



# **Kwaliteitsindicatoren Obstipatie bij Kinderen**

## **Eindrapport**

*Jozette Stienen  
Mirjam Harmsen  
Mariëlle Ouwens*

*IQ healthcare*

*Nijmegen, december 2009*

## Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare)

### Missie

Scientific Institute for Quality of Healthcare (IQ healthcare) is een internationaal topcentrum voor onderzoek, onderwijs en ondersteuning op het gebied van kwaliteit, veiligheid en innovatie in de gezondheidszorg. Daarmee willen we bijdragen aan effectieve, veilige, patiëntgerichte en ethisch verantwoorde patiëntenzorg.

### Onze ambities

- Uitvoeren van hoogwaardig wetenschappelijk onderzoek op het gebied van kwaliteit en veiligheid in de zorg. Bij een internationale visitatie werd IQ healthcare neergezet als 'excellent' en 'world leading' op het terrein van kwaliteit en patiëntveiligheid van de zorg.
- Verzorgen van onderwijs op het gebied van kwaliteit en veiligheid van zorg.
- Ondersteunen van zorgaanbieders, beleidsmakers, beroeps- en patiëntenorganisaties, instellingen, zorgverzekeraar en overheden bij de implementatie van optimale patiëntenzorg.

IQ healthcare is een onafhankelijke, zelfstandige afdeling van het UMC St Radboud. Het instituut is actief in de eerstelijnsgezondheidszorg, de intra- en transmurale zorg, paramedische wetenschappen, verplegingswetenschap en ethiek. In het instituut werken ruim 120 mensen. Het team is ervaren, deskundig en sterk door haar multiprofessionele samenstelling van artsen, verpleegkundigen, paramedici, gezondheidswetenschappers, epidemiologen, sociale wetenschappers en ethici.

### Belangrijke thema's

- Implementatie van richtlijnen en 'best practices'
- Meten en evalueren van innovaties in de zorg
- Patiëntveiligheid en veiligheidsmanagement
- Professionele ontwikkeling van klinische professionals
- Ethische en morele aspecten van kwaliteit en veiligheid
- Versterken van de rol van patiënten in de zorg
- Indicatorontwikkeling, transparantie en publieksinformatie
- Integrale zorg, ketenzorg en 'disease management'
- Leefstijl, zelfmanagement en therapietrouw voor patiënten
- Zorg voor kwetsbare ouderen en palliatieve zorg

### Contact

IQ healthcare  
UMC St Radboud  
Huispost 114  
Postbus 9101  
6500 HB Nijmegen  
[www.iqhealthcare.nl](http://www.iqhealthcare.nl)

Telefoon: 024 36 15 305  
Fax: 024 35 40 166  
Email: [info@iq.umcn.nl](mailto:info@iq.umcn.nl)

*Bezoekadres:* Geert Grootteplein 21, route 114 Nijmegen.

## **Ontwikkeling kwaliteitsindicatoren ‘Obstipatie bij kinderen’**

### **Leden projectgroep**

Mevr. Dr. Mariëlle Ouwens, sectiehoofd IQ development, IQ healthcare;  
Mevr. Dr. Mirjam Harmsen, senior projectleider, sectie IQ development, IQ healthcare;  
Mevr. Jozette Stienen MSc, wetenschappelijk onderzoeker, sectie IQ development, IQ healthcare.

