

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 71 518 18 18
F +31 71 518 19 10
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

Determinantenanalyse/proefimplementatie JGZ-richtlijn 'Astma bij Kinderen (0-19 jaar)'

Datum	16 februari 2011
Auteur(s)	H.B.M. van Gameren-Oosterom R.R. Pin C.I. Lanting M.A.H. Fleuren
Aantal pagina's	33
Aantal bijlagen	3
Opdrachtgever	ZonMw (projectnr. 80-82435-98-004)
Projectnaam	JGZ Standaard Astma
Projectnummer	031.12573/01.01

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 onderzoeksopdrachten 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

1	Inleiding	3
1.1	Achtergrond.....	3
1.2	Model voor de invoering van de JGZ-richtlijnen.....	4
1.3	Doelstelling en vraagstellingen	5
2	Methode.....	7
2.1	Werving van JGZ-organisaties en respons.....	7
2.2	Proefimplementatie en registratie.....	7
2.3	Analyses registratielijsten/ vragenlijsten.....	8
2.4	Focusgroepinterview	8
2.5	Analyse focusgroepinterview	8
3	Resultaten registratieformulieren.....	9
3.1	Respons	9
3.2	Registratieformulieren contactmomenten	9
3.2.1	Primaire preventie	9
3.2.2	Secundaire preventie	10
3.2.3	Tertiaire preventie	12
3.2.4	Ervaren uitvoeringsproblemen met de richtlijn.....	13
3.2.5	Randvoorwaarden	14
3.3	Richtlijn, instructie en randvoorwaarden	14
4	Resultaten focusgroepinterviews	15
4.1	Respons	15
4.2	Determinanten m.b.t. richtlijn	15
4.3	Determinanten m.b.t. JGZ-medewerker	16
4.4	Determinanten m.b.t. JGZ-organisatie	17
4.5	Determinanten m.b.t. de omgeving	18
4.6	Randvoorwaarden voor de (landelijke) invoering.....	18
5	Conclusies en aanbevelingen	20
6	Referenties	24

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De jeugdgezondheidszorg heeft de taak afwijkingen in de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen te voorkómen dan wel vroegtijdig op te sporen (productgroep 1 uit het basistakenpakket JGZ). Het doel is om blijvende gevolgen van een gestoorde ontwikkeling te voorkómen of zoveel mogelijk te beperken door tijdig behandeling en/of begeleiding in gang te zetten. Astma is de meest voorkomende chronische aandoening bij kinderen: vier tot zeven procent van de vier- tot achttienjarigen heeft verschijnselen van astma. Bij astma zijn zowel primaire (voorkomen dat de ziekte ontstaat), als secundaire (opsporen en behandelen van de ziekte) als tertiaire (voorkomen van verergering van de opgetreden ziekte) preventie van belang. De JGZ kan een belangrijke rol spelen bij al deze vormen van preventie.

Astma is een chronische ontsteking van de luchtwegen. De ontsteking veroorzaakt episoden van benauwdheid en piepend ademen. Tussen de aanvallen door is er een normale longfunctie.

Bij *kinderen van zes jaar en ouder* is astma vaak geassocieerd met allergie. Bij daarvoor gevoelige kinderen kan blootstelling aan bijvoorbeeld huisstofmijt, huisdieren of pollen tot klachten leiden. Vaak gaat de ontsteking eveneens gepaard met een toename in de luchtwegreactiviteit voor een veelheid aan niet-allergische prikkels zoals sigarettenrook, parfum of mist.

Bij *kinderen tot zes jaar* is het ziektebeeld meer gevarieerd. Een deel van de kinderen tot zes jaar heeft allergisch astma zoals dat ook bij oudere kinderen voorkomt. Astma heeft bij hen de neiging te blijven bestaan gedurende de kinderleeftijd. Daarnaast is er een groep kinderen die de eerste vier tot zes jaren piepen en daarna klachtenvrij worden. De in aanleg relatief nauwe luchtwegen geven bij het jonge kind al gauw ‘astma-achtige’ verschijnselen en zeker bij een virale infectie; allergie speelt in dit geval geen rol. Deze groep heeft dus vooral klachten als ze verkouden zijn. Maar ook bij kinderen met allergisch astma vormen verkoudheden vaak de uitlokkende factor. Op grond van verschijnselen is bij kinderen tot zes jaar dus niet goed te voorspellen of de klachten in het individuele geval zullen blijven bestaan of verdwijnen met de leeftijd.

Niet of onderbehandelde symptomen van astma kunnen een grote invloed hebben op de (psychosociale) ontwikkeling van het kind, het dagelijks functioneren en het welbevinden van kinderen en hun ouders. Kinderen met astma kunnen zich moe en uitgeput voelen ten gevolge van aanvallen van benauwdheid en nachtelijk hoesten. Daardoor hebben deze kinderen minder fut en zijn ze beperkt in hun dagelijkse bezigheden. Symptomen van astma zijn bovendien een belangrijke oorzaak van schoolverzuim: kinderen met astma missen twee tot vijftien schooldagen extra per jaar. Voor ouders kan het hebben van een kind met astma leiden tot bezorgdheid, werkverzuim en minder tijd voor zichzelf. Bij adequate behandeling blijven de gevolgen voor het dagelijkse leven meestal beperkt.

TNO heeft een conceptrichtlijn Astma voor de jeugdgezondheidszorg ontwikkeld¹. De conceptrichtlijn bestaat uit een achtergrondtekst, een samenvatting en een samenvattingskaart. De richtlijn is primair ontwikkeld voor beroepsbeoefenaren in de JGZ, dit zijn artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten. Het JGZ team wordt soms ondersteund door een astmaverpleegkundige. Bij verdenking op astma verwijst de JGZ

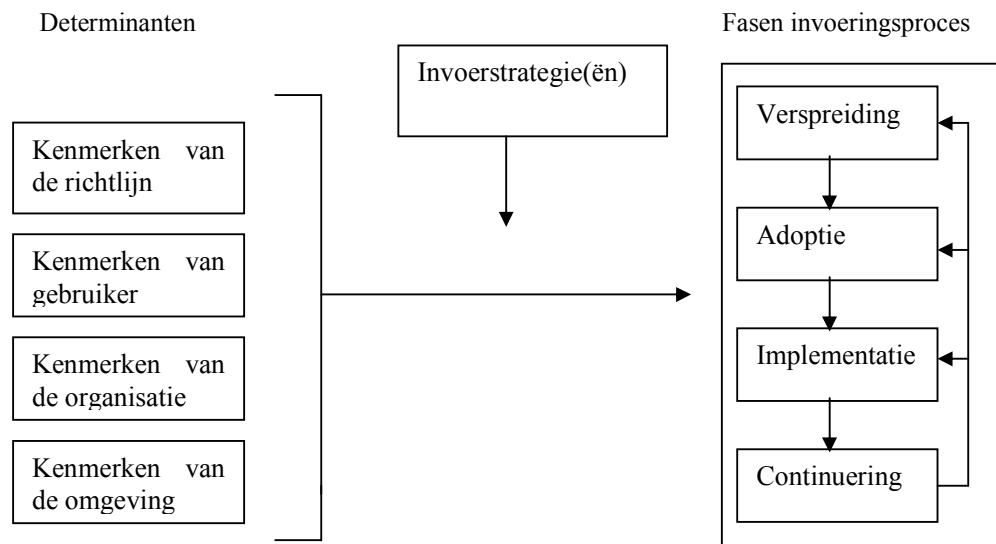
naar de huisarts. De huisarts verwijst een deel door naar de kinderarts. Voor aanpalende beroepsbeoefenaren beoogt de richtlijn een aanvulling op de eigen richtlijnen en/of protocollen te zijn. Om de succesvolle invoering van de richtlijn mogelijk te maken wordt, voorafgaande aan de landelijke implementatie, een proefimplementatie uitgevoerd. In dit rapport beschrijven we de resultaten van de proefimplementatie en geven we aanbevelingen voor de landelijke implementatie van de richtlijn Astma bij Kinderen (0-19 jaar)¹.

