

Indicatoren JGZ-richtlijn Extremiteiten

Datum:

10-12-2018

Auteurs:

Jacqueline Deurloo

Caren Lanting

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
2	Doelstelling	4
3	Methode	5
3.1	Formulering van conceptindicatoren.....	5
3.2	Beoordelen registreerbaarheid.....	5
3.3	Formulering definitieve indicatoren	5
4	Resultaten	6
4.1	Formulering conceptindicatoren	6
4.2	Definitieve set indicatoren.....	6
5	Conclusies en aanbevelingen.....	7
5.1	Conclusies	7
5.2	Kanttkening	7
5.3	Aanbevelingen	7
	Referenties.....	8
	Bijlage 1: Conceptindicatoren die niet in de definitieve set indicatoren zijn opgenomen.....	9
	Bijlage 2: Kernaanbevelingen van de JGZ-richtlijn Extremiteten.....	14
	Thema 1: Algemeen	14
	Thema 2: Standsafwijkingen	14
	Thema 3: Pijnklachten.....	15

1 Inleiding

In 2017 is in opdracht van ZonMw gestart met de ontwikkeling van de JGZ-richtlijn Extremiteten, deze zal naar verwachting in 2019 worden gepubliceerd [1]. In het kader van de richtlijnontwikkeling wordt een set indicatoren vastgesteld waarmee het gebruik van deze richtlijn op organisatieniveau en landelijk niveau inzichtelijk kan worden gemaakt.

Een indicator is een meetbaar aspect van de geleverde zorg (d.w.z. in maat en getal uit te drukken) en heeft een signalerende functie voor de kwaliteit van de geleverde zorg [2,3]. Er zijn drie typen indicatoren:

- **Structuurindicatoren:** zij beschrijven de organisatie van zorg of kwaliteit van de zorgsetting, zoals de beschikbaarheid van voorzieningen of gemaakte afspraken tussen zorgverleners.
- **Procesindicatoren:** zij beschrijven het handelen van de professional, zoals verrichte diagnostiek of behandeling.
- **Uitkomstindicatoren:** zij geven de effectiviteit van de zorg of het behandelresultaat weer, zoals het percentage kinderen waarbij een taalachterstand vroegtijdig is opgespoord.

JGZ-organisaties kunnen met behulp van indicatoren de door hen geleverde zorg met die van andere organisaties vergelijken en door de tijd heen monitoren. Ook kunnen zij verschillende locaties binnen hun organisatie met elkaar vergelijken. Ook kunnen bijvoorbeeld beroepsorganisaties, het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) of de Inspectie Gezondheidszorg en Jeugd (IGJ) met behulp van indicatoren inzicht krijgen in de kwaliteit van de door JGZ-organisaties geleverde zorg.

De in dit rapport genoemde indicatoren hebben een signalerende functie m.b.t. een aantal kernaanbevelingen uit de richtlijn en ze zijn registreerbaar via het DD JGZ [3]. De indicatoren geven géén zicht op hoe de zorg wordt uitgevoerd en ze geven de professional géén persoonlijke feedback op het handelen [4,5]. In principe zijn alle kernaanbevelingen uit de richtlijn meetbaar en het is ook mogelijk de professional of organisatie van persoonlijke feedback te voorzien, maar daar zijn veelal andere methoden voor dan indicatoren [4].

2 Doelstelling

Het doel is het ontwikkelen en vaststellen van een set indicatoren waarmee de uitvoering van de JGZ-richtlijn Extremiteten binnen de JGZ geëvalueerd kan worden. Hierbij is rekening gehouden met de volgende randvoorwaarden:

- De indicatoren worden methodisch ontwikkeld
- De set wordt gebaseerd op de kernaanbevelingen uit de richtlijn. Deze worden opgesteld door de ontwikkelgroep.
- De set bestaat uit procesindicatoren en – indien mogelijk – uitkomstindicatoren
- De indicatoren sluiten aan bij de Basisdataset (BDS) van het Digitale Dossier voor de JGZ (DD JGZ)
- De set heeft een beperkte omvang

3 Methode

De ontwikkeling van de set indicatoren vond systematisch plaats [3,5,6] en bestond uit drie fasen: 1) formulering van concept indicatoren, 2) beoordeling van de mate van registreerbaarheid en 3) formulering van de definitieve set indicatoren.

