

**TNO-rapport**

**TNO/LS/2011.046**

**Determinantenanalyse & Proefimplementatie  
JGZ-richtlijn Huid**

**Behavioural and Societal  
Sciences**

Wassenaarseweg 56  
2333 AL Leiden  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

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

T +31 88 866 90 00  
F +31 88 866 06 10  
[infodesk@tno.nl](mailto:infodesk@tno.nl)

Datum	november 2011
Auteur(s)	J.A. Deurloo R.R. Pin M.A.H. Fleuren H. van Gameren M. Kamphuis
Aantal pagina's	45 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	2
Opdrachtgever	ZonMw, projectnummer 156000006
Projectnaam	JGZ-richtlijn Huid
Projectnummer	031.13805

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, foto-kopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor opdrachten aan TNO, dan wel de betreffende terzake tussen de partijen gesloten overeenkomst.

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

© 2011 TNO

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>4</b>
1.1	Achtergrond .....	4
1.2	Model voor de invoering van de JGZ-richtlijnen .....	4
1.3	Doelstelling en vraagstellingen .....	6
<b>2</b>	<b>Methode</b> .....	<b>7</b>
2.1	Werving van JGZ-medewerkers en respons .....	7
2.2	Kernelementen .....	7
2.3	Proefimplementatie: testfase, instructie, registratieformulieren en evaluatievragenlijsten .....	8
2.4	Analyses registratieformulieren en evaluatievragenlijst .....	9
2.5	Focusgroepinterview .....	9
2.6	Analyse focusgroepinterview .....	10
<b>3</b>	<b>Resultaten registratieformulieren</b> .....	<b>11</b>
3.1	Respons .....	11
3.2	Resultaten registratieformulieren tijdens de proefimplementatie .....	11
<b>4</b>	<b>Resultaten evaluatievragenlijst na afloop van de proefimplementatie</b> .....	<b>14</b>
4.1	Inleiding .....	14
4.2	Respons .....	14
4.3	Vorbereiding .....	14
4.4	Evaluatie instructie over de richtlijn .....	15
4.5	Werken volgens de richtlijn: gebruik .....	15
4.6	Determinanten die het gebruik van de richtlijn beïnvloeden .....	16
4.7	Overige opmerkingen van de respondenten .....	20
<b>5</b>	<b>Resultaten focusgroepinterviews na afloop van de proefimplementatie</b> .....	<b>21</b>
5.1	Respons .....	21
5.2	Determinanten m.b.t. richtlijn .....	21
5.3	Determinanten m.b.t. JGZ-medewerker .....	23
5.4	Determinanten m.b.t. JGZ-organisatie .....	24
5.5	Determinanten m.b.t. de sociaal-politieke omgeving .....	25
5.6	Randvoorwaarden voor landelijke invoering .....	26
<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering</b> .....	<b>29</b>
6.1	Conclusies .....	29
6.2	Kritische kanttekeningen .....	32
6.3	Aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering .....	33
<b>7</b>	<b>Literatuur</b> .....	<b>36</b>
	<b>Bijlage(n)</b>	
	A Gedetailleerde resultaten vragenlijst na proefimplementatie	
	B Gedetailleerde resultaten focusgroepen JGZ-richtlijn 'Huid'	



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

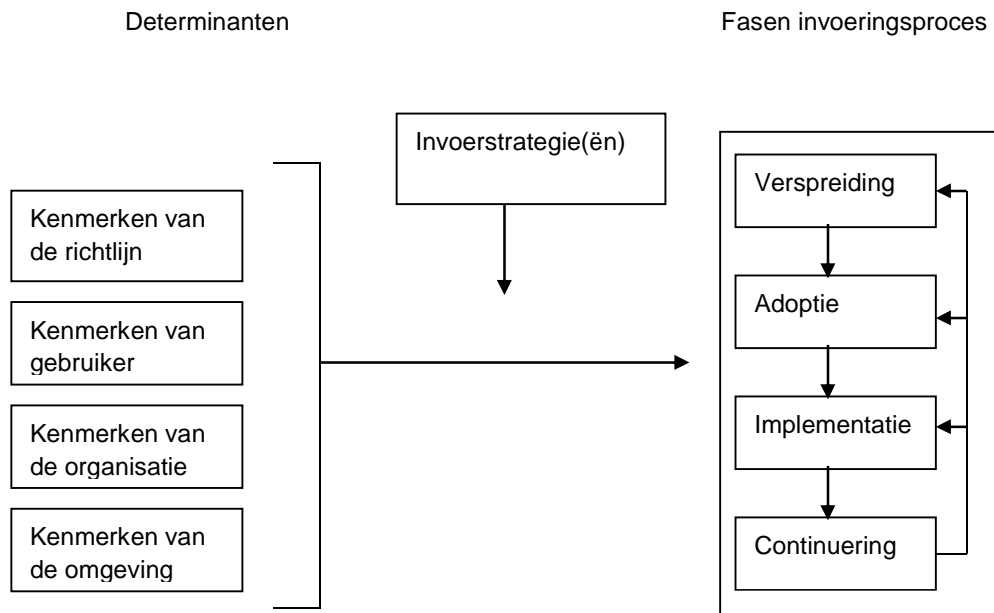
Huidafwijkingen komen vaak voor, ook bij kinderen. Huidafwijkingen staan bovenaan de ranglijst van meest voorkomende nieuwe diagnoses die de huisarts bij kinderen stelt, met een éénjaars incidentie van 287 per 1000 kinderen (1). Gezien de grote impact van het hebben van een huidafwijking voor kinderen en ouders, is preventie, goede signalering, diagnosticeren, eventueel tijdige verwijzing, monitoring en behandeling van, en uniforme voorlichting en advisering over huidafwijkingen van groot belang. Juist ook door het bestaan van veel vrij verkrijgbare zelfzorgmedicatie. De jeugdgezondheidszorg (JGZ) kan bij al deze aspecten een belangrijke taak vervullen, waarbij een landelijke uniforme evidence based richtlijn met betrekking tot het onderwerp van cruciaal belang is.

## 1.2 Model voor de invoering van de JGZ-richtlijnen

### *Fasen in een innovatieproces*

Een richtlijnen traject kan beschouwd worden als een cyclisch proces dat bestaat uit a) de ontwikkeling van de richtlijn, b) de invoering van de richtlijn onder de beoogde gebruikers en c) het begeleidende evaluatieonderzoek (2-5). Het begeleidende evaluatieonderzoek moet duidelijk maken of het invoeringsproces door de beoogde gebruiker wordt doorlopen zoals gewenst, en of daarmee de effecten bij de einddoelgroep (0-19 jarigen) zijn gerealiseerd.

De invoering van een richtlijn bestaat uit een aantal fasen (figuur 1) (6,7). Met het oog op een succesvolle invoering is het van cruciaal belang dat de beoogde gebruikers van de richtlijn op de hoogte zijn van het bestaan ervan (6-13). In de adoptie fase neemt de beoogde gebruiker kennis van de richtlijn en besluit om er al dan niet mee te gaan werken. Dit is een mentaal proces waarbij de beoogde gebruiker een positieve of negatieve intentie tot gebruik van de richtlijn ontwikkelt. Daarna probeert de gebruiker daadwerkelijk met de richtlijn te werken en gaat ervaren of deze voor hem/haar in de praktijk uitvoerbaar is (implementatie). Tenslotte is het de bedoeling dat het werken met de richtlijn onderdeel van de dagelijkse routine wordt (continuering) bij de gebruiker.



Figuur 1 Generiek model voor het invoeren van vernieuwingen (6,7)

#### Analyse determinanten

In elke fase van het invoeringsproces kunnen er complicaties optreden waardoor de invoering stagneert. Verschillende determinanten bepalen het proces en ze zijn onder te verdelen naar kenmerken van (6):

- de richtlijn zélf, bijvoorbeeld gebruiksgemak, helderheid of relevantie;
- de (toekomstige) gebruiker van de richtlijn, bijvoorbeeld kennis en vaardigheden, attitude en taakopvatting;
- de organisatie waarin de richtlijn wordt ingevoerd, bijvoorbeeld de besluitvormingsstructuur, de bezettingsgraad of de beschikbare tijd;
- de sociaal-politieke omgeving, bijvoorbeeld medewerking van 0-19 jarigen en hun ouders/verzorgers, medewerking van verwijzers, wet- en regelgeving, financiering of materiële voorzieningen.

Om de kans op succesvolle invoering van de richtlijn te maximaliseren dient de invoerstrategie aan te sluiten op de belangrijkste determinanten van het invoeringsproces. Daarom moet een analyse van determinanten plaatsvinden onder de beoogde gebruikers van een richtlijn vóórdat deze definitief is en verspreid wordt. Vervolgens kunnen invoerstrategieën toegesneden worden op de uitkomsten van deze analyse (6,9-11,13). Wanneer dit niet wordt gedaan, loopt men de kans een strategie in te zetten die aangrijpt op een niet-relevante determinant en voorbij gaat aan een of meerdere determinanten die er wel toe doen (6,7).

#### Proefimplementatie

In de Jeugdgezondheidszorg gebeurt een dergelijke determinantenanalyse tot nu toe via een proefimplementatie waarbij uitvoerende JGZ-medewerkers en, indien relevant, managers de conceptrichtlijn gedurende enige maanden in de dagelijkse praktijk uittesten (14). Wanneer een richtlijn aanbevelingen bevat die organisatorische consequenties hebben (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een aandachtsfunctionaris kindermishandeling of aanbevelingen ten aanzien van

multidisciplinair overleg), worden waar mogelijk hele organisaties/teams geworven voor de proefimplementatie. Het al dan niet kunnen uitvoeren van de richtlijn ligt dan namelijk deels buiten de invloedssfeer van de individuele JGZ-medewerker. In andere gevallen kan worden volstaan met het werven van individuele JGZ-medewerkers. Via de proefimplementatie wordt duidelijk wat de uitvoeringsproblemen in de dagelijkse praktijk zijn. Dit geeft in ieder geval zicht op welke punten de richtlijn zélf nog bijstelling behoeft (inhoudelijk en qua vormgeving), welke instructie/scholing JGZ-medewerkers nodig hebben om met de richtlijn te kunnen werken en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd om het werken met de richtlijn mogelijk te maken, zoals inwerktijd, extra consulttijd, benodigde materialen, etc. Dit alles is vooral ook van belang voor managers om de invoering van de richtlijn in hun organisatie te kunnen inplannen en om met gemeentes te kunnen onderhandelen over financiering. Ook is het van belang voor het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ), dat de regie voert over de landelijke invoering van de richtlijnen. Daarnaast geeft de proefimplementatie zicht op het verdere scala van determinanten waar tijdens de (landelijke) invoering rekening mee moet worden gehouden.

### 1.3 Doelstelling en vraagstellingen

Het doel van het onderhavige project is nagaan welke determinanten een rol spelen bij het gebruik van de concept JGZ-richtlijn Huid, om op basis daarvan aanbevelingen te doen voor de landelijke invoering van deze richtlijn en de richtlijn zelf inhoudelijk aan te scherpen.

De vraagstellingen van het project zijn:

1. Op welke punten behoeft de richtlijn zelf nog bijstelling?
2. In hoeverre is de website met het digitale stroomschema ('de website') werkzaam, en op welke punten behoeft de website bijstelling?
3. Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de JGZ-richtlijn Huid en de website door artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten?
4. Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd bij de landelijke invoering van deze JGZ-richtlijn en de website?

## 2 Methode

### 2.1 Werving van JGZ-medewerkers en respons

De werving vond plaats in twee delen.

Allereerst werd een oproep uitgezet via de websites en de Nieuwsbrieven van de koepels, de beroepsverenigingen en van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) in september 2010. Van daaruit werden deelnemers geworven voor een eerste testfase van de website met het stroomschema. Hieraan deden mee:

- 1 arts (0-4 jaar)
- 1 arts (4-19 jaar)
- 2 verpleegkundigen (0-4 jaar)
- 1 verpleegkundige (4-19 jaar)
- 1 verpleegkundig specialist (0-4 jaar)
- 2 doktersassistentes (4-19 jaar)

Vervolgens werd rond maart 2011 een tweede meer gespecificeerde oproep uitgezet in de nieuwsbrieven en op de websites van het NCJ, de beroepsverenigingen en de koepels.

De oproep was gericht aan JGZ-organisaties, maar ook individuele JGZ-medewerkers konden zich aanmelden. In de mailing en op de websites werd beschreven wat deelname inhield, hoeveel tijd dit kostte en welke vergoeding beschikbaar was. Tevens is geworven via het netwerk van de leden van de projectgroep.

Het aantal belangstellenden was dermate hoog, dat uiteindelijk een aantal medewerkers niet deel kon nemen aan de proefimplementatie omdat het benodigde aantal (30) al ruimschoots gehaald was. Deze medewerkers zijn benaderd voor deelname aan de indicatoren werkgroep en om commentaar te geven op de richtlijn.

Aan de proefimplementatie namen deel (totaal 36 deelnemers):

- 12 artsen (0-4 jaar, waarvan 2 stafartsen)
- 2 artsen (4-19 jaar)
- 3 artsen (0-19 jaar)
- 15 verpleegkundigen (0-4 jaar)
- 1 verpleegkundige (0-19 jaar)
- 2 verpleegkundig specialisten (0-4 jaar)
- 1 doktersassistente (4-19 jaar)

Vanwege een vertraagd inwerkprogramma, kon uiteindelijk 1 arts 0-4 niet deelnemen, waarmee het totaal aan deelnemers op 35 uitkwam.

### 2.2 Kernelementen

Door de ontwikkelaars van de richtlijn zijn van te voren kernelementen van de richtlijn bepaald. Kernelementen zijn die activiteiten die in ieder geval uitgevoerd moeten worden om het effect van de richtlijn bij de 0-19 jarige te bewerkstelligen (14). Het betreft activiteiten die JGZ medewerkers in ieder geval in staat stellen om goede voorlichting en begeleiding te bieden aangaande huidproblemen én

problematiek bij alle kinderen effectief te kunnen signaleren, erover te kunnen adviseren, hulp te bieden of te verwijzen.