1.2 Model voor de invoering van de JGZ-richtlijnen

Fasen in een innovatieproces

De planmatige invoering van richtlijnen 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 begeleidend evaluatieonderzoek^{2,4}. Het begeleidend 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)^{5,6}. Met het oog op een succesvolle invoering is het van cruciaal belang dat de beoogde gebruikers van de richtlijn, in dit geval de JGZ-medewerkers, op de hoogte zijn van het bestaan ervan⁵⁻¹¹. In de adoptie fase neemt de JGZ-medewerker kennis van de richtlijn en besluit om er al dan niet mee te gaan werken. Dit is een mentaal proces waarbij de JGZ-medewerker een positieve of negatieve intentie tot gebruik van de richtlijn ontwikkelt. Daarna probeert de JGZ-medewerker daadwerkelijk met de richtlijn te werken en gaat ervaren of deze voor hem/haar in de praktijk uitvoerbaar is (implementatie). Ten slotte 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.^{5,6}

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 ^{5,6,12}:

- de richtlijn zélf, bijvoorbeeld gebruiksgemak, helderheid of relevantie;
- de (toekomstige) gebruiker van de richtlijn (de JGZ-medewerker), 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 ouders / 0-19 jarigen, 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 ^{5,6,8-10,13,14}. 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 ^{5,6}.

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. 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 bijgesteld moet worden (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 (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 JGZ-richtlijn Astma bij Kinderen (0-19 jaar) - hierna JGZ-richtlijn Astma te noemen - om op basis daarvan aanbevelingen te doen voor de landelijke invoering van deze richtlijn.

De vraagstellingen van het project zijn:

1. Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de JGZ-richtlijn Astma door artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten?
2. Op welke punten moet de richtlijn zelf nog bijgesteld worden?
3. Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd bij de landelijke invoering van deze JGZ-richtlijn?

2 Methode

2.1 Werving van JGZ-organisaties en respons

In mei 2010 werd door het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid (sinds oktober 2010 is het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid, NCJ, de opvolger van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid) een mailing verstuurd aan de hoofden/managers van alle JGZ-organisaties, met de vraag deel te nemen aan de proefimplementatie. Daarnaast werd een oproep geplaatst voor deelname van organisaties, maar ook van individuele JGZ medewerkers, op de websites en in de nieuwsbrieven van het Centrum Jeugdgezondheid, de koepels en de beroepsorganisaties. In de mailing en op de websites werd beschreven wat deelname inhield, hoeveel tijd dit kostte en welke vergoeding de individuen ervoor ontvingen. Voor de proefimplementatie melden zich 34 JGZ-medewerkers aan. Van hen namen 32 medewerkers ook daadwerkelijk deel aan de proefimplementatie (25 artsen, 7 verpleegkundigen, de meerderheid werkzaam met 0-4 jarigen), allen op persoonlijke titel.

2.2 Proefimplementatie en registratie

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. De registratieformulieren en vragenlijsten die zijn gebruikt bij de proefimplementatie zijn gebaseerd op de kernelementen van de richtlijn.

De proefimplementatie hield in dat deelnemers gevraagd werden gedurende enige tijd (variërend van zes weken tot drie maanden, afhankelijk van het moment van de instructie) met de conceptrichtlijn te werken en deze in de praktijk uit te testen op de uitvoerbaarheid. De deelnemers aan de proefimplementatie kregen een 2-3 uur durende instructiebijeenkomst waarin een van de ontwikkelaars uitleg gaf over de richtlijn. Voorafgaand aan de instructie ontvingen de deelnemers de gehele richtlijn (achtergrondtekst, samenvatting en samenvattingskaart) en werd gevraagd deze te lezen ter voorbereiding.

Gedurende de proefimplementatie hielden de deelnemers registratieformulieren bij over de uitvoerbaarheid van de richtlijn. De deelnemers werd gevraagd deze registratieformulieren in te vullen voor 5 contacten. We verzochten de deelnemers om registratieformulieren in te vullen voor zowel contactmomenten met kinderen met de diagnose astma als contactmomenten met kinderen zonder astma. Met deze registratieformulieren werd gemeten hoe mensen in de praktijk tijdens de proefimplementatie werkten. De registraties vonden prospectief plaats.

Daarnaast werden de deelnemers gevraagd aan het einde van de proefimplementatie een vragenlijst in te vullen over:

- Inhoud en begrijpelijkheid van de richtlijn (mening over samenvatting/samenvattingskaart, verbeterpunten, etc.);
- Werken met de richtlijn (knelpunten, bevorderende factoren, etc.);
- Voorbereiding en randvoorwaarden (inwerktijd, of er bv. studieboeken geraadpleegd werden bij het inwerken, etc.);
- Instructiebijeenkomst (vorm, inhoud, bruikbaarheid van de richtlijn, niveau van informatie in de richtlijn, etc.).

2.3 Analyses registratielijsten/ vragenlijsten

SPSS versie 17.0 is gebruikt voor de beschrijvende statistieken.

2.4 Focusgroepinterview

Na afloop van de proefimplementatie vonden focusgroepinterviews plaats aan de hand van de analyses van de ingevulde registraties en vragenlijsten. De interviewvragen zijn gebaseerd op het model voor de invoering van vernieuwingen (figuur 1). Verder werd gebruik gemaakt van een lijst met determinanten die een rol spelen bij de invoering van vernieuwingen^{5, 6, 12} en bevindingen uit eerdere proefimplementaties in de JGZ. Alle geïnterviewden kregen ter voorbereiding op het interview de vragen toegestuurd. Het (focus)groepinterview duurde ongeveer 2 uur.

2.5 Analyse focusgroepinterviews

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.

3 Resultaten registratieformulieren

3.1 Respons

Gedurende de proefimplementatie hielden de deelnemers registratieformulieren bij over de uitvoerbaarheid van de richtlijn. Van alle deelnemers ontvingen we in totaal 162 registraties van even zoveel contacten, gemiddeld 5 registratieformulieren per deelnemer. 115 (71%) registratieformulieren gingen over een contact met een kind dat waarschijnlijk geen astma heeft; 47 (29%) hadden betrekking op een contact met een kind dat wel astma heeft.

Tabel 1: Respons registratieformulieren

		Astma		Totaal
		Geen astma	Wel astma	
Functie	JGZ- arts	85	43	128
medewerker	verpleegkundige	30	4	44
Totaal		115	47	162

De leeftijd van de kinderen varieerde van 0 tot 7 jaar. In 87 (54%) gevallen betrof het een zuigeling, in 69 (43%) gevallen een kind in de leeftijd van 1-4 jaar en in 10 (6%) een kind ouder van 5, 6 of 7 jaar. In 89 (55%) gevallen betrof het een contact met een jongen, en in 73 (45%) gevallen betrof het een meisje. In alle gevallen waren de ouders/verzorgers aanwezig bij het consult.

Van 31 van de 32 deelnemers ontvingen we een ingevulde vragenlijst over de richtlijn, de instructiebijeenkomsten en de randvoorwaarden voor het werken met de richtlijn.

3.2 Registratieformulieren contactmomenten

3.2.1 *Primaire preventie*

Primaire preventie van astma is gericht op het voorkómen van de ontwikkeling van astma. Conform de richtlijn dient de JGZ voor alle kinderen vast te stellen of er sprake is van erfelijke belasting voor astma. Tijdens de reguliere contactmomenten wordt gevraagd naar roken door ouders, verzorgers en anderen in huis of op andere plaatsen in bijzijn van het kind. Voor alle kinderen dient geadviseerd te worden de eerste zes levensmaanden uitsluitend borstvoeding te geven.

Het onderdeel primaire preventie op het registratieformulier werd ingevuld door 159 (98%) van de deelnemers. Het betrof kinderen met en zonder astma.

Erfelijke belasting voor astma

In 3 (2%) van de contacten was het de medewerker onbekend of het kind uit een hoogrisicogezin komt of niet. Van de overige contacten was het duidelijk of het kind uit een hoog risicogezin (n=82; 52%) komt of niet (n=67; 42%). Bij 7 contacten (4%) werd niet geregistreerd of de medewerker de erfelijke belasting kende .