3.1 Formulering van conceptindicatoren

De kernaanbevelingen zoals verwoord door de ontwikkelaars aan het begin van ieder thema vormden de basis (zie bijlage 2).

Het bepalen van kernaanbevelingen vond plaats op basis van de volgende uitgangspunten:

- De kernaanbeveling moet specifiek zijn voor de richtlijn Extremiteten. Daarmee vervallen aanbevelingen over het functioneren van de JGZ in het algemeen (bijv. kennis hebben van de sociale kaart).
- De kernaanbeveling moet te operationaliseren zijn. Daarmee vervallen aanbevelingen als “Bij twijfel kunt u verwijzen naar ...” of “Er kan gebruik worden gemaakt van ...”.
- In deze fase is nog geen reductie gedaan op meetbaarheid via het DD JGZ.

Vervolgens werd voor iedere kernaanbeveling een conceptindicator opgesteld. Hierbij werden een teller en noemer apart benoemd, zodat duidelijk wordt welke gegevens nodig zijn.

3.2 Beoordelen registreerbaarheid

Voor de als relevant beoordeelde indicatoren is vervolgens gekeken of de indicator meetbaar is via het DD JGZ. Wanneer dit niet het geval was, werd de indicator alsnog uitgesloten van de definitieve set.

3.3 Formulering definitieve indicatoren

De definitieve indicatoren zijn in aparte tabellen beschreven waarin per indicator wordt aangegeven:

- a) Titel van de indicator;
- b) Kernaanbeveling waarop indicator is gebaseerd;
- c) Bron kernaanbeveling (thema in de richtlijn);
- d) Type indicator (proces of uitkomst);
- e) Waarom belangrijk;
- f) Omschrijving indicator;
- g) Teller en noemer;
- h) Toelichting (indien van toepassing; bijvoorbeeld om bepaalde termen toe te lichten of mate van registreerbaarheid in het DD JGZ toe te lichten).

4 Resultaten

4.1 Formulering conceptindicatoren

Er werden 12 kernaanbevelingen uit de richtlijn Extremiteten gehaald (zie bijlage 2). Na correctie voor dubbele aanbevelingen, selectie op specificiteit voor de richtlijn Extremiteten en operationaliseerbaarheid, bleven zeven kernaanbevelingen over waarvoor conceptindicatoren werden ontwikkeld. Van deze zeven conceptindicatoren bleken er zes niet goed registreerbaar aan de hand van het DD JGZ. Deze zes conceptindicatoren vielen daarom af. Hieronder wordt de definitieve indicatoren-set gegeven. Het betreft een indicator m.b.t. het onderwerp 'Onderzoek looppatroon'.

4.2 Definitieve set indicatoren

De definitieve set indicatoren omvat een kernaanbeveling die hieronder wordt beschreven.

Onderzoek looppatroon	
Kernaanbeveling(en)	Bij kinderen t/m 3 jaar dient het looppatroon actief beoordeeld te worden. Het looppatroon wordt beoordeeld met behulp van het Van Wiechen onderzoek.
Bron(nen)	Thema 1: Algemeen
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	Bij kinderen t/m 3 jaar dient het looppatroon actief beoordeeld te worden. Het looppatroon wordt beoordeeld met behulp van het Van Wiechen onderzoek. Een afwijkend looppatroon kan een indicatie zijn voor het bestaan van neuromusculaire aandoeningen (zoals cerebrale parese), ontwikkelingsproblematiek of heupdysplasie.
Omschrijving indicator(en)	% 0 tot 4 jarigen waarbij de jeugdarts het looppatroon heeft beoordeeld
Teller	Aantal 0 tot 4 jarigen waarbij de jeugdarts het looppatroon aantoonbaar heeft beoordeeld
Noemer	Aantal 0 tot 4 jarigen in zorg
Opmerking	<i>Het beoordelen van het looppatroon wordt geregistreerd bij het van Wiechenonderzoek, item 68: Loopt los/loopt goed los/loopt soepel.</i>