### 2.3 **Proefimplementatie: testfase, instructie, registratieformulieren en evaluatievragenlijsten**

#### *Testfase website*

Voordat de proefimplementatie daadwerkelijk van start ging, werd in twee groepen van vier JGZ-medewerkers een test gedaan met de website met het digitale stroomschema. De website werd hierbij gedemonstreerd en casuïstiek werd uitgeprobeerd. Dit gebeurde eerst plenair en vervolgens individueel. Hierbij werden formulieren ingevuld, zodat de feedback later verwerkt kon worden. Het ging hierbij om feedback op het gebruik van de website, het uiterlijk van de website, het gebruikersgemak, etc.

Naar aanleiding van deze twee testbijeenkomsten werd de website aangepast.

#### *Instructie*

De proefimplementatie hield in dat JGZ-organisaties en medewerkers gevraagd werd ongeveer twee maanden met de conceptrichtlijn te werken en deze in de praktijk uit te testen op de uitvoerbaarheid.

De deelnemers aan de proefimplementatie kregen een 2,5 uur durende instructiebijeenkomst, waarin één van de ontwikkelaars uitleg gaf over de richtlijn en het gebruik van de website. Voorafgaand aan de instructie ontvingen de deelnemers de complete tekst van de richtlijn en de link naar de website. De wetenschappelijke onderbouwing werd later opgestuurd ter beoordeling met daarbij de vraag hoe deze bij de landelijke implementatie verspreid zou moeten worden.

#### *Registratieformulieren*

De registratieformulieren en de evaluatievragenlijsten (zie hierna) die zijn gebruikt bij de proefimplementatie zijn gebaseerd op de kernelementen van de richtlijn. Gedurende de proefimplementatie hielden de deelnemers op registratieformulieren bij op welke punten de richtlijn wel/niet uitvoerbaar is en hoe de website werd gebruikt. De deelnemers vulden deze registratieformulieren in voor 5-10 contacten. De deelnemers werd gevraagd om registratieformulieren in te vullen voor contactmomenten waarop actieve opsporing van huidafwijkingen gewenst was, en voor andere contactmomenten met en zonder bijzonderheden. Met deze formulieren werd inzicht verkregen hoe medewerkers tijdens de proefimplementatie daadwerkelijk werkten, en tegen welke problemen zij aanliepen. De registraties vonden prospectief plaats.

Bij de registratieformulieren registreerde men knelpunten/uitvoeringsproblemen met betrekking tot:

- Uitvoering van inhoudelijke kernelementen van de richtlijn:
  - Anamnestiche gegevens
  - Lichamelijk onderzoek
  - Advisering over huidverzorging
  - Begeleiding, verwijzing en follow-up
- Tijdsinvestering
- Evaluatie van de website
- Open vragen over ervaren knelpunten in het gebruik van de richtlijn



### *Evaluatievragenlijst na afloop proefimplementatie*

Na afloop van de proefimplementatie kregen de deelnemers een digitaal, via een website, in te vullen vragenlijst om de gehele proefimplementatie te evalueren.

Gevraagd werd naar:

- Een evaluatie van de instructie die voorafgaand aan de proefimplementatie was gegeven.
- Het gebruik van de richtlijn. Voor acht kernelementen uit de richtlijn werd gevraagd bij hoeveel kinderen men het betreffende kernelement had uitgevoerd (7-puntschaal).
- De determinanten die het gebruik van de richtlijn en de website mogelijk beïnvloeden. Deze waren onderverdeeld naar:
  - Kenmerken van de richtlijn en website. Het betrof 13 stellingen over bijvoorbeeld de helderheid van de richtlijn, de complexiteit en de congruentie (of de richtlijn aansluit bij de bestaande werkwijze).
  - Kenmerken van de gebruiker van de richtlijn. Het betrof zes stellingen over bijvoorbeeld uitkomstverwachtingen (bijv. de richtlijn draagt bij aan signalering van huidafwijkingen), persoonlijk voordeel (bijv. werken met de richtlijn geeft veel voldoening). Verder waren er zeven stellingen over de taakopvatting (bijv. ik vind het actief inspecteren en signaleren van huidafwijkingen tot mijn taak behoren) en negen stellingen over de eigen-effectiviteitsverwachting (in hoeverre men zich in staat voelt een kernelement uit te voeren). Zowel de stellingen over taakopvatting als eigen-effectiviteitsverwachting waren gerelateerd aan de kernelementen uit de richtlijn. Tot slot waren er twee stellingen over de ervaren ondersteuning van collega's en leidinggevende.
  - Kenmerken van de organisatie én kenmerken van de sociaal-politieke omgeving. Het betrof drie stellingen over randvoorwaarden zoals de beschikbare consulttijd en twee stellingen over de ervaren ondersteuning in de organisatie en de medewerking van ouders en kinderen.

## **2.4 Analyses registratieformulieren en evaluatievragenlijst**

SPSS versie 17.0 is gebruikt voor de beschrijvende statistieken. De resultaten zijn te vinden in hoofdstuk 3 en 4. Vanwege de kleine aantallen was het niet opportuun verschillen in antwoorden tussen disciplines statistisch te toetsen. Bij de bespreking van de resultaten van de vragenlijst is een criterium van 80% gehanteerd; wanneer meer dan 20% van de respondenten het met een stelling/vraag oneens was, wordt de stelling toegelicht.

## **2.5 Focusgroepinterview**

Na afloop van de proefimplementatie vonden 2 focusgroepinterviews plaats. Het doel van de interviews was om dieper in te gaan op de determinanten die het gebruik van de richtlijn bepalen. Tevens werd het interview gebruikt om oplossingen te bespreken voor uitvoeringsproblemen bij het werken met de richtlijn en aanbevelingen voor de landelijke invoering van de richtlijn.

De interviewvragen zijn gebaseerd op het model voor de invoering van vernieuwingen (figuur 1) en de analyses van de ingevulde registratieformulieren en evaluatievragenlijsten. Verder werd gebruik gemaakt van een lijst met

determinanten die een rol spelen bij de invoering van vernieuwingen (6,7) en bevindingen uit eerdere proefimplementaties in de JGZ. Alle geïnterviewden kregen ter voorbereiding op het interview de vragen toegestuurd. Het interview duurde ongeveer 2 uur.

## **2.6 Analyse focusgroepinterview**

Van elk focusgroepinterview werd een verslag gemaakt. Dit verslag werd ter correctie en aanvulling aan de geïnterviewden voorgelegd. De analyse ervan en de beschrijving van de resultaten vond plaats aan de hand van het model voor de invoering van vernieuwingen (figuur 1). Er wordt gerapporteerd op het niveau van de verschillende categorieën van determinanten. Waar relevant wordt een onderscheid gemaakt naar de fasen van verspreiding, adoptie en implementatie.

## 3 Resultaten registratieformulieren

### 3.1 Respons

Door 34 van de 35 deelnemers (97%) werden tijdens de proefimplementatie in totaal 205 registratieformulieren terug gestuurd. Het aantal geretourneerde formulieren wisselde van 2 tot 10, gemiddeld 6 formulieren per deelnemer.

### 3.2 Resultaten registratieformulieren tijdens de proefimplementatie

#### *Actieve opsporing*

111 formulieren hadden betrekking op de 6 vaste leeftijdsmomenten waarop actieve opsporing plaats zou moeten vinden van enkele huidafwijkingen (2 weken, 4 weken, 6-8 weken, 11 maanden, 14 maanden, 3,9 jaar). 94 formulieren hadden betrekking op een andere leeftijd, variërend van 1,5 week tot 15 jaar. 3 formulieren werden ingevuld voor een groep van meerdere kinderen in een leeftijdscategorie (5, 5-6 jaar en 12-14 jaar).

Aan de deelnemers is gevraagd of zij tijdens de aangegeven contactmomenten ook daadwerkelijk keken naar de actief op te sporen huidafwijkingen. De vraag lijkt niet altijd goed begrepen te zijn of maakt mensen bewust van de actief op te sporen huidafwijkingen. Soms werd opgemerkt: 'ik kijk hier nu bewust naar, omdat er naar gevraagd werd' of 'Ik kijk er wel naar, maar misschien niet zo bewust'.

Bij 2 weken zou actief moeten worden gekeken naar hemangiomen en midline laesies. Er waren 13 formulieren voor kinderen van 2 weken. Op 8/13 formulieren werd aangegeven dat hier actief naar is gekeken. Deze 8 formulieren waren afkomstig van 5 medewerkers. De andere 4 medewerkers die een formulier hadden ingevuld voor dit contactmoment, gaven aan niet actief te hebben gekeken naar deze huidafwijkingen.

Bij 4 weken zou actief moeten worden gekeken naar congenitale naevi, café-au-lait vlekken, hemangiomen, vaatmalformaties en midline laesies. Er waren 24 formulieren voor kinderen van 4 weken. Op 20/24 formulieren werd aangegeven dat er actief is gekeken naar al deze afwijkingen. Deze 20 formulieren waren afkomstig van 12 medewerkers. De andere 4 medewerkers die een formulier hadden ingevuld voor dit contactmoment, gaven aan niet (altijd) actief te hebben gekeken naar deze huidafwijkingen.

Bij 6-8 weken zou actief moeten worden gekeken naar hemangiomen. Er waren 26 formulieren voor kinderen van 6-8 weken. Op 17/26 formulieren werd aangegeven dat er actief is gekeken naar hemangiomen. Deze 17 formulieren waren afkomstig van 14 medewerkers. De andere 6 medewerkers die een formulier hadden ingevuld voor dit contactmoment, gaven aan niet (altijd) actief te hebben gekeken naar deze huidafwijking.

Bij 11 of 14 maanden zou actief moeten worden gekeken naar congenitale naevi en café-au-lait vlekken. Er waren 38 formulieren voor kinderen van 11 of 14 maanden. Op 25/38 formulieren werd aangegeven dat er actief is gekeken naar beide afwijkingen. Deze 25 formulieren waren afkomstig van 11 medewerkers. De andere

12 medewerkers die een formulier had ingevuld voor deze contactmomenten, gaven aan niet (altijd) actief te hebben gekeken naar deze huidafwijkingen.

Bij 3,9 jaar zou actief moeten worden gekeken naar café-au-lait vlekken. Tevens zou follow-up van hemangiomen en congenitale naevi plaats moeten vinden. Er waren 10 formulieren voor kinderen van 3,9 jaar. Op 5/10 formulieren werd aangegeven dat er actief is gekeken naar deze afwijkingen. Deze 5 formulieren waren afkomstig van 4 medewerkers. De andere 4 medewerkers die een formulier hadden ingevuld voor dit contactmoment, gaven aan niet (altijd) actief te hebben gekeken naar deze huidafwijkingen.

#### *Gevonden bijzonderheden*

Op veel formulieren (187/205, 93%) werden gevonden bijzonderheden aangegeven. Het was mogelijk om op 1 formulier meerdere bijzonderheden aan te geven. Het betrof 28 maal een (of meer) hemangio(o)m(en), 6 maal een midline laesie, 13 maal een (of meer) congenitale naevi, 25 maal een (of meer) café-au-lait vlek(ken), 7 maal een (of meer) vaatmalformatie(s), en 1 maal automutilatie. Op 134 formulieren werd aangegeven dat er een huidafwijking was gevonden anders dan bovenstaande afwijkingen. Hierbij werden zeer diverse zaken genoemd, zoals (baby)acne, droge huid, eczeem, schimmelinfectie en navelgranuloom.

#### *Gevolgd beleid*

Aan de deelnemers is gevraagd wat hun beleid was bij de gevonden huidafwijkingen.

De antwoorden op deze vraag zijn onderverdeeld in 5 categorieën, waarbij per kind meerdere opties mogelijk waren.

- Advies over algemene verzorging (baden, kleding, etc.): 36x (18%)
- Advies over gebruik indifferente/vrij verkrijgbare zalven: 32x (16%)
- Advies over medicatie/hormoonzalven: 22x (11%)
- (Advies over) verwijzing: 48x (23%)
- Expectatief beleid na uitleg en/of geruststelling: 113x (55%)

#### *Gebruik website*

Op 118/205 formulieren (58%) werd aangegeven dat de website is gebruikt. Een deel van deelnemers heeft de website achteraf gebruikt, bijvoorbeeld omdat er geen tijd was tijdens het consult. Een deel geeft aan de website niet te hebben gebruikt omdat het beeld al duidelijk was. Soms werd de website gebruikt met de ouders. Dit werd meestal als positief ervaren, soms gaf het echter onrust bij de ouder.

#### *Aangegeven problemen met richtlijn en website*

Op 81/205 formulieren (41%) werd aangegeven dat er problemen waren met het gebruik van de richtlijn of de website.

Een groot deel van de aangegeven problemen betrof de website. Deelnemers gaven aan dat het gebruik van de website te veel tijd kostte (bijvoorbeeld door traagheid van de computer of nog onbekend zijn met website). Tevens is niet op alle locaties, zoals op school of tijdens huisbezoek, een computer of internet beschikbaar. Anderen gaven aan dat de huidafwijking die zij zochten, niet gevonden werd op de website, of dat er niet bij alle afwijkingen plaatjes staan. Andere problemen betroffen het noteren van de gevonden huidafwijking in het dossier (voornamelijk door ruimte tekort in het digitaal dossier), specifieke vragen

over de anamnese en het lichamelijk onderzoek en over het gebruik van diverse zalven en anderen middelen.

*Tijd besteed aan casus*

De antwoorden wisselden van 0-65 minuten. Mogelijk is bij sommige respondenten de tijd van het hele consult ingevuld. Ook werd 3x '0' ingevuld, 1x '?' ingevuld en 1x 'weinig'. De meeste antwoorden varieerden van 1-5 minuten (117/205 respondenten).