### **Samenstelling werkgroep richtlijn obstipatie bij kinderen:**

Dr. M.A. Benninga, kinderarts MDL, EKZ/AMC Amsterdam, voorzitter  
Mw. dr. M.Y. Berger, huisarts en klinisch epidemioloog, Erasmus MC Rotterdam  
Mw. A.M.W.L. Bluysen, MSPT, Kinderfysiotherapeut, Erasmus MC, locatie Sophia. Tevens coördinator SOMT opleiding Kinderbekkenfysiotherapie  
Mw. dr. N. Boluyt, kinderarts en klinisch epidemioloog, EKZ/AMC Amsterdam  
Mw. dr. A.M.W. Bulk, arts Maatschappij en Gezondheid, VUMC, Amsterdam  
Mw. E.M. Ekkerman, verpleegkundig consulent kinderstoma- en continenzorg, VUMC, Amsterdam  
Mw. drs. M.R. Ernst-Kruis, kinderarts, Meander Medisch Centrum, Amersfoort  
Mw. drs. B.C. Gonera-de Jong, kinderarts MDL, Wilhelmina Ziekenhuis Assen/UMC Groningen  
Dr. M. Groeneweg, kinderarts MDL, Maasstad Ziekenhuis Rotterdam, Rotterdam  
Drs. A.P.J.M. van den Hurk, huisarts, Erasmus MC Rotterdam  
Mw. drs. C.F. Kuijper, kinderchirurg, Kinderchirurgisch Centrum Amsterdam, locatie EKZ/AMC Amsterdam  
Mw. drs. M.J. Kurver, huisarts, NHG Utrecht  
Mw. drs. E.M. van Kuyk, gz-psychooloog, UMCN, Nijmegen  
Drs. T.B.Y. Liem, ziekenhuisapotheker, UMC Utrecht, WKZ  
Mw. M.M. Meuldijk, verpleegkundig consulent WIS, Erasmus MC, locatie Sophia  
Dhr. M.E.S. Offeringa, voorzitter Vereniging Anusatesie, Huizen  
Mw. dr. C. Penning, projectleider Leerstoel Geneeskunde voor Verstandelijk Gehandicapten  
Mw. drs. M.M. Tabbers, kinderarts MDL, EKZ/AMC Amsterdam  
Mw. dr. R.N. van der Plas, kinderarts, LUMC, Leiden  
Mw. drs. C.J. Vermoen, arts voor verstandelijk gehandicapten, Stichting Zuidwester  
Mw. L.C.M Wittmarschen, voorzitter Vereniging Ziekte van Hirschsprung, Hilversum



Dit project werd mogelijk gemaakt door ZonMw vanuit het programma Kennisbeleid Kwaliteit Curatieve Zorg.

# **INHOUD**

<b>LIJST MET AFKORTINGEN</b>	<b>5</b>
<b>INLEIDING</b>	<b>6</b>
<b>METHODE</b>	<b>7</b>
<b>RESULTATEN</b>	<b>8</b>
<b>AANBEVELING</b>	<b>15</b>
<b>REFERENTIES</b>	<b>16</b>
<b>BIJLAGE 1</b> Lijst met potentiële indicatoren	<b>17</b>
<b>BIJLAGE 2</b> Te verzamelen variabelen en bepaling van indicatoren	<b>29</b>

## LIJST MET AFKORTINGEN

AVG	Arts Verstandelijk Gehandicapten
DBC's	Diagnose Behandel Combinaties
JGZ	JeugdGezondheidsZorg
MDL	Maag-Darm-Leverziekten
NVMDL	De Nederlandse Vereniging van Maag-Darm-Leverartsen
PEG	Polyethyleenglycol
RT	Rectaal Toucher

## INLEIDING

Obstipatie is een veelvoorkomende aandoening van het gastro-intestinale stelsel op kinderleeftijd; de prevalentie wordt geschat tussen de 0.7% en 29.6% over de hele wereld.<sup>1</sup> In Nederland wordt dit aantal geschat op tenminste 100.000 kinderen tussen de 0-18 jaar. Obstipatie kan potentieel invaliderende gevolgen hebben, te denken valt aan ernstige buikpijn, frequent schoolverzuim, depressiviteit en hoge kosten.