Roken

In 133 (84%) gevallen werd er tijdens het contactmoment gevraagd naar roken door de ouders. Bij 18 (11%) contactmomenten kwam roken door de ouders niet aan de orde. Van 8 (5%) contacten bleef onbekend of er gevraagd is naar roken door de ouders. Voor roken in het bijzijn van het kind waren deze cijfers respectievelijk: 127 (80%), 22 (14%) en 10 (6%).

De redenen die opgegeven werden om niet naar het roken te vragen waren:

- In het dossier stond al dat ouders niet roken.
- Ik weet zeker dat ouders niet roken.
- Vergeten te vragen.

Advisering

Ter voorkoming van astma werden in totaal 221 adviezen gegeven, aan 115 kinderen zonder astma. Per contactmoment werden gemiddeld 2 adviezen besproken. Het betrof vooral adviezen over borstvoeding (52/221; 45%) en niet (mee)roken (78/221; 68%). Onderwerpen die ook regelmatig aan de orde kwamen waren introductie van vaste voeding (23/221; 20%) en interventies ter vermindering van blootstelling aan huisstofmijt (15/221; 13%). Onderwerpen waar minder vaak over geadviseerd werd waren: kinderdagverblijfbezoek (10/221; 9%), vaccinaties (10/221; 9%), hypoallergeen dieet door de moeder (5/221; 4%) en gebruik van probiotica (1/221; <1%). Adviezen over het gebruik van kunstvoeding op basis van soja werden niet gegeven. Onder de categorie 'anders' (28/221; 24%) werden genoemd: adviezen over homeopathische druppels, verduidelijking van adviezen gegeven door de huisarts, algemene informatie m.b.t. het ontstaan van astma (relatie met voedingsallergie, huisdieren, prikkelvermindering, etc).

3.2.2

Secundaire preventie

Bij secundaire preventie wordt een aandoening in een zo vroeg mogelijk stadium opgespoord zodat vroege behandeling mogelijk is. Hieronder valt het signaleren en doorverwijzen van kinderen met symptomen van astma naar de huisarts. Signalering van astma in de JGZ gebeurt door anamnese en lichamelijk onderzoek. Conform de richtlijn wordt bij de anamnese bij alle kinderen zonder astma of astmamedicatie gelet op de twee hoofdsymptomen van astma: piepen en benauwdheid. Indien een kind gediagnosticeerd is met astma, (proef)medicatie voor astma gebruikt en/of de huisarts of specialist bezoekt vanwege recidiverende luchtwegklachten, speelt signalering van astma geen rol, en richt de zorgverleners zich op de begeleiding bij astma (zie: 'Tertiaire preventie van astma'). Bij aanwezigheid van piepen en/of benauwdheid worden anamnese en lichamelijk onderzoek uitgebreid om de frequentie, ernst en patroon van de luchtwegklachten te achterhalen en om te bezien of er aanwijzingen zijn voor allergie en verhoogde gevoeligheid voor specifieke prikkels.

In het kader van de secundaire preventie van astma (onder)kent de JGZ de verschijnselen waarbij astma meer waarschijnlijk wordt, namelijk:

- 0-6 jaar: Recidiverend 'piepen op de borst' (4 of meer keer in het afgelopen jaar). Astma wordt direct meer waarschijnlijk bij aanwijzingen dat allergische prikkels luchtwegklachten uitlokken, constitutioneel eczeem en astma bij één of beide ouders;
- >6 jaar Periodieke benauwdheid (2 of meer keer in afgelopen jaar) of expiratoir piepen 2 of meer keer in afgelopen jaar).

Bij verdenking op astma verwijst de jeugdarts naar de huisarts.

Over het onderdeel secundaire preventie waren er op de vragenlijsten gegevens beschikbaar van 115 contactmomenten met kinderen waarbij vooraf niet duidelijk was dat er sprake was van astma:

Kernsymptomen van astma

Tijdens het contact met de in totaal 115 kinderen zonder astma werd bij 88 (77%) van hen gevraagd naar klachten van astma. Bij deze 88 contactmomenten waarbij naar klachten werd gevraagd werd er 58 (66%) keer naar klachten van piepen gevraagd, 61 (69%) keer naar klachten van benauwdheid, 41 (47%) keer naar klachten van kortademigheid (65%), 57 (65%) keer naar klachten van hoesten en 36 (41%) keer naar klachten van verminderde neuspassage. Minder vaak werd er gevraagd of het kind reageert op allergische prikkels (n=33; 38%), aantal en duur van de episoden met benauwdheid en/of piepen (n=32; 36%) en andere zaken (n=18; 20%) waaronder vragen naar de algemene ziektegeschiedenis, problemen op KNO-gebied, eczeem, medicatiegebruik. Tijdens de contactmomenten werd bij eenderde van de kinderen zonder astma niet gevraagd naar klachten van piepen.

Bij 27 (23%) van de kinderen zonder astma werd niet gevraagd naar piepen of benauwdheid, 25 van hen waren ≤6 maanden oud. De andere twee kinderen bij wie niet naar klachten werd gevraagd waren negen en 14 maanden oud. De jonge leeftijd van het kind werd dan ook als belangrijkste redenen voor het niet uitvragen van klachten genoemd. Bijkomende redenen waren: 'alles gaat prima', ouders gaven al aan dat er geen klachten waren, het kind was tot nu toe nooit ziek geweest, er waren geen longklachten in de familie.

Bij 89 (77%) van de consulten werden geen knelpunten gerapporteerd bij het afnemen van de anamnese, bij 13 (11%) werden bij de anamnese wel één of meer knelpunten ervaren en bij nog eens 13 (11%) van de consulten bleef het onbekend of er bij de anamnese knelpunten werden ervaren. Als ervaren knelpunten werden genoemd:

- Tijdgebrek
 - Gebrek aan kennis
 - Relatie tussen astma en voedselallergie is onduidelijk
- Ook meer algemene problemen als taalproblemen werden genoemd.

Huisarts- of specialistbezoek en gebruik astmamedicatie

Bij 51 (44%) van de 115 kinderen zonder astma werd gevraagd naar huisarts- of specialistbezoek en bij 51 (50%) naar het gebruik van astmamedicatie.

In totaal werd tijdens de 115 contactmomenten met kinderen zonder astma 230 keer gevraagd naar onderwerpen die gerelateerd zijn aan astma (gemiddeld 2 onderwerpen per contactmoment). De verdeling van de onderwerpen was als volgt:

- Eczeem (58/230; 25%)
- Uitlokkende factoren (dieren, huisstofmijt, rook, etc.) (51.230; 22%)
- Huisarts- of specialistbezoek (51/230; 22%)
- Gebruik van astmamedicatie (57/230; 25%)
- Effect van astmamedicatie (18/230; 8%)
- Anders (12/230; 5%).

In de categorie 'anders' werden vragen naar welbevinden, slapen en sport/beweging genoemd.

Lichamelijk onderzoek

Bij 97 (84%) van de in totaal 115 kinderen zonder astma werd gekeken naar de algemene indruk van het kind, in 65 (56%) werd onderzocht of er sprake was van verminderde neuspassage, bij 85 (74%) werd gekeken of er sprake was van eczeem, bij 69 (60%) kinderen werd gekeken naar tekenen van dyspnoe, bij 76 (66%) werden de longen geausculteerd om te beoordelen of er sprake was van een verlengd expirium en/of rhonchi, bij 86 (75%) van de kinderen werden lengte en gewicht meegenomen in het lichamelijk onderzoek en bij 10 (9%) kinderen werd ook op andere zaken gelet.

Kortom, bij het lichamelijk onderzoek werd conform de richtlijn vooral gelet op de algemene indruk van het kind, lengte en gewicht van het kind en of er sprake was van eczeem. Bij de meerderheid van de kinderen werd daarnaast ook gekeken naar verminderde neuspassage, tekenen van dyspnoe en de aanwezigheid van verlengd expirium en/of rhonchi bij auscultatie. Bij een relatief klein aantal kinderen werden ook andere zaken meegenomen in het lichamelijk onderzoek. In deze laatste categorie werden genoemd: activiteiten van het kind, hoorbare ademhaling, intrekkingen, abdominauscultatie, geur van sigarettenrook bij ouders of kind, dierharen op kleding of omslagdoek van het kind.