De gemiddeld besteedde tijd was 7,5 minuten (SD 7,2). Na het verwijderen van de uitschieter '65 minuten', was de gemiddeld besteedde tijd 7,2 minuten (0-30, SD 5,95), waarbij niet duidelijk is of hier de extra besteedde tijd aan de huid of het gehele consult bedoeld is (zie hiervoor ook de focusgroepinterviews).

Op 116 formulieren (57%) werd aangegeven dat de aan de casus besteedde tijd 'normaal' was. Op 67 formulieren (33%) werd aangegeven dat de aan de casus besteedde tijd 'meer dan normaal' was. Op 22 formulieren (11%) is deze vraag niet beantwoord.

Er is vervolgens apart gekeken naar de 15 formulieren die zijn ingevuld waarbij geen afwijkingen zijn gevonden. Hierbij was de gemiddelde aan de casus besteedde tijd 7,79 minuten (0-20 minuten, SD 6,93). Op 11 van deze formulieren (73%) werd aangegeven dat de aan de casus besteedde tijd 'normaal' was. Op 3 formulieren (20%) werd aangegeven dat de aan de casus besteedde tijd 'meer dan normaal' was. Op 1 formulier (6,7%) is deze vraag niet beantwoord.

Er waren 181 formulieren waarop werd aangegeven dat er bijzonderheden waren gevonden. Hierbij was de gemiddelde aan de casus besteedde tijd 7,52 minuten (0-65 minuten, SD 7,31). Op 105 van deze formulieren (56%) werd aangegeven dat de aan de casus besteedde tijd 'normaal' was. Op 64 formulieren (34%) werd aangegeven dat de aan de casus besteedde tijd 'meer dan normaal' was. Op 18 formulieren (9,6%) is deze vraag niet beantwoord.

## 4 Resultaten evaluatievragenlijst na afloop van de proefimplementatie

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is steeds weergegeven hoe de respondenten reageerden op diverse stellingen in de vragenlijst. Bij de bespreking hiervan is een criterium van 80% gehanteerd; wanneer meer dan 20% van de respondenten het met een stelling/vraag oneens was, wordt de stelling toegelicht.

### 4.2 Respons

De vragenlijsten na afloop van de proefimplementatie werden door 33 van de 35 deelnemers (94%) online ingevuld. Onder de 33 respondenten waren 15 jeugdartsen en 15 jeugdverpleegkundigen, 2 verpleegkundig specialisten en 1 doktersassistente. Voor de overzichtelijkheid zijn in onderstaande resultaten de jeugdartsen en verpleegkundig specialisten samen genomen en zijn de verpleegkundigen en de doktersassistente samen genomen.

### 4.3 Voorbereiding

Alle respondenten aan de vragenlijsten, afgenomen na de proefimplementatie (n=33) gaven aan de samenvatting te hebben gelezen. De wetenschappelijke onderbouwing is door de meeste respondenten (75%) alleen oppervlakkig doorgelezen (zie tabel 1). De door de respondenten aangegeven benodigde inwerktijd (exclusief instructie) varieerde van 0 minuten tot 210 minuten met een gemiddelde van ongeveer drie kwartier (zie tabel 2).

Tabel 1 Mate waarin de richtlijn en de wetenschappelijke onderbouwing zijn gelezen, gesplitst naar jeugdarts/verpleegkundig specialist en verpleegkundige/doktersassistente

Vorbereiding, activiteiten	JA+VS* (n=17)	JV+DA* (n=16)
<i>Heeft u de Richtlijn Huid gelezen?</i>		
ik heb hem (nog) niet doorgelezen	0%	0%
ik heb hem oppervlakkig doorgelezen	6%	12%
ik heb hem volledig en grondig doorgelezen	94%	88%
<i>Heeft u het document met de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn gelezen?</i>		
ik heb hem (nog) niet doorgelezen	12%	6%
ik heb hem oppervlakkig doorgelezen	70%	81%
ik heb hem volledig en grondig doorgelezen	18%	13%

\* JA=jeugdarts; VS=verpleegkundig specialist; JV=Jeugdverpleegkundige; DA=doktersassistente

Tabel 2 Gemiddelde benodigde tijd voor activiteiten ter voorbereiding aan deelname proefimplementatie (in minuten), gesplitst naar jeugdarts/verpleegkundig specialist en verpleegkundige/doktersassistente

Vorbereiding, benodigde tijd	JA+VS* (n=17)	JV+DA* (n=16)
Hoeveel tijd (in minuten) heeft u besteed aan het lezen van de Richtlijn Huid?	121	108
Hoeveel inwerktijd (in minuten) heeft u nodig gehad om u het werken met de richtlijn eigen te maken (exclusief het lezen en instructie)?	40	47
Hoeveel tijd (in minuten) heeft u besteed aan het lezen van het document met de wetenschappelijke onderbouwing van de Richtlijn Huid?	65	41

\* JA=jeugdarts; VS=verpleegkundig specialist; JV=Jeugdverpleegkundige; DA=doktersassistente

#### 4.4 Evaluatie instructie over de richtlijn

Alle respondenten waren aanwezig bij de instructiebijeenkomst voorafgaande aan de proefimplementatie van de richtlijn. De instructie die de deelnemers vooraf hebben gekregen kreeg een gemiddeld rapportcijfer van 7,3 (variërend van 5-8). Men vond dat alle informatie voldoende aan bod is gekomen.

De inhoud van de instructie werd verschillend beoordeeld door de 2 groepen. De jeugdverpleegkundigen/doktersassistente vonden dat de instructie bruikbare informatie opleverde, en dat het niveau van de inhoud goed was. Door het volgen van de instructie wisten zij wat er van hen werd verwacht bij het werken volgens de richtlijn, en was er veel kennis opgedaan om de richtlijn uit te voeren.

Een belangrijk deel van de jeugdartsen/verpleegkundig specialisten (23%) was het oneens met de stelling dat de instructie praktisch bruikbare informatie opleverde, zij gaven aan het niveau van de instructie te laag te vinden. Bijna de helft (47%) van deze groep was het oneens met de stelling dat er veel kennis was opgedaan om de richtlijn uit te voeren.

In beide groepen vond ongeveer een kwart van de respondenten de gegeven instructie niet geschikt voor de landelijke invoering van de richtlijn.

#### 4.5 Werken volgens de richtlijn: gebruik

Respondenten werden gevraagd naar het gebruik van de richtlijn. Voor ieder kernelement uit de richtlijn werden de respondenten gevraagd naar het deel van de kinderen waarbij men de activiteit gedurende de proefimplementatie heeft uitgevoerd (zie tabel 3).

Met uitzondering van het 'registreren in het dossier' en 'een specifieke anamnese afnemen' door de jeugdarts/verpleegkundige specialisten, geldt voor de andere activiteiten dat minder dan 80% ze bij (bijna) alle kinderen uitvoerde. Het meest in het oog springend is het geringe percentage respondenten dat aangaf een huidafwijking te diagnosticeren en adviezen ter preventie van huidafwijkingen te geven.

Tabel 3 Mate waarin de kernelementen werden uitgevoerd bij (bijna) alle kinderen (in percentages), gesplitst naar jeugdarts/verpleegkundig specialist en verpleegkundige/doktersassistente

Werken volgens de richtlijn: gebruik	JA+VS* (n=17)	JV+DA *(n=16)
Actief inspecteren en signaleren van huidafwijkingen	71%	50%
Specifieke anamnese afnemen bij een kind met een gesignaleerde huidafwijking	88%	50%
Een huidafwijking diagnosticeren	6%	0%
Een huidafwijking van een kind in het (digitaal) dossier van het kind registreren	88%	88%
Advies en voorlichting geven aan (ouders van) kinderen in het kader van preventie van huidafwijkingen	29%	38%
Advies en voorlichting geven aan (ouders van) kinderen met een (vermoedde of vastgestelde) huidafwijking	76%	50%
Begeleiding geven (volhouden behandeling, vragen naar welzijn, geruststellen) bij (ouders van) kinderen met een huidafwijking	47%	50%
Actief nagaan wat er met een verwijzing van een kind met een huidafwijking is gebeurd	47%	56%

\* JA=jeugdarts; VS=verpleegkundig specialist; JV=Jeugdverpleegkundige; DA=doktersassistente

## 4.6 Determinanten die het gebruik van de richtlijn beïnvloeden

### 4.6.1 Kenmerken van de richtlijn

De respondenten kregen diverse stellingen voorgelegd over de richtlijn, zoals over de beschrijving van de stappen die genomen moeten worden, de mate van houvast die de richtlijn geeft, de aansluiting van de richtlijn bij de huidige werkwijze, de juistheid van de adviezen en de volledigheid van de richtlijn. Over het algemeen was men het eens met de stellingen en in die zin positief over de richtlijn.

#### *Helderheid richtlijn*

Alle respondenten waren het eens met de stellingen dat de richtlijn in heldere stappen aangeeft wat te doen, en grote houvast geeft in het dagelijkse werk.

#### *Congruentie: aansluiten bij bestaande werkwijze*

Alle jeugdartsen/verpleegkundig specialisten waren het eens met de stelling dat de richtlijn goed aansluit bij hun bestaande werkwijze. Van de groep jeugdverpleegkundigen/doktersassistente was 25% het oneens met deze stelling. In beide groepen was ongeveer een kwart het oneens met de stelling dat de richtlijn goed aansluit bij de werkwijze van andere zorgprofessionals in de keten (bijvoorbeeld huisarts, dermatoloog).

#### *Juistheid richtlijn*

Een ruime meerderheid van de respondenten onderschreef de stellingen dat de adviezen over de signalering en de beschrijving van de huidafwijkingen juist zijn.

#### *Compleetheid richtlijn*

Ruim een derde van de respondenten was het oneens met de stelling dat de beschrijving van alle huidafwijkingen in de richtlijn volledig is (35% in de groep



jeugdartsen/verpleegkundig specialisten, 44% in de groep jeugdverpleegkundigen/doktersassistente). Van deze laatste groep was 25% het oneens met de stelling dat de adviezen over de signalering van huidafwijkingen volledig zijn (6% van de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten was het oneens met de stelling). Een meerderheid onderschreef de stellingen dat de verwijscriteria bij huidafwijkingen volledig zijn.

#### *Complexiteit richtlijn*

De complexiteit van de richtlijn werd positief beoordeeld: de meerderheid van de respondenten was eens met de stelling dat de richtlijn niet te ingewikkeld is om er prettig mee te kunnen werken.

#### *Zichtbaarheid uitkomsten*

Van de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten was 47% het niet eens met de stelling dat de effecten van het werken met de richtlijn duidelijk zichtbaar zijn. De meerderheid van de groep jeugdverpleegkundigen/doktersassistente was het hier wel mee eens.

#### *Relevantie voor 0-19 jarige*

De meerderheid van de respondenten onderschreef de stelling dat de richtlijn Huid een grote meerwaarde heeft voor het kind.

Een deel van de respondenten gaf aan nog andere inhoudelijke zaken kwijt te willen over de richtlijn. Het ging om onderwerpen die men miste, die overbodig zijn of die wellicht verbeterd kunnen worden. Deze zijn opgenomen in bijlage A.

#### 4.6.2 *Kenmerken van de website*

Negentig procent van de respondenten gaf aan de website intensief te hebben gebruikt. Ook over de website kregen de respondenten stellingen voorgelegd, zoals over de mate van houvast die de website biedt, de juistheid van de adviezen op de website, de volledigheid van de website. Over het algemeen was men het eens met de stellingen en in die zin positief over de website.

#### *Helderheid website*

Alle respondenten onderschreven de stelling dat de website in heldere stappen aangeeft wat te doen.

Over de stelling dat de website grote houvast biedt in het dagelijks werk, verschilden de twee groepen respondenten enigszins van mening: 30% van de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten was het oneens met de stelling en 19% van de groep jeugdverpleegkundigen/doktersassistente.

#### *Congruentie: aansluiten van website bij bestaande werkwijze*

De meerderheid van de jeugdartsen/verpleegkundig specialisten was het eens met de stelling dat de richtlijn goed aansluit bij hun bestaande werkwijze. Van de groep jeugdverpleegkundigen en doktersassistente was 37% het niet eens met deze stelling.

De meerderheid van de respondenten vond dat de website goed aansluit bij de werkwijze van andere zorgprofessionals in de keten (bijvoorbeeld huisarts, dermatoloog). Dit in tegenstelling tot hun oordeel over de richtlijn (zie 4.6.1).

*Juistheid website*

Een ruime meerderheid van de respondenten onderschreef de stellingen dat de adviezen over de signalering en de beschrijving van de huidafwijkingen juist zijn.

*Compleetheid website*

Ruim een derde van de respondenten was het oneens met de stelling dat de beschrijving van alle huidafwijkingen in de richtlijn volledig is (41% in de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten, 37% in de groep jeugdverpleegkundigen/doktersassistente). Van deze laatste groep was 31% het oneens met de stelling dat de adviezen over de signalering van huidafwijkingen op de website volledig zijn (6% van de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten was het oneens met de stelling).

Een meerderheid onderschreef de stellingen dat de verwijscriteria bij huidafwijkingen volledig zijn.

*Complexiteit website*

De complexiteit van de website werd positief beoordeeld: de meerderheid van de respondenten was eens met de stelling dat de website niet te ingewikkeld is om er prettig mee te kunnen werken.

*Zichtbaarheid uitkomsten*

Van de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten was 35% het niet eens met de stelling dat de effecten van het werken met de website duidelijk zichtbaar zijn. De meerderheid van de groep jeugdverpleegkundigen/doktersassistente was het hier wel mee eens.

Een deel van de respondenten gaf aan nog iets anders kwijt te willen over de website. Deze opmerkingen zijn opgenomen in bijlage A.

#### 4.6.3 *Kenmerken van de gebruiker*

De respondenten kregen diverse stellingen voorgelegd, zoals over het persoonlijk voordeel, relevantie en uitkomstverwachtingen. Over het algemeen was men het eens met de stellingen en in die zin positief over doelen en uitkomsten van de richtlijn.

*Persoonlijk voordeel*

Alle respondenten onderschreven de stellingen dat de richtlijn zeer bijdraagt aan hun deskundigheid en het werken met de richtlijn veel voldoening geeft.