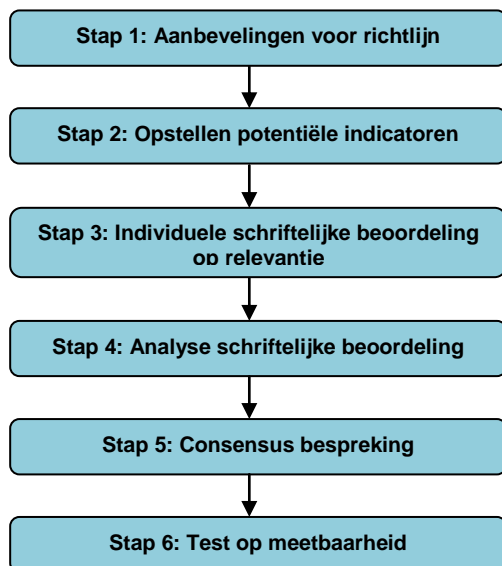
Om kennis over de oorzaak en behandeling van obstipatie bij kinderen te vergroten is er een richtlijn 'Obstipatie bij Kinderen' opgesteld door een landelijke, multidisciplinaire werkgroep.<sup>2</sup> Hierin worden aanbevelingen gedaan betreffende diagnostiek, behandeling en follow-up van kinderen met obstipatie voor zowel de eerste-, tweede- als derdelijnsgezondheidszorg. De richtlijn heeft als doel om verbetering in de kwaliteit en doelmatigheid van de zorg bij kinderen met obstipatie te bewerkstelligen. Hierbij heeft de werkgroep zich voornamelijk gericht op functionele obstipatie, welke gekenmerkt wordt door een vaak pijnlijke, harde en infrequente defecatie (<3x / week) vaak in combinatie met fecale incontinentie (onvrijwillig verlies van ontlasting) en buikpijn.

Om het uiteindelijke doel van de richtlijn te kunnen realiseren is het van groot belang dat deze op een goede, actieve wijze wordt geïmplementeerd in de praktijk. De (eventuele) verandering van kwaliteit van zorg die deze implementatie teweeg brengt kan zichtbaar worden gemaakt met behulp van kwaliteitsindicatoren. Het doel van dit onderzoek was om op basis van de richtlijn indicatoren te identificeren die het mogelijk maken om betrouwbare informatie over de kwaliteit van zorg bij kinderen met obstipatie te genereren.

## METHODE

Om tot een onderbouwde selectie van indicatoren te komen, is een aantal stappen gevolgd. Figuur 1 geeft een schematische weergave hiervan.

Figuur 1: Schematische weergave van de totstandkoming van de basisset van kwaliteitsindicatoren



Gedurende anderhalf jaar is aan de ontwikkeling van de richtlijn 'Obstipatie bij Kinderen' gewerkt door leden van de landelijke werkgroep Obstipatie bij Kinderen. Op basis van een knelpuntenanalyse en uitgebreid literatuuronderzoek met kwaliteitsbeoordelingen zijn de definitieve aanbevelingen geformuleerd (stap 1).

Vanuit deze aanbevelingen zijn potentiële indicatoren opgesteld door de onderzoeker, voor elke van de vier onderdelen: diagnostiek, medicamenteuze behandeling, niet-medicamenteuze behandeling en verwijzing. (stap 2). Met behulp van een schriftelijke vragenlijst met negenpuntsschaal zijn alle indicatoren op relevantie voor de kwaliteit van zorg beoordeeld door de werkgroepleden/experts (stap 3). Per onderdeel werd tevens de belangrijkste indicator aangewezen en uiteindelijk is per expert een overall top 3 gevormd. In deze fase van beoordeling werd nog geen rekening gehouden met de meetbaarheid van de indicatoren.

De resultaten van de vragenlijsten zijn ingevoerd in een Excel sheet, waar de hierna volgende criteria reeds in waren verwerkt (stap 4). De indicatoren werden gekwalificeerd als valide wanneer aan de volgende criteria was voldaan:

- mediane score van  $\geq 8$ ,
- $>70\%$  van de scores liggen in één tertiël,
- $>20\%$  gescoord als belangrijkste indicator per onderdeel en/of in de overall top 3.

