 295001001. Bilthoven: RIVM, 2008. Hermanns J, Ory F, Schrijvers G, m.m.v. Junger M, Blom M. Helpen bij opgroeien en opvoeden: eerder, sneller en beter. Een advies over vroegtijdige signalering en interventies bij opvoed- en opgroei problemen. Utrecht: Inventgroep, 2005. Land H van 't, Ruiter C de. Nationale Monitor Geestelijke Gezondheid 2006 (NMG). Utrecht: Trimbos-instituut, 2006. Leerdam F van, Raat H, HiraSing R. 2E Programmeringstudie effectonderzoek jeugdgezondheidszorg. Verslag van het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van JGZ-activiteiten uit het basistakenpakket JGZ. Amsterdam/ Rotterdam/ Leiden: VU Medisch Centrum, Erasmus MC, TNO-Kwaliteit van Leven, 2005.

3. Interventies bij psychosociale problemen	
	Neppelenbroek S, Wijngaarden J van, Lim-Feijen J, Leerdam F van, Raat H, HiraSing R. Update Programmeringstudie Effectonderzoek Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar: GGD Nederland, Z-org, Organisatie van Zorgondernemers, Vrije Universiteit medisch centrum/EMGO-instituut, Erasmus MC-Universitair Medisch Centrum, TNO Kwaliteit van Leven, 2005. Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Contactmomenten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar. Woerden: Platform JGZ, 2003. Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Handboek Eenheid van taal. Woerden, Platform JGZ, 2005. Postma. JGZ-richtlijn Vroegsignalering van psychosociale problemen. Bilthoven: RIVM, 2008. Schrijvers CTM, Schoemaker CG. Spelen met gezondheid. Leefstijl en psychische gezondheid van de Nederlandse jeugd. Bilthoven: RIVM, 2008. VWS. Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002. Zeijl E, Crone M, Wiefferink K, Keuzenkamp S, Reijneveld M. Kinderen in Nederland. Den Haag/Leiden: SCP/TNO, 2005.

4. Actief volgen van kinderen met psychosociale problemen	
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, tijdigheid, veiligheid
Rationale	Binnen de jeugdketen is er veel onduidelijkheid over wat het begrip zorgcoördinatie inhoudt en wie daarvoor verantwoordelijk is. Zo bestaat er binnen de JGZ bijvoorbeeld onduidelijkheid over de mate waarin zij het kind na verwijzing moet volgen (Romeijn, 2002). Het is onvoldoende duidelijk of dit wel of niet onder zorgcoördinatie valt. Er rouleren meerdere definities in het veld. De een is vrij algemeen zoals de definitie uit de richtlijn Handboek Eenheid van taal: het regelen en afstemmen van de zorg- en/of hulpverlening rondom een jeugdige of gezin met alle bij de zorgverlening betrokken hulp- en zorgverleners (gelijktijdig of opeenvolgend) (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005). In de visienota van GGD Nederland en Z-org wordt echter een veel bredere definitie gehanteerd: zorgcoördinatie binnen JGZ houdt in risicokinderen kennen, weten welke risico's er spelen bij welke kinderen, op de hoogte zijn welke hulp er door andere instanties ingezet is, contact onderhouden met instellingen die hulp verlenen en zorg voor afstemming (Z-org & GGD Nederland, 2006). Complicerende factor is bovendien dat zorgcoördinatie volgens de richtlijn Handboek Eenheid van Taal onder het maatwerkdeel van het basistakenpakket valt, waardoor deze activiteit voor GGD en zorgorganisatie voor JGZ niet verplicht is en zij relatief vrij zijn er op hun eigen manier invulling aan te geven. Echter, rapportage op populatieniveau over het vervolg na verwijzing (follow-up), valt onder het uniforme deel (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005; Z-org & GGD Nederland). Tevens zou bij iedere activiteit uit het BTP de follow-up moeten worden genoteerd waardoor het kind ook longitudinaal gevolgd kan worden en de continuïteit van de zorg gewaarborgd is. Deze schijnbare tegenstrijdigheid geeft aanleiding tot discussie in het veld. Mede als gevolg van de onduidelijkheid is er in de praktijk regelmatig een gebrek aan (noodzakelijke) informatie-uitwisseling tussen ketenpartners over de actuele stand van de hulpverlening aan het kind. Verantwoordelijkheden worden op elkaar afgeschoven en er wordt bij verwijzing niet altijd actief aan terugrapportage gedaan of om gevraagd. Ook beroepen zorgaanbieders zich op privacywetgeving (Bijl, 2008). De verantwoordelijkheden van de hulpverleners kunnen tijdens het zorgproces ook verschuiven. Door het ontbreken van voldoende afstemming tussen ketenpartners dreigen kinderen buiten de boot te vallen (IGZ, 2007). Duidelijke regie over het gehele traject is dan ook noodzakelijk, maar deze ontbreekt zowel in de zorg voor de individuele gevallen als bij de organisatie van de keten op bestuurlijk niveau (Rekenkamer, 2008; De Vries en Wiegersma, 2007). Zowel de JGZ als de IGZ erkennen de problemen (Romeijn, 2002; IGZ, 2007). Zij zien betere afstemming binnen het verwijscircuit als een mogelijke oplossing. De IGZ is van mening dat het de taak van de JGZ is om het kind na verwijzing actief te blijven volgen gedurende het gehele zorgproces, en dat dit deel uitmaakt van het uniforme deel van het BTP (IGZ, 2007; notulen werkgroep IGZ). Door het volgen

4. Actief volgen van kinderen met psychosociale problemen	
	van het kind kan worden voorkomen dat kinderen buiten de boot vallen doordat ze niet aankomen bij de hulpverlener waarnaar is verwezen of doordat ze de behandeling niet afmaken.
Definitie	Indicator 4.1 Het percentage kinderen van 0-18 maanden waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze zijn <i>aangekomen</i> bij de instelling waarnaar verwezen is, van alle kinderen van 0-18 maanden uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen. Indicator 4.2 Het percentage kinderen van 19 maanden tot 4 jaar waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze zijn <i>aangekomen</i> bij de instelling waarnaar verwezen is, van alle kinderen van 19 maanden tot 4 jaar uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen. Indicator 4.3 Het percentage kinderen van 5-19 jaar waarvan bekend is of ze gedurende het jaar volgend op het moment dat de verwijzing plaatsvond, zijn <i>aangekomen</i> bij de instelling waarnaar verwezen is, van alle 5-19-jarigen uit het werkgebied van een GGD die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen. Indicator 4.4 Het percentage kinderen van 0-18 maanden waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze de beoogde zorg hebben <i>ontvangen</i>, van alle kinderen van 0-18 maanden uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ dat vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen. Indicator 4.5 Het percentage kinderen van 19 maanden tot 4 jaar waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze de beoogde zorg hebben <i>ontvangen</i>, van alle kinderen van 19 maanden tot 4 jaar uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ dat vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen. Indicator 4.6 Het percentage kinderen van 5-19 jaar waarvan bekend is of ze de beoogde zorg gedurende het jaar volgend op het moment dat de verwijzing plaatsvond hebben <i>ontvangen</i>, van alle 5-19-jarigen uit het werkgebied van een GGD dat vanwege (een

4. Actief volgen van kinderen met psychosociale problemen	
	vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen.
<i>Teller/noemer</i>	Indicator 4.1 <i>Teller:</i> Aantal kinderen van 0-18 maanden waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze zijn <i>aangekomen</i> bij de instelling waarnaar verwezen is. <i>Noemer:</i> Aantal kinderen van 0-18 maanden uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ dat vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen. Indicator 4.2 <i>Teller:</i> Aantal kinderen van 19 maanden tot 4 jaar waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze zijn <i>aangekomen</i> bij de instelling waarnaar verwezen is. <i>Noemer:</i> Aantal kinderen van 19 maanden tot 4 jaar uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ dat vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen. Indicator 4.3 <i>Teller:</i> Aantal kinderen van 5-19 jaar waarvan bekend is of ze gedurende het jaar volgend op het moment dat de verwijzing plaatsvond, zijn <i>aangekomen</i> bij de instelling waarnaar verwezen is. <i>Noemer:</i> Aantal 5-19-jarigen uit het werkgebied van een GGD dat vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen. Indicator 4.4 <i>Teller:</i> Aantal kinderen van 0-18 maanden waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze de beoogde zorg hebben <i>ontvangen</i>. <i>Noemer:</i> Aantal kinderen van 0-18 maanden uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ dat vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen.

4. Actief volgen van kinderen met psychosociale problemen	
	Indicator 4.5 <i>Teller:</i> Aantal kinderen van 19 maanden tot 4 jaar waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze de beoogde zorg hebben <i>ontvangen</i>. <i>Noemer:</i> Aantal kinderen van 19 maanden tot 4 jaar uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ dat vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen. Indicator 4.6 <i>Teller:</i> Aantal kinderen van 5-19 jaar waarvan bekend is of ze de beoogde zorg gedurende het jaar volgend op het moment dat de verwijzing plaatsvond, heeft <i>ontvangen</i>. <i>Noemer:</i> Aantal 5-19-jarigen uit het werkgebied van een GGD dat vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen is verwezen.
<i>Toelichting definitie</i>	Toelichting van begrippen zoals in de definitie gebruikt: • Vermoeden van psychosociale problemen: zijn alle signalen die een JGZ-medewerker ontvangt die kunnen wijzen op het bestaan van problemen in cognitie, affectie of handelen. De signalen kunnen afkomstig zijn van: de uitkomsten van een signaleringsinstrument, eigen observatie, informatie van derden of andere hulpverleners. • Onder aangekomen verstaan wij dat het betreffende kind en/of ouder(s)/verzorgers face-to-face contact hebben gehad met een hulpverlener van de instelling waarnaar door de JGZ is verwezen. • Onder verwezen verstaan wij verwezen naar een andere instelling binnen of buiten de nulde lijn. • Onder ontvangen verstaan wij dat het betreffende kind en/of ouders is/zijn begonnen aan de behandeling (bijvoorbeeld voorschrijven van medicatie, alleen intake, aantal gesprekken) bij de instelling waarnaar door de JGZ is verwezen. • Onder zorg verstaan wij (nadere) diagnostiek en/of zorg/behandeling.
<i>In-/exclusie</i>	Inclusie (teller en noemer): • Kinderen wonend in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ.
<i>Frequentie</i>	De indicatorinformatie wordt tweejaarlijks aangeleverd.
<i>Leeftijd</i>	0-19 jaar
<i>Risico-correctie</i>	Niet van toepassing
<i>Interpretatie</i>	Hoe hoger het percentage, hoe slechter de kwaliteit van zorg
<i>Verantwoordelijke</i>	Het actief volgen van een kind is in het maatwerkdeel van het basistakenpakket

4. Actief volgen van kinderen met psychosociale problemen	
<i>ketenpartners</i>	opgenomen, wat betekent dat niet alleen de JGZ verantwoordelijk is voor de uitvoering, maar ook de gemeenten. Een gemeente kan binnen het maatwerkdeel prioriteiten stellen. De mate waarin gemeenten geld beschikbaar stellen aan het actief volgen van kinderen (activiteit binnen maatwerkdeel) bepaalt dus of deze activiteit wordt uitgevoerd door GGD en zorgorganisatie voor de JGZ.
<i>Registratie</i>	Gegevens die voortvloeien uit een contact tussen JGZ en kind komen in een papieren dossier of worden opgeslagen in een registratiesysteem (bijvoorbeeld digitaal dossier JGZ oftewel EKD). De benodigde gegevens zijn uit het zorgplan van de JGZ te halen (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005). Niet elke JGZ-instelling maakt gebruik van zorgplannen omdat deze activiteit niet tot het uniforme deel van het basistakenpakket behoort. Gemeenten zijn vrij om de activiteiten uit het maatwerkdeel al dan niet te laten uitvoeren. De inspanningsvereisten om deze gegevens te verkrijgen zullen ook van de toegankelijkheid van het papieren of elektronische dossier afhangen. In de basisdataset van het EKD wordt vooralsnog niet geregistreerd of een verwezen kind face-to-face contact heeft gehad met de hulpverlener waarnaar is verwezen of dat het kind is begonnen met de behandeling.
<i>Opmerkingen</i>	- In de leeftijdscategorie 0-4-jarigen zijn er voldoende contactmomenten maar bij de andere leeftijdscategorieën (respectievelijk 5-19-jarigen) zijn er nauwelijks reguliere contacten (Dunnink en Leij-Spek, 2008). Vandaar dat voor die laatste groepen is gekozen om een termijn van een jaar na verwijzing aan te houden. Omdat er de eerste 18 maanden regelmatig een contactmoment is en de JGZ regelmatig feedback krijgt is er een onderscheid gemaakt tussen 0 tot 18 maanden en 19 maanden tot 4 jaar. - Omdat het volgen van het kind in het maatwerkdeel van het basistakenpakket zit, moet dit door de gemeenten extra gefinancierd worden. Professionals uit de praktijk geven aan dat dit nog in onvoldoende mate gebeurt. Een indicator op dit vlak zou een potentiële aansporing voor gemeenten kunnen zijn om middelen beschikbaar te stellen voor het maatwerkdeel.
<i>Relevante richtlijn</i>	- Richtlijn Handboek Eenheid van taal (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005) - Activiteiten Basistakenpakket JGZ 0-19 jaar per Contactmoment (Dunnink en Leij-Spek, 2008)
<i>Literatuur</i>	Dunnink G, Leij-Spek WJG. Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. RIVM-rapport 295001001. Bilthoven: RIVM, 2008. IGZ. Zorgverlening door Jeugdgezondheidszorg, GGZ en huisartsen aan Gessica vanuit het perspectief van een veilige ontwikkeling van het kind. Verdiepingsrapport IGZ. Den Haag: IGZ, 2007. Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Handboek Eenheid van taal. Woerden, Platform JGZ, 2005. Romeijn MA. Wijzer verwijzen. Een Delphi-onderzoek naar het verwijzingsproces binnen de Jeugdgezondheidszorg in Amsterdam. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 2002; 4: 74-76. Z-org en GGD Nederland. Zorgcoördinatie in de Jeugdgezondheidszorg.

