

## Inhoud

Is het DD-JGZ bruikbaar voor epidemiologisch onderzoek?	1
EUSUHM – Voor en door de AJN	8
Samen op weg naar gezonde zorg voor ernstige zieke kinderen	13
Nieuwe marketing voor de JGZ met de conversatiefilosofie	16
Why, How en What maken de JGZ succesvol - Marketing in de JGZ	20
Marketing - De Nieuwe Principes	21
Betreft Kompas kinder- en jeugdpsychiatrie	23
Pas op kijk uit! Voorkom de meest voorkomende kinderongevallen	24
Wat haal je, wat breng je. Vier congressen naast elkaar	26
Uitvindboek voor ouders	29
Stimuleren wearables een gezondere leefstijl?	30
Wat stond er in het eerste artikel van de LOOZ-onderzoeksgroep?	33
Congres 'Jong geleerd is oud gedaan'	34
Van het Bedrijfsbureau – mutaties 2014	36
Colofon	40

---

## Is het DD-JGZ bruikbaar voor epidemiologisch onderzoek?

Door: Huub Hoofs, Maria Jansen, Danielle C. Mohren, Rianne Reijs, Nicole Jansen, Ijmert Kant.

(Een samenvatting van dit artikel staat in de JA!33)

### Introductie

Het Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg (DD-JGZ) is in eerste instantie ontworpen om de individuele zorg van het kind te verbeteren. Daarnaast biedt digitalisering mogelijkheden voor epidemiologisch onderzoek, bijvoorbeeld ten

behoefte van beleidsadviezen aan lokale, regionale en landelijke overheden en uitvoeringspartijen.<sup>1</sup> Zo is er het project Jeugd in Beeld<sup>2</sup> dat als doel heeft geanonimiseerde gegevens uit het DD-JGZ op groepsniveau weer te geven. Een ander voorbeeld is de door de Inspectie voor

de Gezondheidszorg (IGZ) opgestelde basisset indicatoren voor de publieke gezondheidszorg, waarvoor gegevens uit het DD-JGZ worden gehaald.<sup>3</sup> Deze indicatoren zijn onderverdeeld in volksgezondheid- en procesindicatoren. Volksgezondheidindicatoren geven de staat van de populatie weer (bijvoorbeeld: percentage obese kinderen) en procesindicatoren het functioneren van gezondheidszorginstanties (bijvoorbeeld: percentage obese kinderen dat follow-up krijgt).

In een artikel van jeugdarts en epidemioloog Liesbeth Meuwissen<sup>4</sup> wordt echter duidelijk dat de meeste JGZ-organisaties momenteel nog niet in staat zijn om epidemiologische gegevens, zoals de IGZ-indicatoren, aan te leveren.

Hierdoor wordt ook het uitvoeren van epidemiologisch onderzoek en aanverwante projecten zoals Jeugd in Beeld bemoeilijkt. Om meer inzicht te krijgen in de exacte bruikbaarheid van het DD-JGZ voor epidemiologisch onderzoek en de kwaliteit van het dossier in het algemeen is een dossieranalyse uitgevoerd bij vierhonderd geanonimiseerde dossiers (gemiddelde leeftijd = 13,94 jaar; 53% meisjes) binnen de JGZ van GGD Zuid-Limburg. De dossiers waren door 22 verschillende jeugdverpleegkundigen ingevuld. Alle dossiers betroffen het reguliere periodiek gezondheidsonderzoek in de tweede klas van het voortgezet onderwijs (PGO 2-VO). Als DD-JGZ werd MLCAS van Alegro Sultum gebruikt.

Er is op verschillende manieren gekeken naar de bruikbaarheid van de dossiers:

- Allereerst is er gekeken naar de compleetheid van de variabelen in de dossiers;

- vervolgens is gekeken naar de variatie tussen de jeugdverpleegkundigen die het dossier invullen;
- als laatste is gekeken welke informatie over bepaalde gezondheidsvraagstukken is af te leiden uit indicaties hierover in de dossiers.