Interpretatie van gegevens uit anamnese en lichamelijk onderzoek

Bij 27 (23%) van de 115 kinderen zonder astma was er tijdens het consult verdenking op astma en was er reden om klachten verder uitvragen en/of om uitgebreider lichamelijk onderzoek te doen. Bij 16 (14%) van de kinderen bleef deze verdenking bestaan tot het einde van het consult, van hen werden 6 (38%) kinderen verwezen naar de huisarts. Redenen voor verwijzing waren:

- Klachten die op astma wijzen cq episoden met piepen en/of benauwdheid
- Afwijkend lichamelijk onderzoek
- Er verscheen een enorm benauwd kind op het consult
- Hoog risico op astma

Tien (63%) van de 16 kinderen waarbij aan het einde van het consult nog verdenking bestond op astma werden desondanks niet verwezen naar de huisarts. Redenen hiervoor waren:

- Al bekend bij de huisarts, maar gezien leeftijd nog geen astmadiagnose.
- Er is al een afspraak met de huisarts gemaakt.
- Klachten zijn niet erg genoeg voor verwijzing.

Bij 98 (85%) contactmomenten werden geen knelpunten ervaren bij het nemen van de beslissing over het al dan niet verwijzen naar de huisarts. Bij 2 (2%) contacten was er wel sprake van een knelpunt bij het nemen van de beslissing. In beide gevallen was het kind al bij de huisarts geweest maar was er sprake van aanhoudende klachten. Bij 15 (13%) contactmomenten bleef het onbekend of er knelpunten werden ervaren bij de beslissing om al dan niet naar de huisarts te verwijzen.

3.2.3 *Tertiaire preventie*

Tertiaire preventie is het voorkómen of beperken van de gevolgen van astma. Bij het kind met astma (met (proef)medicatie en onder behandeling van huisarts of kinderarts) signaleert de JGZ sociaal-medische problematiek (omgaan met astma, functioneren op school, etc.) en problemen bij de behandeling (effectiviteit, therapietrouw, etc.). Bij sociaal-medische problematiek, problemen bij de behandeling of als er behoefte bestaat aan meer informatie of steun dient een interventie op maat te worden ingezet. Een breed pakket aan maatregelen op maat, gericht op de individuele situatie en allergiestatus, verdient hierbij de voorkeur boven enkelvoudige interventies.

Er waren gegevens beschikbaar van 47 contactmomenten met kinderen met astma. Bij twee (4%) van hen werd er tijdens het contactmoment niet gevraagd naar sociaal-medische problematiek. Als redenen werden genoemd: "Het kind gebruikt wel astmamedicatie maar er is geen sprake van astma, er is nl. geen piepen op de borst. Het kind is verkouden en hoest veel" en "moeder en broertje hebben astma, en zijn daardoor goed op de hoogte".

Sociaal-medische problematiek

In totaal werden tijdens 47 contactmomenten 164 vragen gesteld naar sociaal-medische aspecten bij kinderen met astma; gemiddeld 3 á 4 vragen per contactmoment.

Bij 37 (79%) van de 47 contactmomenten met kinderen met astma werd gevraagd naar het gebruik van medicatie en het effect van behandeling en bij 32 van de 47 (70%) contactmomenten werd gevraagd naar klachten van benauwdheid of kortademigheid (n=32; 70%). Minder vaak werd gevraagd naar het functioneren thuis (n=23; 49%), omgaan met astma door kind en ouders (n=21; 45%), behoefte aan meer steun/begeleiding of voorlichting 18 (38%) en beperkingen bij lichamelijke inspanning (n=16; 34%). Gezien de leeftijd van de kinderen (deze varieerde van 0-7 jaar) was er relatief weinig aandacht voor het meekomen op school (n=4; 9%), meedoen met vrienden (n=3; 6%) en schoolverzuim (n=2; 4%). Andere aspecten die tijdens contactmomenten ook regelmatig (n=20; 43%) aan de orde kwamen waren huisdieren, slapen van ouder en kind en hoesten.

Advisering

Ter voorkoming van astma werden in totaal 88 adviezen gegeven, aan 47 kinderen met astma, gemiddeld 2 adviezen per contactmoment. Aan 8 (17%) van de kinderen met astma werden tijdens het contactmoment geen adviezen of voorlichting gegeven. Redenen om geen adviezen/voorlichting te geven waren: omdat kind klachtenvrij was, omdat kind al onder controle stond van de kinderarts, omdat ouders al goed op de hoogte waren.

Adviezen betroffen vooral niet (mee)roken (18/88; 20%) en lichaamsbeweging (17/88; 19%). Onderwerpen die ook regelmatig aan de orde kwamen waren de woning (sanering, ventilatie etc.) (10/88; 11%) en inspanning/sport (9/88; 10%). Onderwerpen waar minder vaak over geadviseerd werd waren: waar informatie te vinden is over astma (6/88; 7%), school of kinderopvang (5/88; 6%) en opvoeden (3/88; 3%). Onder de categorie 'anders' (20/88; 23%) werd overwegend het onderwerp medicatie en medicatiegebruik genoemd.

Van de 47 kinderen met astma werden er 11 (23%) verwezen naar aanleiding van de bevindingen tijdens het contactmoment. Verwijzing vond plaats naar de huisarts, de diëtiste of de astmaverpleegkundige.

3.2.4 *Ervaren uitvoeringsproblemen met de richtlijn*

In 11% (13/115 contactmomenten) van de contactmomenten met kinderen zonder astma werd een knelpunt ervaren. Het betreft vooral:

- Vaststelling of er sprake is van een hoogrisicogezin (in de definitieve versie van de conceptrichtlijntekst is dit nader uitgewerkt).
- Beperkte tijd.
- Bespreekbaar maken van het onderwerp (mee)roken is lastig (vooral doordat ouders die roken het regelmatig als vervelend ervaren en weerstand tonen, als het roken besproken wordt).

Bij 2% (2/100 contactmomenten) waarbij verwijzing wordt overwogen worden knelpunten gesignaleerd. Het betreft vooral de samenwerking met de huisarts.

Bij 23% (11/47 contactmomenten) van de gevallen waarbij sprake is van een contactmoment met een kind met astma worden knelpunten gesignaleerd. Het betreft:

- Tijdgebrek.
- Samenwerking met de huisarts (m.n. beperkte overdracht en terugkoppeling van gegevens, advisering over influenzavaccinatie vanuit de JGZ onduidelijk)

Tijdens het consult bij een kind met astma wordt dus vooral gevraagd naar klachten van astma en het gebruik van astmamedicatie.

3.2.5 *Randvoorwaarden*

Bij 42% van de contactmomenten werd aangegeven dat het de medewerker extra tijd kostte om met de richtlijn te werken. Per kind is, volgens de deelnemers, gemiddeld twee minuten extra tijd nodig.

3.3 **Richtlijn, instructie en randvoorwaarden**

Inhoud en begrijpelijkheid van de richtlijn

Van de 31 deelnemers die een vragenlijst invulden vonden er 26 (84%) dat de samenvattingskaart van de richtlijn voldoende duidelijk was. Van 15 (48%) van 31 deelnemers werden suggesties ter verbetering ontvangen. Deze suggesties hebben geleid tot een verbeterde versie van de samenvattingskaart.

Instructie

Van de 29 deelnemers die de instructie voorafgaand aan het werken met de richtlijn bezochten beoordeelden er 28 de algemene informatie die tijdens de bijeenkomst werd gegeven, het niveau van de inhoud, als voldoende tot ruim voldoende. Dat gold ook voor de instructie over het werken volgens de richtlijn. Het gemiddelde rapportcijfer voor de bijgewoonde instructiebijeenkomst was 7,6 (range: 6 – 9). Eén deelnemer beoordeelde de instructiebijeenkomst als onvoldoende: het niveau lag voor haar als gespecialiseerd astmaverpleegkundige te laag.

Werken met de richtlijn

De bruikbaarheid van de richtlijn en de motivatie om de richtlijn uit te voeren werden door alle deelnemers als voldoende tot ruim voldoende beoordeeld.