4. Actief volgen van kinderen met psychosociale problemen	
	Uitwerking van Operatie Jong actiepunt vroegsignalering, 2006.

5. Vaststellen prevalentie van vermoeden van kindermishandeling	
Type indicator	Uitkomstindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit
Rationale	De schattingen over het voorkomen van kindermishandeling in Nederland lopen uiteen. Uit onderzoek van Baartman (2005) komt een schatting van 80.000 gevallen per jaar naar voren. Dit wordt echter gezien als een ondergrens omdat de cijfers gebaseerd zijn op meldingen van professionals. In de Nationale Prevalentiemeting van Kinderen en Jeugdigen wordt gesproken over een geschatte omvang van 107.200 gevallen in 2005. Ander Nederlands onderzoek komt tot een schatting van 160.000 gevallen per jaar (Lamers-Winkelmann et al., 2007). Kindermishandeling kan gevolgen hebben op latere leeftijd maar kan ook direct gevolgen hebben op de ontwikkeling van het kind. Directe gevolgen zijn onder meer fysiek letsel, ontwikkelingsstoornissen en verstoord sociaal functioneren (Wagenaar-Fischer et al., 2007). Als volwassenen kunnen slachtoffers van kindermishandeling te maken krijgen met onder andere psychosomatische problemen en verslaving (Goodwin, 2003; Wagenaar-Fischer et al., 2007). Met het in kaart brengen van de omvang van kindermishandeling onder jeugdigen kan de zorgbehoefte in een regio worden ingeschat. Op basis hiervan kan dan weer bepaald worden of het aanbod aan interventies zich hiermee verhoudt. Met behulp van bewezen effectieve interventies kan kindermishandeling voorkomen worden. Indien de prevalentie hoog is en het aanbod aan interventies laag, is dat een aanwijzing voor ontoereikende zorg. Om een dergelijke afweging te maken, is dus ook informatie benodigd over het aanbod aan interventies (niet bepaald met onderhavige indicator).
Definitie	Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde, van alle kinderen in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ.
Teller/noemer	<i>Teller:</i> Aantal kinderen waarbij een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde. <i>Noemer:</i> Aantal kinderen in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ.
Toelichting definitie	Toelichting van begrippen zoals in de definitie gebruikt: • Kinderen: kinderen van 0-19 jaar uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ. • Kindermishandeling: 'Kindermishandeling is elke vorm van voor een minderjarige bedreigende of gewelddadige interactie van fysieke, psychische of seksuele aard die ouders of andere personen ten opzichte van wie de minderjarige in een relatie van onafhankelijkheid of onvrijheid staat, actief of passief opdringen, waardoor ernstige schade wordt berokkend of dreigt te worden berokkend aan de minderjarige in de vorm van fysiek of psychisch

5. Vaststellen prevalentie van vermoeden van kindermishandeling	
	letsel' (Wet op de Jeugdzorg, 2005). Vermoeden: dit vermoeden kan ontstaan zijn door eigen waarneming, uitkomsten van een signaleringsinstrument, door mededelingen door kind of ouder, of door signalen van derden (bijvoorbeeld kinderdagverblijf of school); er <i>hoeft</i> nog geen gesprek te hebben plaatsgevonden tussen JGZ-medewerker en ouder/kind, maar kan wel (bijvoorbeeld bij een regulier contact). Dit gesprek is iets anders dan het eerste, tweede of derde gesprek dat volgt op een vermoeden van kindermishandeling bij de JGZ-medewerker (conform de conceptringlijn).
<i>In-/exclusie</i>	Inclusie: Kinderen die in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ wonen.
<i>Frequentie</i>	De indicatorinformatie wordt tweejaarlijks aangeleverd.
<i>Leeftijd</i>	0-19 jaar
<i>Risico-correctie</i>	Niet van toepassing
<i>Interpretatie</i>	Deze indicator geeft een prevalentiecijfer: de prevalentie van vermoedelijke kindermishandeling. De hoogte van de prevalentie kan <i>niet</i> geïnterpreteerd worden als maat voor de kwaliteit van de geleverde zorg. <i>Wel</i> is het kunnen beschikken over een prevalentiecijfer een aanwijzing voor goed uitvoeren van de monitoringsfunctie (epidemiologie) van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ.
<i>Verantwoordelijke ketenpartners</i>	De prevalentie van kindermishandeling wordt onder meer bepaald door biologische factoren en omgevingsfactoren. De invloed van een GGD en/of zorgorganisatie voor JGZ is naar alle waarschijnlijkheid gering. Datzelfde geldt voor de invloed van andere ketenpartners, zoals Bureau Jeugdzorg, scholen, enzovoort. In die zin is deze indicator eerder een volksgezondheidsindicator dan een prestatie-indicator. Voor het feit of een prevalentiecijfer bekend is, zijn de GGD'en en zorgorganisaties voor JGZ verantwoordelijk.
<i>Registratie</i>	Gegevens die voortvloeien uit een contact tussen JGZ en kind komen in een papieren dossier of worden opgeslagen in een registratiesysteem (bijvoorbeeld digitaal dossier JGZ oftewel EKD). De gegevens zouden dus beschikbaar moeten zijn. De inspanningsvereisten om deze gegevens te verkrijgen zullen van de toegankelijkheid van het papieren of elektronische dossier afhangen. Het EKD komt in 2011 beschikbaar. Het vermoeden van kindermishandeling dient volgens de KNMG-code (2008) in het dossier van de cliënt geregistreerd te worden, en niet in persoonlijke werkaantekeningen. Ook de conceptringlijn kindermishandeling stelt dat vermoedens in het kinddossier genoteerd dienen te worden (Wagenaar-Fischer et al., 2007). Volgens JGZ-medewerkers gebeurt dit niet in alle gevallen. Het vermoeden wordt in de praktijk wel vaak geregistreerd in de werkaantekeningen.
<i>Opmerkingen</i>	De indicatorvraagstelling zit in de basisset Indicatoren OGZ (2007) van de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ). De vraagstelling is hetzelfde als de standaardvraagstelling Kindermishandeling uit de Lokale en Nationale Monitor

5. Vaststellen prevalentie van vermoeden van kindermishandeling	
	Volksgezondheid. GGD'en leveren hiervoor elke vier jaar gegevens aan. In 2008 is deze vraag door de IGZ op een iets andere wijze uitgevraagd. Er is een onderscheid gemaakt tussen 0-4-jarigen en 4-19-jarigen vanwege de uitvoering door meestal twee organisaties (GGD en zorgorganisatie voor de JGZ) en in de noemer wordt gekeken naar kinderen die gezien zijn door de JGZ en kinderen waarover de JGZ informatie heeft over kindermishandeling. • Prevalentie wordt in de literatuur wel beschreven als indicator echter niet als prestatie-indicator voor het functioneren van de gezondheidszorg (zie bijvoorbeeld Kramers et al., 2005). • Deskundigen hebben tijdens een Delphi-onderzoek geadviseerd deze indicator te classificeren als een context-indicator die relevante gegevens oplevert voor beleidsvorming door gemeente en JGZ-instellingen, en niet als een indicator die het functioneren van JGZ-instellingen meet. • De vergelijkbaarheid tussen JGZ-instellingen zal voorlopig gering zijn omdat 'vermoeden' van kindermishandeling niet goed te definiëren en objectiveren is.
<i>Relevante richtlijn</i>	Concept JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling (Wagenaar-Fischer et al., 2007)
<i>Literatuur</i>	Baartman H, Bullens R, Willems J. Kindermishandeling: de politiek een zorg. Amsterdam: SWP, 2005. Goodwin R, Hoven CHR. Association between childhood physical abuse and gastrointestinal disorders and migraine in adulthood. Am J Public health 2003; 93, 1065- 1067. IGZ. Indicatoren openbare gezondheidszorg. Basisset 2007. Den Haag: IGZ, 2007. Lamers-Winkelmann F, Slot N, Bijl B, Vijlbrief A. Scholieren over mishandeling. Resultaten van een landelijk onderzoek naar de omvang van kindermishandeling onder leerlingen van het voortgezet onderwijs. Eindrapport. Duivendrecht: WODC, Vrije Universiteit Amsterdam afdeling Orthopedagogiek, 2007. KNMG. Artsen en kindermishandeling. Meldcode en Stappenplan. Utrecht: KNMG, September 2008. Kramers PGN and ECHI team. Public Health Indicators for the European Union: Context, selection, definition. Final report by the ECHI-project Phase 2. RIVM-rapport 271558006. Bilthoven: RIVM, 2005. Wagenaar-Fischer M, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis N, Wilde de J (red.). Concept JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling, 2007. Wet op de jeugdzorg - Wet van 22 april 2004, houdende regeling van de aanspraak op, de toegang tot en de bekostiging van jeugdzorg (Wet op de jeugdzorg). Den Haag : Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2005,

6. Procedure bij een vermoeden van kindermishandeling	
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Kwaliteitsdomein</i>	Effectiviteit, tijdigheid
<i>Rationale</i>	In 2007 zijn in Nederland twee onderzoeken gedaan naar de prevalentie van kindermishandeling. De schattingen van de onderzoekers (respectievelijk 100.000 en 160.000 gevallen) komen neer op ongeveer 3-4% van alle Nederlandse kinderen tussen 0-19 jaar (Wagenaar-Fischer et al., 2007). Kindermishandeling vormt een gezondheidsrisico doordat het een impact heeft op de ontwikkeling van een kind. De gevolgen van kindermishandeling kunnen zich tijdens de jeugd voordoen maar ook pas op latere leeftijd. Ontwikkelingstoornissen, fysiek letsel en posttraumatische stressstoornissen zijn enkele mogelijke gevolgen van mishandeling. In de richtlijn Kindermishandeling is stapsgewijs beschreven hoe gehandeld dient te worden als er een vermoeden is van kindermishandeling. Er is consensus in het veld over het feit dat het belangrijk is dat er snel na het eerste vermoeden van kindermishandeling actie wordt ondernomen. Zo zal een eerste gesprek met de ouders moeten plaatsvinden, en zonodig een tweede gesprek. In de richtlijn wordt (de noodzaak van) de beschreven procedure niet verder onderbouwd (Wagenaar-Fischer et al., 2007).
<i>Definitie</i>	Indicator 6.1: Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker met de ouder(s), verzorgers en/of het kind een eerste gesprek voerde naar aanleiding van het vermoeden van kindermishandeling, van alle kinderen bij wie een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde. Indicator 6.2: Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker na het eerste gesprek actie heeft ondernomen vanwege het vermoeden van kindermishandeling, van alle kinderen bij wie een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde (met onderscheid naar acties gericht op kind/ouders en ondersteunende acties).
<i>Teller/noemer</i>	Indicator 6.1 <i>Teller:</i> Aantal kinderen waarbij een JGZ-medewerker met de ouder(s), verzorgers en/of het kind één eerste gesprek voerde naar aanleiding van het vermoeden van kindermishandeling. <i>Noemer:</i> Aantal kinderen waarbij een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde. Indicator 6.2 <i>Teller:</i>