*Relevantie*

Van de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten was 35% het niet eens met de stelling, dat de richtlijn volledig in hun behoefte voorziet. De meerderheid van de groep jeugdverpleegkundigen/doktersassistente was het wel eens met deze stelling.

Alle respondenten onderschreven de stelling in hun dagelijkse praktijk vaak met kinderen met een huidafwijking in aanraking te komen.

*Uitkomstverwachtingen*

Ruim de helft van de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten (59%) en ongeveer een derde van de groep jeugdverpleegkundigen en doktersassistente

(38%) was het niet eens met de stelling, dat er door te werken met de richtlijn merkbaar meer kinderen met huidafwijkingen worden opgespoord. Van de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten is 35% het niet eens met de stelling dat de richtlijn in grote mate bijdraagt aan de signalering van huidafwijkingen. Een meerderheid van de groep jeugdverpleegkundigen/doktersassistente was het wel eens met deze stelling.

#### *Taakopvatting*

Respondenten werden gevraagd naar hun taakopvatting. Men beoordeelde per kernelement van de richtlijn of men de activiteit wel of niet zijn/haar taak vond. Over het algemeen vonden de respondenten de verschillende elementen zeker tot hun taak behoren.

De meerderheid van de groep jeugdverpleegkundigen/doktersassistente (69%) was het niet eens met de stelling dat het tot hun taak behoort om een huidafwijking te diagnosticeren ('welke huidafwijking is het?'). De meerderheid van de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten was het eens met de stelling.

#### *Gepercipieerde kennis en vaardigheden*

Alle respondenten vonden dat ze over (ruim) voldoende vaardigheden beschikten om met de richtlijn te kunnen werken. Alle jeugdartsen/verpleegkundig specialisten vonden dat ze eveneens over (ruim) voldoende kennis beschikten om met de richtlijn te werken. Bij de jeugdverpleegkundigen/doktersassistente was dat 75%.

#### *Eigen-effectiviteitsverwachting*

De respondenten werd gevraagd in hoeverre het lukt om de verschillende kernelementen van de richtlijn uit te voeren. De meerderheid van de respondenten verwachtte dat het hen zal lukken om de verschillende activiteiten uit de richtlijn uit te voeren.

Opvallend is dat 29% van de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten en 44% van de groep jeugdverpleegkundigen/doktersassistente aangaf dat het hen niet zal lukken om bij elk kind een huidafwijking te diagnosticeren. Tevens gaf 24% van de groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten aan dat het hen niet zal lukken om een huidafwijking goed te registreren in het (digitaal) dossier van het kind.

#### *Ervaren ondersteuning*

De ondersteuning van collega's bij het werken met de richtlijn vond 25% van de jeugdverpleegkundigen/doktersassistente (ruim) onvoldoende ten opzichte van 6% van de jeugdartsen/verpleegkundig specialisten. De ondersteuning van de direct leidinggevende vond 35% van de jeugdartsen/verpleegkundig specialisten en 25% de jeugdverpleegkundige/doktersassistente (ruim) onvoldoende.

- 4.6.4 *Kenmerken van de organisatie en kenmerken van de sociaal-politieke omgeving*  
Van de respondenten gaf 71% aan de beschikbare consulttijd voor het werken met de richtlijn (ruim) onvoldoende te vinden.  
Van de respondenten antwoordde 39% dat een implementatiecoördinator niet van toepassing was. Als deze er wel was (19 van 33 keer), vonden alle respondenten de ondersteuning (ruim) voldoende.

#### **4.7 Overige opmerkingen van de respondenten**

Een deel van de respondenten gaf aan dat er nog zaken niet aan de orde waren geweest in de vragenlijst, die belemmerend of juist stimulerend waren bij het werken volgens de JGZ-richtlijn. Deze zaken zijn opgenomen in bijlage A.

## 5 Resultaten focusgroepinterviews na afloop van de proefimplementatie

### 5.1 Respons

Er werden twee focusgroep interviews gehouden met in totaal 9 deelnemers uit 8 verschillende organisaties, waarbij alle disciplines werden vertegenwoordigd: drie jeugdartsen, twee jeugdverpleegkundigen, een doktersassistente, twee verpleegkundig specialisten en een stafarts. Er waren deelnemers die werkten met 0-4 jarigen (n=6) en met 4-19 jarigen (n=3).

### 5.2 Determinanten m.b.t. richtlijn

#### *Algemene indruk*

De geïnterviewden waren veelal van mening dat het nuttig is dat deze richtlijn is ontwikkeld. De richtlijn helpt ter bevestiging van het beleid van de organisatie en biedt veel extra kennis. Men vindt de richtlijn en de website uitgebreid en waardevol, maar geeft ook aan dat het voor het werk niet voor iedereen noodzakelijk is: het wordt meer gezien als naslagwerk. Ook geeft men aan dat er voor een ervaren arts niet veel nieuwe informatie in de richtlijn te vinden is.

Voor de JGZ 4-19 gaven sommige deelnemers aan dat de diagnose al gesteld is, voordat men de kinderen in de JGZ 4-19 ziet. “Advisering over bijvoorbeeld acné of eczeem is belangrijk. Hiervoor geeft de richtlijn ondersteuning, hoewel ouders de meeste dingen al weten.”

Voor de JGZ 0-4 gaf men aan dat het meer zinvol is. “Het helpt voor het geven van eenduidige advisering, bijvoorbeeld bij eczeem. Het geeft veel houvast.”

Over het algemeen is men zeer te spreken over de digitale versie van de richtlijn: de website. Echter, deze wordt vaak gebruikt na een consult, of als naslagwerk, en niet tijdens een consult. Men geeft aan dat dit vooral te maken heeft met tijdgebrek tijdens het consult.

#### *Begrijpelijkheid en leesbaarheid*

Men gaf aan de opzet van de richtlijn en de website duidelijk en goed werkbaar te vinden. Dingen zijn makkelijk te vinden en het is inzichtelijk. De geïnterviewden vonden de leesbaarheid van de richtlijn redelijk. De feitelijke informatie in de richtlijn is handig, maar niet zo prettig leesbaar, vooral het hoofdstuk met de beschrijving van huidafwijkingen. Termen worden nu herkend (bijvoorbeeld als de jeugdarts dit eerder gediagnosticeerd heeft). “Je wordt niet meegenomen met de patiënt, maar er wordt vanuit de afwijking gedacht”. Als goed voorbeeld werd het boek ‘Kleine Kwalen’ genoemd, waarin vanuit de patiënt is geredeneerd. Daarnaast werd in beide focusgroepen aangegeven dat men moeite had met het hoofdstuk over de donkere huid. Men vond dit hoofdstuk pittig en men gaf aan dat het moeilijke schrijftaal en veel medische terminologie bevatte.

### *Vorm*

Over het algemeen waren de geïnterviewden tevreden over de verschijningsvorm van de richtlijn (bestaande uit de wetenschappelijke onderbouwing, het stroomschema en de website), die werd gezien als een zeer waardevol naslagwerk; makkelijk om dingen in op te zoeken.

De wetenschappelijke onderbouwing biedt goede achtergrondinformatie, maar bevat wel moeilijke tekst. "Het is te gebruiken als naslag. Ik wil weten waarom ik iets adviseer. Het geeft zekerheid dat de adviezen goed zijn onderbouwd." Men gaf aan de informatie in de wetenschappelijke onderbouwing interessant te vinden, maar niet nodig voor de praktijk. Het zou beschikbaar moeten zijn voor mensen met een onderzoekende aard. Vanuit de richtlijn kan hier dan naar verwezen worden. Op de vraag of de wetenschappelijke onderbouwing digitaal of gedrukt beschikbaar moet zijn, geeft men aan dat beide wenselijk is. "Indien beschikbaar op I-pads of E-readers is het wel handig om een digitale versie te hebben. Vooral de gehele richtlijn lezen is digitaal erg lastig. Je wilt het eigenlijk ook in kast hebben staan."

Over het stroomschema is men positief. Men gaf aan het stroomschema praktisch en handig te vinden. Toch werd ook dit document veelal handig gevonden als naslagwerk. Men gaf daarnaast aan dat het mogelijk meer schematisch kan worden weergegeven: "Nu is het veel tekst".

De website werd erg handig gevonden, vooral omdat men heel gericht kan zoeken op de website. "Je kan er goed ermee bepalen of je als verpleegkundige een arts erbij moet halen of niet. Ook ouders erbij betrekken werkt goed." Men gaf aan dat dit document het belangrijkste was voor in de praktijk. "Met de website kan je gemakkelijk een diagnose uit een dossier nazoeken ter voorbereiding op een consult." De foto's op de website zijn erg functioneel en het is prettig dat de foto's kunnen worden vergroot. Dat nog niet bij iedere ziekte foto's staan wordt als groot nadeel genoemd. Dat de foto's juist van extreme gevallen zijn wordt niet bezwaarlijk gevonden: "dergelijke foto's zijn juist duidelijk; soms handig voor ouders, soms niet." De mening is dat dit niet gewijzigd hoeft te worden. In sommige gevallen werkt het zoekstelsel niet 100%, omdat sommige "leken termen" zijn vermeden in de richtlijn: "Met zoeken op 'koffievlek' vind je niks; zoeken op 'koffie' alleen werkt wel".

Er werden ook een aantal aandachtspunten genoemd:

- Een goedwerkende computer is noodzakelijk. Men werkt met laptops op locatie, deze zijn vaak te langzaam.
- De naam van de website is onhandig.
- Een link naar de PDF van de richtlijn in het stroomschema zou wenselijk zijn.
- Lezen vanaf het scherm is lastig, maar men kan het wel zelf printen.
- Digitaal werken tijdens het consult lukt niet altijd. Maar digitaal is wel praktischer dan een boek als naslag.

### *Inhoud*

Over het algemeen vond men de richtlijn inhoudelijk heel goed. Echter, er werd door de deelnemers op gewezen dat niet alle ziektebeelden erin staan. Sommige ziektebeelden zijn slechts te vinden onder een andere naam. Soms vond men de terminologie moeilijk. Zo gaf men o.a. aan dat op de website de weergave van de terminologie (eerst Nederlands en dan Latijn) niet consequent werd toegepast.

De sociale context wordt soms gemist. “Bijvoorbeeld: Wat betekent het voor een kind om veel wratten te hebben?” Dit wordt niet bij de verschillende ziektebeschrijvingen benoemd. Daarnaast geeft men aan dat het handig is de NHG-standaard Eczeem te benoemen, zodat men weet dat de adviezen aansluiten. “Er staat vaak naar verwezen, terwijl ik de inhoud niet ken.” Dat men vanuit de website kan doorklikken naar de NHG-website, was niet door iedereen opgemerkt.

Er werd nagevraagd of men heeft gewerkt met de TIS-score. Het overgrote deel gaf aan dat hier niet mee is gewerkt. Hier was niet aan gedacht, dit vraagt volgens de deelnemers meer aandacht bij de implementatie en scholing. De deelnemers die er wel mee hadden gewerkt gaven aan dat de score moeilijk is te bepalen. Een arts (4-19) gaf aan dat het vaag is wat de grenzen zijn, en dat hij vaak op dezelfde score uitkomt. “Zoals het nu in de richtlijn staat, heb je te weinig informatie om het goed te gebruiken. In 4-19 is er geen follow-up; je ziet het kind eenmalig en weet niet welke fase het eczeem zich bevindt.” Aangegeven werd dat het wel heel prettig zou zijn als je een goede maat hebt, zodat men een goede follow-up heeft.

### 5.3 Determinanten m.b.t. JGZ-medewerker

#### *Benodigde kennis en vaardigheden voor de uitvoering*

De deelnemers gaven aan dat een jeugdverpleegkundige vanuit de opleiding kennis over huidafwijkingen mist; de richtlijn geeft dit. De website met foto's vindt men heel makkelijk. Wel geeft men aan dat scholing nodig is om alles goed te begrijpen.

Ondanks dat verpleegkundigen advisering zeker als taak zien, geeft men aan dat dit niet altijd wordt gegeven in verband met tijdgebrek, prioritering of kennisgebrek. “Het hoort wel in het takenpakket, maar door kennisgebrek is het niet te doen om de hele huid te inspecteren en hier zinvol beleid op te stellen.” Nu wordt er door sommige verpleegkundigen alleen actie ondernomen bij een huidafwijking als ouders er naar vragen of iets ‘vanzelf’ opvalt. De andere verpleegkundige geeft aan de inspectie wel expliciet te doen, en dan verder beleid aan de hand van de richtlijn te bepalen. Men geeft dan ook als commentaar op de tabel met ‘Wanneer/wat/wie bevoegd’: inspectie van de hele huid wordt bij twee weken (op het huisbezoek) en bij oudere kinderen niet altijd gedaan door een verpleegkundige 0-4. Inspectie op zich is in een consult wel mogelijk. “Bij de baby's wordt in het algemeen wel tijdens het consult gekeken naar huidproblemen, de baby is dan altijd bloot. Bij twijfel wordt de consultatiebureauarts betrokken. Verder zie ik bijna nooit dat verpleegkundigen de huidproblemen beschrijven in Latijnse bewoordingen, dit doet de cb-arts.”

#### *Aansluiting bij werkwijze JGZ*

De deelnemers gaven aan dat de website niet volledig aansluit op bestaande werkwijze voor signalering, omdat men het werken met de website niet gewend is en het niet altijd aansluit op bestaande kennis. “Als iets echt onbekend is, lukt het niet tijdens het consult dit op te zoeken. Als je al in een richting denkt, is de website bruikbaar.” Daarnaast geeft men aan dat als men geen digitaal dossier heeft, het een aparte stap is om digitaal te werken en de website te gebruiken.

Op de vraag of het openklikken van een website tijdens een consult onprofessioneel is, is de algemene mening dat het went. “Je kunt niet alles weten.”

Dat dit een onprofessionele indruk kan geven, wordt niet echt herkend of als belemmering gezien.