### **Compleetheid variabelen**

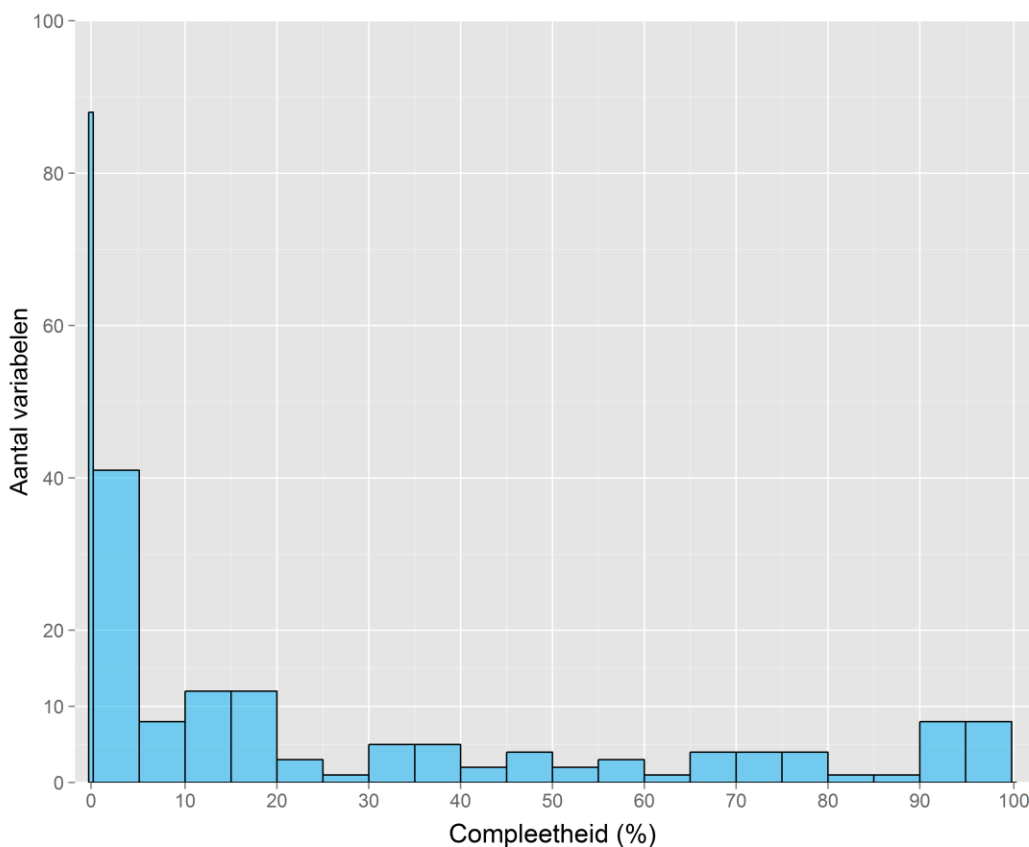
Eerst is er gekeken naar de compleetheid van alle variabelen, de in te vullen items in het dossier (Figuur 1). In totaal zijn 88 van de 217 variabelen geen enkele keer ingevuld, 49 variabelen werden sporadisch ingevuld (minder dan tien procent). Variabelen die slechts sporadisch worden ingevuld kunnen voor epidemiologisch onderzoek bruikbaar zijn, mits het invullen ervan altijd duidt op de af- dan wel aanwezigheid van een gezondheidsvraagstuk (bijvoorbeeld een bepaald ziektebeeld of gedraging). Dit is echter niet het geval. Zo is de variabele *Ontlasten plassen zindelijkheid* slechts drie keer ingevuld waarbij twee keer is aangegeven dat het kind niet zindelijk is en één keer dat het wel zindelijk is. Deze variabele wordt dus slechts sporadisch ingevuld, en als de variabele wordt ingevuld dan gebeurt dit zowel als het gezondheidsvraagstuk (zindelijkheid) aanwezig dan wel afwezig is. Hierdoor is het niet mogelijk om een uitspraak te doen over dit concept bij de 397 dossiers waarbij deze variabele niet is ingevuld.

Daarom komen voor epidemiologisch onderzoek alleen variabelen in aanmerking met een hoge mate van compleetheid. Dit vereiste percentage is onder andere afhankelijk van de onderzoeksvraag en de getrokken steekproef. Zo kan er bijvoorbeeld worden gekeken naar variabelen met een compleetheid

boven de tachtig procent zoals in Tabel 1. Hieruit blijkt dat slechts achttien van de 217 variabelen dit percentage halen. Het merendeel van de variabelen valt dus al af.