6. Procedure bij een vermoeden van kindermishandeling	
	Aantal kinderen waarbij een JGZ-medewerker na het eerste gesprek actie heeft ondernomen vanwege het vermoeden van kindermishandeling (met onderscheid naar acties gericht op kind/ouders en ondersteunende acties). <i>Noemer:</i> Aantal kinderen waarbij een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde.
<i>Toelichting definitie</i>	Toelichting van begrippen zoals in de definitie gebruikt: • Kinderen: kinderen van 0-19 jaar uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ. • Eerste gesprek: met dit gesprek wordt bedoeld het eerste gesprek dat naar aanleiding van een vermoeden van kindermishandeling bij de JGZ-medewerker plaatsvindt, buiten de gesprekken met ouder(s), verzorgers en/of het kind tijdens de reguliere contactmomenten van de JGZ om. • Vermoeden: dit vermoeden kan ontstaan zijn door eigen waarneming, uitkomsten van een signaleringsinstrument, door mededelingen door kind of ouder, of door signalen van derden (bijvoorbeeld kinderdagverblijf of school); er <i>hoeft</i> nog geen gesprek te hebben plaatsgevonden tussen JGZ-medewerker en ouder/kind, maar kan wel (bijvoorbeeld bij een regulier contact). Dit gesprek is iets anders dan het eerste, tweede of derde gesprek dat volgt op een vermoeden van kindermishandeling bij de JGZ-medewerker (conform de conceptrichtlijn). • Actie: onder actie verstaan we alle interventies na het eerste gesprek: overleg binnen het JGZ-team en/of met de aandachtsfunctionaris kindermishandeling, meer informatie verzamelen door overleg met school, huisarts etcetera (alleen mogelijk met toestemming ouders of jongere indien ouder dan 12 jaar), tweede gesprek, eventueel gevolgd door een derde gesprek, adviesvraag aan Advies- en Meldpunt Kindermishandeling (AMK), direct melden bij AMK, Raad voor de Kinderbescherming, politie en verwijzen naar passende hulpverlening. Deze acties worden in een vervolgvraag onderverdeeld in: acties direct gericht op kind en/of ouders (gesprekken, huisbezoek, melden bij AMK, RvdK etcetera en verwijzen naar passende hulpverlening) en ondersteunende acties (overleg binnen team, verzamelen van informatie, overleg met andere betrokkenen, adviesvraag bij AMK).
<i>In-/exclusie</i>	Inclusie: • Kinderen die in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ wonen. Exclusie (teller en noemer indicator 6.1 en 6.2): • Kinderen die mishandeld zijn/worden en onder behandeling zijn of hulpverlening ontvangen dat blijkt uit een gesprek tijdens een regulier contactmoment tussen JGZ-medewerker en ouder(s)/verzorger(s) en/of kind of uit een bericht van andere hulpverleners.
<i>Frequentie</i>	De indicatorinformatie wordt tweejaarlijks aangeleverd.
<i>Leeftijd</i>	0-19 jaar
<i>Risico-correctie</i>	Niet van toepassing

6. Procedure bij een vermoeden van kindermishandeling	
<i>Interpretatie</i>	Hoe hoger het percentage, hoe beter de kwaliteit van de zorg
<i>Verantwoordelijke ketenpartners</i>	GGD en zorgorganisatie voor JGZ.
<i>Registratie</i>	Gegevens die voortvloeien uit een contact tussen JGZ en kind komen in een papieren dossier of worden opgeslagen in een registratiesysteem (bijvoorbeeld digitaal dossier JGZ oftewel EKD). De gegevens zouden dus beschikbaar moeten zijn. De inspanningsvereisten om deze gegevens te verkrijgen zullen van de toegankelijkheid van het papieren of elektronische dossier afhangen. Het EKD komt in 2011 beschikbaar. In het kinddossier wordt door de JGZ onder meer genoteerd welke vervolgstappen er op een vermoeden van kindermishandeling volgen (Wagenaar-Fischer et al., 2007). De vraag is of deze wijze van registreren voldoende specifiek is om de indicatorvragen te kunnen beantwoorden.
<i>Opmerkingen</i>	• Er zijn weinig bewezen effectieve interventieprogramma's. De conceptrichtlijn beveelt aan zoveel mogelijk gebruik te maken van bewezen of veelbelovende interventies (Wagenaar-Fischer et al., 2007). Er zijn slechts twee interventieprogramma's met als doel de preventie van kindermishandeling. Het VoorZorg-project is bewezen effectief volgens Inventagroep en Stevig Ouderschap is veelbelovend volgens Nederlands Jeugdinstituut (NJI). Vandaar dat er gekozen is om niet naar evidence-based-interventieprogramma's te vragen. • In deze indicator wordt gevraagd naar het eerste gesprek dat een JGZ-medewerker kan voeren als hij een vermoeden van kindermishandeling heeft. Er is echter niet direct naar het derde gesprek gevraagd omdat dit hoogstwaarschijnlijk om een klein aantal kinderen gaat en er geen tijdsnorm voor dit gesprek is geformuleerd (Wagenaar-Fischer et al., 2007). • Indicator 6.2 zit ook in de basisset Indicatoren OGZ 2007 van de IGZ. De vraag uit de set was: aantal kinderen (0-19-jarigen) waarbij in het kader van het vermoeden van kindermishandeling acties zijn ondernomen door de JGZ van het totale aantal kinderen in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ. In 2008 is deze vraag door de IGZ bijgesteld. Er is een onderscheid gemaakt tussen 0-4-jarigen en 4-19-jarigen en in de noemer wordt gekeken naar kinderen die gezien zijn door de JGZ en waarover de JGZ informatie over kindermishandeling beschikt. • Na vaststelling van de concept JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling is een tijdsaanduiding bij beide indicatoren te overwegen. Professionals geven aan dat het stellen van een norm lastig is, omdat soms snel handelen gewenst is, en soms zorgvuldiger handelen met iets meer tijd. Een maximumtermijn zal echter wel te geven zijn.
<i>Relevante richtlijn</i>	Concept JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling (Wagenaar-Fischer et al., 2007)
<i>Literatuur</i>	Wagenaar-Fischer M, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis N, Wilde de J (red.). Concept JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling, 2007.

7. Tijdig en actief volgen van een kind na verwijzing (bij kindermishandeling)	
Type indicator	Procesindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, tijdigheid
Rationale	Binnen de jeugdketen is er veel onduidelijkheid over wat het begrip zorgcoördinatie inhoudt en wie daarvoor verantwoordelijk is. Zo bestaat er binnen de JGZ bijvoorbeeld onduidelijkheid over de mate waarin zij het kind na verwijzing moet volgen (Romeijn, 2002). Het is onvoldoende duidelijk of dit wel of niet onder zorgcoördinatie valt. Er rouleren meerdere definities in het veld. De een is vrij algemeen zoals de definitie uit de richtlijn Handboek Eenheid van taal: het regelen en afstemmen van de zorg- en/of hulpverlening rondom een jeugdige of gezin met alle bij de zorgverlening betrokken hulp- en zorgverleners (gelijktijdig of opeenvolgend) (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005). In de visienota van GGD Nederland en Z-org wordt echter een veel bredere definitie gehanteerd: zorgcoördinatie binnen JGZ houdt in risicokinderen kennen, weten welke risico's er spelen bij welke kinderen, op de hoogte zijn welke hulp er door andere instanties ingezet is, contact onderhouden met instellingen die hulp verlenen en zorg voor afstemming (Z-org & GGD Nederland, 2006). Complicerende factor is bovendien dat zorgcoördinatie volgens de richtlijn Handboek Eenheid van Taal onder het maatwerkdeel van het basistakenpakket valt, waardoor deze activiteit voor GGD en zorgorganisatie voor JGZ niet verplicht is en zij relatief vrij zijn er op hun eigen manier invulling aan te geven. Echter, rapportage op populatieniveau over het vervolg na verwijzing (follow-up), valt onder het uniforme deel (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005; Z-org & GGD Nederland, 2006). Tevens zou bij iedere activiteit uit het BTP de follow-up moeten worden genoteerd waardoor het kind ook longitudinaal gevolgd kan worden en de continuïteit van de zorg gewaarborgd is. Deze schijnbare tegenstrijdigheid geeft aanleiding tot discussie in het veld. Mede als gevolg van de onduidelijkheid is er in de praktijk regelmatig een gebrek aan (noodzakelijke) informatie-uitwisseling tussen ketenpartners over de actuele stand van de hulpverlening aan het kind. Verantwoordelijkheden worden op elkaar afgeschoven en er wordt bij verwijzing niet altijd actief aan terugrapportage gedaan of om gevraagd. Ook beroepen zorgaanbieders zich op privacywetgeving (Bijl, 2008). De verantwoordelijkheden van de hulpverleners kunnen tijdens het zorgproces ook verschuiven. Door het ontbreken van voldoende afstemming tussen ketenpartners dreigen kinderen buiten de boot te vallen (IGZ, 2007). Duidelijke regie over het gehele traject is dan ook noodzakelijk, maar deze ontbreekt zowel in de zorg voor de individuele gevallen als bij de organisatie van de keten op bestuurlijk niveau (Rekenkamer, 2008; De Vries en Wiegersma, 2007). Zowel de JGZ als de IGZ erkennen de problemen (Romeijn, 2002; IGZ, 2007). Zij zien betere afstemming binnen het verwijscircuit als een mogelijke oplossing. De IGZ is van mening dat het de taak van de JGZ is om het kind na verwijzing actief te blijven volgen gedurende het gehele zorgproces, en dat dit deel uitmaakt van het uniforme deel van het BTP (IGZ, 2007). Door het volgen van het kind kan worden

7. Tijdig en actief volgen van een kind na verwijzing (bij kindermishandeling)	
	voorkomen dat kinderen buiten de boot vallen doordat ze niet aankomen bij de hulpverlener waarnaar is verwezen of doordat ze de behandeling niet afmaken.
<i>Definitie</i>	Het percentage kinderen waarbij binnen 14 dagen na melding en/of verwijzing, follow-up door de JGZ heeft plaatsgevonden, van alle kinderen die door een JGZ-medewerker in een peiljaar zijn gemeld en/of verwezen vanwege het vermoeden van kindermishandeling.
<i>Teller/noemer</i>	<i>Teller:</i> Aantal kinderen waarbij binnen 14 dagen na melding en/of verwijzing, follow-up door de JGZ heeft plaatsgevonden. <i>Noemer:</i> Aantal kinderen dat in een peiljaar door een JGZ-medewerker is gemeld en/of verwezen, vanwege het vermoeden van kindermishandeling.
<i>Toelichting definitie</i>	Toelichting van begrippen zoals in de definitie gebruikt: • Kinderen: kinderen van 0-19 jaar uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ. • Verwijzing: verwijzing naar passende hulpverlening (bijvoorbeeld BJZ, AMW, Jeugd-GGZ, huisarts). • Follow-up heeft plaatsgevonden: er is bericht ontvangen van de instantie waarnaar verwezen is, of JGZ heeft actief nagevraagd bij die instantie. Bekend moet zijn of het gezin zich heeft gemeld en of de behandeling is begonnen. • Melden: onder melden wordt verstaan dat de betreffende instantie (AMK, RvdK) op verzoek van de JGZ onderzoek gaat doen naar of er sprake is van kindermishandeling en indien nodig door middel van verwijzing passende hulpverlening zal inzetten (MOgroep, 2008).
<i>In-/exclusie</i>	Inclusie: kinderen die in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ wonen.
<i>Frequentie</i>	De indicatorinformatie wordt tweejaarlijks aangeleverd.
<i>Leeftijd</i>	0-19 jaar
<i>Risico-correctie</i>	Niet van toepassing
<i>Interpretatie</i>	Hoe hoger het percentage, hoe beter de kwaliteit van de zorg
<i>Verantwoordelijke ketenpartners</i>	Het actief volgen van een kind is in het maatwerkdeel van het basistakenpakket opgenomen, wat betekent dat niet alleen de JGZ verantwoordelijk is voor de uitvoering, maar ook de gemeenten. Een gemeente kan binnen het maatwerkdeel prioriteiten stellen. De mate waarin gemeenten geld beschikbaar stellen aan het actief volgen van kinderen (activiteit binnen maatwerkdeel) bepaalt dus of deze activiteit wordt uitgevoerd door GGD en zorgorganisatie voor de JGZ.
<i>Registratie</i>	Gegevens die voortvloeien uit een contact tussen JGZ en kind komen in een papieren dossier of worden opgeslagen in een registratiesysteem (bijvoorbeeld digitaal dossier JGZ oftewel EKD). De gegevens zouden dus beschikbaar moeten zijn. De inspanningsvereisten om deze gegevens te verkrijgen zullen van de

7. Tijdig en actief volgen van een kind na verwijzing (bij kindermishandeling)	
	toegankelijkheid van het papieren of elektronische dossier afhangen. Het EKD komt in 2011 beschikbaar. In het kinddossier wordt geregistreerd of er twee weken na verwijzing een follow-up heeft plaatsgevonden (Wagenaar-Fischer et al., 2007).
<i>Opmerkingen</i>	-
<i>Relevante richtlijn</i>	• Concept JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling (Wagenaar-Fischer et al., 2007) • Richtlijn Handboek Eenheid van taal. (Platform Jeugdgezondheidszorg, 2005)
<i>Literatuur</i>	Bijl SB. Geweld in gezinnen gezien. Huisarts heeft bij huiselijk geweld sleutelrol in hulpverlening. Medisch Contact 2008; 63: 187-189. IGZ. Zorgverlening door Jeugdgezondheidszorg, GGZ en huisartsen aan Gessica vanuit het perspectief van een veilige ontwikkeling van het kind. Verdiepingsrapport IGZ. Den Haag: IGZ, 2007. MOgroep. Adviezen en Meldingen over Kindermishandeling in 2007. Registratiegegevens van de Advies- en Meldpunten Kindermishandeling. Utrecht: MOgroep Jeugdzorg, 2008. Platform Jeugdgezondheidszorg. Richtlijn Handboek Eenheid van taal. Woerden: Platform JGZ, 2005. Romeijn MA. Wijzer verwijzen. Een Delphi-onderzoek naar het verwijzingsproces binnen de Jeugdgezondheidszorg in Amsterdam. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 2002; 4: 74-76. Wagenaar-Fischer M, Heerdink-Obenhuijsen N, Kamphuis N, Wilde de J (red.). Concept JGZ-richtlijn Secundaire Preventie Kindermishandeling. Handelen bij een vermoeden van kindermishandeling, 2007. Z-org en GGD Nederland. Zorgcoördinatie in de Jeugdgezondheidszorg. Uitwerking van Operatie Jong actiepunt vroegsignalering, 2006.