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Na correctie voor dubbele aanbevelingen, selectie op specificiteit voor de richtlijn Extremiteten en operationaliseerbaarheid zijn voor zeven van de 12 kernaanbevelingen conceptindicatoren ontwikkeld.

Voor een kernaanbeveling is een definitieve indicator opgesteld:

- 1) Onderzoek looppatroon;

Voor de overige kernaanbevelingen zijn geen indicatoren opgesteld omdat die niet registreerbaar zijn via het DD JGZ. In de bijlage 1 staan de indicatoren die niet in de definitieve set zijn opgenomen.

5.2 Kanttekening

Om de registratiedruk voor professionals te beperken is als randvoorwaarde gesteld dat de set een beperkte omvang moet hebben. Het is in principe relevant om het gebruik c.q. het effect van *alle* kernaanbevelingen te meten omdat er op basis van bewijs uit de literatuur, veelal in combinatie met praktijkervaring, goede redenen zijn om aan te nemen dat deze kernaanbevelingen uitgevoerd moeten worden om bijzonderheden aan de extremiteten adequaat te signaleren. De methode van indicatorontwikkeling (in maat en getal uit te drukken en registreerbaar via het BDS) zorgt in die zin voor een kunstmatige reductie [4,5].

5.3 Aanbevelingen

De uiteindelijke indicatoren set van de JGZ-richtlijn Extremiteten bevat slechts een indicator. Vanwege deze beperkte omvang geeft de indicator geen volledig beeld van de toepassing van *alle* adviezen uit de richtlijn. De indicatoren set is met nadruk bedoeld om op een relatief makkelijke manier een indicatie te krijgen van de opvolging van essentiële onderdelen uit de richtlijn. Het gaat daarbij met name om na te gaan welke adviezen uit de richtlijn niet goed in de praktijk worden gebracht. Indien uitkomsten minder positief uitvallen dan verwacht, zal altijd nader onderzoek moeten plaatsvinden om te achterhalen wat de oorzaak van de resultaten is. Op basis hiervan kan gericht naar verbeteracties worden gekeken.

De indicatoren set bevat uitsluitend procesindicatoren, wat betekent dat alleen informatie wordt verkregen over het handelen van de JGZ-professionals (en dus niet over het effect van de richtlijn). Om het effect van de richtlijn te toetsen, zou bijvoorbeeld onderzocht kunnen worden of de verwezen kinderen terecht verwezen werden of niet. Geschikte meetmethoden hiervoor zouden kunnen zijn: aparte registratie, bespreking tijdens intercollegiale toetsing (of intervisie) of via vignetten [4].

Referenties

1. Deurloo JA, Lanting C, Van Zoonen R. JGZ-richtlijn Extremiteten. Beschikbaar via www.jgzrichtlijnen.nl.
2. Donabedian A. Explorations in Quality Assessment and Monitoring Vol. 1. The Definition of Quality and Approaches to Its Assessment. Ann Arbor, MI: Health Administration Press, 1980.
3. Braspenning J, Bouma M, Hoenen J. Indicatoren op basis van richtlijnen. In: Everdingen van JJE, Dreesens DHH, Burgers JS, Swinkels JA, Barneveld van TA van, Weijden van der T. Handboek evidence-based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk. Houten: Bohn Stafleu van Loghum, 2014:265-275.
4. Fleuren MAH, Keer M, Paulussen TGWM. Adviesrapport meten van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO, 2014.
5. Nothacker M, Stokes T, Shaw B, Lindsay P, Sipilä R, Follmann M, Kopp I. Reporting standards for guideline-based performance measures. Implementation Science 2016;11:6.
6. ZonMw. Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg 2013-2018. ZonMw Programmatekst. Den Haag: ZonMw 2012.