Naast de compleetheid dient er ook rekening te worden gehouden met de informatie die een variabele bevat. Zo geeft de variabele *Gehoorderzoek* alleen aan of het gehooronderzoek is afgenomen. Een dergelijke variabele kan dus eventueel worden gebruikt als

proces-, maar niet als volksgezondheidsindicator, aangezien het niets zegt over het gehoor van het kind. De variabele 'conclusie gehooronderzoek' heeft als uitkomstopties voldoende, twijfelachtig of onvoldoende en zou daarmee als volksgezondheidsindicator bruikbaar zijn. Variabelen met vrije tekstvelden zijn minder bruikbaar dan gesloten of numerieke variabelen, omdat deze nog moeten worden gecodeerd en worden geïnterpreteerd.



*Figuur 1: Verdeling van de compleetheid in percentages voor alle variabelen. Noot: De meest linkse staaf is niet de y-as maar het aantal variabelen welke nooit zijn ingevuld.*

Bij sommige variabelen treedt een opmerkelijk patroon op, bijvoorbeeld bij *Borstontwikkeling meisjes* en *Pubesbehandling meisjes*. De compleetheid van deze variabelen is hoger voor meisjes die hun eerste menarche nog moeten krijgen (68 procent) vergeleken met meisjes die deze al hebben gehad (acht procent). Dit heeft te maken met verschil in klinische

relevantie van deze variabelen tussen deze twee groepen meisjes. Dergelijke variabelen, waar de respons afhangt van de klinische relevantie, zijn op zichzelf moeilijk bruikbaar voor uitspraken op groepsniveau.

### Variatie rapportage tussen jeugdverpleegkundigen

Naast de algehele compleetheid van de variabelen is er ook gekeken naar de variatie in compleetheid van rapporteren tussen acht jeugdverpleegkundigen die ieder minimaal 25 dossiers hebben ingevuld. Voor de meeste variabelen is de compleetheid redelijk

zwart-wit verdeeld: een jeugdverpleegkundige vult een variabele consequent wel of niet in. De variabele *Bijzonderheden spraak taalontwikkeling* wordt bijvoorbeeld door twee jeugdverpleegkundigen altijd ingevuld terwijl de overige zes jeugdverpleegkundigen deze variabele nooit invullen.

	Response (%)	Format
Vragenlijst ingeleverd	99,75	Lijst
Lengte	99,50	Getal
BMI*	99,25	Getal
Gewicht	99,25	Getal
Toestemming uitvoering JGZ	98,25	Lijst
Menstruatie	97,64	Lijst
Conclusie	96,75	Tekst
Methode gewichtsmeting	96,25	Lijst
Lichamelijk functioneren	94,50	Lijst
Visus onderzocht	94,00	Lijst
Toestemming voor overdracht dossier binnen JGZ	92,75	Lijst
Gehoorderzoek	92,50	Lijst
Toestemming bespreking gegevens met leerkracht	92,50	Lijst
Indruk onderzoeker gewicht lengte	90,50	Lijst
Bijzonderheden lichaamsbeweging	90,25	Tekst
Onderzoek in aanwezigheid begeleider	90,00	Lijst
SDQ Totaal*	89,75	Getal
Psychosociale en cognitieve ontwikkeling	84,25	Lijst

\*IGZ-Indicator.

Tabel 1: Variabelen met een compleetheid hoger dan 80%.