8. Actieve follow-up na verwijzing voor afwijkende uitslag van visusonderzoek	
<i>Type indicator</i>	Procesindicator
<i>Kwaliteitsdomein</i>	Effectiviteit
<i>Rationale</i>	Om oogaandoeningen te voorkomen, wordt er door de JGZ bij jonge kinderen gescreend op gezichtsstoornissen. De screening van de visus is vooral gericht op de vroege opsporing en behandeling van amblyopie. Amblyopie is een visuele stoornis die bij 2-5% van de mensen voorkomt (Donkers & Wittebol-Post, 1998; Eibschitz-Tsimhoni et al., 2000; Lennerstrand et al., 1995; Newman & East, 2000; Preslan & Novak, 1998). Strabismus (scheelzien) en refractieafwijkingen zijn risicofactoren voor het ontstaan van amblyopie. De prevalentie van alle drie de aandoeningen samen is bij kinderen jonger dan 6 jaar 2-6% (Schaapveld en Hirasings, 1997; Snowdon en Stewart-Brown, 1997). Ook sommige zeldzame aangeboren afwijkingen, zoals cataract (troebele ooglen) kunnen leiden tot amblyopie. Amblyopie wordt gezien als een belangrijke oorzaak van visusvermindering (Leerdam et al., 2005). Onbehandelde amblyopie kan op latere leeftijd leiden tot blindheid in het amblyope oog. De effecten van amblyopie zijn op latere leeftijd niet/tot moeilijk meer te corrigeren omdat het gezichtvermogen dan al geheel is ontwikkeld. Dit is het geval op 8-jarige leeftijd. Er wordt verondersteld dat minder goed zicht gevolgen heeft voor het functioneren op sociaal, psychisch en cognitief gebied (Van Velzen-Mol, 2002). Aangenomen wordt dat eenzijdige of een beperkte visus van invloed kan zijn op de leerprestaties van een kind. De risicofactor strabismus kan tot psychische problemen leiden. Naar de invloed van amblyopie (en andere oogafwijkingen) op de kwaliteit van leven is echter nog niet erg veel onderzoek gedaan (Van Leerdam et al., 2005). Om de veronderstelde gezondheidsproblemen te voorkomen, wordt er door de JGZ bij jonge kinderen gescreend op amblyopie en risicofactoren als strabismus en refractieafwijkingen. Er zijn aanwijzingen dat hoe jonger het kind is hoe beter amblyopie kan worden behandeld. Behandeling is waarschijnlijk het meest effectief als het kind jonger is dan zeven jaar (Van Velzen-Mol, 2002). Op de zeldzamere aandoeningen als cataract wordt niet specifiek gescreend, maar deze afwijkingen kunnen wel met de standaardscreeningsmethoden worden opgespoord (Van Velzen-Mol, 2002). Over de effecten van screening lopen de meningen uiteen (Leerdam et al., 2005). Zo blijkt aan de ene kant uit een literatuurstudie dat de effecten niet onomstotelijk door onderzoek zijn aangetoond (Powell et al., 2005). Aan de andere kant lijkt er toch enig bewijs te zijn voor de invloed van screening gevolgd door behandeling op de prevalentie van amblyopie. De resultaten van de Rotterdam Amblyopia Screening Effectiveness Study (RAMSES) laten zien dat screening leidt tot een afname van de prevalentie op 7-jarige leeftijd (Groenewoud et al., 2005). Wanneer een kind een afwijkende uitslag heeft op een oogtest, verwijst de JGZ-arts door naar de huisarts. Deze verwijst vaak weer direct door naar de oogarts of orthoptist.

8. Actieve follow-up na verwijzing voor afwijkende uitslag van visusonderzoek	
<i>Rationale</i>	Uit de literatuur komt naar voren dat het volgen van het kind door de JGZ na de verwijzing nog niet optimaal verloopt (Van Velzen-Mol, 2002). Er is niet altijd sprake van terugrapportage tussen de betrokken beroepsgroepen (huisarts, oogarts, orthoptist, JGZ-artsen). Hierdoor kan het voorkomen dat kinderen na verwijzing niet onderzocht worden en dus niet de benodigde behandeling krijgen zonder dat iemand dat weet. Uit de resultaten van de Rotterdam Amblyopia Screening Effectiveness Study (RAMSES) komt naar voren dat 39% van de kinderen die een afwijkende uitslag hebben op de Vroegtijdige Onderkenning van Visuele Stoornissen (VOV)-test niet verder worden onderzocht. De reden hiervoor is onduidelijk (Groenewoud et al., 2005; Jutmann et al., 2001). In de JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen wordt dan ook aanbevolen dat de betrokken beroepsgroepen beter aan elkaar moeten rapporteren en dat de JGZ het kind na de verwijzing actief blijft volgen (Van Velzen-Mol, 2002). Dit houdt in dat een JGZ-medewerker navraag doet bij de behandelend arts en/of de ouders over de diagnose.
<i>Definitie</i>	Indicator 8.1 Het percentage 3-jarigen dat is verwezen waarvan een JGZ-medewerker zes maanden na de verwijzing weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener waarnaar is verwezen, van alle 3-jarigen die in een peiljaar door een JGZ-arts zijn verwezen vanwege een afwijkende uitslag van het visusonderzoek. Indicator 8.2 Het percentage 5-jarigen dat is verwezen waarvan een JGZ-medewerker zes maanden na de verwijzing weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener waarnaar is verwezen, van alle 5-jarigen die in een peiljaar door een JGZ-arts zijn verwezen vanwege een afwijkende uitslag van het visusonderzoek.
<i>Teller/noemer</i>	Indicator 8.1 <i>Teller:</i> Aantal 3-jarigen dat in een peiljaar is verwezen waarvan een JGZ-medewerker zes maanden na de verwijzing weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener waarnaar is verwezen. <i>Noemer:</i> Aantal 3-jarigen dat in een peiljaar door een JGZ-arts is verwezen vanwege een afwijkende uitslag van het visusonderzoek. Indicator 8.2 <i>Teller:</i> Aantal 5-jarigen dat in een peiljaar is verwezen waarvan een JGZ-medewerker zes maanden na de verwijzing weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener waarnaar is verwezen. <i>Noemer:</i> Aantal 5-jarigen dat in een peiljaar door een JGZ-arts is verwezen vanwege een afwijkende uitslag van het visusonderzoek.

8. Actieve follow-up na verwijzing voor afwijkende uitslag van visusonderzoek	
<i>Toelichting definitie</i>	Toelichting van begrippen zoals in de definitie gebruikt: • Verwezen: onder verwezen wordt verstaan kinderen die vanwege een afwijkende uitslag van een visusonderzoek van een JGZ-medewerker het advies hebben gekregen verder onderzoek te laten doen door huisarts, oogarts of orthoptist. Onder 3-jarigen wordt verstaan: kinderen die door een JGZ-medewerker zijn beoordeeld op visusstoornissen op het contactmoment 3 jaar en/of 3 jaar en 9 maanden. • Weet of ze zijn aangekomen: hieronder wordt verstaan dat een JGZ-medewerker (werkzaam bij GGD of zorgorganisatie voor JGZ) over informatie beschikt waaruit blijkt dat het verwezen kind en/of de ouders contact heeft/hebben gehad met de zorgverlener waarnaar is verwezen. Die informatie heeft de JGZ-medewerker gekregen door eigen navraag bij ouders op het eerstvolgende contactmoment of bij de arts waarnaar is verwezen of uit een bericht afkomstig van huisarts, oogarts of orthoptist. • Zorgverlener waarnaar is verwezen: hieronder wordt verstaan de oogarts, de orthoptist of de huisarts.
<i>Frequentie</i>	De indicatorinformatie wordt tweejaarlijks aangeleverd.
<i>Leeftijd</i>	3 en 5 jaar
<i>Risico-correctie</i>	Niet van toepassing
<i>Interpretatie</i>	Hoe hoger het percentage, hoe beter.
<i>Verantwoordelijke ketenpartners</i>	Naast de GGD'en (afdeling JGZ) en Zorgorganisaties voor JGZ (0-4 jaar) zijn ook andere zorgaanbieders (vanwege terugmelding) verantwoordelijk voor de indicatorscore.
<i>Registratie</i>	Gegevens die voortvloeien uit een contact tussen JGZ en kind komen in een papieren dossier of worden opgeslagen in een registratiesysteem (bijvoorbeeld digitaal dossier JGZ oftewel EKD). De gegevens zouden dus beschikbaar moeten zijn. De inspanningsvereisten om deze gegevens te verkrijgen, zullen van de toegankelijkheid van het papieren of elektronische dossier afhangen. Het EKD komt in 2011 beschikbaar. In de basisdataset van de digitale JGZ-dossiers zit een veld voor afwijkende uitslag van een visusonderzoek. De gegevens over verwijzing worden door de JGZ-medewerker genoteerd in het dossier van het betreffende kind. Ook indien bijvoorbeeld ouders niet met het kind naar oogarts zijn gegaan, wordt dit in het dossier geregistreerd.
<i>Opmerkingen</i>	• Momenteel is een nieuwe richtlijn over visuele stoornissen in ontwikkeling, deze zal in 2009 uitkomen. • De termijn van zes maanden na verwijzing is gehanteerd omdat deze in de standaard staat (Van Velzen-Mol, 2002). Aangenomen wordt dat hierover in het veld consensus bestaat. • De JGZ dient op de volgende contactmomenten aandacht te besteden aan oogonderzoek : 4e of 8e week, 3 maanden of 4 maanden, 6 maanden, 7,5 maanden of 9 maanden, 14 maanden, 18 maanden of 2 jaar, 3 jaar, 3,9 jaar en 5 jaar of groep 2 basisonderwijs (Dunnink en Lijs-Spek, 2008). Er is uiteindelijk gekozen voor de contactmomenten 3 jaar, 3,9 jaar en 5 jaar omdat daardoor onder andere onderscheid kan worden gemaakt tussen de zorg voor 0-4-jarigen en de zorg voor 4-19-jarigen. • Bij de rapportage hebben oogarts, huisarts en orthoptist ook een taak. • Bij voorkeur zijn de gegevens af te leiden uit het EKD.