Bijlage 1: Conceptindicatoren die niet in de definitieve set indicatoren zijn opgenomen

Onderzoek bij >50% van de tijd op de tenen lopen	
Kernaanbeveling(en)	Indien een kind na de leeftijd van 18 maanden >50% van de tijd op de tenen loopt, dient de jeugdarts na te gaan of er sprake is van alarmsignalen (een ontwikkelingsachterstand, asymmetrisch looppatroon, verhoogde spiertonus, pathologische reflexen of Gower's teken) of een verminderde dorsaalflexie van de voet.
Bron(nen)	Thema 1: Algemeen
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	Bij kinderen t/m 3 jaar dient het looppatroon actief beoordeeld te worden. Het looppatroon wordt beoordeeld met behulp van het van Wiechen onderzoek. Tenenloop kan veroorzaakt worden door neuromusculaire aandoeningen zoals cerebrale parese, spierdystrofie van Duchenne of te korte achillespezen. Als er sprake is van aanhoudende tenenloop zonder dat er een onderliggende oorzaak wordt gevonden, wordt dit 'idiopathische tenenloop' of 'habituële tenenloop' genoemd. In de loop van de tijd kan een beperking in de dorsaalflexie van de enkel ontstaan op basis van een verkorte achillespees.
Omschrijving indicator(en)	% 1 tot 4 jarigen dat >50% op de tenen loopt waarbij de jeugdarts heeft nagegaan of er sprake is van alarmsignalen (een ontwikkelingsachterstand, asymmetrisch looppatroon, verhoogde spiertonus, pathologische reflexen of Gower's teken) of een verminderde dorsaalflexie van de voet.
Teller	Aantal 1 tot 4 jarigen dat >50% op de tenen loopt waarbij aantoonbaar nagegaan is of er sprake is van: a. Een ontwikkelingsachterstand, b. Een asymmetrisch looppatroon, c. Een verhoogde spiertonus, d. Pathologische reflexen, e. Gower's teken én f. Een verminderde dorsaalflexie van de voet
Noemer	Aantal 1 tot 4 jarigen dat >50% op de tenen loopt
Opmerking	<i>Diverse onderdelen van deze indicator (ontwikkelingsachterstand, asymmetrisch looppatroon, pathologische reflexen, Gower's teken) zijn niet aantoonbaar te registreren.</i>

Verwijsbeleid bij tenenloop >50% van de tijd	
Kernaanbeveling(en)	• Indien er sprake is van tenenloop in combinatie met een ontwikkelingsachterstand dient te worden verwezen naar de kinderarts of Integrale Vroeghulp.