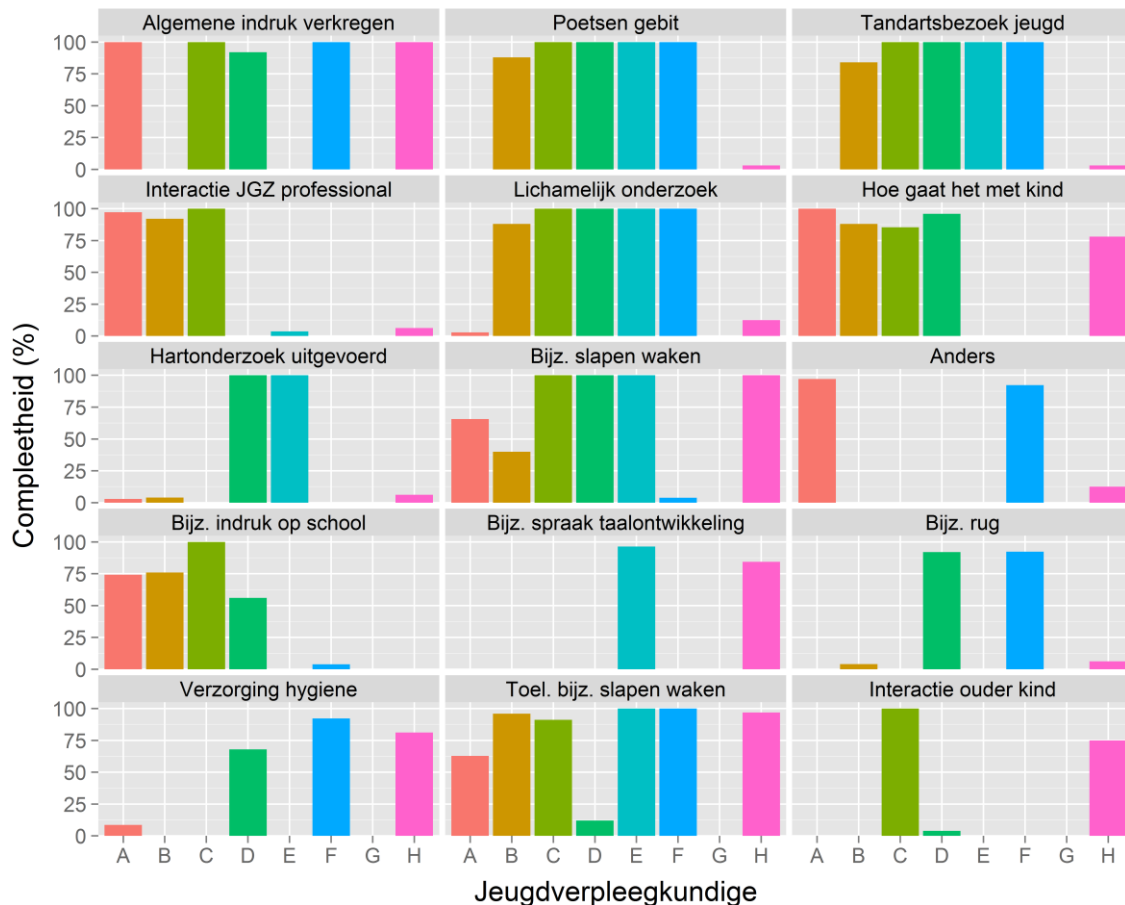
Ter illustratie zijn in Figuur 2 de vijftien variabelen met de grootste verschillen tussen de jeugdverpleegkundigen getoond. Figuur 2 maakt verder duidelijk dat iedere jeugdverpleegkundige een eigen voorkeur heeft aangaande welke variabelen worden ingevuld.

### Plaatsing indicaties

Tot slot is er ook gekeken naar de plaatsing van indicaties in de dossiers. Een indicatie is een aanwijzing voor een bepaald gezondheidsvraagstuk. Als eerste gezondheidsvraagstuk is Attention Deficit Hyperactivity Disorder

(ADHD) gekozen omdat het een relatief prevalentie en bekende stoornis is bij de huidige leeftijdsgroep. Voor ADHD zijn er 27 indicaties gevonden, verdeeld over tien variabelen. Vooral bij de variabele *Medicijngebruik* (negen indicaties) staan veel verwijzingen naar ADHD (bijvoor-

beeld: 'methylfenidat'). Daarnaast staan bij zowel de variabelen *Kinderziekten*, (vijf indicaties), *Consult huisarts specialist derden* (twee indicaties), als *Consult overig* (drie indicaties) verwijzingen naar ADHD vermeld.



figuur 2: Variabelen met grootste variatie in compleetheid, voor de acht jeugdverpleegkundigen met minimaal 25 dossiers