#### *Taakopvatting*

In de vragenlijst werd gescoord dat sommigen geen voorlichting/ advies geven in kader van preventie. Door de geïnterviewden werd aangegeven dat dit mogelijk komt omdat men bij een normale huid niets doet. Feitelijk is preventie dan alleen zonbeschermingsadvies. En dit geef je op indicatie.

Bij de kinderen van 4-19 is de rol die de artsen en verpleegkundigen vervullen op het gebied van inspectie een lastige. Er wordt vooral iets met de huid gedaan, als de ouder/kind een vraag heeft. De rol van inspectie verdwijnt dan als standaard taak. Advies wordt dan ook alleen naar aanleiding van een vraag gegeven. In sommige gevallen ziet alleen de doktersassistente het kind, waardoor de taken rondom de huid nog beperkter zijn.

### **5.4 Determinanten m.b.t. JGZ-organisatie**

Tijdens de focusgroepen werden een aantal organisatorische problemen genoemd. Dit waren onder andere: gebrek aan tijd, geen computers op scholen, traag/slecht werkende computers, gebrek aan mogelijkheid overleg met jeugdarts (0-4 jaar en 4-19 jaar). Daarnaast gaf men aan dat de ondersteuning vanuit direct leidinggevende onvoldoende is: het kost te veel tijd. Men gaf aan dat de leidinggevende niet altijd inhoudelijk een beeld heeft van waar het over gaat.

#### *Beschikbare tijd*

Men geeft aan het onderwerp Huid erg hoog op de agenda te hebben staan. "Het onderwerp Huid is zo belangrijk, dat het een standaard plek moet hebben in het consult." Echter, de deelnemers gaven aan dat beschikbare tijd een groot probleem is, met name voor de advisering, en specifiek voor de groep van 4-19 jaar. "Bij een beetje advies geven loop je al uit." De doktersassistente 4-19 geeft aan dat zij minstens 3-4 minuten extra nodig heeft in een consult om iets op te zoeken op de website en goede informatie te geven. Dit wordt door de deelnemers gezien als een organisatorisch probleem.

Ook in de samenwerking met andere disciplines speelt het gebrek aan tijd een cruciale rol. "Gezamenlijke scholing met JGZ en huisartsen is zeker wenselijk. Nu is er alleen soms overleg tussen JGZ en huisartsen over een individuele patiënt." Ook bij scholing is tijdgebrek een belemmerende factor. "Nu zijn er veel scholingen (bijvoorbeeld door Nutricia) die gaan over allergieën en eczeemklachten en weinig tot geen over huidandoeningen in het algemeen. Al deze scholingen zijn in eigen tijd en vrijwillig. Sommige collega's volgen ze allemaal en anderen doen dit minder."

Daarnaast gaven de deelnemers aan dat de werkdruk belemmerend is: voorbereiding moet in eigen tijd. Bij één organisatie is het wel in werktijd.

#### *Beschikbare materialen*

De deelnemers gaven aan dat de website veel wordt gebruikt door de professional zelf, buiten de consulten om. Echter het werken met de website kost ook extra moeite: men moet zich erin verdiepen en het kost tijd om te wennen aan de nieuwe manier van werken. "Je kijkt er regelmatig zelf op. Tijdens het consult kost het veel tijd, vooral het doorlopen van alle stappen. Je moet het je eigen maken: wat is een



vlekje, wat een bultje. Het vraagt routine om te weten waar je iets moet zoeken. Dit ligt zowel aan de website als aan inwerken." Daarnaast geeft men aan dat de kwaliteit van de beschikbare computers voor problemen zorgen: de systemen zijn soms traag, men wordt uit de website gegooid, en in sommige regio's zijn op scholen helemaal geen computers beschikbaar. In andere regio's neemt men daarom altijd een laptop mee.

Daarnaast geeft men aan dat het handig zou zijn als veel voorkomende huidafwijkingen standaard genoemd staan in het digitaal dossier, maar ook op de vragenlijst aan de ouders/jeugdige (die vaak vooraf door hen wordt ingevuld), dan hoeft men deze alleen aan te klikken/vinken. Wel moet er vervolgens bij elke huidafwijkingen iets bij geschreven kunnen worden (zoals de grootte, locatie, etc).

Als alternatief voor de website geven sommige deelnemers aan dat een zakwoordenboek met termen handig zou zijn. "Dit moet dan op zakformaat zijn, omdat je het gemakkelijk mee moet kunnen nemen. Dan kan je die er zo bij pakken." Dit is specifiek voor deze richtlijn, maar ook voor de hele JGZ vindt men dit wenselijk.

#### *Ondersteuning management*

Op de vraag of de deelnemers genoeg ondersteuning krijgen vanuit het management geeft men aan dat dit tekort schiet, maar dat dit tot nu toe niet belemmerend werkt. "De leidinggevende steunt niet; voor de praktijk levert dit niet echt problemen op. Dat is wel lastig omdat er al zo veel moet."

## **5.5 Determinanten m.b.t. de sociaal-politieke omgeving**

#### *Medewerking kinderen/jongeren*

Omtrent de medewerking van de kinderen/jongeren wordt door de deelnemers heel duidelijk een onderscheid gemaakt tussen de leeftijd van 0-4 en 4-19 jaar.

Voor de groep van 0-4 jaar wordt het uitkleden van het kind in sommige gevallen ervaren als een belemmerende factor. Tijdens het huisbezoek van 2 weken, wordt een kind wordt niet standaard uitgekled gezien. Een verpleegkundige geeft aan tijdens het huisbezoek bij jonge baby's hen niet bloot te onderzoeken, omdat het een te grote belasting is. Een andere verpleegkundige geeft aan dit wel te doen. Aangegeven wordt dat bloot kijken ook betuttelend is. Ouders zien zelf afwijkingen wel: "de vraag is of het uitkleden ooit wat oplevert."

De arts stelt met name vragen over de huid (4-19). Bijvoorbeeld eczeem wordt niet uit zichzelf als gezondheidsprobleem gemeld in een vragenlijst, die ouders/jeugdige voor een consult ontvangen.

Voor de groep van 4-19 jaar merkt men op dat de jongeren huidafwijkingen zoals bijvoorbeeld acne niet heel serieus nemen. "Een diagnose stellen gebeurt nauwelijks. Als je alleen een kind ziet of een vragenlijst afneemt, dan komen huidafwijkingen weinig ter sprake." Sommigen jongeren hebben er wel vragen over. Naar aanleiding van de richtlijn vragen de geïnterviewden meer over de huid, waarbij veel naar voren komt en veel voorlichting kan worden gegeven. Dit werd eerder niet gedaan. In het voortgezet onderwijs wordt de website door de doktersassistente er ook bij gepakt (met behulp van een laptop). Zij laat jongeren

ook meekijken. Ouders/jongeren laten meekijken werkt goed, hoewel men aangeeft dat dit ook wel van de ouders/jongeren afhangt. “Pubers hebben veel huidafwijkingen, maar geven dit niet zelf aan. Dit moet duidelijk in de vragenlijst voorafgaand aan een consult bij de JGZ benoemd worden, bijvoorbeeld door een gerichte vraag over acne.”

#### *Medewerking ouders*

De deelnemers geven aan dat ouders veelal positief zijn. Bij de medewerking van ouders worden dan ook geen problemen ervaren. Wel geeft men aan dat veel ouders de advisering graag zwart op wit willen. Soms zijn in de advisering in de praktijk tegenstrijdige dingen. “Bijvoorbeeld bij krentenbaard hoef je kinderen niet te weren, maar dit wordt wel gedaan. Dit dilemma zou wat meer terug moeten komen in de richtlijn. Dit is bijvoorbeeld ook als de huisarts al een beleid heeft ingezet, dan kun je ouders alleen nog uitleg geven en is het lastig om eigen adviezen over te brengen.”

Het gebruik van de website met ouders kan behulpzaam zijn. Men kan foto's laten zien op het scherm, wat prettig werkt. Sommige deelnemers ervaren de adviezen ook als te moeilijk en ingewikkeld voor ouders om uit te leggen.

Op de vraag of ouders toegang moeten hebben tot de website zijn de meningen verdeeld. Sommigen vinden van niet. Het is voor de professional om te lezen, en niet eenvoudig genoeg voor ouders. Aangegeven wordt dat het niet goed is om ouders er naar te verwijzen, omdat je ze niet onnodig ongerust wilt maken of juist andersom en ze dan zelf diagnoses gaan stellen. Openstellen werkt medicaliserend.

Anderen vinden juist dat openbaar zijn van de website wel wenselijk is. Ouders gebruiken nu ook al websites, dus kunnen ze beter deze site bezoeken, dan andere websites. Een deelnemer geeft aan ouders ook te wijzen op NHG-standaarden, nadat ze uitleg heeft gegeven.

#### *Werkwijze aanpalende disciplines*

De deelnemers ervaren de richtlijn als een ondersteuning bij verwijzing naar de huisarts. De deelnemers gaven aan dat er op dit moment geen toetsing is op het beleid bij huidafwijkingen en dat er nu veel verschillende adviezen worden gegeven, ook door huisartsen. Afstemming met huisartsen, kinderartsen en dermatologen is nodig. “Anders verwijs je en doet de vervolgproufessional er niets mee, waardoor het beleid nutteloos wordt.” Gezamenlijke scholing met JGZ en huisartsen en andere specialisten is daarom zeker wenselijk.

## **5.6 Randvoorwaarden voor landelijke invoering**

Door de deelnemers werden een aantal randvoorwaarden genoemd voor landelijke invoering van de richtlijn Huid. Scholing, extra tijd en middelen vormen daarin de belangrijkste. Daarnaast gaf men aan dat het nodig is om terug te komen op de richtlijnen: evaluatie na invoering is essentieel.

#### *Randvoorwaarden scholing*

Scholing is nodig, hier waren deelnemers heel duidelijk over. “De richtlijn hartafwijkingen is duidelijk geïmplementeerd met scholing. Dit zou met andere richtlijnen ook moeten gebeuren.” Richtlijnen zouden daarnaast zeker in de

opleiding behandeld moeten worden. Hoewel een deel van de deelnemers tevreden was over de instructiebijeenkomst, was een ander deel van de deelnemers van mening dat scholing uitgebreider moet zijn en met name gericht op het bepalen van wel of niet verwijzing en gericht op advisering (vooral bij pubers). Een duur van 2-3 uur tot een dagdeel is wenselijk.

De volgende aandachtspunten voor tijdens de scholing werden genoemd:

- Het moet een interactieve scholing zijn, met een laptop voorhanden, waarbij met casuïstiek wordt geoefend. Bijvoorbeeld werken met het stroomschema tijdens de scholing lijkt men een goed idee.
- De scholing moet veel meer kennis bevatten dan de instructie die nu is geweest, met name voor de verpleegkundigen.
- De Latijnse namen: deze worden als moeilijk ervaren.
- Het moet met name gericht zijn op advisering. Scholing met casuïstiek is altijd informatief, omdat het dan helderder wordt.
- Scholing op signalering en wel/niet verwijzen is noodzakelijk (zowel voor 0-4 als 4-19).
- Scholing over donkere huid is nodig; ook bij ouders is hier kennisgebrek over.
- E-learning na de implementatie (als toets) zou heel goed zijn.
- Accreditatiepunten stimuleren.
- Veel plaatjes en casuïstiek in de scholing is wenselijk.
- De scholing moet ook worden toegespitst op de organisatie: per organisatie moet de werkwijze duidelijk gemaakt worden.

#### *Specificering extra tijd en middelen*

De deelnemers werd gevraagd naar de extra tijd die het werken met de richtlijn vraagt ten opzichte van de huidige werkwijze.

- De tijd voor het lezen van de richtlijn wordt door de deelnemers geschat op 1,5 tot 3 uur.
- De tijd voor het lezen van de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn werd geschat op 1,5 tot 3 uur.
- Over het inwerken (met de website) verschilden de meningen van 'niet veel extra tijd' tot een dagdeel, in totaal 1-4 uur.
- Over de extra tijd per consult waren de meningen verdeeld. In de ene focusgroep werd dit geschat op 5 minuten voor extra doorvragen en voorlichting geven (assistente 4-19), gemiddeld 10 minuten per dagdeel (verpleegkundige 0-4), gemiddeld 2 minuten per consult (arts 4-19). Verpleegkundige 0-4: "Je zult vaker de arts er bij moeten roepen. Ook zal de verpleegkundige kinderen vaker later terugkomen." Bij de andere focusgroep werd de extra tijd per consult ingeschat op 2 minuten in een consult, 1 per week. "Dit komt omdat ik veel zelf al weet, dus geen extra tijd kost. Uiteindelijk scheelt het juist tijd." In deze focusgroep was iedereen het er mee eens dat het nauwelijks extra tijd kost. Wel wordt aangegeven dat zij de adviezen al gaven, omdat ze geïnteresseerd zijn in huid.

### *Extra verwijzingen*

In een focusgroep werd ingeschat dat de richtlijn niet leidt tot meer opsporing van huidafwijkingen, maar wel tot bewuster verwijzen. “Er is een grotere kans dat je eenduidiger adviseert. Het zet de puntjes op de i. Je gaat wel meer overleggen, bijvoorbeeld over een klein hemangioom op onderlip.” Men gaf aan dat werken met de richtlijn leidt tot meer kritisch kijken, en dat het voor jonge collega’s zekerheid geeft, waardoor men minder snel verwijst. In de andere focusgroep waren de meningen op dit punt meer verdeeld. Sommige deelnemers gaven aan te verwachten dat extra kinderen worden opgespoord, en er meer doorverwijzingen naar de verpleegkundige of arts zullen zijn. Hoeveelheid extra kinderen kon men moeilijk in schatten. Andere deelnemers gaven aan dat minder werd doorverwezen, bijvoorbeeld door de duidelijke verwijscriteria bij hemangiomen.