De overgebleven indicatoren werden op meetbaarheid beoordeeld door IQ healthcare en de werkgroep, waarbij onafhankelijk van elkaar werd gewerkt. In een consensusbespreking met alle werkgroepleden en de onderzoekers zijn de resultaten besproken en is er consensus bereikt over de definitieve set indicatoren. Er werd gestreefd naar een mix van proces-, uitkomst en structuurindicatoren en bij voorkeur bestond de basisset uit niet meer dan 12 indicatoren (stap 5).

De basisset werd vervolgens op meetbaarheid getest (stap 6); er is nagegaan of de gegevens die nodig zijn om de indicatoren te kunnen meten ook in de praktijk kunnen worden verkregen. Hierbij werden gegevens verzameld en berekend voor de verschillende indicatoren door vier betrokken disciplines: MDL-arts, AVG-arts, JGZ-arts en huisarts. Tijdens de evaluatie met de vier professionals zijn de volgende items besproken:

- De beschikbaarheid van de benodigde data in het gebruikte registratiesysteem,
- De scorebaarheid van de indicator en of dit (waar nodig) makkelijk aangepast kan worden,
- De mogelijkheden voor verbetering van de meetbaarheid van de indicatoren.

Op basis van de meetbaarheidstest zijn geen indicatoren afgefallen; er is alleen geïnventariseerd in hoeverre de indicatoren op dit moment meetbaar zijn en wat verbeterpunten voor de meetbaarheid kunnen zijn.

## RESULTATEN

Op basis van de aanbevelingen in de richtlijn zijn uiteindelijk 84 potentiële indicatoren opgesteld, 23 voor diagnostiek, 22 voor medicamenteuze behandeling, 15 voor niet-medicamenteuze behandeling en 24 voor verwijzing. Een overzicht hiervan is terug te vinden in bijlage 1: lijst met potentiële indicatoren. In totaal zijn er 21 vragenlijsten verstuurd, waarvan er 2 zijn geëxcludeerd wegens persoonlijke redenen van de betreffende werkgroepleden. De respons onder de 19 overige werkgroepleden was 78,9%, wat inhoudt dat 15 leden de vragenlijst hebben ingevuld.

Na de analyse van de individuele beoordelingen bleven er 27 potentiële indicatoren over die voldeden aan de criteria (zie bijlage 1). Na de consensusbespreking en de test op meetbaarheid bleven er uiteindelijk 11 indicatoren over. Een aantal van deze indicatoren is samengevoegd, waarna een uiteindelijke basisset van 7 indicatoren is samengesteld. De basisset van indicatoren wordt hieronder beschreven middels factsheets. Hoe deze indicatoren kunnen worden gemeten en welke variabelen hiervoor nodig zijn is weergegeven in bijlage 2.

Diagnostiek	
<b>1. De zorgverlener geeft de diagnose obstipatie wanneer het kind voldoet aan twee of meer van de Rome III criteria</b>	
Operationalisatie	Het percentage patiënten waarbij de Rome III criteria genoteerd zijn met betrekking tot de diagnose obstipatie
Teller	Aantal patiënten waarbij de Rome III criteria genoteerd zijn met betrekking tot de diagnose obstipatie
Noemer	Aantal patiënten die de diagnose obstipatie hebben gekregen
In-/exclusie criteria	<u>Inclusie:</u> kinderen tussen de 0 en 18 jaar met de diagnose obstipatie <u>Exclusie:</u> kinderen zonder functionele obstipatie (ziekte van Hirschsprung, syndroom van Down/Turner/Williams, seksueel misbruik, organische oorzaak)
Bron teller	Status/EPD
Bron noemer	Status/EPD
Type indicator	Registratie indicator
Meetniveau	Patiëntniveau

### Achtergrond<sup>2</sup>

Obstipatie is een diagnose die bestaat uit een combinatie van symptomen en bevindingen bij lichamelijk onderzoek. De klachten variëren per leeftijd en er is geen "gouden standaard" om de diagnose te stellen, waardoor onderscheid tussen "ziek" en "niet ziek" vaak moeilijk gemaakt kan worden. Het is daarom van groot belang om tot een uniforme definitie te komen: de Rome III criteria. Deze criteria zijn opgesteld door internationale experts op basis van ervaring en literatuur.<sup>3,4</sup> Om de diagnose obstipatie te kunnen vaststellen moet de patiënt voldoen aan 2 of meer van de criteria.