Middelengebruik (roken, drugs, en alcohol) is als tweede gezondheidsvraagstuk gekozen, omdat dit een van de speerpunten van de JGZ is bij adolescenten.<sup>8</sup> Voor middelengebruik zijn in totaal 59 indicaties gevonden, verdeeld over zes variabelen.<sup>9</sup> Drie variabelen springen eruit, te weten: *Bijzonderheden voeding eetgedrag* (negentien indicaties), *Bijzonderheden psychische en sociale*

*ontwikkeling* (achttien indicaties) en *Bijzonderheden cognitieve ontwikkeling* (achttien indicaties). Ook hier is geen sprake van uniforme rapportage. Verschil in de plaatsing van indicaties komt vaker voor bij medische dossiers.<sup>10</sup> Het is echter belangrijk dat indicaties eenduidig in het dossier geplaatst kunnen worden, bij voorkeur in een gesloten format. Onderzoek laat zien dat een

kwart van de informatie in tekstvelden in gesloten velden vermeld had kunnen worden.<sup>11</sup> Dit patroon is ook zichtbaar bij het rapporteren van de aanwezigheid van een gebitsbeugel. Gekeken naar de variabele waarin dit gesloten kan worden aangegeven, *Bijzonderheden gebit*, zijn er 47 dossiers waarbij op deze manier de aanwezigheid van een gebitsbeugel gerapporteerd is. Als er echter wordt gekeken naar alle open tekstvelden, blijken er nog eens 22 dossiers te zijn waarin melding wordt gemaakt van de aanwezigheid van een gebitsbeugel. Dit voorbeeld illustreert hoe eenzelfde indicatie in verschillende tekstvelden wordt gerapporteerd in het dossier, zelfs als de mogelijkheid bestaat om een gesloten veld te gebruiken. Het is daarom van belang dat JGZ-professionals goed op de hoogte zijn van de manier waarop het dossier ingevuld moet worden om zodoende de uniformiteit en efficiency van de registraties te verbeteren.

### **Conclusie en aanbevelingen**

De huidige analyse laat zien dat, gebaseerd op het PGO 2-VO binnen één regio, slechts enkele variabelen van het DD-JGZ geschikt zijn voor epidemiologisch onderzoek. Dit wordt in de eerste plaats veroorzaakt door de hoge mate van incompleetheid van de meeste variabelen. De bruikbaarheid wordt verder verkleind door de variatie in rapportage tussen jeugdverpleegkundigen en het gebrek aan uniformiteit betreffende de plaatsing van indicaties. Hierdoor is het DD-JGZ niet alleen onbruikbaar voor epidemiologisch onderzoek, maar zorgt de manier waarop het DD-JGZ momenteel wordt ingevuld ook voor een onoverzichtelijk dossier, waarbij de zorgprofessional niet snel kan terug-

vinden waar wat geregistreerd staat. Twee kanttekeningen zijn op zijn plaats bij de resultaten van dit onderzoek. Ten eerste is er enkel gekeken naar PGO's die door jeugdverpleegkundigen zijn uitgevoerd. De rapportage van jeugdverpleegkundigen varieert echter zo sterk dat het onwaarschijnlijk is dat een zekere mate van variatie niet gevonden zou worden voor PGO's afgenomen door jeugdartsen. Ten tweede is er landelijke variatie in gebruikte computersystemen. Aangezien al deze systemen gebaseerd zijn op dezelfde set variabelen, zijn de bevindingen waarschijnlijk ook naar andere systemen te generaliseren.<sup>13</sup>

Als men in de toekomst de potentie van het DD-JGZ voor epidemiologisch onderzoek wil benutten, om bijvoorbeeld jeugdgezondheidsbeleid te onderbouwen of bij te stellen, zijn verbeteringen noodzakelijk. Kijkend naar de huidige resultaten sluiten wij ons aan bij de verbeterpunten uit het artikel van Meuwissen<sup>4</sup>, met als belangrijkste aanvulling het verhogen van de uniformiteit van de registraties in de dossiers. Belangrijk hiervoor is een duidelijke communicatie over variabelen die altijd moeten worden ingevuld, of in ieder geval prioriteit verdienen. Bovenal is het van belang dat er eenduidigheid komt over de plaatsing van indicaties. Zolang deze uniformiteit achterwege blijft, wordt de 'elektronische winst', en dus het draagvlak voor het dossier, welbeschouwd, grotendeels teniet gedaan. Het gaat er dus om dat als er informatie in het dossier wordt geplaatst, informatie met gelijke strekking (bijvoorbeeld ADHD) door alle professionals op een eenduidige wijze wordt geregistreerd. Aan alle partijen in het veld willen wij de boodschap meegeven te investeren in