### *Overige randvoorwaarden*

Overige randvoorwaarden die werden genoemd zijn:

- Gefaseerd invoeren van de richtlijnen: als er veel richtlijnen tegelijkertijd de praktijk in komen, kan men ze niet lezen. Veel veranderingen in de organisatie maakt dat het lastig is nieuwe dingen in te voeren.
- Link naar de website moet op je bureaublad staan, zodat je er direct mee kan werken.
- Een goede standaardvraag op de vragenlijst (4-19) is zeer belangrijk. Er is weinig tijd, en veel gaat via een vragenlijst, die vooraf door ouders/jeugdigen wordt ingevuld. De richtlijn zou een standaard vraag moeten bevatten, zoals: Heeft uw kind huidafwijkingen? Heeft u hier vragen over? Heeft u er last van? En hierbij voorbeelden noemen als acne en eczeem. Anders wordt het snel gemist. In 4-19 wordt soms gewerkt met triage naar de arts via een vragenlijst, dus via de vragenlijst vindt de eerste signalering plaats.
- Extra materiaal is nodig: folders/flyers voor pubers zou ideaal zijn. Een naslag op zakformaat met ook de terminologie zou erg praktisch zijn. Flyers over de behandeling van veel voorkomende huidafwijkingen (bijv. eczeem) zijn wenselijk.
- Een telefonische informatielijn (contact met de ontwikkelaars van de richtlijn) zou handig zijn, waar je na kunt vragen wat er in de richtlijn staat.

## 6 Conclusies en aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering

### 6.1 Conclusies

#### 6.1.1 *Punten waarop richtlijn bijstelling behoeft (1<sup>e</sup> vraagstelling)*

##### *Vorm en inhoud richtlijn*

Een algemene conclusie is dat de deelnemers aan de proefimplementatie de richtlijn nuttig en relevant vinden, met name voor JGZ-medewerkers 0-4 jaar.

Over het algemeen waren de deelnemers positief over de inhoud en begrijpelijkheid van de richtlijn. Wel had men moeite met de leesbaarheid van sommige hoofdstukken. Het gaat dan vooral over het hoofdstuk met beschrijving van de verschillende huidafwijkingen en het hoofdstuk over de donkere huid. Deze hoofdstukken bevatten volgens de deelnemers teveel medische terminologie.

##### *Verbeterpunten*

Naar aanleiding van hun ervaringen hebben de deelnemers concrete verbeterpunten voor de tekst van de richtlijn en website gegeven. Deze zijn verwerkt in de definitieve richtlijn. De belangrijkste punten waarop de richtlijn en website zijn aangepast (dit is echter een selectie van het grote aantal wijzigingen):

- vereenvoudiging van woordgebruik
- duidelijkere beschrijving van de verantwoordelijkheid van de jeugdverpleegkundige
- toevoeging van conclusies en aanbevelingen na elk hoofdstuk
- verduidelijking met betrekking tot het gebruik van corticosteroiden
- verwijscriteria bij aardbeivlek zijn versoepeld
- verwijscriteria bij midline laesie zijn versoepeld
- minder uitgebreide beschrijving ziekte van Lyme
- toevoeging van enkele huidafwijkingen
- aanpassing diverse tekstuele zaken

#### 6.1.2 *Punten waarop de website nog bijstelling behoeft (2<sup>e</sup> vraagstelling)*

##### *Vorm en inhoud website*

De deelnemers zijn zeer te spreken over de website die bij de richtlijn hoort. De website wordt beoordeeld als handig omdat men er gericht op kan zoeken. Daarnaast kan men collega's en ouders laten meekijken.

Zowel uit de vragenlijsten als de focusgroepinterviews blijkt dat het zoekstelsel binnen de website nog niet goed werkt. Sommige zoektermen worden niet herkend of zijn niet logisch. Ook blijkt dat de website nog niet volledig is, in die zin dat sommige ziektebeelden ontbreken. Daarnaast ontbreken foto's bij sommige afwijkingen. Volgens de deelnemers zijn de foto's zeer functioneel, ook foto's van 'extreme' gevallen.

##### *Verbeterpunten*

Naar aanleiding van de proefimplementatie is de website aangepast op de volgende onderdelen:

- aanpassing van enkele differentiaal diagnoses
- toevoeging van foto's, onder andere van de donkere huid

- (tekstuele) wijzigingen analoog aan de richtlijn (zoals vermeld bij 6.1.1)  
De deelnemers aan de proefimplementatie geven aan dat het niet mogelijk is meteen een perfecte website te hebben; de ontwikkelaars zouden de website de komende jaren regelmatig moeten updaten naar aanleiding van de ervaringen van de gebruikers.

### 6.1.3 *Determinanten die een rol spelen bij het gebruik van de richtlijn (3<sup>e</sup> vraagstelling)* *Werkwijze*

Uit de registratieformulieren en vragenlijst komt naar voren dat de deelnemers grotendeels conform de richtlijn werken. Hierop zijn enkele uitzonderingen:

- In niet alle gevallen wordt een daadwerkelijke diagnose gesteld. Een belangrijke reden hiervoor is dat de meeste kinderen al een diagnose hebben voor hun huidafwijkingen. Ook ziet men dit niet altijd als een taak: de JGZ moet vooral weten wanneer te verwijzen, daarbij hoort een differentiaal diagnose stellen, niet perse een diagnose.
- In niet alle gevallen wordt aangegeven dat men actief een huidafwijking opspoort bij 0-4 jarigen. Een mogelijke reden hiervoor is dat men dit niet als bewust en actief aanmerkt, maar het wel 'gewoon' doet. Ook werd genoemd dat mogelijk niet alle verpleegkundigen voldoende kennis hebben om te kunnen inspecteren, een specifieke anamnese af te nemen en beleid op te stellen. Soms wordt tijdens het huisbezoek met twee weken het kind niet bloot onderzocht, omdat men dit een te grote belasting vindt, dan wel zich afvraagt wat het oplevert. Hierbij dient vermeld te worden dat in het kader van de uitvoering van de richtlijn 'Hartafwijkingen' aanbevolen wordt alle kinderen bij huisbezoek bloot te zien.
- Specifiek voor de JGZ 4-19 lijkt inspectie van de huid als standaard taak te zijn verdwenen; men inspecteert veelal alleen nog naar aanleiding van een vraag van de jongere/ouder.
- Hoewel verpleegkundigen het wel tot hun taak vinden behoren, vindt advisering niet altijd plaats. De belangrijkste redenen hiervoor zijn tijdgebrek en in sommige gevallen het ontbreken van kennis.
- In niet alle gevallen wordt verwezen. Een belangrijke reden hiervoor is dat veel kinderen al bekend zijn met de huidafwijking.
- Het bepalen van de TIS-score blijkt in de praktijk lastig te zijn en vraagt volgens de deelnemers om scholing.

#### *Medewerking ouders/jongeren*

De medewerking van ouders wordt als positief ervaren. Er zijn tijdens de proefimplementatie geen problemen ondervonden. Het laten meekijken van ouders op de website kan behulpzaam zijn, maar kan soms ook afschrikken.

Er werden eveneens geen problemen ervaren in de medewerking van jongeren in het voortgezet onderwijs. De ervaring is dat het laten meekijken van de jongere op de website in algemene zin goed werkt.

#### *Afstemming in de keten*

De werkwijze van andere professionals in de zorgketen wordt als belemmerend ervaren in die zin dat er verschillende adviezen worden gegeven. Volgens de deelnemers is het van belang dat in de keten dezelfde adviezen worden gegeven. De JGZ-richtlijn wordt als ondersteunend ervaren bij verwijzing naar de huisarts en eventueel voor rechtstreeks verwijzen.

#### *Benodigde tijd*

Uit de registratieformulieren en de focusgroepen blijkt dat de website meestal pas wordt geraadpleegd na afloop van het consult/de werkdag. Dit heeft vooral te maken met tijdgebrek tijdens het consult. Bovendien gebruikt men de website dan meer 'ter controle'.

De beschikbare tijd voor inspectie en met name voor advisering wordt als probleem benoemd. Dit geldt vooral voor de JGZ 4-19 jaar. Ook wordt als probleem benoemd het ontbreken van tijd voor overleg tussen jeugdverpleegkundige en jeugdarts (zowel 0-4 als 4-19).

#### 6.1.4 *Randvoorwaarden voor de landelijke invoering (4<sup>e</sup> vraagstelling)*

##### *Lezen van de richtlijn*

Uit de vragenlijsten en de focusgroepinterviews blijkt dat het lezen van de richtlijn gemiddeld twee uur in beslag neemt. De gegevens uit de vragenlijsten en die uit de focusgroepen verschillen als het gaat om de benodigde tijd voor het lezen van de wetenschappelijke onderbouwing; dit varieert van anderhalf tot drie uur. De reden voor dit verschil is de grondigheid waarmee het document is gelezen. Als minimale benodigde tijd kan als vuistregel anderhalf uur worden aangehouden.

Er is een groot verschil in de tijd die de deelnemers hebben besteed aan het zich eigen maken van de richtlijn en de website; dit varieert van 'nauwelijks' tot vier uur. De benodigde tijd is sterk afhankelijk van hoe grondig men de website 'doorzoekt' én van de kennis die men nu al heeft van huidafwijkingen. Als minimaal benodigde tijd om wegwijs te geraken in de website, dat wil zeggen de zoekfuncties etc. te leren kennen, moet een uur worden aangehouden. Maar in de praktijk zullen mensen verder gaan zoeken en kan de tijd gemakkelijk oplopen naar twee uur.

##### *Instructie/scholing*

Uit de vragenlijsten en focusgroepinterviews komt naar voren dat er scholing nodig is voordat artsen, verpleegkundigen en doktersassistentes met de richtlijn kunnen (gaan) werken. Een deel van de verpleegkundigen en doktersassistentes gaf aan dat de richtlijn niet goed aansluit bij hun huidige werkwijze dan wel onvoldoende houvast biedt. Ook vond een deel van de verpleegkundigen en doktersassistentes het niet tot hun taak behoren om vast te stellen om welke huidafwijking het gaat. Hierop is doorgevraagd tijdens de focusgroepinterviews. Behalve dat de richtlijn veel nieuwe elementen bevat voor verpleegkundigen en doktersassistentes, blijkt vooral de kennis van de huid die verpleegkundigen en doktersassistentes in hun basisopleiding leren te summier, waardoor men zich niet in staat voelt de richtlijn helemaal uit te voeren.

De scholing die in het kader van de proefimplementatie is gegeven is volgens de deelnemers onvoldoende voor de landelijke invoering. Belangrijk punt van bijstelling is de duur en vorm van de scholing. De scholing zou langer moeten zijn met het accent op interactief oefenen met de website aan de hand van casuïstiek. Inhoudelijk zou er meer aandacht moeten zijn voor de donkere huid. Zowel in de richtlijn zelf als tijdens de scholing is dit onderdeel volgens de deelnemers onderbelicht gebleven.

Voor de jeugdartsen en verpleegkundig specialisten is een scholing van 2-3 uur gewenst. Behalve eerder genoemde aandacht voor de donkere huid, zou er

specifiek aandacht moeten zijn voor het actief zoeken naar huidafwijkingen en het gebruik van de TIS-score.

Voor de verpleegkundigen en doktersassistenten is een scholing van een dagdeel (4 uur) gewenst. Naast basale kennis van de (donkere) huid, zou er specifiek aandacht moeten zijn voor het actief zoeken en herkennen van huidafwijkingen en de taakopvatting hierover.

Een terugkombijeenkomst van ca. twee uur na ongeveer een half jaar, wordt essentieel geacht. Tijdens deze bijeenkomst wordt het werken volgens de richtlijn geëvalueerd en worden ervaringen worden uitgewisseld.

#### *Materialen*

Een belangrijke voorwaarde is dat iedere JGZ-medewerker beschikt over een computer die snel genoeg is om de website te kunnen gebruiken. Ook moet het mogelijk zijn diverse 'security warnings' uit te kunnen zetten. Tevens dienen er laptops beschikbaar te zijn voor tijdens het huisbezoek en op scholen.

De JGZ-medewerkers 4-19 jaar kunnen een betere functie vervullen, wanneer er in de vragenlijsten JGZ 4-19 een vraag over huid wordt opgenomen. De huidige werkwijze is 'vraaggestuurd', in die zin dat er meestal alleen aandacht aan de huid wordt besteed als jongeren/ouders een vraag hebben. Dit kun je meer stimuleren door er in de vragenlijst gericht naar te vragen.

Sommige deelnemers vinden het wenselijk als er flyers/folders voor ouders en pubers beschikbaar zijn over veelvoorkomende huidafwijkingen zoals acne of eczeem.

#### *Extra consulttijd/opsporing extra kinderen*

De deelnemers zijn unaniem in hun mening dat het werken met de richtlijn extra tijd kost ten opzicht van de huidige situatie en dat de huidige beschikbare consulttijd onvoldoende is.

De extra consulttijd die nodig is voor het werken met de richtlijn, hangt sterk af van de huidige werkwijze. Voor de artsen kan als vuistregel gemiddeld twee minuten worden aangehouden als sprake is van een huidafwijking. Voor de verpleegkundigen en doktersassistenten zal dit gemiddeld vijf minuten zijn als er sprake is van een huidafwijking, vanwege het extra doorvragen en het geven van voorlichting. Een heel grove schatting is dat dit een op de vijf consulten het geval zal zijn.

Door het werken met de richtlijn worden naar verwachting geen extra kinderen met een huidafwijking opgespoord. Onduidelijk is of de richtlijn zal leiden tot een verandering in verwijzingen; mogelijk zal men niet meer, maar wel bewuster en gericht gaan verwijzen.

## **6.2 Kritische kanttekeningen**

Het merendeel van de deelnemers aan de proefimplementatie is werkzaam in de JGZ 0-4 jaar. Slechts 4 van de 35 deelnemers zijn afkomstig uit de JGZ 4-19 jaar. Dit betekent dat de bevindingen uit de proefimplementatie grotendeels betrekking hebben op het gebruik van de richtlijn door JGZ-medewerkers 0-4 jaar. Maar dit is



juist ook de belangrijkste doelgroep van de richtlijn omdat de meeste huidafwijkingen in deze periode voor het eerst worden gediagnosticeerd. Dit laat onverlet dat de richtlijn ook van belang is voor de JGZ 4-19 jaar. Door beperkte deelname van medewerkers 4-19 jaar, is het mogelijk dat niet alle uitvoeringsproblemen voor deze groep medewerkers en kinderen/jongeren voor het voetlicht zijn gekomen.