8. Actieve follow-up na verwijzing voor afwijkende uitslag van visusonderzoek	
	Door taakherschikking worden de visustesten op 3 jaar en 3 jaar en 9 maanden vaak uitgevoerd door de JGZ-verpleegkundige en of consultatiebureauassistente. Vandaar dat wij hier spreken van JGZ-medewerker. De JGZ-arts draagt wel de eindverantwoordelijkheid voor de eventuele verwijzing.
Relevante richtlijn	JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen 0-19 jaar (Van Velzen-Mol, 2002)
Literatuur	Donkers E, Wittebol-Post D. Oogheelkundige screening bij kinderen. Assen: Van Gorcum, 1998. Dunnink G, Leijds-Spek WJG. Activiteiten Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar per Contactmoment. RIVM-rapport 295001001. Bilthoven: RIVM, 2008. Eibschitz-Tsimhoni M, Friedman T, Naor J. Photoscreening for amblyogenic risk factors lowers the prevalence and the severity of amblyopia. J AAPOS 2000; 4: 194-199. Groenewoud J.H., Juttmann R.E., Lantau V.K., Hoogeveen W.C., Faber J.T.H.N.de. Vroegtijdige onderkenning van visuele stoornissen 0-7 jaar. Rotterdam AMblyopia Screening Effectiveness Study (RAMSES) 1996-2005. Rotterdam: Erasmus MC, december 2005. Juttmann R, on behalf of the Rotterdam Amblyopia Screening Effectiveness Study (RAMSES) steering committee. The Rotterdam AMblyopia Screening Effectiveness Study (RAMSES): compliance and predictive value in the first 2 years. Br J Ophthalmol 2001; 85: 1332-1335. Leerdam F van, Raat H, HiraSing R. 2E Programmeringstudie effectonderzoek jeugdgezondheidszorg. Verslag van het literatuuronderzoek naar de effectiviteit van JGZ-activiteiten uit het basistakenpakket JGZ. Amsterdam/ Rotterdam/ Leiden: VU Medisch Centrum, Erasmus MC, TNO-Kwaliteit van Leven, 2005. Lennerstrand G, Jakobsson P, Kvarnström G. Screening for ocular dysfunction in children: approaching a common program. Acta Ophthalmol Scand Suppl 1995: 26-38. Newman D, East M. Prevalence of amblyopia among defaulters of preschool vision screening. Ophthalmic Epidemiol 2000; 7: 67-71. Powell C, Porooshani H, Bohorquez MC, Hatt S. Screening for amblyopia in childhood. Cochrane Database Syst Rev 2005; 20 (3): CD005020. Preslan M, Novak AA Baltimore Vision Screening Project. Phase a. Ophthalmology, 1998; 105: 150-153. Schaapveld K, HiraSing RA. Preventiegids; een praktisch overzicht van preventieprogramma's voor huisartsen, verloskundigen en medewerkers van de jeugdgezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 1997. Snowdon SK, Stewart-Brown SL. Preschool vision screening. Health Technol Assess 1997; 1: 1-83. Velzen-Mol van (red.). JGZ-Standaard Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar. Houten/Diegem: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

9. Voórkomen van gunstig gebruik van ventilatie	
<i>Type indicator</i>	Uitkomstindicator
<i>Kwaliteitsdomein</i>	Effectiviteit
<i>Rationale</i>	Door een gebrek aan ventilatie in huizen (vanwege onder andere energiebesparing en inbraakpreventie) is het binnenmilieu aanzienlijk verslechterd (Passchier-Vermeer et al., 2001; Van Veen et al., 2001). Door gestegen welvaart neemt ook het aantal bronnen voor verontreiniging toe evenals de bronsterkte (GGD Nederland, 2007). Dit zorgt ervoor dat bepaalde stoffen binnenshuis in veel hogere concentraties voorkomen dan voor buitenshuis is toegestaan (Peters, 1997). Met de hoge luchtdichtheid van woningen neemt de kans op allerlei gezondheidsrisico's toe. Wanneer de lucht onvoldoende vaak ververst wordt, blijven de verontreinigende stoffen in huis hangen. Van radongas, tabaksrook, verbrandingsgassen en vocht is bekend dat ze tot gezondheidsklachten kunnen leiden. Bijvoorbeeld hoofdpijn, klachten aan het ademhalingsstelsel en kanker. Omdat mensen circa 85% van de tijd in een gebouw doorbrengen (waarvan 70% in de eigen woning), wordt de kwaliteit van de binnenlucht gezien als een belangrijke determinant voor de gezondheidstoestand van de bevolking (Jochems et al., 2005; Alphen et al., 2007). Een groot deel van de gezondheidsrisico's kan voorkomen of opgelost worden door het aantal verontreinigende bronnen te beperken en/of de ventilatie in een woning te optimaliseren. Een beter binnenmilieu kan door een GGD gestimuleerd worden via voorlichting aan burgers en instanties en beleidsadvisering aan gemeenten. De invloed van een GGD is echter gering omdat bijvoorbeeld gedrag moeilijk is te beïnvloeden.
<i>Definitie</i>	Het percentage personen van 19-65 jaar dat woont in een huis met gunstig gebruik van ventilatie, van alle personen van 19-65 jaar die de vragen over binnenmilieu uit de Lokale en Nationale Monitor hebben ingevuld.
<i>Teller/noemer</i>	<i>Teller:</i> Aantal personen uit de noemer dat in een huis woont met een gunstig gebruik van ventilatie <i>Noemer:</i> Aantal personen van 19-65 jaar wonend in het werkgebied van een GGD dat de vragen over binnenmilieu uit de Lokale en Nationale Monitor heeft ingevuld.
<i>Toelichting definitie</i>	Toelichting van begrippen zoals in de definitie gebruikt: • Gunstig gebruik van ventilatie: 24 uur per dag ventileren. Deze norm is gebaseerd op de uitkomsten van een Delphi-onderzoek en aansluitende panelbijeenkomst waarin deskundigen zijn gevraagd de kwaliteit van de indicatoren te beoordelen. • Vragenlijst: de niet-facultatieve standaardvraagstelling Binnenmilieu van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid (RIVM, 2006). Deze gaat over ventilatie. De gezondheidsenquête wordt aan een steekproef uit de populatie 19-65-jarigen in het werkgebied van een GGD gestuurd.
<i>In-/exclusie</i>	Exclusie (noemer): mensen van 19-65 jaar wonend in het werkgebied van een GGD die de betreffende vragen deels en/of foutief hebben ingevuld.
<i>Frequentie</i>	De indicatorinformatie wordt tweejaarlijks aangeleverd.

9. Voórkomen van gunstig gebruik van ventilatie	
<i>Leeftijd</i>	19-65 jaar
<i>Risico-correctie</i>	Niet van toepassing
<i>Interpretatie</i>	Deze indicator geeft een prevalentiecijfer: de prevalentie van gunstig gebruik van ventilatie. De hoogte van de prevalentie kan <i>niet</i> geïnterpreteerd worden als maat voor de kwaliteit van het functioneren van een GGD. <i>Wel</i> is het kunnen beschikken over een prevalentiecijfer een aanwijzing voor goed uitvoeren van de monitoringsfunctie (epidemiologie) van een GGD.
<i>Verantwoordelijke ketenpartners</i>	Gunstig gebruik van ventilatie wordt bepaald door allerlei factoren. De invloed van een GGD is op de indicatorscore is gering. Gunstig gebruik van ventilatie wordt ook ingegeven door de juiste voorzieningen. Voor de aanpak van de bronnen van vervuiling (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een afvoerloze geiser) van de binnenlucht is de GGD afhankelijk van de medewerking van gemeente en woningcorporatie. In die zin is deze indicator eerder een volksgezondheidsindicator dan een prestatie-indicator voor de OGZ. Voor het feit of hierover cijfers bekend zijn, is de GGD verantwoordelijk.
<i>Registratie</i>	De gegevens zijn af te leiden uit de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid die vierjaarlijks wordt uitgevraagd.
<i>Opmerkingen</i>	• In principe zijn burgers zelf verantwoordelijk voor de kwaliteit van het binnenmilieu. Er zijn echter factoren die de kwaliteit van het binnenmilieu beïnvloeden waar burgers zelf vrij weinig invloed op kunnen uitoefenen. De bouwkundige aspecten van een woning en de omgeving waarin men woont bijvoorbeeld. Op dit punt kunnen gemeente, woningcorporaties en bouwbedrijven een belangrijke rol spelen. • Kanttekening bij deze indicator is dat regio's met veel woningen met goede ventilatievoorzieningen waarschijnlijk een gunstige score op deze indicator laten zien omdat bewoners weinig hoeven te doen om toch een gunstige ventilatie te bereiken. Nog nagegaan moet worden of de verdeling van woningen met goede ventilatievoorzieningen tussen regio's verschilt en of de verschillen zodanig groot zijn dat hiervoor gecorrigeerd moet worden. • De hier gegeven indicatorbeschrijving wijkt iets af van de vraagstelling uit de Lokale en Nationale Monitor en ook van de vraagstelling zoals gehanteerd in de basisset Indicatoren voor de OGZ (2007) van de IGZ. De vraagstelling uit de basisset is gekoppeld aan de standaardvraagstelling uit de monitor. In 2008 is door de IGZ gevraagd naar het aantal 19-65-jarigen dat woonachtig is in huizen met een gunstig gebruik van ventilatie waarvan de GGD informatie heeft over binnenhuismilieu. In onderhavige indicator is de noemer gespecificeerd als 'aantal personen van 19-65 jaar wonend in het werkgebied van een GGD dat de vragen over binnenmilieu uit de Lokale en Nationale Monitor heeft ingevuld'. • Deskundigen gaven tijdens een Delphi-onderzoek en aanvullende panelbijeenkomst aan de definitie van gunstig ventilatiegebruik uit de standaardvraagstelling van de Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid (RIVM, 2006) niet afdoende te vinden. De gehanteerde norm werd vrij minimaal bevonden. • Deskundigen hebben in een Delphi-onderzoek en aanvullende panelbijeenkomst aangegeven dat ventilatie een randvoorwaarde is voor een gunstig binnenmilieu. De aanpak van de bronnen van vervuiling (afvoerloze geiser en slecht onderhoud van verbrandingstoestellen) is volgens hen nog belangrijker dan voorlichting over gunstig ventilatiegedrag. • Het vaststellen van gunstige ventilatie gebeurt door middel van

9. Voórkomen van gunstig gebruik van ventilatie	
	vragenlijstonderzoek. Dit type onderzoek brengt allerlei haken en ogen met zich mee. Mensen schatten hun gedrag te positief in, geven sociaal wenselijke antwoorden en/of begrijpen de vragen niet. De antwoorden en de werkelijke ventilatie correleren slecht. Een indicatoruitkomst is dan ook lastig te interpreteren. • Het effect van voorlichting over ventileren op de gezondheidstoestand is onduidelijk omdat er nog niet tot nauwelijks goed effectonderzoek naar is gedaan.
<i>Relevante richtlijn</i>	GGD-richtlijn Voorlichting Gezond Wonen (Jochems et al., 2005)
<i>Literatuur</i>	Alphen T van, Staatsen B, Balen E van, Vros C. Bouwstenen voor gezondheid & milieubeleid. RIVM-rapport 630789001. Bilthoven: RIVM, 2007. GGD Nederland. Suggesties voor lokaal gezondheidsbeleid. Wat kunnen gemeenten doen voor een gezond binnenmilieu in scholen, kindercentra en woningen? Utrecht: GGD Nederland, 2007. IGZ. Indicatoren openbare gezondheidszorg. Basisset 2007. Den Haag: IGZ, 2007. Jochems D, Bergmans M, Peters H, Riet N van, Brederode N van. GGD-richtlijn Voorlichting Gezond Wonen. Landelijk Centrum Medische Milieukunde, 2005. Kramers P and ECHI team. Public Health indicators for the European Union: Context, selection, definition. Final report by the ECHI-project Phase 2. RIVM-rapport 271558006. Bilthoven: RIVM, 2005. Passchier-Vermeer W, Kluizenaar Y de, Steenbekkers J, Dongen J van. Milieu en Gezondheid 2001: Overzicht van risico's doelen en beleid. PG/VGZ/2001.95. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2001. Peters W. Gezond binnenmilieu Noord-Holland Noord. Verslag van een voorlichtingsproject. Utrecht: GGD'en Noord Holland Noord i.s.m. LVGGD, 1997. RIVM. Lokale en Nationale Monitor Volksgezondheid. Standaardvraagstelling Binnenmilieu. Vastgesteld d.d. 23 januari 2006. < http://www.monitorgezondheid.nl/volksindicatoren.aspx> (bezocht 16 oktober 2008a), 2006. Veen MP van, Crommentuijn LEM, Janssen MPM, Hollander AEM de. Binnenmilieu-kwaliteit: ventilatie en vochtigheid. Een studie voor Milieuverkenning 5. RIVM rapport 630920001. Bilthoven: RIVM, 2001.