### Bron

Richtlijn Obstipatie bij kinderen  
Hyman 2006<sup>3</sup>, Rasquin 1999<sup>5</sup>.

### Mogelijkheden tot verbetering van de meetbaarheid

De werkgroep gaat er vanuit dat in de praktijk nog niet alle professionals hun diagnose 'obstipatie' expliciet baseren op de Rome III criteria. De gevraagde gegevens worden op dit moment niet structureel vastgelegd in een (geautomatiseerd) systeem. Mogelijkheden om een registratie op te zetten zijn bijvoorbeeld:

- Een checklijst met de criteria in EPD of status
- Een gedetailleerde verslaglegging van de diagnosestelling in EPD of status



<b>Medicamenteuze behandeling</b>	
<b>2. De zorgverlener schrijft als initiële behandeling/onderhoudsfase polyethyleenglycol (PEG) of lactulose voor bij kinderen ouder dan 1 jaar met obstipatie</b>	
Operationalisatie	Het percentage kinderen $\geq 1$ jaar met obstipatie, waarbij als behandeling PEG of lactulose is voorgeschreven
Teller	Aantal kinderen $\geq 1$ jaar met obstipatie, waarbij als behandeling PEG of lactulose is voorgeschreven
Noemer	Totaal aantal kinderen $\geq 1$ jaar, waarbij de diagnose obstipatie is gegeven
In-/exclusie criteria	<p><u>Inclusie:</u> kinderen tussen de 1 en 18 jaar met de diagnose obstipatie Lactulose: Duphalac Stroop, Legendal, merkloos, Laxeerdrank, Laxeersiroop 'San' Macrogol(PEG): Forlax, merkloos, Movicolon, Transipeg, Colofort, Endofalk, Klean Prep</p> <p><u>Exclusie:</u> kinderen <math>&lt; 1</math> jaar met de diagnose obstipatie; kinderen zonder functionele obstipatie (ziekte van Hirschsprung, syndroom van Down/Turner/Williams, seksueel misbruik, organische oorzaak)</p>
Bron teller	ATC-registratie, DBC-registratie, Status/EPD
Bron noemer	Status/EPD
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau

### **Achtergrond<sup>2</sup>**

Indien men geen of onvoldoende effect bereikt met voorlichting, dieetadviezen, een poepdagboek, beloningssysteem en toilettraining, wordt doorgaans binnen 2 weken met een medicamenteuze behandeling gestart. Met lactulose is goede ervaring bekend in de huisartsenpraktijk. Echter, bij PEG worden mindere bijwerkingen gezien, maar lange termijn effecten zijn vooralsnog onbekend.

### **Bron**

Richtlijn Obstipatie bij kinderen  
Pijpers 2009<sup>6</sup>

### **Mogelijkheden tot verbetering van de meetbaarheid**

De werkgroep gaat er vanuit dat in de praktijk nog niet alle professionals met een EPD werken, waardoor het terugvinden van de diagnose obstipatie en bijbehorende medicatie veel inspanning zal vereisen. Het gebruik van generieke codes voor de diagnose en behandeling van obstipatie (bijvoorbeeld ICPC-code, DBC-code en ATC-code) wordt door de werkgroep niet optimaal geacht, waardoor hier ruimte is voor verbetering.