	• Indien er sprake is van tenenloop in combinatie met een asymmetrisch looppatroon, verhoogde spiertonus, een pathologische voetzoolreflex of Gower's teken dient te worden verwezen naar de kinderneuroloog. • Indien er sprake is van tenenloop in combinatie met een verminderde dorsaalflexie van de voet dient te worden verwezen naar de kinderfysiotherapeut.
Bron(nen)	Thema 1: Algemeen
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	Tenenloop komt vaker voor bij kinderen met een ontwikkelingsachterstand. Verwijzing naar de kinderarts of Integrale Vroeghulp is belangrijk voor nader onderzoek naar de oorzaak van de ontwikkelingsachterstand en/of voor de juiste begeleiding en ontwikkelingsstimulering. Tenenloop kan veroorzaakt worden door neuromusculaire aandoeningen zoals cerebrale parese, spierdystrofie van Duchenne. Verwijzing naar de kinderneuroloog is belangrijk voor nader onderzoek naar de oorzaak. Tenenloop kan in de loop van de tijd leiden tot een beperking in de dorsaalflexie van de enkel op basis van een verkorte achillespees. Behandeling hiervan is belangrijk omdat daarmee verergering kan worden voorkomen.
Omschrijving indicator(en)	% 1 tot 4 jarigen dat >50% van de tijd op de tenen loopt en in het afgelopen jaar door de JGZ is verwezen
Teller	Aantal 1 tot 4 jarigen dat >50% van de tijd op de tenen loopt en in het afgelopen jaar door de JGZ is verwezen
Noemer	Aantal 1 tot 4 jarigen in zorg
Opmerking	<i>Het kenmerk 'loopt meer dan 50% van de tijd op de tenen' is niet te registreren.</i>

Verwijsbeleid bij O-benen (genua vara) & X-benen (genua valga)	
Kernaanbeveling(en)	• De jeugdarts verwijst naar de (kinder)orthopeed: - Bij O-benen met uitgesproken grote kniehoeken vóór de leeftijd van twee jaar of O-benen na de leeftijd van twee jaar die bij controle na 6-9 maanden persisteren; - Bij X-benen met uitgesproken grote kniehoeken vóór de leeftijd van zeven jaar of X-benen na de leeftijd van zeven jaar die bij controle na 9-12 maanden persisteren; - Bij asymmetrische O- of X-stand; - Bij (anamnestisch) snel toenemende O- of X-stand; - Bij O- of X-stand met functionele beperkingen. • De jeugdarts verwijst naar de kinderarts bij verdenking op rachitis.
Bron(nen)	Thema 2: Standsafwijkingen
Type indicator	<i>Procesindicator</i>

Waarom belangrijk	O- en X-benen maken deel uit van de normale standsontwikkeling van de benen. Als de O- of X-stand asymmetrisch is (d.w.z. het ene been heeft meer een O- of X-stand dan het andere) of als er sprake is van een O- of X-stand die buiten de genoemde leeftijden valt, dan moet pathologie overwogen worden.
Omschrijving indicator(en)	% 0 tot 12 jarigen dat in het afgelopen jaar i.v.m. O- of X-benen door de JGZ is verwezen
Teller	Aantal 0 tot 12 jarigen dat in het afgelopen jaar i.v.m. O- of X-benen door de JGZ is verwezen
Noemer	Aantal 0 tot 12 jarigen in zorg
Opmerking	<i>Als indicatie voor een verwijzing kan alleen voor de algemene categorie 'Extremiteten' worden gekozen. Het is niet betrouwbaar vast te stellen of O- of X-benen de reden voor verwijzing zijn geweest.</i>

Verwijsbeleid bij beenlengteverschil	
Kernaanbeveling(en)	• Bij kinderen jonger dan 10 jaar: - o Bij een beenlengteverschil < 1 cm dient het beenlengteverschil na 6-12 maanden te worden gecontroleerd. - o Bij een beenlengteverschil ≥ 1 cm dient te worden verwezen naar een kinderorthoped. • Bij kinderen ouder dan 10 jaar: - o Bij een beenlengteverschil < 2 cm: verwijzing is niet nodig. Zo nodig kan na 6-12 maanden nogmaals het beenlengteverschil gemeten worden. Wanneer dit verschil constant blijft is het zeer onwaarschijnlijk dat er nog een toename in het beenlengteverschil zal zijn. - o Bij een beenlengteverschil ≥ 2 cm dient te worden verwezen naar een kinderorthoped.
Bron(nen)	Thema 2: Standsafwijkingen
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	Een beenlengteverschil kan verschillende oorzaken hebben: aanlegstoornis, paralyse, infectie, trauma, tumor en congenitale vaat anomalies. Van de aanwijsbare oorzaken komen traumata waarschijnlijk het meest frequent voor. Hoe jonger de leeftijd van het kind met een beenlengteverschil, hoe groter de kans dat het verschil toeneemt in de loop der jaren. Bij een (relatief) groot beenlengteverschil dient te worden verwezen omdat de kans op pathologie en de kans op klachten door overbelasting dan groter is.
Omschrijving indicator(en)	% 0 tot 10 jarigen met een beenlengteverschil ≥ 1 cm dat in het afgelopen jaar door de JGZ is verwezen
Teller	Aantal 0 tot 10 jarigen met een beenlengteverschil ≥ 1 cm dat in het afgelopen jaar door de JGZ is verwezen
Noemer	Aantal 0 tot 10 jarigen in zorg