10. Afhandeling meldingen binnenmilieu	
Type indicator	Indicatoren 10.1-10.3: procesindicatoren; Indicator 10.4: uitkomstindicator
Kwaliteitsdomein	Effectiviteit, Klantgerichtheid
Rationale	Door een gebrek aan ventilatie in huizen (vanwege onder andere energiebesparing en inbraakpreventie) is het binnenmilieu aanzienlijk verslechterd (Passchier-Vermeer et al., 2001; Van Veen et al., 2001). Door gestegen welvaart neemt ook het aantal bronnen voor verontreiniging toe evenals de bronsterkte (GGD Nederland, 2007). Dit zorgt ervoor dat bepaalde stoffen binnenshuis in veel hogere concentraties voorkomen dan voor buitenshuis is toegestaan (Peters, 1997). Met de hoge luchtdichtheid van woningen neemt de kans op allerlei gezondheidsrisico's toe. Wanneer de lucht onvoldoende vaak ververst wordt, blijven de verontreinigende stoffen in huis hangen. Van radongas, tabaksrook, verbrandingsgassen en vocht is bekend dat ze tot gezondheidsklachten kunnen leiden. Bijvoorbeeld hoofdpijn, klachten aan het ademhalingsstelsel en kanker. Het afhandelen van (gezondheids)meldingen is een belangrijke taak van de afdeling MMK (LCM, 2004). Zij besteedt aan reactief handelen (naar aanleiding van melding) relatief de meeste tijd. Bovendien is dit een activiteit die iedere GGD moet uitvoeren. Uit overleg met MMK-medewerkers blijkt dat het registreren niet altijd optimaal verloopt. Tijdgebrek is daarvoor vaak een belangrijke oorzaak. De meldingen moeten niet alleen worden afgehandeld dit moet idealiter ook naar wens van de klant gebeuren. Tevredenheid over de klachtafhandeling is daarom hier opgenomen. In de richtlijn koolmonoxide wordt gepleit voor nazorg (Kerkhoff et al., 2008). Dat houdt in het navragen bij de burger of een instantie wat er met de adviezen is gebeurd en/of een controlemeting uitvoeren. Uit de praktijk blijkt namelijk dat de adviezen soms niet of onjuist worden opgevolgd. Voor zover wij kunnen overzien, is op dit moment niet bekend in hoeverre de afhandeling van meldingen de gezondheidstoestand verbeterd. In individuele gevallen wordt verondersteld dat een goede afhandeling van invloed is op welzijn en eventueel gezondheid.
Definitie	Indicator 10.1: Het percentage meldingen dat is afgehandeld, van alle binnengekomen meldingen. Indicator 10.2: Het percentage meldingen dat is doorverwezen, van alle binnengekomen meldingen. Indicator 10.3: Het percentage indieners van meldingen die kunnen wijzen op CO-problematiek waarbij aan nazorg is gedaan, van alle indieners van meldingen die kunnen wijzen op CO-problematiek. Indicator 10.4:

10. Afhandeling meldingen binnenmilieu	
	Het percentage indieners van meldingen dat tevreden is over de afhandeling, van alle indieners van meldingen bij wie navraag is gedaan.
<i>Teller/noemer</i>	Indicator 10.1: <i>Teller:</i> Het aantal meldingen dat is afgehandeld. <i>Noemer:</i> Het aantal binnengekomen meldingen. Indicator 10.2: <i>Teller:</i> Het aantal meldingen waarbij de indieners zijn doorverwezen. <i>Noemer:</i> Het aantal binnengekomen meldingen. Indicator 10.3: <i>Teller:</i> Het aantal indieners van meldingen die kunnen wijzen op CO-problematiek waarbij aan nazorg is gedaan. <i>Noemer:</i> Het aantal indieners van meldingen die kunnen wijzen op CO-problematiek. Indicator 10.4: <i>Teller:</i> Het aantal indieners van meldingen dat tevreden is over de afhandeling. <i>Noemer:</i> Het aantal indieners van meldingen bij wie navraag is gedaan.
<i>Toelichting definitie</i>	Toelichting van begrippen zoals in de definitie gebruikt: • Doorverwezen: het advies van een MMK-medewerker aan een indiener van een melding om contact op te nemen met een hulpverlener (bijvoorbeeld huisarts) of een instantie (milieudienst, woningcorporatie) die de klacht dan wel het binnenmilieuprobleem zouden kunnen verhelpen. • Afgehandeld: meldingen die direct telefonisch dan wel door persoonlijke waarneming tijdens een huisbezoek/meting zijn afgehandeld (met uitzondering van van doorverwijzingen) door een MMK-medewerker. Doorverwezen wordt niet als afhandeling gerekend. • Binnengekomen meldingen: gezondheidsklachten of ongerustheid van burgers die telefonisch of schriftelijk bij de afdeling MMK van een GGD binnenkomen. • CO-problematiek: meldingen die doen vermoeden dat er mogelijk sprake is van acute of chronische CO-vergiftiging. • Nazorg: een MMK-medewerker gaat na of de gegeven adviezen zijn opgevolgd door bijvoorbeeld contact op te nemen met de bewoners of Bouw- en Woningtoezicht of door zelf controlemetingen uit te voeren. • Tevreden: de mate van tevredenheid wordt bepaald door de deze te laten scoren van 1 tot en met 10 en door te vragen naar de oorzaak van de tevredenheid (is deze toe te schrijven aan de afdeling MMK), of het probleem is opgelost en hoe lang afhandeling heeft geduurd. • Navraag: een MMK-medewerker neemt contact op met de indiener van een

10. Afhandeling meldingen binnenmilieu	
	melding om te vragen of hij tevreden was over de afhandeling van de melding.
<i>In-/exclusie</i>	Inclusie: - Meldingen van burgers wonend in het werkgebied van een GGD in het peiljaar. Exclusie: - Meldingen die niet in het peiljaar zijn gemeld aan de afdeling MMK van een GGD.
<i>Frequentie</i>	De indicatorinformatie wordt tweejaarlijks aangeleverd.
<i>Leeftijd</i>	Niet van toepassing
<i>Risico-correctie</i>	Niet van toepassing
<i>Interpretatie</i>	Hoe meer, hoe beter.
<i>Verantwoordelijke ketenpartners</i>	GGD (afdeling medische milieukunde).
<i>Registratie</i>	Circa 80% van alle GGD'en gebruikt sinds april 2004 het uniforme registratiesysteem Osiris. Hierin worden (gezondheids)meldingen over onder andere binnenmilieu vastgelegd, evenals gegevens over de afhandeling ervan (Dusseldorp et al., 2007). Omdat de categorie doorverwijzingen niet geregistreerd wordt in Osiris, vraagt het aanleveren hiervan een extra inspanningsvereiste voor GGD'en. Klanttevredenheid wordt niet standaard geregistreerd, daarom zullen GGD'en voor het berekenen van indicator 10.4 een klanttevredenheidsonderzoek moeten uitvoeren. Het uitvoeren van een dergelijk onderzoek om de drie jaar is een vereiste voor de verplichte HKZ-certificering.
<i>Opmerkingen</i>	- Het gaat om meldingen van mensen die de GGD weten te vinden. De meldingen zijn een afspiegeling van deze groep mensen en zijn niet representatief voor de gehele bevolking. Het aantal meldingen is onder andere afhankelijk van de aandacht die een GGD of de media aan een bepaald binnenmilieu-onderwerp besteedt (Dusseldorp et al., 2007). - Over de vraag of het informatief is om een tijdsnorm bij indicator 10.1 en 10.2 toe te voegen, (bijvoorbeeld percentage afgehandelde of doorverwezen meldingen binnen zeven dagen) was verschil van mening in een deskundigenpanel. Tegenwerpingen waren dat de mate van urgentie afhankelijk is van de ernst van de melding, en dat de snelheid van handelen sterk afhankelijk is van het aantal fte's dat beschikbaar is voor afhandeling van meldingen. Dat laatste hangt weer samen met de prioriteiten die GGD-directies en de gemeenten stellen. - Wanneer een GGD heel veel vragen krijgt, is het waarschijnlijk lastiger om deze allemaal af te handelen. Hierdoor neemt de kans op tevredenheid van de klant over de afhandeling mogelijk af. Wanneer een GGD heel weinig vragen krijgt, is de kans groter dat deze naar tevredenheid van de klant worden afgehandeld. De mate van tevredenheid kan onder meer afhankelijk zijn van het aantal fte's MMK waar een GGD over beschikt. Hier kan een GGD maar zeer beperkt invloed op uitoefenen, de gemeente bepaalt dit. De hoeveelheid vragen zegt echter niks over het functioneren van een GGD. Als een GGD weinig vragen krijgt hoeft dat niet te betekenen dat deze goed functioneert. Het tegendeel zou ook mogelijk kunnen zijn. - Om een HKZ-certificaat MMK te ontvangen moet een afdeling MMK klantervaringen (van bijvoorbeeld een burger) via een vastgestelde werkwijze in kaart brengen. De uitkomsten van dit onderzoek moeten geregistreerd en

10. Afhandeling meldingen binnenmilieu	
	geëvalueerd worden. Een afdeling MMK hoeft volgens het HKZ-certificatieschema alleen aan nazorg te doen als de klant (de ontvanger van de zorg, dat kan ook een ketenpartner zijn) erom vraagt (Stichting HKZ, 2006). Wat er precies onder nazorg wordt verstaan, wordt in het certificatieschema MMK niet expliciet benoemd. • Klanttevredenheid wil overigens niet zeggen dat de door de MMK-medewerker verstrekte adviezen correct waren, of dat er volgens de richtlijn gewerkt wordt. Het kan wel een indicatie zijn van de perceptie van de burger over de kwaliteit van de geleverde zorg, al moet daarbij meteen worden aangetekend dat een hoop factoren van invloed zijn op tevredenheid. Bijvoorbeeld de vriendelijkheid van de telefoniste en de mate waarin het probleem is opgelost. Omdat dit niet altijd zaken zijn die gerelateerd zijn aan de kwaliteit van de geleverde zorg door een afdeling MMK is het van belang dit bij de uitkomsten mee te wegen of er uit te filteren. Bijvoorbeeld door bij indicator 10.4 ook na te vragen waarop de tevredenheid is gebaseerd. • Opgemerkt dient te worden dat meldingen die kunnen wijzen op acute of chronische CO-vergiftiging (die vooral afkomstig zijn van brandweer of woningcorporatie) weinig voorkomen. Het aantal gevallen van nazorg zal dus ook beperkt zijn. Vanwege de ernst van het gezondheidsprobleem is deze indicator toch opgenomen.
<i>Relevante richtlijn</i>	• Handboek Binnenmilieu 2007 (Peeters, 2007). • GGD-richtlijn medische milieukunde: koolmonoxide in woon- en verblijfsruimten (Kerkhoff et al., 2008).
<i>Literatuur</i>	Dusseldorp A, Poll R van, Hall L. Meldingen van milieugerelateerde gezondheidsklachten bij GGD'en. Inventarisatie 2004-2006. RIVM-rapport 609330001. Bilthoven: RIVM, 2007. GGD Nederland. Suggesties voor lokaal gezondheidsbeleid. Wat kunnen gemeenten doen voor een gezond binnenmilieu in scholen, kindercentra en woningen? Utrecht: GGD Nederland, 2007. Kerkhoff R, Boels E, Knapen L van, Poelman B, Zwart Voorspuij W, Brederode N van. GGD-richtlijn medische milieukunde: koolmonoxide in woon- en verblijfsruimten. RIVM-rapport 609330006. Bilthoven: RIVM, 2008. LCM. Uitvoeringsplan Project Versterking Medische Milieukunde. Rotterdam: Landelijk Centrum Medische Milieukunde, 2004. Passchier-Vermeer W, Kluizenaar Y de, Steenbekkers J, Dongen J van. Milieu en Gezondheid 2001: Overzicht van risico's doelen en beleid. PG/VGZ/2001.95. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2001. Peeters E (red.). Handboek Binnenmilieu 2007. Rotterdam: Landelijk Centrum Medische Milieukunde, 2007 Peters W. Gezond binnenmilieu Noord-Holland Noord. Verslag van een voorlichtingsproject. Utrecht: GGD'en Noord Holland Noord i.s.m. LVGGD, 1997. Stichting HKZ. Medisch Milieukundige Zorg. Certificatieschema versie 2006. Utrecht: Stichting HKZ, 2006. Veen MP van, Crommentuijn LEM, Janssen MPM, Hollander AEM de. Binnenmilieu-kwaliteit: ventilatie en vochtigheid. Een studie voor Milieuverkenning 5. RIVM rapport 630920001. Bilthoven: RIVM, 2001.

Bijlage 7 – Uitvoering Delphi-onderzoek en panelbijeenkomst

Inleiding

Na de ontwikkeling van conceptindicatoren, volgt de fase van meten van de kwaliteit van de indicatoren. Dat kan gedaan worden door een panel van deskundigen zich uit te laten spreken over een aantal belangrijke eigenschappen van de ontwikkelde indicatoren, zoals relevantie, validiteit, betrouwbaarheid, bruikbaarheid en haalbaarheid. In dit onderzoek hebben we daartoe de een Delphi-onderzoek uitgevoerd, dat werd gevolgd door een plenaire panelbijeenkomst. In deze bijlage worden de gehanteerde methode en resultaten kort besproken. Voor algemene informatie over het gebruik van consensusmethoden bij de beoordeling van de kwaliteit van ontwikkelde indicatoren, verwijzen wij naar Deel 1, stap 11.