3. De zorgverlener schrijft als initiële behandeling/onderhoudsfase lactulose voor bij kinderen jonger dan 1 jaar met obstipatie	
Operationalisatie	Het percentage kinderen <1 jaar met obstipatie, waarbij als behandeling PEG of lactulose is voorgeschreven
Teller	Aantal kinderen <1 jaar met obstipatie, waarbij als behandeling PEG of lactulose is voorgeschreven
Noemer	Totaal aantal kinderen ≥1 jaar, waarbij de diagnose obstipatie is gegeven
In-/exclusie criteria	<u>Inclusie:</u> kinderen < 1 jaar met de diagnose obstipatie Lactulose: Duphalac Stroop, Legendal, merkloos, Laxeerdrank, Laxeersiroop 'San' <u>Exclusie:</u> kinderen ≥1 jaar met de diagnose obstipatie; kinderen zonder functionele obstipatie (ziekte van Hirschsprung, syndroom van Down/Turner/Williams, seksueel misbruik, organische oorzaak)
Bron teller	ATC-registratie, DBC-registratie, Status/EPD
Bron noemer	Status/EPD
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau

### Achtergrond<sup>2</sup>

Er ontbreekt bewijs bij kinderen jonger dan 1 jaar, maar de meeste ervaring is met lactulose. In de praktijk blijkt dit ook een veilig medicijn te zijn. Ook het landelijk kinderformularium adviseert om bij kinderen jonger dan 1 jaar lactulose te gebruiken.

### Bron

Richtlijn Obstipatie bij kinderen  
Pijpers 2009<sup>6</sup>

### Mogelijkheden tot verbetering van de meetbaarheid

De werkgroep gaat er vanuit dat in de praktijk nog niet alle professionals met een EPD werken, waardoor het terugvinden van de diagnose obstipatie en bijbehorende medicatie veel inspanning zal vereisen. Het gebruik van generieke codes voor de diagnose en behandeling van obstipatie (bijvoorbeeld ICPC-code, DBC-code en ATC-code) wordt door de werkgroep niet optimaal geacht, waardoor hier ruimte is voor verbetering.

4. De zorgverlener schrijft laxantia voor ten minste 2 maanden voor	
Operationalisatie	Het percentage kinderen met obstipatie, waarbij laxantia voor ten minste 2 maanden zijn voorgeschreven
Teller	Aantal kinderen met obstipatie, waarbij laxantia voor ten minste 2 maanden zijn voorgeschreven
Noemer	Totaal aantal kinderen met obstipatie, waarbij laxantia zijn voorgeschreven
In-/exclusie criteria	<p><u>Inclusie:</u> kinderen met de diagnose obstipatie waarbij laxantia zijn voorgeschreven  Lactulose: Duphalac Stroop, Legendal, merkloos, Laxeerdrank, Laxeersiroop 'San'  Macrogol: Forlax, merkloos  Macrogol/elektrolyten: Movicolon, Transipeg, Colofort, Endofalk, Klean Prep  Lactitol: Importal  Microlax  Natriumdocusaat: Norgalax  Natriumfosfaat: Colex</p> <p><u>Exclusie:</u> kinderen met de diagnose obstipatie waarbij geen laxantie zijn voorgeschreven  kinderen zonder functionele obstipatie (ziekte van Hirschsprung, syndroom van Down/Turner/Williams, seksueel misbruik, organische oorzaak)</p>
Bron teller	ATC-registratie, DBC-registratie, Status/EPD
Bron noemer	DBC-registratie, Status/EPD
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau

### Achtergrond<sup>2</sup>

Bij wetenschappelijke studies wordt over het algemeen het effect van een laxans geëvalueerd na 2 maanden. Daarom wordt er in de aanbeveling de voorkeur gegeven om een kind in ieder geval 2 maanden te behandelen met laxantia.

### Bron

Richtlijn Obstipatie bij kinderen

### Mogelijkheden tot verbetering van de meetbaarheid

In de praktijk is zichtbaar dat recepten niet altijd goed terug te vinden zijn in de registratiesystemen van de professionals; dosis en/of duur zijn vaak niet goed gedocumenteerd. Contact met de apotheek is in deze gevallen noodzakelijk om het precieze recept te achterhalen. Dit geheel biedt mogelijkheden voor verbetering.