Als knelpunt bij het werken met de richtlijn werd door (23/31) 74% van de deelnemers de beschikbare tijd tijdens een contactmoment genoemd. Andere knelpunten die genoemd werden waren: de beschikbare tijd om de richtlijn te lezen en in te werken (door 11/31 deelnemers=35%), de medewerking van ouders (5/31=16%), de algemene kennis van de medewerker (5/31=16%), de vaardigheden van de medewerker (4/31=13%). Twee (6%) deelnemers noemden als knelpunt de ondersteuning van de direct leidinggevende en 1 (3%) de medewerking van kinderen/jongeren.

Als bevorderende factor werd vooral gezien de algemene kennis van de medewerker (genoemd door 19/31 deelnemers; 61%), de medewerking van ouders (17/31=55%) en de vaardigheden van medewerkers (11/31=35%).

Voorbereiding en randvoorwaarden

Volgens de deelnemers is er gemiddeld 3 uur (range 1 – 6 uur) inwerktijd nodig voor het lezen en eigen maken van de richtlijn. Het merendeel (61%) van de medewerkers heeft tijdens het lezen van de richtlijn niet naar extra informatie hoeven zoeken. Van de 11 medewerkers die dat wel hebben gedaan hebben allen het internet gebruikt om meer informatie te zoeken.

4 Resultaten focusgroepinterviews

Na afloop van de proefimplementatie werden focusgroepinterviews gehouden. De interviewvragen werden gebaseerd op het model voor de invoering van vernieuwingen (figuur 1) en een analyses van de registratieformulieren. De verslagen die van de van de focusgroepinterviews werden gemaakt zijn opgenomen in dit rapport als bijlage A1 t/m A3.

4.1 Respons

Er werden drie focusgroepinterviews gehouden met in totaal 15 deelnemers. Van deze deelnemers waren er 13 jeugdarts en twee jeugdverpleegkundige, allemaal werkzaam met 0-4 jarigen. En van de verpleegkundigen werkte er één tevens als astmaverpleegkundige in een ziekenhuis.

4.2 Determinanten m.b.t. richtlijn

Algemene indruk

De geïnterviewden vonden de richtlijn nuttig voor structurering van het gezondheidsprobleem. De werkwijze zoals aangegeven in de richtlijn sluit grotendeels aan bij de huidige werkwijze. Er was waardering voor de grotere rol voor jeugdartsen bij de tertiaire preventie bij kinderen met astma. De uniformiteit werd gewaardeerd: dit geeft duidelijkheid in communicatie naar huisartsen en kinderartsen.

Sommige deelnemers hadden gehoopt dat de literatuur meer onderbouwing zou geven voor bepaalde interventies en adviezen die nu in praktijk worden ingezet. Het is jammer dat deze onderbouwing er niet altijd is.

Het is goed dat er door de nieuwe richtlijn meer aandacht is voor niet (mee)roken en de begeleiding van kinderen met astma.

De taakverdeling tussen arts en verpleegkundige in de richtlijn is vanzelfsprekend en behoeft geen nadere uitsplitsing. Er blijft natuurlijk altijd overlap.

Begrijpelijkheid en leesbaarheid

De terminologie in de richtlijn was voor de geïnterviewden over het algemeen duidelijk.

De geïnterviewden hadden kritiek op de samenvattingskaart met stroomdiagram: (1) Geïnterviewden gaven aan dat het gemakkelijker is om uit te gaan van het contactmoment i.p.v. van het kind; (2) Er werd aanbevolen een duidelijker onderscheid te maken tussen primaire preventie (wat bij alle kinderen gebeurt) en de secundaire danwel tertiaire preventie (waarbij je acties op indicatie doet). Naar aanleiding hiervan is het stroomdiagram herzien en de samenvattingskaart aangepast. De herziene samenvattingskaart werd in een daaropvolgende commentaarronde nogmaals door de deelnemers van de focusgroepinterviews bekeken en als sterk verbeterd beoordeeld.

Als het gaat om de prevalenties worden leeftijden en percentages in de richtlijn door een aantal van de geïnterviewden als verwarrend ervaren. De oorzaak hiervoor ligt voor een deel in de literatuur die als onderbouwing werd gehanteerd. Daar waar mogelijk is de definitieve tekst op dit punt verduidelijkt.

Vorm

Het concept met een hoofdtekst, samenvatting en samenvattingskaart is duidelijk en bekend. Behalve aanpassing van het stroomdiagram worden, werden geen verdere opmerkingen gemaakt over de verschijningsvorm van de richtlijn.

Inhoud

De geïnterviewden hadden moeite met het gebruik van de diagnose astma bij jonge kinderen (tot 6 jaar). De term astma geeft ouders het idee dat het kind voor de rest van zijn leven astma heeft (wat zeker op jonge leeftijd niet altijd het geval is). Daarnaast heeft een kind met astmamedicatie niet per definitie astma, maar kan het om proefmedicatie gaan of om tijdelijke ondersteuning. De aanpak bij kinderen met proefmedicatie zoals beschreven in de richtlijn is naar aanleiding van de opmerkingen van de geïnterviewden aangepast.

De geïnterviewden gaven aan dat veel huisartsen influenzavaccinatie geven, terwijl in de richtlijn staat dat het niet zinvol is. Dit is verwarrend. De richtlijnontwikkelaars hebben daarom nader literatuuronderzoek uitgevoerd. Hieruit kwam naar voren dat in Nederland en daarbuiten er discussie is over het routinematig toedienen van influenzavaccinatie aan kinderen met astma. Uiteindelijk heeft de Gezondheidsraad besloten dat meer en overtuigender bewijs nodig is om het aanbod van influenzavaccinatie aan kinderen met astma in te trekken, dus is astma wel een indicatie voor het geven van de vaccinatie. In de praktijk wordt influenzavaccinatie van kinderen met astma door huisartsen en kinderartsen alleen aanbevolen indien er sprake is van onderhoudsmedicatie. De richtlijn werd op dit punt, conform het advies van de Gezondheidsraad en de huidige praktijk, aangepast.

De deelnemers zeiden dat er bij ouders misverstanden bestaan ten aanzien van meeroken dat conform de richtlijn expliciet aan de orde gesteld moet worden. Ten aanzien van het meeroken maken de geïnterviewden twee opmerkingen. Een eerste opmerking was dat ouders vaak het idee hebben dat ze het ‘goed doen’ door buiten te roken, maar dat ze zich er niet bewust van zijn dat de rook in de kleding toch schadelijk kan zijn. Een geïnterviewde kwam met de tip om ouders een aparte ‘rookjas’ te laten aantrekken voor buiten. Een tweede opmerking was dat ouders in huis niet roken, maar dit wel toestaan op feestjes, en dat ze zich niet bewust zijn van de schade die dit oplevert voor het kind. In de definitieve conceptrichtlijn is meer nadruk gelegd op de advisering rondom niet (mee)roken.

Geadviseerd werd een lijst met foto's van de diverse astma medicamenten als bijlage in de richtlijn op te nemen. Ouders kunnen dan tijdens het consult aanwijzen wat hun kind gebruikt. Gelijktijdig realiseerde men zich dat een dergelijke lijst heel snel verouderd. Daarom is besloten een dergelijke lijst niet op te nemen in de richtlijn.

4.3 **Determinanten m.b.t. JGZ-medewerker**

Mening/attitude adviezen in de richtlijn

De geïnterviewden waren het inhoudelijk niet op alle punten met de richtlijn eens:

- Als een kind proefmedicatie voorgeschreven heeft gekregen van de huisarts wordt dit in de richtlijn ook gezien als een kind met astma. In de praktijk is dat nu niet altijd zo. In de definitieve versie van de conceptrichtlijn is dit extra toegelicht.
- Eén geïnterviewde vond dat er te weinig aandacht in de richtlijn was voor probiotica. Ze baseerde dit op de notie dat er evidentie is dat probiotica goed werkt. Andere geïnterviewden gaven aan juist gelezen en gehoord te hebben dat het niet werkt. De door de geïnterviewde aangeleverde literatuur veranderde het oorspronkelijke inzicht niet.

- Een geïnterviewde vond dat kinderen met astmamedicatie (vooral ook in de leeftijd 4-19 jaar) moeten altijd door een jeugdarts gezien worden. Anderen waren het daar niet mee eens.