Vanwege de beperkte doorlooptijd van de proefimplementatie was het niet mogelijk om alle onderdelen uit de richtlijn prospectief uit te testen. Dit kan betekenen dat niet alle uitvoeringsproblemen met betrekking tot 'behandeling' en verwijzing aan bod zijn gekomen. We hebben dit proberen te ondervangen door hier in de focusgroepinterviews extra aandacht aan te besteden.

De gemiddeld besteedde tijd aan een casus rondom huid aangegeven op de registratieformulieren was 7,5 minuten. De groep waarin geen bijzonderheid m.b.t. de huid was gevonden, gaf dezelfde tijdsbesteding aan als de groep die bijzonderheden had geconstateerd. Dit doet vermoeden dat deze vraag niet goed gesteld/begrepen is. Daarom is hier extra op doorgevraagd in de focusgroepinterviews.

### **6.3 Aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering**

Onderstaande aanbevelingen zijn gebaseerd op de bevindingen van de proefimplementatie en sluiten zoveel mogelijk aan bij het rapport over essentiële activiteiten en een ondersteuningsstructuur voor de landelijke invoering van de JGZ-richtlijnen (15). De aanbevelingen zijn grotendeels gericht aan het NCJ, omdat het NCJ op landelijk niveau de regie voert over de richtlijnen en de komende jaren gerichte invoeringsactiviteiten gaat inzetten ten behoeve van het daadwerkelijke gebruik van deze en andere JGZ-richtlijnen.

#### *Bijstelling richtlijn en website*

De auteurs van de richtlijn hebben de opmerkingen/commentaren met betrekking tot de inhoud, helderheid, juistheid en begrijpelijkheid al in de definitieve versie van de JGZ-richtlijn Huid verwerkt. Deze gemaakte opmerkingen en commentaren staan onder andere vermeld in de hoofdstukken 4 en 5 en de bijlagen.

#### *Verspreiding en adoptie*

Aanbevolen wordt de verspreiding en invoering zo veel mogelijk plaats te laten vinden via de zogenaamde 'implementatiecoördinatoren'. Het NCJ vraagt iedere JGZ-organisatie een dergelijke coördinator aan te stellen.

Elke JGZ-medewerker 0-19 jaar behoort een exemplaar van de richtlijn te krijgen en toegang tot de bijbehorende website te hebben. Voor een deel van de mensen is het wenselijk de richtlijn gedrukt in bezit te hebben, een ander deel vindt alleen digitaal beschikbaar hebben ook voldoende.

De wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn kan alleen digitaal aangeboden worden.

Er wordt sterk aanbevolen dat ieder JGZ-medewerker 0-19 voorlichting en scholing krijgt alvorens met de richtlijn te gaan werken. Deze (landelijk ontwikkelde) scholing wordt bij voorkeur gegeven door een aantal daarvoor opgeleide

stafartsen/verpleegkundigen volgens het train-de-trainer principe. Deze groep kan primair geïnstrueerd worden door ontwikkelaars van de richtlijn, waarna de scholing per organisatie wordt uitgezet.

Overwogen kan worden voor deze richtlijn een e-learning module te ontwikkelen, deels ter vervanging van en deels aanvullend op de landelijk ontwikkelde scholing.

Aanbevolen wordt de professionals in de zorgketen op de hoogte te stellen van de richtlijnen. Op landelijk niveau is het opportuun dat het NCJ, samen met de beroepsorganisaties, hierin het voortouw neemt naar de beroepsorganisaties van huisartsen, kinderartsen en dermatologen. Daarnaast wordt aanbevolen dat op regionaal niveau de JGZ-organisaties afspraken maken met professionals in de keten. De 'implementatiecoördinator' zou hier het voortouw in kunnen nemen. Het doel van de afspraken is dat alle beroepsgroepen op één lijn zitten qua advisering, behandeling en verwijzing. Voor dit doel is een gezamenlijke regionale scholing van JGZ-medewerkers, huisartsen, kinderartsen en dermatologen zinvol en wenselijk.

#### *Materialen*

De website kan worden beschouwd als het 'hart' van de richtlijn. Aanbevolen wordt dat iedere JGZ-medewerker beschikking heeft over een computer die snel genoeg is om de website te kunnen gebruiken. Voor medewerkers die huisbezoeken afleggen en op scholen werkzaam zijn, zou een laptop beschikbaar moeten zijn. In de vragenlijsten die gebruikt worden in de JGZ 4-19 jaar, zou een gerichte vraag opgenomen moeten worden over huidafwijkingen.

#### *Monitoring en evaluatie gebruik richtlijn*

Aanbevolen wordt dat, als vervolg op de instructie/scholing, JGZ-organisaties het gebruik van de richtlijn monitoren en dit tijdens intercollegiale toetsing, intervisie of inhoudelijk overleg bespreken.

#### *Landelijke vraagbaak*

Op landelijk niveau zou een vraagbaak beschikbaar moeten zijn voor vragen en problemen rondom de richtlijn. Het meest voor de hand liggend is dat het NCJ deze functie vervult en alle inhoudelijke vragen direct doorstuurt aan de ontwikkelaars.

#### *Onderhoud website*

Omdat de website als het belangrijkste onderdeel van de richtlijn wordt ervaren, is het essentieel dat deze doorlopend onderhouden wordt. Belangrijk is de aanvulling van plaatjes en daarnaast de updates met betrekking tot nieuwe wetenschappelijke evidentie en gewijzigde landelijke protocollen. Het betreft een levende richtlijn die regelmatig, bijvoorbeeld twee keer per jaar, aangepast dient te worden op geleide van de ervaringen van de JGZ-medewerkers. Dit betekent dat de ontwikkelaars systematisch de ervaringen van de gebruikers verzamelen en doorvoeren.

#### *Aanpassing digitaal dossier*

Registratie van huidafwijkingen zou moeten verbeteren. Hiertoe zou de ruimte voor registreren in het digitaal dossier groter moeten zijn. Het zou handig zijn als veel voorkomende huidafwijkingen standaard in het digitaal dossier genoemd staan zodat ze alleen aangevinkt hoeven te worden.

*Financiering*

Voor vrijwel alle bovengenoemde aanbevelingen geldt dat financiering randvoorwaardelijk is voor de uitvoering ervan. Aanbevolen wordt dat het NCJ met de implementatiecoördinatoren nagaat wat de specifieke randwoorden in iedere organisatie zijn in termen van tijd, materialen en menskracht. Het is wenselijk als het NCJ het voortouw neemt in het zoeken naar oplossingen hiervoor, ook wat betreft het organiseren van structurele financiering voor bijvoorbeeld de scholing en de extra benodigde consulttijd. Dit laatste zal met alle landelijk betrokken organisaties moeten plaatsvinden, waaronder het Ministerie van VWS en de VNG.

Aanbevolen wordt dat voor het onderhouden van de website structurele financiering beschikbaar gesteld wordt. Mogelijk kan het NCJ hier een rol in hebben.

## 7 Literatuur

1. Van der Linden MW, van Suijlekom-Smit LWA, Schellevis FG, van der Wouden JC. Tweede nationale studie naar ziekten en verrichtingen in de huisartspraktijk. Het kind in de huisartspraktijk. Utrecht: NIVEL, RIVM/Rotterdam: Erasmus MC afdeling huisartsgeneeskunde, 2005.
2. Mikolajczak J, Stals K, Fleuren MAH, De Wilde EJ, Paulussen TGWM. Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven/Utrecht: NJi, 2009.
3. Fleuren M, De Wilde EJ, Mikolajczak J, Stals K, Paulussen T. Condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies: een kennissynthese. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 2009;87:245-248.
4. Fleuren M, Keijsers J, Buitendijk S, Detmar S. Ontwikkelen, invoeren én evalueren: de casus JGZ. Kwaliteit in Zorg 2009;5:18-21.
5. Fleuren MAH, Keijsers JFEM, Swinkels J, Koense Y. Richtlijnen genoeg, nu de uitvoering nog. Medisch Contact 2010;65:306-308.
6. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. International Journal for Quality in Health Care. 2004;16:107-123.
7. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. TSG Tijdschr Gezondheidswet (TSG) 2010;88:55-8.
8. Logan J, Graham ID. Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. Science Communication 1998;20:227-246.
9. Bartholomew KL, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. San Fransisco: Jossey-Bass, 2006.
10. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. The Milbank Quarterly. 2004;82:581-629.
11. Grol RPTM, Wensing MJP. Implementatie: effectieve verbetering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.
12. Fleuren MAH. Implementatie van de JGZ-standaarden. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 2007;39:63-67.
13. Paulussen Th, Wiefferink K, Mesters I. Invoering van effectief gebleken interventies. In: Brug J, Assema P van, Lechner L (eds). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak. Assen: Van Gorcum, 2007.

14. Fleuren MAH. Invoeren en evalueren van richtlijnen. In: Oskam E, Lokven E van (kernredactie), Swagerman-van Hees MB, Boere-Boonekamp MM, Luttmer LCF, Campman ThMT, Woudenberg AM van. Nederlands Leerboek JGZ, deel a. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2012 (in druk).
15. Fleuren MAH. Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. TNO Kwaliteit van Leven, 2010.

## A Gedetailleerde resultaten vragenlijst na proefimplementatie

*Zijn er nog andere inhoudelijk zaken die u kwijt wilt over de richtlijn?*

- Aan het onderwerp 'midline laesies' wordt onvoldoende theoretische uitleg en onderbouwing besteed, waardoor het lastig is om volgens de richtlijn te werken.
- De beslisboom zou in het digitale dossier verwerkt moeten worden onder het kopje huid voor makkelijk gebruik in praktijk.
- De richtlijn behandelt de meest voorkomende huidafwijkingen bij kinderen, maar is niet volledig:
  - Niet alle huidafwijkingen op mijn spreekuur heb ik kunnen diagnosticeren m.b.v. de richtlijn. Wat zou kunnen helpen is misschien om zelf afspraken te maken met onze dermatologen over het insturen van foto's en via de e-mail ontvangen van advies - dit als aanvulling op de richtlijn.
  - Ik miste in sommige gevallen een (uitgebreidere) onderbouwing van de gegeven adviezen of verwijscriteria. Deels vind ik dit terug in de wetenschappelijke verantwoording (bijv. over adviezen omtrent huidverzorging en behandeling van droge huid / eczeem - dit helpt mij om het naar ouders toe juist te verwoorden en te nuanceren), die daarom een welkome aanvulling is. Maar bijv. de verwijscriteria bij hemangiomen en midline laesies zijn niet allemaal goed onderbouwd.
- Geelzien van pasgeborenen: tot welke leeftijd is dit normaal? Wanneer actie ondernemen?
- Gemis aan foto's van huidafwijkingen, dit zou tot een snellere herkenning van bepaalde huidafwijkingen leiden.
- Graag stroomdiagram. Verkorting van de grote richtlijn, bij de internetsite kunnen nog meer huidafwijkingen beschreven worden, graag met plaatjes. Bijvoorbeeld: kinderziektes, granuloom. Bij verwijzing staat er vaak 'volgens richtlijn NHG'. Die is mij niet bekend.
- Ik vind de adviezen/beschrijvingen e.d. rondom eczeem op meerdere plaatsen terug. Dat vond ik niet logisch. Ik zat steeds maar te bladeren en kon het moeilijk terug vinden. Deels ligt dat waarschijnlijk aan de conceptversie.
- Hemangiomen: verwijscriteria lijken te ruim (kleine in gezicht verwijzen we in het algemeen niet), als we alle hemangiomen volgens criteria verwijzen, krijgen dermatologen veel verwijzingen, waarvan ze met een deel waarschijnlijk niets zullen doen. Eczeem: een afbouwschema corticosteroïdenzalf (in schema) om aan ouders mee te geven zou handig zijn (kopie aan ouders meegeven). De website met stroomschema's heb ik zelf niet in praktijk gebracht, kost tijd tijdens je consult! Ik heb er wel zelf naar gekeken en vind het wel handig. Mogelijk moet je er wat meer vaardigheid in krijgen om het daadwerkelijk tijdens het consult te gebruiken.

- Het kost meer tijd om de richtlijn helemaal eigen te maken. Het beleid van huisartsen en dermatologen kan nogal verschillend zijn en komt niet altijd overeen met de richtlijn.
- Wat kan de JGZ adviseren bij de verzorging van brandwonden? Wat is er bekend over de huidirritaties bij contact met de haren van de eikenprocessierups? Wat zijn sproeten? Moeten mensen met sproeten extra voorzichtig zijn in de zon?
- Ik mis heel erg de foto's.
- Ik vind dat het wel even goed kijken is op de site hoe en waar je moet zijn. Ik denk dat als huisartsen en dermatologen dezelfde richtlijn gaan gebruiken als de JGZ, dat voor ouders heel prettig is. Zeker een meerwaarde.
- Ik weet het niet of automutilatie bij deze richtlijn past.
- In de richtlijn staan nog enkele kleine fouten, o.a. over het gebruik van zinkzalf. Volgens mij is dit al bekend.
- In een hoofdstuk helder de uitgangsvragen en de aanbevelingen zoals geformuleerd in de wetenschappelijke onderbouwing, maar niet de hele onderbouwing opnemen.
- Lastig nu om adviezen te geven, omdat die niet altijd overeen komen met wat een huisarts vindt die de richtlijn nog niet kent. Sommige dingen die zelden voorkomen kon ik er niet in vinden.
- Meer plaatjes, niet alleen van de ernstige gevallen maar ook van de normale vlekjes. Het is soms nog wel gissen onder welk kopje "mijn" vlekjes vallen.
- Niet alle taken horen bij de JGZ, bijvoorbeeld uitleg over smeerschema's hoort bij degene die het voorschrijft!
- Niet bij elke diagnose wordt het beloop van de huidafwijking beschreven, terwijl dit wel iets is dat ouders vaak graag willen weten.
- Voor de doktersassistenten in de Jeugdgezondheidszorg 4-19 kom je dit maar weinig tegen. Vaak zijn mensen al onder behandeling bij de dermatoloog. Het kwam maar amper voor dat ik mensen echt advies kon geven, en eigenlijk moet ik dan altijd verwijzen naar de huisarts omdat wij niet BIG-geregistreerd zijn. Binnen onze GGD is het zo dat de artsen niet echt willen dat wij advies geven omdat zij eindverantwoordelijk zijn. Ik mag het wel maar moet dan al mijn stappen opschrijven en terugkoppelen naar de arts. Dit kost erg veel tijd waar onze leidinggevende dan weer moeite mee heeft.
- Voor een verpleegkundige als ik zijn veel termen, benamingen nieuw. Tijdens mijn opleiding heb ik dit niet geleerd. Ik vind het wel goed om er op deze manier mee in aanraking te komen en veel afwijkingen worden ook "vertaald". Hopelijk wordt de richtlijn gebruikt in de opleidingen en tijdens het inwerken van

verpleegkundigen. Huidaandoeningen komen zeer vaak voor en ouders stellen er veel vragen over.