bijbscholing en communicatie inzake te registratiewijze van het DD-JGZ. Al is registratie vaak niet het primaire doel van de jeugdarts of jeugdverpleegkundige, uniformiteit zal naast de mogelijkheid voor epidemiologisch onderzoek ook leiden tot verbeterde individuele zorg.<sup>4</sup> Informatie wordt immers beter

vindbaar voor collega's, helpt bij het overdragen van dossiers, en creëert ook voor de professional zelf een overzichtelijke manier van werken. Een verbeterd, uniform ingevuld DD-JGZ vergemakkelijkt daarom niet alleen epidemiologisch onderzoek maar dient ook de individuele zorg.

### Referentielijst

- [1] GGD Nederland. *Publieke zorg jeugd: visie op de rol van de GGD*. [www.ggd.nl/static/filebank/df5115e96cfc69989f3d9642c3b2ff75/visie-publieke-zorg-jeugd-ggd-nl.pdf](http://www.ggd.nl/static/filebank/df5115e96cfc69989f3d9642c3b2ff75/visie-publieke-zorg-jeugd-ggd-nl.pdf)
- [2] Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (2013). *Jeugd in beeld*. [www.ncj.nl/onderwerpen/185/jeugd-in-beeld](http://www.ncj.nl/onderwerpen/185/jeugd-in-beeld)
- [3] Inspectie voor de Gezondheidszorg (2010). *Indicatoren: Basisset publieke gezondheidszorg*. Utrecht.
- [4] L. Meuwissen (2013). E-dossier JGZ leidt nog niet tot inzicht. *Medisch Contact*, 2:80-82.
- [6] S. D. Persell, A. N. Kho, J. A. Thompson, & D. W. Baker (2009). Improving hypertension quality measurement using electronic health records. *Medical Care*, 47:388-394.
- [7] Zoekwoorden ADHD = add, adhd, concerta, dexamt\*, methyl\*, ritalin.
- [8] Commissie evaluatie basistakenpakket JGZ (2013). *Een stevig fundament: Evaluatie van het basistakenpakket jeugdgezondheidszorg*.
- [9] Zoekwoorden Middelengebruik = roken, drugs, alc\*, wiet, joint, sigaret.
- [10] D. W. Baker, S. D. Persell, J. A. Thompson, N. S. Soman, K. M. Burgner, D. L., & K. S Kmetik (2007). Automated review of electronic health records to assess quality of care for outpatients with heart failure. *Annals of internal medicine*, 146:270-277.
- [11] J. Roukema, R. K. Los, S. E. Bleeker, A. M. van Ginneken, J. van der Lei, & H. A Moll (2006). Paper versus computer: feasibility of an electronic medical record in general pediatrics. *Pediatrics*, 117:15-21.
- [12] Zoekwoorden Orthodontist/Beugel = ortho\*, orto\*, beugel.
- [13] Nederlands Centrum Jeugdgezondheid. *Basisdataset JGZ* (2013). [basisdataset.ncj.nl/](http://basisdataset.ncj.nl/)

### Over de auteurs:

- Huub Hoofs, PhD-student, Vakgroep Epidemiologie, CAPHRI, Universiteit Maastricht & Academische Werkplaats, GGD Zuid Limburg.
- Maria Jansen, Programmaleider Academische Werkplaats Publieke Gezondheid, GGD Zuid Limburg & Hoogleraar, Vakgroep Health Services Research, CAPHRI, Universiteit Maastricht.
- Danielle C. Mohren, Post-doc, Academische Werkplaats Publieke Gezondheid, GGD Zuid Limburg.
- Rianne Reijs, Jeugdarts, Afdeling Jeugdgezondheidszorg, GGD Zuid Limburg.
- Nicole Jansen, Universitair Docent, Vakgroep Epidemiologie, CAPHRI, Universiteit Maastricht.
- IJmert Kant, Hoogleraar, Vakgroep Epidemiologie, CAPHRI, Universiteit Maastricht.