Taakopvatting

De geïnterviewden vonden het goed dat de in de richtlijn de JGZ een grotere rol krijgt in de tertiaire preventie van astma. Dit komt overeen met de taakopvatting van de meeste van de geïnterviewden.

Benodigde kennis en vaardigheden voor de uitvoering

De geïnterviewden vonden dat de richtlijn goed aan sluit bij de vaardigheden van de deelnemers. Een scholing is wel gewenst. Het is voor ouders en JGZ-medewerkers soms lastig om symptomen duidelijk te omschrijven en voor de medewerkers om te achterhalen wat er precies bedoeld wordt. In een scholing moet o.a. piepen en benauwdheid duidelijk uitgelegd worden, bijvoorbeeld door middel van filmmateriaal. Ook vond men het prettig als er uitleg wordt gegeven over diverse astma medicamenten en de toepassing ervan. Dit om ouders beter te kunnen informeren, instrueren of terug te verwijzen naar de huisarts. Zeker wanneer men twijfelt over (het juiste gebruik van) de voorgeschreven medicatie.

‘Roken? Niet waar de kleine bij is’ was voor de aanwezigen een bekend programma. Er wordt geadviseerd daarnaast ook de nieuwe naam van het programma (Rookvrij opgroeien) te gebruiken in de richtlijn.

Een cursus motiverende gespreksvoering werd aanbevolen om beter adviezen over stoppen met roken te kunnen geven.

4.4 Determinanten m.b.t. JGZ-organisatie

Beschikbare tijd

De geïnterviewden gaven aan dat de beschikbare tijd een knelpunt is in het algemeen in de JGZ, maar dat het werken met de richtlijn weinig extra tijd kostte. De extra consulttijd die nodig is werd geschat op 0-2 minuten, afhankelijk van de huidige werkwijze. Er werden nauwelijks extra consulten als gevolg van de invoering van de richtlijn verwacht, maar dat is afhankelijk van de huidige werkwijze.

Specifiek voor verpleegkundigen geldt dat deze al veel voorlichting moet geven in elk consult. Hierdoor wordt noodgedwongen gekozen om alleen het meest urgente te bespreken. Een extra consult wordt alleen afgesproken als ouders dit willen.

Enmalige tijdsinvesteringen zijn nodig voor het inlezen, het volgen van de instructie en het leren waar astma in het digitaal dossier geregistreerd kan worden.

Beschikbare materialen

De geïnterviewden gaven aan dat het handig zou zijn als per organisatie een sociale kaart beschikbaar is (o.a. met een overzicht waar in de regio extra hulpverlening is en wat de verwijsmogelijkheden zijn) en aangegeven wordt waar astma in het digitaal dossier geregistreerd kan worden.

Ook werd opgemerkt dat een website met informatie voor ouders gewenst is. Er is nu een gebrek aan goede informatie over jonge kinderen met astma. De ervaring is dat folders niet worden gelezen. In de definitieve richtlijntekst wordt hiervoor met meer nadruk verwezen naar de site van het Astmafonds.

4.5 Determinanten m.b.t. de omgeving

Medewerking ouders

Ouders aanspreken over roken is vaak lastig. Men gaf aan niet altijd te willen ‘zeuren’ over het roken en dat men soms een ronduit bot antwoord krijgt op vragen over het roken. Toch vonden de geïnterviewden het belangrijk te blijven vragen naar (mee)roken. Maar bij weerstand toch doorvragen heeft als risico dat de ouders niet meer terugkomen.

Werkwijze aanpalende disciplines

De geïnterviewden gaven aan dat in algemene zin afstemming met de huisarts en specialist lastig blijft. De huidige JGZ-richtlijn is behulpzaam omdat er nu een document is om op te wijzen.

Soms zetten de geïnterviewden vraagtekens bij de diagnose van de huisarts en de voorgeschreven medicatie. Zij gaven aan het als hun taak te zien om na te gaan of de diagnose juist is gesteld. Probleem is dat huisartsen een terugverwijzing niet altijd waarderen.

4.6 Randvoorwaarden voor de (landelijke) invoering

De geïnterviewden gaven aan dat hoewel de richtlijn goed aansluit bij hun kennis en vaardigheden er een gerichte instructie/scholing nodig is voordat JGZ-medewerkers met de richtlijn kunnen gaan werken. De opzet van de instructiebijeenkomst voorafgaand aan de proefimplementatie vond men in basis geschikt.

Onderstaande randvoorwaarden en activiteiten voor de invoering zijn gebaseerd op de uitkomsten van de registratieformulieren en de interviews. Opgemerkt dient te worden dat dit per organisatie kan verschillen en afhankelijk is van de grootte van de organisatie, de aanwezige expertise, voorzieningen, lokale afspraken en het werkgebied.

Lezen van de richtlijn

Sommige geïnterviewden waren van mening dat het voldoende is om alleen de samenvatting en het stroomdiagram te lezen. Het boek zou dan te gebruiken zijn als naslagwerk. Het lezen van de samenvatting en het stroomdiagram duurt ongeveer 1–1,5 uur. Het lezen van het boek duurt ongeveer 1,5–2 uur.

Interne instructie/scholing

De geïnterviewden waren van mening dat de instructie/scholing door iemand uit de eigen organisatie kan plaatsvinden, mits er een landelijke kant-en-klaar scholing beschikbaar is. Dat laatste vanwege de uniformiteit. Artsen, verpleegkundigen én doktersassistenten zouden hieraan moeten deelnemen; de doktersassistenten alleen aan het deel dat relevant voor hen is.

De instructie ten behoeve van de proefimplementatie kan als basis dienen. Er moet extra aandacht zijn voor de vaststelling of er sprake is van een hoog-risicogezin en het klinische beeld van astma (met name piepen en benauwdheid). Ook moet er extra aandacht zijn voor verschillende soorten medicatie en het gebruik ervan. Geopperd werd om huisartsen en apothekers bij de instructie/scholing te betrekken. Ook werd genoemd dat het goed zou zijn als medewerkers een cursus motiverende gespreksvoering zouden volgen.

De instructie/scholing zal ongeveer 2-3 uur in beslag nemen.

Inwerktijd

Naar verwachting is er niet tot nauwelijks inwerktijd nodig om met de richtlijn vertrouwd te raken. Dit zal hooguit een half uur zijn. Opgemerkt werd dat het

registratieformulier dat is ontwikkeld is in het kader van de proefimplementatie, nuttig is om ingewerkt te raken.

Extra consulttijd en opsporing extra kinderen

Naar verwachting is er 2 minuten extra consulttijd nodig als er iets 'aan de hand is'. Dit is echter niet veranderd ten opzichte van vóór de richtlijn er was. Ook is de verwachting dat het werken met de richtlijn niet tot extra consulten zal leiden.

Evalueren van het gebruik van de richtlijn

De geïnterviewden waren van mening dat het werken met de richtlijn na ongeveer een half jaar geëvalueerd moet worden.

Aanpassing digitaal dossier

Registreren van astma moet op één plek kunnen, dat wil zeggen dat er een nieuw tabblad speciaal voor astma aangemaakt wordt.

Sociale kaart

Per organisatie zou een korte sociale kaart moeten worden gemaakt (waar in de regio extra hulpverlening is en wat verwijsmogelijkheden zijn), door een stafarts of astmaverpleegkundige

Afstemming aanpalende disciplines

Huisartsen, kinderartsen, apothekers, kraamzorg, verloskundige zouden bij de invoering betrokken moeten worden. De huisartsen, apothekers en kinderartsen vanwege het voorschrijven en gebruik van medicatie. De advisering rondom borstvoeding en niet-roken wordt vooral / als eerste door de verloskundige en daarna door de kraamzorg beïnvloed.

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

Algemeen

Een algemene conclusie is dat de richtlijn goed is ontvangen. De deelnemers aan de proefimplementatie vonden de richtlijn nuttig en een houvast bieden voor JGZ-medewerkers bij het handelen in de praktijk, en in de communicatie naar ouders, huisartsen en kinderartsen. Nieuw en als prettig ervaren is de grotere rol voor jeugdartsen bij de tertiaire preventie bij kinderen met astma. Ook werd de grotere aandacht voor (mee)roken positief genoemd.