Algemene beschrijving van Delphi-onderzoek en panelbijeenkomst

Een Delphi-onderzoek is een systematische ondervraging van deskundigen met als doel vast te stellen in welke mate de oordelen van deskundigen over een bepaald onderwerp overeenkomt. Bij indicatorontwikkeling wordt getracht met een Delphi-onderzoek een eensluidende mening te krijgen over de eigenschappen van indicatoren, of als dat niet lukt, helder te krijgen waarover verschil van mening is. In dit onderzoek is gekozen voor een Delphi-onderzoek met twee ronden en een aansluitende panelbijeenkomst. Deze variant lijkt sterk op de consensusmethode zoals ontwikkeld door de RAND Corporation/University of California Los Angeles (UCLA) om de gepastheid en noodzakelijkheid van medische verrichtingen te meten. De RAND-appropriateness-methode, ook wel ‘modified Delphi method’ genoemd, bestaat uit één schriftelijke ronde gevolgd door een panelbijeenkomst. Het voordeel van het invoegen van een tweede ronde is dat de deelnemers de antwoorden die gegeven zijn in de eerste ronde rustig kunnen overdenken in de eigen omgeving. Dit is vooral van belang als de deelnemers in de eerste ronde toelichtende opmerkingen kunnen noteren en het gewenst is deze terug te koppelen naar alle deelnemers. Een plenaire bijeenkomst kan ertoe bijdragen dat problemen verhelderd worden, wat kan leiden tot betere interpretatie van de keuzes van de deskundigen. Voor de panelbijeenkomst kunnen alle panelleden uitgenodigd worden, of een deel van het panel. Het is van belang dat minstens één vertegenwoordiger van alle betrokken disciplines op de panelbijeenkomst aanwezig is. Tijdens de bijeenkomst worden de uitkomsten van de schriftelijke ronde(n) gepresenteerd en worden de indicatoren vervolgens plenair besproken. Naast de algemene doelstellingen van het Delphi-onderzoek, is het doel van een panelbijeenkomst het helder krijgen van de achtergronden bij meningen van het panel (met name als er verschil van mening is) en het genereren van mogelijke oplossingsrichtingen. Op de panelbijeenkomst kan aan de deelnemers ook gevraagd worden om een eindwaardering aan de voorgelegde indicatoren te geven.

Toepassing in dit onderzoek

Het Delphi-onderzoek zoals wij hebben uitgevoerd, kende meerdere fasen:

1. Keuze experts

Om ervoor te zorgen dat het panel van deskundigen een goede afspiegeling zou zijn van alle belanghebbenden, zijn zowel mensen uit de praktijk benaderd als wetenschappers en vertegenwoordigers van brancheorganisaties. Omdat de indicatoren over twee taakvelden van de OGZ gaan, is besloten de deelnemers in twee groepen in te delen. Een voor de beoordeling van de indicatoren op het gebied van de JGZ en een op het gebied van de MMK. Op basis van een quick scan van de literatuur en het eigen netwerk van de leden van de werkgroep is een aantal experts geselecteerd. Enkele hiervan zagen af van deelname omdat zij zichzelf niet kundig genoeg achtten op het betreffende terrein, of omdat zij geen tijd konden vrijmaken. De leden van de werkgroep maakten geen deel uit van het panel. In Bijlage 1 is de samenstelling van het panel opgenomen.

2. Schriftelijke ronden

Er is gekozen voor twee schriftelijke ronden. In de eerste ronde werden de deelnemers gevraagd de indicatoren op een zestal eigenschappen te beoordelen, te weten: relevantie, validiteit, reproduceerbaarheid, bruikbaarheid voor de zorg, bruikbaarheid voor toezicht en haalbaarheid. Voor elke indicator ontvingen de deelnemers een descriptive sheet (voorzien van achtergrondinformatie) en een beoordelingsformulier. Op het formulier konden de deelnemers op een 9-punts Likertschaal aangeven of zij vonden dat de indicator op een bepaalde eigenschap goed of slecht scoorde (1 = slecht tot 9 = goed).

De resultaten uit de eerste ronde zijn in de tweede ronde anoniem teruggekoppeld aan alle deelnemers. De deelnemers kregen een beoordelingsformulier met daarop de frequentieverdeling van de scores uit de eerste ronde en hun eigen score. Tevens ontvingen de deelnemers een overzicht van opmerkingen uit de eerste ronde. De vraag aan de deelnemers was om op basis van deze informatie de indicatoren opnieuw te beoordelen.

Met behulp van de IPRAS-methode (Interpercentile Range Adjusted for Symmetry) van Fitch et al. (2001) zijn de scores van de deelnemers geanalyseerd. Daarbij wordt voor elke indicatoreigenschap (bijvoorbeeld relevantie) de mediane score en een spreidingsmaat berekend. De laatste geeft een indicatie van de mate van consensus binnen het panel over een bepaald aspect. Als ongeveer 30% van de scores in de bovenste en 30% in de onderste tertiël ligt, wordt de spreiding als groot aangemerkt. Om een samenvattende maat te verkrijgen voor het oordeel van het panel over een bepaalde eigenschap van een indicator, hebben wij de indeling gehanteerd zoals is weergegeven in Tabel B7.1.

Tabel B7.1 Gehanteerde samenvattende maat voor het oordeel van het panel over een bepaalde indicatoreigenschap, met de indicatoreigenschap 'relevantie' als voorbeeld.

Spreiding	Mediaan		
	1-3	4-6	7-9
Groot	? = onzeker	? = onzeker	? = onzeker
Klein	✕ = niet relevant	? = matig relevant	✓ = (zeer) relevant

In het gekozen voorbeeld betekent ‘?’ dat het panel de relevantie van de indicator als matig beoordeelde en/of dat er verschil van mening was (een mediane score van 4-6 en/of grote spreiding). ‘✓’ betekent dat het panel de indicator relevant vond, en dat hierover consensus was (een mediane score van 7-9 en kleine spreiding). ‘✕’ betekent dat het panel de indicator weinig relevant vond, en dat daar consensus over was (een mediane score 1-3 en kleine spreiding).

3. Plenaire bijeenkomst

Het Delphi-onderzoek werd afgesloten met een plenaire bijeenkomst waar de uitkomsten van de schriftelijke ronden werden gepresenteerd. Alle negentien deelnemers zijn hiervoor uitgenodigd. Tijdens de bijeenkomst is zowel over de afzonderlijke indicatoren als over de samenhang van de set plenair gediscussieerd. Om de mening van het panel te peilen, werd na afsluiting van de discussie bij elke indicator gestemd over handhaving of verwerping van de indicator. De mate van steun voor een indicator, blijkend uit deze stemmingen en voorafgaande discussies, hebben wij gekwantificeerd als ++, +, 0, - en --.

Van deze bijeenkomst is een verslag gemaakt. Hierin is ook een tabel met de semi-kwantitatieve mate van steun opgenomen. Het verslag is ter goedkeuring voorgelegd aan alle deelnemers aan het onderzoek. De aanvullingen en wijzigingen die de deelnemers doorgaven, hebben wij verwerkt. Het definitieve verslag is vervolgens door ons gebruikt bij de beschrijving van de stappen 11, zoals beschreven in Deel 2 van dit rapport.

Suggesties die de steun hadden van het merendeel van het panel zijn verwerkt in de indicatorbeschrijvingen. Voorstellen voor andere onderwerpen waarvoor indicatoren ontwikkeld zouden kunnen worden, zijn in dit rapport opgenomen als afzonderlijke aanbeveling aan de IGZ.

Resultaten Delphi-onderzoek en panelbijeenkomst

Respons

In totaal hebben negentien deskundigen toegezegd deel te nemen aan het Delphi-onderzoek. De deskundigen zijn op basis van hun kennis verdeeld in twee groepen: een groep die zich buigt over de indicatoren voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en een groep die zich buigt over medische milieukunde (MMK). Negen deskundigen vormden de JGZ-groep en tien de MMK-groep.

Van de benaderde JGZ-professionals hebben er zes (67%) gereageerd tijdens de eerste ronde, van de MMK-professionals negen (90%). Voor de tweede ronde reageerden uit elke groep drie deskundigen. De voornaamste reden voor de hoge non-respons in de tweede ronde was de korte termijn waarop gereageerd moest worden (binnen enkele werkdagen). Aan de plenaire bijeenkomst over de JGZ-indicatoren namen acht personen deel, aan die over de MMK-indicatoren zes (respectievelijk 89% en 60%).

Uitkomsten schriftelijke ronden

In totaal zijn 31 conceptindicatoren aan de deskundigen voorgelegd, waarvan 23 voor de JGZ en 8 voor MMK. Deze zijn beoordeeld op zes indicatoreigenschappen. Als resultaat van de schriftelijke ronden hanteren we de scores van de tweede ronde voor zover de panelleden daaraan deelgenomen hebben, en anders de scores van de eerste ronde.

Voor geen enkele JGZ-indicator was in het Delphi-onderzoek het oordeel van het panel voor alle zes indicatoreigenschappen positief (median score van 7-9 en consensus) (Tabel B7.2). Voor vijf JGZ-indicatoren was het oordeel voor vijf van de zes indicatoreigenschappen positief, bij negen indicatoren voor vier indicatoreigenschappen. Bij geen van de indicatoren werd een indicatoreigenschap als onvoldoende beoordeeld (median score van 1-3 en consensus).

Tabel B7.2 Panelbeoordeling van JGZ-indicatoren voor de indicatoreigenschappen relevantie, validiteit, reproduceerbaarheid, bruikbaarheid voor zorgorganisaties, bruikbaarheid voor toezicht en haalbaarheid.

<i>Indicator</i>	<i>Rel.</i>	<i>Valid.</i>	<i>Repr.</i>	<i>Bruikb. zorg</i>	<i>Bruikb. toezicht</i>	<i>Haalb.</i>
<i>SDQ en prevalentie psychosociale problemen</i>						
1.1 SDQ is afgenomen	√	?	√	√	√	√
1.2 Verhoogde score op SDQ	√	?	√	√	?	√
<i>Vroegsignalering</i>						
2.1 Instrument gebruikt, 4 jaar	√	?	?	?	?	?
2.2 Instrument gebruikt, 5 jaar	?	?	?	?	?	√
2.3 Instrument gebruikt, 10 jaar	√	?	√	√	?	√
2.4 Instrument gebruikt, 13 jaar	?	?	?	?	?	?
<i>Interventies</i>						
3.1 Door JGZ interventie ingezet	√	√	?	√	√	√
3.2 Verwezen naar een (mogelijk) effectief programma	√	?	√	√	√	?
<i>Actief volgen</i>						
4.1 Verwezen en JGZ weet of kind is aangekomen (0-4 jaar)	√	√	√	√	?	?
4.2 Verwezen en JGZ weet of kind is aangekomen (5-19 jaar)	√	√	?	√	√	?
4.3 Verwezen en JGZ weet of kind zorg heeft ontvangen (0-4 jaar)	√	√	√	?	√	?
4.4 Verwezen en JGZ weet of kind zorg heeft ontvangen (5-19 jaar)	√	√	?	√	√	?
<i>Prevalentie kindermishandeling</i>						
5.1 JGZ vermoedde kindermishandeling	√	?	?	√	√	?
<i>Gebruik van signaleringsinstrument</i>						
6.1 Vermoede gevallen dat is opgespoord met een instrument	?	?	?	√	?	?
<i>Procedure bij vermoeden</i>						
7.1 Vermoeden leidde tot een eerste gesprek	?	?	?	?	?	?
7.2 Eerste gesprek binnen 14 dagen na vermoeden	√	√	?	√	√	?
7.3 Vermoeden leidde tot actie	√	?	?	?	?	?
7.4 Tweede gesprek binnen 14 dagen na eerste	?	?	?	?	?	?

Indicator	Rel.	Valid.	Repr.	Bruikb. zorg	Bruikb. toezicht	Haalb.
Tijdig en actief volgen na verwijzing						
8.1 Binnen 14 dagen follow-up	√	?	?	?	?	?
Actieve follow-up na verwijzing amblyopie						
9.1 JGZ weet of 3-jarigen na 6 maanden zijn aangekomen	√	√	√	√	√	√
9.2 JGZ weet of 5-jarigen na 6 maanden zijn aangekomen	√	√	√	√	√	?
9.3 JGZ heeft na 6 maanden diagnose ontvangen van verwezen 3-jarigen	√	?	√	√	?	?
9.4 JGZ heeft na 6 maanden diagnose ontvangen van verwezen 5-jarigen	√	√	√	?	√	?