*Wilt u nog iets kwijt over de website?*

- Bij alle huidafwijkingen goede foto's plaatsen.
- De website is gemakkelijk in gebruik. Ik kon enkele keren 'on the spot' of na mijn spreekuur met gebruik van de website tot de juiste diagnose komen, Ook leverde het gebruik van de website enkele keren geen diagnose op. Hij is dus niet volledig.
- Het lukt mij vaak niet om snel in te loggen. Ik kreeg dan een heel andere website. Mogelijk ligt dat aan onze werkomgeving, maar het verdient nog wel aandacht. Zo is het werken met de website niet een verbetering en dat is jammer.
- Ik vind de website niet volledig m.b.t. eczeem.
- Ik vond het prettig om samen met de ouders het diagram te bekijken. Het is echter onvolledig en ook soms onprettig om naar de foto's te kijken met forse huidafwijkingen. We zijn toch digitaal bezig en ik zou dat graag uitgebreid willen hebben: diagnose en criteria voor verwijzing.
- Kost tijd tijdens gewoon consult, mogelijk meer vaardigheid en handigheid gewenst.
- Ook dit kost meer tijd om je eigen te maken en snel te vinden wat je zoekt. Ik mis in een aantal diagnoses nog foto's. Ik kan nu nog niet beoordelen of de website volledig is, 1 huidafwijking heb ik niet kunnen vinden.
- Soms is routing niet geheel duidelijk.
- Tijdens consult vaak te weinig tijd om samen met cliënt te kijken. Ook zijn meerdere afwijkingen niet goed te vinden. Bij afwijkingen die wel zijn opgenomen kom ik vaak uit op de grote vergaarbak van bijvoorbeeld DD rode bulten en dat is zo uiteenlopend dat het praktisch niet veel toevoegt. Voor net beginnende collegae is de website wel leerzaam denk ik.
- Graag van alle huidafwijkingen een of meerdere foto's.
- Graag van alle huidafwijkingen foto's toevoegen, zeker bij de huidafwijkingen die minder vaak voorkomen.
- Het zou prettig zijn als de wetenschappelijke onderbouwing er ook in verwerkt kan worden. De adviezen zijn m.i. soms wat te summier, er wordt soms ten onrechte verondersteld dat de informatie wel bekend is en dan mis ik de uitleg.
- Ik denk dat de beschrijving en adviezen juist zijn, maar dat weet ik niet zeker. Ik ben geen dermatoloog.



- Ik vind de website goed, maar nog niet volledig.
- Ik vond de website niet altijd prettig werken. Niet alle "plekjes" komen er op de juiste manier uit via het stroomdiagram.
- Ik vond het opvallend dat ik eczeem niet kon vinden m.b.v. de richtlijn maar alleen via het volledige overzicht. Verder zou het fijn zijn als er nog meer foto's op komen. Ik merkte dat ik het prettig vond maar dat ouders het ook fijn vonden dat ik kon laten zien dat het vaker voorkwam. En zij waren daardoor ook gerustgesteld.
- Website graag aanvullen met meer beeldmateriaal. Er zijn nog veel meer huidafwijkingen te beschrijven. Site is makkelijk te bedienen. Wel extra tijd nodig tijdens consult.
- Ik zou graag het afbouwschema hormoonzalven van het UMCU terugvinden op de website.

*Overige opmerkingen van de respondenten, over zaken die nog niet aan bod kwamen in de vragenlijst*

- Bij de instructie is het werken met het stroomschema niet aan de orde geweest i.v.m. niet aanwezige apparatuur. Zelf vind ik het stroomschema een snelle methode van informatie opzoeken. Bij de instructie goed daar aandacht aan te besteden.
- Het goed registreren van huidafwijkingen in ons digitaal dossier is bijna onmogelijk.
- Ik vind de structuur van de richtlijn nog wat moeilijk te pakken. Alles wat ik nodig heb staat er wel in, maar het is soms even zoeken. Bijvoorbeeld de 'informatie' over eczeem staat op verschillende plekken. Het alfabetische deel werkt natuurlijk gemakkelijk. De verantwoording en de wetenschappelijke onderbouwing zijn heel prettig om mee te werken. De volgorde van de hoofdstukken vind ik niet altijd even logisch. Misschien ligt dit deels aan het conceptuele karakter van de richtlijn zoals ik hem nu heb gebruikt, maar zeker niet geheel.
- Ik vond het jammer dat veel dingen uit de richtlijn letterlijk werden aangehaald. Er was gevraagd om de richtlijn vooraf te bestuderen en dat had ik gedaan. Dan gaf de instructiebijeenkomst geen nieuw licht op de zaak, maar alleen herhaling. Dat was jammer.
- Inhoudelijk bevat de richtlijn veel goede gewenste informatie die mijn professionaliteit op het gebied van huidafwijkingen bij kinderen bevorderen. Hoe ik de website wilde gebruiken (tijdens of na het consult?) was even zoeken. Zal voor iedereen denk ik verschillend zijn hoe het prettig te gebruiken is. Dat ik de richtlijn op papier heb en dus gemakkelijk bepaalde adviezen kan nazoeken vond ik prettig. Heel belangrijk vond ik het (herhaaldelijk) goed doorlezen van de richtlijn en het oefenen met de website om te leren deze goed

te gebruiken. Vervolgens de richtlijn toepassen bij gevonden huidafwijkingen. Het lezen van de wetenschappelijke onderbouwing vond ik waardevol (nu vluchtig, maar ik ga hem zeker helemaal lezen) omdat ik behoefte heb aan goede onderbouwing van gegeven adviezen en nuancering in het geven van adviezen (bijvoorbeeld als een ouder al 'Chinese herbs' gebruikt, waarom het af te raden is). De wetenschappelijke onderbouwing vond ik nuttiger om te lezen dan ik tevoren had gedacht en zou voor iedereen laagdrempelig en met aanbeveling deze te lezen beschikbaar moeten zijn. Waar ik tegenaan liep heb ik bij de registratieformulieren ook aangegeven: onduidelijkheid tussen mij en 'onze' dermatoloog over bepaalde verwijscriteria, o.a. door onvoldoende onderbouwing van het 'waarom'. Niet tot een diagnose kunnen komen van huidafwijkingen die ik regelmatig op mijn spreekuur zag (3x in paar weken tijd, rode vlekken met wit puntje in het midden). Anderzijds heb ik met het stroomschema meerdere keren diagnoses kunnen stellen die ik eerst niet wist.

- Korte tijden van de consulten (15 minuten).
- Richtlijn met doorverwijzing moet helder zijn bij huisartsen. Beslisboom moet vast onderdeel van het digitale dossier worden.
- Tijdnood! Om juist de afwijking in het digitaal dossier te noteren, heb ik meer tijd nodig per consult.
- Er zijn niet zo zeer zaken niet aan de orde geweest maar ik wil nog wel wat kwijt. Ik twijfel bij de vragen over het stellen van diagnoses omdat ik vind dat dat een taak van de arts is en ik denk dat ik die erbij zal halen om de diagnose te stellen. Maar merk dat ik er niet helemaal zeker van ben. Ook had ik wat moeite met de vraag of ik actief informeer wat ouders met een verwijzing hebben gedaan. Ik heb ingevuld omdat we bij een vervolcontact altijd navragen hoe het verder is gegaan. Maar ik bel ouders alleen in uitzonderlijke gevallen na om ernaar te vragen. En verder vraag ik me af of de richtlijn nog uitgebreid kan worden met dingen die wij gaandeweg in ons werk tegenkomen?
- Ik had graag meer afbeeldingen gewild, eigenlijk van alle aandoeningen/vlekjes.
- Het komt mijn professionaliteit ten goede. Het geeft mijn werk verdieping. Door de wetenschappelijke onderbouwing voel ik mij zekerder t.o.v. de ouders die ik moet voorlichten. Hopelijk worden diagnoses en vragen goed verwerkt in ons "nieuwe" KD + dossier (hierin staat het digitale dossier JGZ).
- Ik vind dat ik door 1 instructie van 2 uur niet voldoende geschoold/getraind ben. Dit zou uitvoeriger of in herhaling nog mogen komen. Een duidelijke training voor alle collega's zou bij de invoering naar mijn idee noodzakelijk zijn.
- Ik vind de beschrijving van de richtlijn erg uitgebreid. Het is wel een drempel om daar aan te gaan beginnen. Tevens een belemmering om hem heel uitgebreid te gaan lezen. Aan de ene kant dus super dat er zo veel informatie in staat, maar zorgt dus ook voor weerzin.
- Introductie bij alle collega's om doorgaande lijn te bewerkstelligen.

- Onze eindverantwoordelijkheid als doktersassistente. Wij mogen niet diagnosticeren, en alle adviezen die we geven moeten we verantwoorden bij de jeugdarts, wat erg veel tijd kost en waar onze leidinggevende dan weer moeilijk over doet.
- Soms is het stroomschema niet toegankelijk, vraag is of dat aan de website ligt of aan onze systeem?
- Theoretische onderbouwing en uitleg over midline laesies. Instructie voor alle collega's, zodat we elkaar kunnen ondersteunen in de uitvoering van de richtlijn.
- Uitleg over het gebruik van de site met stroomdiagram is niet genoeg aan bod gekomen.

## B Gedetailleerde resultaten focusgroepen JGZ-richtlijn 'Huid'

In deze bijlage staan detailpunten die niet in het resultatenhoofdstuk besproken zijn. Paginanummers hebben betrekking op versie 31 maart 2011 'JGZ Richtlijn HUID'.

Inhoudelijke punten richtlijn:

- Tabel met zalven bij eczeem: Vraag is of dit alle beschikbare middelen zijn, of een selectie. Gaat het om de beste of wat mogelijkheden zijn te adviseren? Goed is dit bij de tabel te vermelden.
- Zinkoxide: Vraag is wanneer je zinkzalf of zinkolie gebruikt. Dit wordt gemist. Geopperd wordt hierover een aanvullend schema in te voegen.
- Stukje over automutilatie wordt gemist. Dit zou een paar zinnen over signalering moeten bevatten, en verder een verwijzing naar een andere richtlijn (kinder mishandeling). Vraag is of automutilatie bij richtlijn hoort.
- Ziekte van Lyme staat er 4 keer in, wat te veel is.
- Tekst over corticofobie is heel duidelijk en informatief. In JGZ heb je tijd om uitleg te geven over de bijwerkingen.
- Hemangiomen: Arts heeft kind met hemangioom tussen de schouderbladen (midline) verwezen, maar kreeg teruggekoppeld van de huisarts dat dit niet zinvol was. Een ander had een kind met een hemangioom op de lip bij 6 maanden (heel klein); zij heeft niet verwezen (moest wel volgens de criteria), want dat leek echt niet zinvol.
- Eczeem: een folder over de behandeling is wenselijk, zodat je eenduidig advies hebt.
- Eczeem crèmes en zalven: ik stel niet zelf een behandeling op, maar volg vaak de huisarts. Wel geef ik bad advies. Preventief advies geef ik wel over de zalven. Een ander geeft aan te informeren naar wat afgesproken is met de huisarts, zodat ouders begrijpen wat ze smeren moeten. Taak van JGZ is beperkt tot voorlichting in aansluiting op het beleid van de huisarts. Het afbouwschema in folder is handig.
- Verbandpakje duidelijk ergens noemen. Nu staat het alleen bij omgaan met jeuk in de wetenschappelijke onderbouwing.

*Inhoudelijke punten website*

- Aanvulling: Misschien bij de vragen op de vragenlijst van 4-19: Heeft uw kind een huidaandoening? Zo ja Staat hij onder behandeling bij een huisarts of specialist. Zo nee heeft u vragen over deze huidaandoening. Gebruikt hij/zij hiervoor al medicatie?
- Krentenbaard opgezocht via de index had een foto; opgezocht via schema was er geen foto zichtbaar.
- Bij zesde ziekte: vlekjes verschijnen na de 'hoge' koorts. Dit stond niet expliciet bij de ziekte.
- Verpleegkundige had casus met lichte vlek die behaard was en scherp begrensd. Dit kon ze niet in het schema terugvinden. Mogelijk was dit een Tierfell-naevus.

- Bij sommige afwijkingen kan geen diagnose gevonden worden. De beschrijvingen zijn compleet genoeg; het gaat om basisdingen. Juist omdat de tekst niet te uitgebreid is, is het bruikbaar.
- Term 'kinderziektes' mist op site. Via schema kom ik niet bij urticaria.
- Hematomen, DD kindermishandeling. Toevoegen aan DD: leukemie/stolling stoornis.
- Lente-oortjes (soort zonne-allergie) mist.