Sommige deelnemers waren enigszins teleurgesteld in de hoeveelheid onderbouwde adviezen die de literatuur verschaft, en daarmee de richtlijn geeft ten aanzien van allerlei gangbare interventies en adviezen. Tegelijkertijd werd dit als sterk punt gezien, namelijk een richtlijn met een beperkt aantal heldere adviezen.

Vorm

De samenvattingskaart (met het stroomdiagram) werden vrij negatief beoordeeld op begrijpelijkheid en leesbaarheid. De drie focusgroepen werden gebruikt om de tekst en lay-out van de samenvattingskaart en het stroomdiagram te verbeteren. Dit gebeurde door de aanwijzingen en het commentaar van de eerste focusgroep te verwerken in een nieuwe samenvattingskaart en deze voor te leggen aan de tweede en derde focusgroep. Dit heeft erin geresulteerd dat de deelnemers van de tweede en derde focusgroep de documenten een stuk duidelijker vonden en alleen nog op detailpunten commentaar en aanvullingen gaven. Ook dit werd in een nieuwe versie verwerkt die vervolgens schriftelijk is voorgelegd aan alle deelnemers.

Werken met de richtlijn

Uit de registratieformulieren komt naar voren dat de JGZ-medewerkers grotendeels conform de richtlijn werken. Uitzondering hierop is dat medewerkers niet altijd naar de kernsymptomen van astma vragen. Het bleek hierbij vooral om kinderen ≤ 6 maanden te gaan. Bij de oudere kinderen zonder astma werd vaak wel, maar niet altijd, naar de kernsymptomen van astma (piepen en/of benauwdheid) gevraagd.

Nog een uitzondering hierop is het uitvragen van het onderwerp roken in het bijzijn van het kind. Niet (mee)roken is erg belangrijk in de preventie van astma. Maar 84% van de ondervraagden gaf aan dit bij elk contactmoment te doen, terwijl volgens de richtlijn hier bij elk contactmomenten aandacht voor moet zijn. In de definitieve versie van de conceptrichtlijntekst is op zowel het vragen naar kernsymptomen als het vragen naar (mee)roken meer nadruk komen te liggen.

Als het gaat om knelpunten bij het werken met de richtlijn in de dagelijkse praktijk, springen twee zaken in het oog. Ten eerste blijkt het lastig te zijn om met ouders te spreken over roken. Dit wordt ondersteund door de gegevens uit de registratieformulieren waaruit blijkt dat dit niet in elk contactmoment gebeurt. Uit de focusgroepinterviews kwam naar voren hoezeer JGZ-medewerkers soms schipperen tussen het onderwerp iedere keer ter sprake brengen én ervoor zorgen dat ouders niet afhaken. De deelnemers rekenden het duidelijk tot hun taak om roken tijdens elk contactmoment ter sprake te brengen. In dit licht bezien kan betoogd worden dat het 'afwijken' van de richtlijn op dit punt in bepaalde situaties juist van goed vakmanschap getuigt, waarbij men 'het in contact blijven met de ouder' laat prevaleren boven iedere keer het onderwerp weer ter sprake te brengen.

Een tweede knelpunt blijkt de afstemming met de huisarts en specialist. Communicatie met de eerste en tweede lijn verloopt niet altijd vlekkeloos. De richtlijn kan hier

mogelijk voor verbetering zorgen, ook omdat (mede)autorisatie door de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK) werd gerealiseerd.

Randvoorwaarden

Uit de registratieformulieren, vragenlijsten en interviews blijkt dat de richtlijn grotendeels aansluit bij de werkwijze van veel JGZ-medewerkers en bij hun niveau van kennis en vaardigheden. De richtlijn werd uitvoerbaar geacht. In die zin vallen er geen grote problemen te verwachten bij de invoering van deze richtlijn. Dit laat onverlet dat er een gerichte instructie/scholing nodig is om met de richtlijn te kunnen gaan werken. Er moet speciaal aandacht zijn voor de vaststelling of er sprake is van een hoog-ericoezin, de kernsymptomen van astma, de grotere rol van de JGZ bij de tertiaire preventie en verschillende soorten medicatie en het gebruik ervan.

Daarnaast is er tijd nodig voor het lezen van de richtlijn en om ermee te leren werken. Naar verwachting kost het werken met de richtlijn niet of nauwelijks extra consulttijd. En er zullen ook niet meer kinderen met astma opgespoord worden in vergelijking met de huidige situatie. Echter, uit de registratieformulieren en vragenlijsten blijkt dat er verschillen zijn tussen organisaties, afhankelijk van de grootte van de organisatie, de aanwezige expertise, voorzieningen, lokale afspraken en het werkgebied.

5.2 Kritische kantekeningen

Door fusies en de invoering van het EKD bleek het lastig om via JGZ-organisaties deelnemers te werven voor de proefimplementatie. Hierdoor waren we genoodzaakt op individuele basis te werven. Werving vond uiteindelijk vooral plaats door het aanschrijven van deelnemers aan bijscholingen en een wetenschappelijke bijeenkomst (workshop over de richtlijn Astma tijdens het RIVM Jaarcongres Jeugdgezondheidszorg in december 2009, SCEM symposium 'Dyspneu en piepen in de JGZ is het astma?' in maart 2010; wetenschapsdag van de AJN). Er melden zich daardoor vooral artsen en enkele verpleegkundigen aan, geen doktersassistenten. Zo ontstond de situatie dat in verhouding een beduidend groter aantal artsen dan verpleegkundigen deel namen. Een van de deelnemende verpleegkundigen is tevens als astmaverpleegkundige werkzaam en had daardoor vooraf al een hoog kennis- en vaardigheidsniveau. De meerderheid van de deelnemers was bovendien werkzaam in de JGZ 0-4 jarigen.

De ondervertegenwoordiging van verpleegkundigen, de oververtegenwoordiging van medewerkers werkzaam in de JGZ 0-4 jarigen en de grote kennis bij de astmaverpleegkundige kan voor vertekening van de resultaten hebben gezorgd. Hier staat tegenover dat er veel deelnemers uit verschillende organisaties waren en de respons van de deelnemers daar waar het gaat om het invullen van de registratieformulieren en vragenlijsten vrijwel volledig was. Daarom denken we toch een redelijk beeld te hebben wat de uitvoeringsproblemen bij deze richtlijn zijn.

5.3 Aanbevelingen (landelijke) invoering

In 2010 verscheen in opdracht van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid een rapport over essentiële activiteiten en een ondersteuningsstructuur voor de landelijke invoering en monitoring van de JGZ-richtlijnen¹². De benoemde activiteiten in het rapport werden breed onderschreven door de JGZ. Daarbij werd aangetekend dat de specifieke bevindingen uit de proefimplementatie leidend zijn voor de concrete invulling van de activiteiten.

Onderstaande aanbevelingen met betrekking tot de invoering van de JGZ-richtlijn Astma, sluiten aan bij het voornoemde rapport. Voor een onderbouwing van de activiteiten, verwijzen we naar het rapport.

Bijstelling richtlijn

De auteurs van de richtlijn hebben de opmerkingen/commentaren met betrekking tot de inhoud, begrijpelijkheid en lay-out al in de definitieve versie van de JGZ-richtlijn

Astma verwerkt. Deze gemaakte opmerkingen en commentaren staan onder andere vermeld in hoofdstuk 4 en de bijlagen.

Invoering via implementatiecoördinatoren

In iedere organisatie zouden, voor een goede invoering en borging, twee taken moeten worden vervuld, namelijk de coördinatie van de invoering van de richtlijnen (implementatiecoördinator) en begeleiding op de werkplek bij het inhoudelijk (in)werken met een nieuwe richtlijn (inhoudelijke begeleider)¹². We stellen voor dat iedere organisatie één of twee personen aanstelt die de functie van implementatiecoördinator vervullen en dat het NCJ op landelijk niveau een netwerk aan coördinatoren opzet, onderhoudt en hen faciliteert bij de invoering.

Invoeringsactiviteiten in iedere JGZ-organisatie lopen via de implementatiecoördinator en uitwisseling en terugkoppeling van ervaringen vindt plaats via het netwerk van coördinatoren. Inhoudelijke instructie vindt plaats door de daarvoor getrainde inhoudelijke begeleider.