Voor de betekenis van de tekens: zie Tabel B7.1.

Na twee ronden was het paneloordeel bij één MMK-indicator (Aantal scholen dat is bezocht) voor alle zes indicatoreigenschappen positief, bij één indicator voor vijf en bij één indicator voor een indicatoreigenschap (zie Tabel B7.3). Eén indicator kreeg op twee aspecten een slechte beoordeling (Prevalentie wonen in een huis met gunstig gebruik van ventilatie).

Tabel B7.3 Panelbeoordeling MMK-indicatoren.

Indicator	Rel.	Valid.	Repr.	Bruikb. zorg	Bruikb. toezicht	Haalb.
Vóórkomen van gunstig gebruik van ventilatie						
1.1 Prevalentie wonen in een huis met gunstig ventilatiegebruik	?	✗	?	?	✗	√
Afhandeling klachten						
2.1 Afgehandelde klachten van binnengekomen	?	?	√	√	?	√
2.2 Afgehandelde klachten van in behandeling genomen	?	?	√	√	√	√
2.3 Afgehandelde of doorverwezen klachten van de binnengekomen	?	?	?	?	?	√
2.4 Nazorg bij klachten over CO	?	√	√	√	√	√
2.5 Tevreden over afhandeling klachten	?	√	√	?	?	√
Ventilatieadvies aan basisscholen						
3.1 Percentage bezochte scholen	√	√	√	√	√	√
Samenwerking met andere partijen bij CO-problematiek						
4.1 Aanpak van CO-problematiek	?	?	?	√	?	?

Voor de betekenis van de tekens: zie Tabel B7.1.

Uitkomsten panelbijeenkomst

De uitkomsten van beide schriftelijke rondes zijn in een plenaire bijeenkomst per taakveld besproken. Alle indicatoren uit de schriftelijke rondes zijn opnieuw voorgelegd aan het betreffende panel van deskundigen. In Deel 2 van dit rapport zijn de resultaten van de panelbijeenkomst weergegeven (stap 11 in hoofdstukken 4 tot en met 7 en hoofdstuk 8). Kort samengevat zijn van de 31 conceptindicatoren die zijn voorgelegd, 18 indicatoren geselecteerd, waarvan drie contextindicatoren. Voor twee specifieke indicatoren werd voorgesteld deze uit te splitsen naar meerdere leeftijdscategorieën met als resultante indicatoren 4.2 en 4.3. Bij de indicator over het percentage klachten dat is afgehandeld of is doorverwezen, werd voorgesteld een onderscheid te maken in type melding, met als gevolg indicatoren 10.1 en 10.2. Door deze wijzigingen zijn er in Tabel B7.4 geen 18, maar 21 indicatoren te vinden. Er werden ook nog twee alternatieve, verder te ontwikkelen indicatoronderwerpen voorgesteld, namelijk voor de primaire preventie van kindermishandeling en samenwerking met andere partijen bij de aanpak van vocht in de woning.

Tabel B7.4 Overzicht van de uiteindelijk door het panel geselecteerde indicatoren JGZ en MMK.

Psychosociale problemen bij jongeren van 0-19 jaar
<i>1. Vaststellen prevalentie van psychosociale problemen</i>
1.1* Het percentage kinderen van 7-12 jaar met een verhoogde score op de totale probleemscore SDQ, van alle 7-12-jarigen in het werkgebied van een GGD waarbij een ouderversie van de SDQ is afgenomen.
<i>2. Vroegsignalering van psychosociale problemen</i>
2.2 Het percentage kinderen van 10 jaar of groep 7 bij wie een ouderversie van de SDQ is afgenomen, van alle kinderen van 10 jaar of groep 7 in het werkgebied van een GGD die in een peiljaar een regulier of extra contact hadden met de JGZ.
<i>3. Interventies bij psychosociale problemen</i>
3.1 Het percentage risicokinderen bij wie de JGZ gedurende het jaar volgend op de signalering van psychosociale problemen een interventie heeft ingezet, van alle nieuw gesignaleerde risicokinderen in het peiljaar (met uitsplitsing naar type interventie).
3.2 Het percentage risicokinderen dat de JGZ in het peiljaar heeft verwezen naar bewezen effectieve of veelbelovende interventieprogramma's die aangeboden worden binnen of buiten een JGZ-instelling, van alle risicokinderen die door de JGZ zijn verwezen in het peiljaar.
<i>4. Actief volgen van kinderen met psychosociale problemen</i>
4.1 Het percentage kinderen van 0-18 maanden waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of het is aangekomen bij de instelling waarnaar verwezen is, van alle kinderen van 0-18 maanden uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen.
4.2 Het percentage kinderen van 19 maanden tot 4 jaar waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze zijn aangekomen bij de instelling waarnaar verwezen is, van alle kinderen van 19 maanden tot 4 jaar uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen.
4.3 Het percentage kinderen van 5-19 jaar waarvan bekend is of ze gedurende het jaar volgend op het moment dat de verwijzing plaatsvond, zijn aangekomen bij de instelling waarnaar verwezen is, van alle 5-19-jarigen uit het werkgebied van een GGD die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen.
4.4 Het percentage kinderen van 0-18 maanden waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze de beoogde zorg hebben ontvangen, van alle kinderen van 0-18 maanden uit het werkgebied van

een GGD of zorgorganisatie voor JGZ die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen. 4.5 Het percentage kinderen van 19 maanden tot 4 jaar waarvan op het contactmoment volgend op dat van de verwijzing bekend is of ze de beoogde zorg hebben ontvangen, van alle kinderen van 19 maanden tot 4 jaar uit het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen. 4.6 Het percentage kinderen van 5-19 jaar waarvan bekend is of ze de beoogde zorg gedurende het jaar volgend op het moment dat de verwijzing plaatsvond, hebben ontvangen, van alle 5-19-jarigen uit het werkgebied van een GGD die vanwege (een vermoeden van) psychosociale problemen zijn verwezen.
Kindermishandeling
5. <i>Vaststellen prevalentie van vermoeden van kindermishandeling</i> 5.1* Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde, van alle kinderen in het werkgebied van een GGD of zorgorganisatie voor JGZ.
6. <i>Procedure bij een vermoeden van kindermishandeling</i> 6.1 Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker met de ouder(s), verzorgers en/of het kind een eerste gesprek voerde naar aanleiding van het vermoeden van kindermishandeling, van alle kinderen bij wie een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde. 6.2 Het percentage kinderen waarbij een JGZ-medewerker actie na het eerste gesprek heeft ondernomen vanwege het vermoeden van kindermishandeling, van alle kinderen bij wie een JGZ-medewerker kindermishandeling vermoedde (met onderscheid naar acties gericht op kind/ouders en ondersteunende acties).
7. <i>Tijdig en actief volgen van een kind na verwijzing</i> 7.1 Het percentage kinderen waarbij binnen 14 dagen na melding en/of verwijzing, follow-up door de JGZ heeft plaatsgevonden, van alle kinderen die door een JGZ-medewerker in een peiljaar zijn gemeld en/of verwezen vanwege het vermoeden van kindermishandeling.
Amblyopie
8. <i>Actieve follow-up na verwijzing voor afwijkende uitslag van visusonderzoek</i> 8.1 Het percentage 3-jarigen dat is verwezen waarvan een JGZ-medewerker zes maanden na de verwijzing weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener waarnaar is verwezen, van alle 3-jarigen die door een JGZ-arts zijn verwezen vanwege een afwijkend uitslag van het visusonderzoek. 8.2 Het percentage 5-jarigen dat is verwezen waarvan een JGZ-medewerker zes maanden na de verwijzing weet of ze zijn aangekomen bij de zorgverlener waarnaar is verwezen, van alle 5-jarigen die door een JGZ-arts zijn verwezen vanwege een afwijkend uitslag van het visusonderzoek.
Binnenmilieu
9. <i>Vóórkomen van gunstig gebruik van ventilatie</i> 9.1* Het percentage personen van 19-65 jaar dat woont in een huis met gunstig gebruik van ventilatie, van alle personen van 19-65 jaar die de vragen over binnenmilieu uit de Lokale en Nationale Monitor hebben ingevuld.
10. <i>Afhandeling meldingen binnenmilieu</i> 10.1 Het percentage meldingen dat is afgehandeld, van alle binnengekomen meldingen. 10.2 Het percentage meldingen dat is doorverwezen, van alle binnengekomen meldingen.

10.3 Het percentage indieners van meldingen die kunnen wijzen op CO-problematiek waarbij aan nazorg is gedaan, van alle indieners van meldingen die kunnen wijzen op CO-problematiek.

10.4 Het percentage indieners van meldingen dat tevreden is over de afhandeling, van alle indieners van meldingen bij wie navraag is gedaan.

* Deze indicatoren zijn contextindicatoren.

Literatuur

Fitch K, Bernstein SJ, Aguilar MD, Burnand B, LaCalle JR, Lazaro P, et al. The RAND/UCLA Appropriateness Method User's Manual. Santa Monica, CA: RAND, 2001.

Bijlage 8 – Afkortingenlijst

Organisaties

AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
AMC-UvA	Amsterdam Medisch Centrum-Universiteit van Amsterdam
BJZ	Bureau Jeugdzorg
cIMG	Centrum Inspectie Milieu- en Gezondheidsadviesing
CJG	Centra voor Jeugd en Gezin
cVTW	Centrum Volksgezondheid Toekomst Verkenningen
IGZ	Inspectie voor de Gezondheidszorg
IPO	Interprovinciaal Overleg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij tot bevordering der Geneeskunst
LNV	Ministerie van Landbouw Natuur en Visserij
NIVEL	Nederlands instituut voor onderzoek van de gezondheidszorg
NJi	Nederlands Jeugdinstituut
OCenW	(Ministerie van) Onderwijs Cultuur en Wetenschap
OECD	Organisation for Economic Co-operation and Development
RIVM	Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu
RvdK	Raad voor de Kinderbescherming
SZW	(Ministerie van) Sociale Zaken en Werkgelegenheid
TNO	Nederlandse Organisatie voor Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
UCLA	University of California, Los Angeles
V&VN	Verpleegkundigen en Verzorgenden Nederland
VenW	(Ministerie van) Verkeer en Waterstaat
VNG	Vereniging van Nederlandse Gemeenten
VROM	(Ministerie van) Volkshuisvesting Ruimtelijke Ordening en Milieubeheer
VWA	Voedsel en Waren Autoriteit
VWS	(Ministerie van) Volksgezondheid Welzijn en Sport
WHO	World Health Organization
WWI	(Programmaministerie) Wonen Wijken en Integratie

Terminologie

AED	Automatische externe defibrillator
AIRE	Appraisal of indicators through research and evaluation
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMW	Algemeen maatschappelijk werk
APK	Amsterdamse Plaatjes Kaart
ASQ	Ages and Stages Questionnaire
BITSEA	Brief Infant-Toddler Social and Emotional Assessment
BTP Jgz	Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg
CO	Koolmonoxide
CO ₂	Kooldioxide
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease

fte	Fulltime-equivalent
GBI	Gezondheidsbevorderende instituten
GGD	Gemeentelijke/Gemeenschappelijke Gezondheidsdienst
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
GHOR	Geneeskundige Hulpverlening bij Ongevallen en Rampen
HBV	Hepatitis B-virus
IVZ	Instellingen voor Verslavingszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KIPPI	Kort Instrument voor Psychologische en Pedagogische Probleem Inventarisatie
LESA	Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafpraak
MgK	Milieugerelateerde gezondheidsklachten
MKA	Meldkamer ambulancezorg
MMK	Medische milieukunde
MMT	Mobiel medisch team
OGGz	Openbare Geestelijke Gezondheidszorg
OGZ	Openbare Gezondheidszorg
PAK's	Polycyclische Aromatische Koolwaterstofverbindingen
PGO	Preventief Gezondheids Onderzoek
PSIE	Prenatale Screening op Infectieziekten en Erythrocytenimmunisatie
RAMSES	Rotterdam AMblyopia Screening Effectiveness Study
RCT	Randomized Controlled Trial
SDQ	Strength and Difficulties Questionnaire
SEH	Spoedeisende Hulp
VGv	Vrouwelijke Genitale Verminking
VOBO	Vragenlijst Onvervulde Behoeftte aan Opvoedingsondersteuning
VOV	Vroegtijdige Onderkenning van Visuele stoornissen
VVE	Voor- en Vroegschoolse Educatie
WCPV	Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid
WPG	Wet Publieke Gezondheid
ZAT	Zorg Advies Team

A solid yellow horizontal bar spanning the width of the page.

RIVM

Rijksinstituut
voor Volksgezondheid
en Milieu

Postbus 1
3720 BA Bilthoven
www.rivm.nl