5. De zorgverlener heeft contact met het kind/ouders, afhankelijk van de ernst, 1-2 weken na start van de behandeling	
Operationalisatie	Het percentage kinderen met obstipatie, waarover 1-2 weken na start van de behandeling contact is geweest met de arts
Teller	Aantal kinderen met obstipatie, waarover 1-2 weken na start van de behandeling contact is geweest met de arts
Noemer	Totaal aantal kinderen met obstipatie, waarbij een medicamenteuze behandeling is gestart
In-/exclusie criteria	<u>Inclusie:</u> kinderen met de diagnose obstipatie <u>Exclusie:</u> kinderen met de diagnose obstipatie waarbij de behandeling <2 weken geleden is gestart kinderen zonder functionele obstipatie (ziekte van Hirschsprung, syndroom van Down/Turner/Williams, seksueel misbruik, organische oorzaak)
Bron teller	Status/EPD
Bron noemer	Status/EPD
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau

### Achtergrond

Het is belangrijk dat de juiste behandeling wordt voorgeschreven aan een patiënt en dat de behandeling ook effectief is. Door 1-2 weken na de start van de behandeling contact op te nemen met patiënt/wettelijke vertegenwoordiger kan gekeken worden of de voorgeschreven medicatie effectief genoeg is. Er ontbreekt echter wetenschappelijk bewijs wanneer de effectiviteit van de medicatie het beste kan worden besproken.

### Bron

Richtlijn Obstipatie bij kinderen

### Mogelijkheden tot verbetering van de meetbaarheid

Contact met de patiënt is erg afhankelijk van de ernst van de klachten, hierdoor kan het contact na start van de behandeling variëren van de volgende dag tot >2 weken. Op dit moment geldt voor de meeste professionals: hoe ernstiger de klachten, hoe sneller een patiënt terug gezien wordt. Er zijn echter geen algemeen geldende regels opgesteld die een verschil maken, binnen welke periode een patiënt opnieuw gezien moet worden, op basis van de ernst van de klachten.

6. De zorgverlener heeft in ieder geval 2 maanden na staken behandeling contact met het kind/ouders ter evaluatie	
Operationalisatie	Het percentage kinderen met obstipatie, waarover 2 maanden na staken van de behandeling ter evaluatie contact is geweest met de arts
Teller	Aantal kinderen met obstipatie, waarover 2 maanden na staken van de behandeling ter evaluatie contact is geweest met de arts
Noemer	Totaal aantal kinderen met obstipatie, waarbij behandeling is gestaakt
In-/exclusie criteria	<u>Inclusie:</u> kinderen met de diagnose obstipatie <u>Exclusie:</u> kinderen met de diagnose obstipatie waarbij de behandeling <2 weken geleden is gestart kinderen zonder functionele obstipatie (ziekte van Hirschsprung, syndroom van Down/Turner/Williams, seksueel misbruik, organische oorzaak)
Bron teller	Status/EPD
Bron noemer	Status/EPD
Type indicator	Procesindicator
Meetniveau	Patiëntniveau

### Achtergrond

Wanneer gestaakt wordt met een medicamenteuze behandeling is het van belang dat de obstipatie niet terug keert en er geen andere negatieve reacties zijn op het staken van de behandeling. Een evaluatiemoment 2 maanden na het staken van de behandeling kan hierbij helpen. Er ontbreekt echter wetenschappelijk bewijs na welke periode dit evaluatiemoment plaats moet vinden.

### Bron

Richtlijn Obstipatie bij kinderen

### Mogelijkheden tot verbetering van de meetbaarheid

Er is nog veel onduidelijkheid over wanneer een behandeling is gestaakt, aangezien dit niet altijd terug te vinden is in de registratiesystemen. Mogelijkheden om de registratie te verduidelijken zijn:

- Een registratiecode voor het staken van de medicatie of het afbouwen hiervan
- Een registratiecode voor het evaluatiegesprek (na het staken van de medicatie)

Een ander verbeterpunt is dat bij bepaalde groepen chronische obstipatie wordt gediagnosticeerd, waardoor medicatie niet wordt gestopt. Een speciale codering voor deze groep patiënten zou een mogelijke optie kunnen zijn.