Opmerking	<i>Als indicatie voor een verwijzing kan alleen voor de algemene categorie 'Extremiteiten' worden gekozen. Het is niet betrouwbaar vast te stellen of een beenlengteverschil de reden voor verwijzing is geweest.</i>
-----------	---

Verwijsbeleid bij platvoeten	
Kernaanbeveling(en)	• Indien er sprake is rigide platvoet(en) dienen te worden verwezen naar de (kinder)orthopeed voor nader onderzoek, in verband met een verhoogde kans op een onderliggende oorzaak zoals een tarsale coalitie. • Indien er sprake is van (een) platvoet(en) en (een) verkorte achillespees(-pezen) dienen te worden verwezen naar de kinderfysiotherapeut voor behandeling.
Bron(nen)	<u>Thema 2: Standsafwijkingen</u>
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	Platvoeten maken deel uit van de normale standsontwikkeling van de voeten. De prevalentie van platvoeten neemt af met het toenemen van de leeftijd. Platvoeten worden vaak ingedeeld in twee vormen: de soepele (of flexibele) platvoet, en de rigide (of starre) platvoet. De kans op een onderliggende oorzaak is het grootst bij een rigide platvoet. Een platvoet kan tevens veroorzaakt worden of verergeren door een verkorte achillespees.
Omschrijving indicator(en)	% 0 tot 18 jarigen met (een) platvoet(en) dat in het afgelopen jaar door de JGZ is verwezen
Teller	Aantal 0 tot 18 jarigen met (een) platvoet(en) dat in het afgelopen jaar door de JGZ is verwezen
Noemer	Aantal 0 tot 18 jarigen in zorg
Opmerking	<i>Als indicatie voor een verwijzing kan alleen voor de algemene categorie 'Extremiteiten' worden gekozen. Het is niet betrouwbaar vast te stellen of platvoeten de reden voor verwijzing zijn geweest.</i>

Verwijsbeleid bij mank lopen	
Kernaanbeveling(en)	• Mank lopende kinderen dienen te worden verwezen naar de huisarts voor aanvullend onderzoek.
Bron(nen)	Thema 3: Pijnklachten
Type indicator	<i>Procesindicator</i>
Waarom belangrijk	Mank lopen kan een aanwijzing zijn voor verschillende aandoeningen, zoals heupdysplasie, osteomyelitis, coxitis fugax, ziekte van Perthes en Epifysiolyse capitis femoris.
Omschrijving indicator(en)	% 0 tot 18 jarigen dat mank loopt en in het afgelopen jaar door de JGZ is verwezen
Teller	Aantal 0 tot 18 jarigen dat mank loopt en in het afgelopen jaar door de JGZ is verwezen
Noemer	Aantal 0 tot 18 jarigen in zorg

Opmerking	<i>Als indicatie voor een verwijzing kan alleen voor de algemene categorie 'Extremiteiten' worden gekozen. Het is niet betrouwbaar vast te stellen of mank lopen de reden voor verwijzing is geweest.</i>
-----------	---