Patiënteninformatie	
<b>7. Is er een patiëntenfolder “obstipatie bij kinderen” aanwezig in de behandelkamer?</b>	
Omschrijving	Komen in deze folder voor kinderen met obstipatie en hun ouders de volgende aspecten aan bod? <ul style="list-style-type: none"> <li>- Het chronische karakter van obstipatie en kans op verdwijnen van de klachten</li> <li>- Het wisselende beloop van klachten bij obstipatie</li> <li>- Toiletraining advies bij kinderen met obstipatie met een minimale ontwikkelingsleeftijd van 4 jaar</li> </ul>
In-/exclusie criteria	<u>Inclusie:</u> zorgverleners waarbij kinderen met obstipatie onder behandeling zijn <u>Exclusie:</u> -
Bron	Patiëntenfolder
Type indicator	Structuurindicator
Meetniveau	Zorgverlenerniveau

### Achtergrond

Het is van groot belang dat kinderen met obstipatie en hun ouders goed voorgelicht worden over het karakter en beloop van obstipatie. Informatie verschaft tijdens een consult wordt vaak niet goed opgenomen of snel vergeten. Door een patiëntenfolder mee te geven naar huis, kan alle informatie op een rustig moment nogmaals worden doorgelezen, wat onduidelijkheden en misverstanden kan helpen voorkomen.

### Bron

Richtlijn Obstipatie bij kinderen

### Mogelijkheden tot verbetering van de meetbaarheid

De patiënteninformatie specifiek gericht op kinderen met obstipatie is op dit moment vaak niet aanwezig bij de betrokken professionals, waardoor winst is te behalen op dit gebied. Op basis van de opgestelde richtlijn ‘Obstipatie bij Kinderen’ zal een patiëntenfolder opgesteld worden, met voor patiënten, ouders en/of begeleiders begrijpelijke informatie. Professionals kunnen deze folder tijdens het consult aan hun patiënten uitreiken.

## **AANBEVELING**

De ontwikkelde indicatoren zoals beschreven in dit rapport kunnen worden beschouwd als een inhoudelijk valide set van indicatoren voor obstipatie bij kinderen, omdat er is uitgegaan van "evidence-based" aanbevelingen in de richtlijn en er een zorgvuldige selectieprocedure heeft plaatsgevonden door experts.

Deze indicatoren kunnen worden toegevoegd aan de richtlijn 'Obstipatie bij Kinderen 0 tot 18 jaar.

In de praktijktest die is uitgevoerd is met name gekeken naar de meetbaarheid van de indicatoren. Om uitspraken te kunnen doen over bijvoorbeeld verbeterbaarheid, discriminerend vermogen of betrouwbaarheid dienen deze indicatoren verder getest te worden.

## REFERENTIES

1. van den Berg MM, Benninga MA, Di LC. Epidemiology of childhood constipation: a systematic review. *Am J Gastroenterol* 2006; 101(10):2401-2409.
2. NVK. Richtlijn Obstipatie bij kinderen 0 tot 18 jaar. Utrecht: CBO 2009.
3. Hyman PE, Milla PJ, Benninga MA, Davidson GP, Fleisher DF, Tamini J. Childhood functional gastrointestinal disorders: neonate/toddler. *Gastroenterology* 2006; 130(5):1519-1526.
4. Rasquin A, Di LC, Forbes D, Guiraldes E, Hyams JS, Staiano A et al. Childhood functional gastrointestinal disorders: child/adolescent. *Gastroenterology* 2006; 130(5):1527-1537.
5. Rasquin-Weber A, Hyman PE, Cucchiara S, Fleisher DR, Hyams JS, Milla PJ et al. Childhood functional gastrointestinal disorders. *Gut* 1999; 45 Suppl 2:II60-II68.
6. Pijpers MA, Tabbers MM, Benninga MA, Berger MY. Currently recommended treatments of childhood constipation are not evidence based: a systematic literature review on the effect of laxative treatment and dietary measures. *Arch Dis Child* 2009;94(2):117-131.