Bijlage 2: Kernaanbevelingen van de JGZ-richtlijn Extremiteiten

Thema 1: Algemeen

Tenenloop

- Bij kinderen t/m 3 jaar dient het looppatroon actief beoordeeld te worden. Het looppatroon wordt beoordeeld met behulp van het Van Wiechen onderzoek.
- Indien een kind na de leeftijd van 18 maanden >50% van de tijd op de tenen loopt, dient de jeugdarts na te gaan of er sprake is van alarmsignalen (een ontwikkelingsachterstand, asymmetrisch looppatroon, verhoogde spiertonus, pathologische reflexen of Gower's teken) of een verminderde dorsaalflexie van de voet.
- Indien er sprake is van tenenloop in combinatie met een ontwikkelingsachterstand dient te worden verwezen naar de kinderarts of Integrale Vroeghulp.
- Indien er sprake is van tenenloop in combinatie met een asymmetrisch looppatroon, verhoogde spiertonus, pathologische reflexen of Gower's teken dient te worden verwezen naar de (kinder)neuroloog/kinderarts³.
- Indien er sprake is van tenenloop in combinatie met een verminderde dorsaalflexie van de voet dient te worden verwezen naar de kinderfysiotherapeut of kinderoefentherapeut. Bespreek met ouders dat zij bij onvoldoende verbetering terugkomen voor een hernieuwde beoordeling, en vraag dit in de verwijsbrief ook aan de kinderfysiotherapeut of kinderoefentherapeut. Bij onvoldoende verbetering dient te worden verwezen naar de (kinder)orthopeed of naar de (kinder)neuroloog/kinderarts³ (bij verdenking op neurologische problematiek).

Thema 2: Standsafwijkingen

O-benen (*genua vara*) & X-benen (*genua valga*)

- De jeugdarts verwijst naar de (kinder)orthopeed:
 - Bij O-benen met uitgesproken grote kniehoeken vóór de leeftijd van twee jaar of O-benen na de leeftijd van twee jaar die bij controle na 6-9 maanden persisteren;
 - Bij X-benen met uitgesproken grote kniehoeken vóór de leeftijd van zeven jaar of X-benen na de leeftijd van zeven jaar die bij controle na 9-12 maanden persisteren;
 - Bij asymmetrische O- of X-stand;
 - Bij (anamnestisch) snel toenemende O- of X-stand;
 - Bij O- of X-stand met functionele beperkingen.
- De jeugdarts verwijst naar de kinderarts bij verdenking op rachitis.

Beenlengteverschil

- Bij kinderen jonger dan 10 jaar:
 - o Bij een beenlengteverschil < 1 cm dient het beenlengteverschil na 6-12 maanden te worden gecontroleerd (hoe jonger het kind, hoe korter de controletermijn).
 - o Bij een beenlengteverschil ≥ 1 cm dient te worden verwezen naar een (kinder)orthopeed.
- Bij kinderen ouder dan 10 jaar:
 - o Bij een beenlengteverschil < 2 cm: verwijzing is niet nodig. Zo nodig kan na 6-12 maanden nogmaals het beenlengteverschil gemeten worden. Wanneer dit verschil constant blijft is het zeer onwaarschijnlijk dat er nog een toename in het beenlengteverschil zal zijn.
 - o Bij een beenlengteverschil ≥ 2 cm dient te worden verwezen naar een (kinder)orthopeed.

Platvoeten

- Indien er sprake is rigide platvoet(en) dienen te worden verwezen naar de (kinder)orthopeed voor nader onderzoek, in verband met een verhoogde kans op een onderliggende oorzaak zoals een tarsale coalitie.
- Indien er sprake is van (een) verkorte achillespees(-pezen) dient te worden verwezen naar de kinderfysiotherapeut of kinderoefentherapeut voor behandeling.

Thema 3: Pijnklachten

- Alle mank lopende kinderen dienen binnen 24 uur te worden verwezen naar de huisarts voor aanvullend onderzoek.