Landelijke instructie/scholing

Uit de proefimplementaties bleek dat een instructie/scholing nodig is om met de richtlijn te kunnen werken. Aanbevolen wordt dat de reeds gebruikte instructie van de proefimplementatie en bijbehorende materialen door de ontwikkelaars worden aangepast op de actuele stand van zaken en de bevindingen uit de proefimplementatie. Aanbevolen wordt dat per organisatie één inhoudelijke deskundige de landelijke instructie volgt die wordt gegeven door de ontwikkelaar van de richtlijn. Via het trainde-trainers principe krijgen vervolgens alle JGZ-medewerkers instructie van hun eigen inhoudelijke begeleider in de organisatie. De inhoudelijke begeleiders ontvangen een exemplaar van het onderhavige rapport over de proefimplementatie.

Aanbevolen wordt dat er een landelijke scholing plaatsvindt van implementatiecoördinatoren, georganiseerd door het NCJ. Tijdens de bijeenkomst zouden algemene implementatieprincipes aan bod moeten komen, de taken van de implementatiecoördinator, de activiteiten zoals beschreven in het rapport 'Essentiële activiteiten en infrastructuur voor invoering en monitoring'¹². Specifiek zouden de bevindingen uit de proefimplementatie aan bod moeten komen zoals te verwachten knelpunten en oplossingen daarvoor met betrekking tot de invoering van de JGZ-richtlijn Astma. De coördinatoren zouden daarna in staat moeten zijn een plan van aanpak te maken voor de invoering in hun eigen organisatie. De coördinatoren ontvangen naast het rapport 'Essentiële activiteiten en infrastructuur voor invoering en monitoring' een exemplaar van het onderhavige rapport over de proefimplementatie.

Invoering in iedere organisatie

Elke JGZ-medewerker die een rol heeft bij de begeleiding rondom astma behoort een exemplaar van de richtlijn te krijgen. Aanbevolen wordt de verspreiding en invoering plaats te laten vinden via de implementatiecoördinator.

Er wordt sterk aanbevolen dat ieder JGZ-medewerker die een rol heeft bij de begeleiding rondom astma voorlichting en instructie krijgt alvorens met de richtlijn te gaan werken. Deze (landelijk ontwikkelde) instructie/scholing wordt bij voorkeur gegeven door een stafarts/verpleegkundige uit de eigen organisatie (volgens het trainde-trainer principe). Uitvoering van de instructie/scholing door een stafarts/verpleegkundige heeft als voordeel dat deze de instructie/scholing op maat kan aanbieden, ook aan nieuwe JGZ-medewerkers. Deze persoon kan dan ook als aanspreekpunt dienen voor vragen binnen de organisatie.

Het is te overwegen om ook huisartsen, apothekers, verloskundigen en de kraamzorg bij een deel van de instructie/scholing te betrekken.

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. Dit conform de aanbevelingen in het rapport 'Essentiële activiteiten en infrastructuur voor invoering en monitoring'.

Tevens wordt aanbevolen op landelijk niveau het gebruik van de richtlijn 1 tot 2 jaar na publicatie te evalueren. In tegenstelling tot de monitoring door de JGZ-organisaties zélf die vooral veel kwalitatieve informatie zal opleveren, geeft een dergelijk landelijk onderzoek zicht op de mate van verspreiding, adoptie, gebruik en continuering van gebruik en determinanten daarvan onder alle organisaties. Deze informatie is van belang voor het NCJ om in het kader van haar regiefunctie enerzijds te kunnen sturen op vervolgactiviteiten die nodig zijn voor het gebruik van de richtlijn en anderzijds organisaties feedback te kunnen geven.

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.

6 Referenties

1. C.I. Lanting, N. Heerdink-Obenhuijsen, M.M. Wagenaar-Fischer, H.B.M. van Gameren-Oosterom, J.M. Breuning-Boers, D.B. Toll, A.D. Mohangoo. JGZ-richtlijn astma bij kinderen (0-19 jaar). Nederlands Centrum Jeugdgezondheid: Publicatie in voorbereiding.
2. Fleuren M, De Wilde EJ, Mikolajczak J, Stals K, Paulussen T. Conditie voor effectieve invoering van jeugdinterventies: een kennissynthese. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen 2009;87:245-248.
3. Fleuren M, Keijsers J, Buitendijk S, Detmar S. Ontwikkelen, invoeren én evalueren: de casus JGZ. Kwaliteit in Zorg 2009;5:18-21.
4. Fleuren MAH, Keijsers JFEM, Swinkels J, Koense Y. Richtlijnen genoeg, nu de uitvoering nog. Medisch Contact 2010; 65: 306-308.
5. 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.
6. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2006;160-167.
7. Logan J, Graham ID. Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. Science Communication 1998;20:227-246.
8. Bartholomew KL, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. San Fransisco: Jossey-Bass, 2006.
9. 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.
10. Grol RPTM, Wensing MJP. Implementatie: effectieve verbetering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.
11. Fleuren MAH. Implementatie van de JGZ-standaarden. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 2007;39:63-67.
12. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen (TSG) 2010;88:55-8.
13. Paulussen TGW. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Thesis. Maastricht: University of Maastricht, 1994.
14. Wiefferink CH, Poelman J, Linthorst M, Vanwesenbeeck I, Wijngaarden JCM van, Paulussen TGW. Outcomes of a systematically designed strategy for the implementation of sex education in Dutch secondary schools. Health Education Research 2005; 20: 323-333.

A.1 Focusgroepinterview JGZ-richtlijn Astma, 2 november 2010

Aanwezigen: 6 jeugdartsen JGZ, 3 deskundigen van TNO (gespreksleiding en notulen).

Algemene indruk van de richtlijn

- Door de richtlijn komt astma beter 'in the picture', je kunt beter focussen op bepaalde zaken (o.a. vragen naar astma bij ouders), weer even de puntjes op de i.
- Voor 0-6 jaar niet veel nieuws, wel geleerd dat je alleen op ouders moet letten, niet op oma's, tantes enz.
- Advies over influenzavaccinatie wekt verbazing. In de praktijk wordt nog vaak gevaccineerd. Voor de definitieve versie van de richtlijn moet dit nagelopen worden, en wat meer uitleg lijkt nodig.
- Als een kind proefmedicatie voorgeschreven heeft gekregen van de huisarts wordt dit in de richtlijn ook gezien als een kind met astma. In de praktijk is dat nu niet altijd zo.
- De richtlijn is nuttig voor structureren van het probleem.

Samenvatting

De samenvatting wordt doorgelopen en hoofdstuk voor hoofdstuk besproken:

- Hoofdstuk 1: **Inleiding**
 - o De taakverdeling tussen arts en verpleegkundige in de richtlijn is vanzelfsprekend en behoeft geen nadere uitsplitsing. Er blijft natuurlijk altijd overlap.
- Hoofdstuk 2: **Aard en omvang van het probleem**
 - o Leeftijden en percentages in de richtlijn zijn soms verwarrend: bv in de tweede alinea staat 'om tijdens of na de pubertijd te verbeteren' en in de derde alinea staat 'van de kinderen met astma heeft de helft tot driekwart dit nog als volwassene.
 - o Er is weinig aandacht voor probiotica, er is meer evidence voor dat het goed werkt. Anderen hebben juist gehoord dat het niet werkt.
- Hoofdstuk 3: **Primaire preventie van astma bij kinderen**
 - o Als ouders buiten roken zit de lucht in de kleren. Ouders hebben het idee dat ze het heel goed doen, door buiten te roken en zijn zich er niet bewust van dat de rook in de kleding toch schadelijk is. Dat staat niet in de richtlijn. Suggestie: Laat ouders een aparte 'rookjas' aantrekken voor buiten.
 - o In de richtlijn wordt de nadruk gelegd op roken door ouders, omgeving en kind zelf. Maar vaak worden er feestjes gegeven en dan mag er wel binnen gerookt worden. Als dat b.v. drie keer per jaar gebeurt, dan levert dat schade bij het kind op. In de richtlijn komt dat niet aan de orde.
 - o 'Roken? Niet waar de kleine bij is' is voor de aanwezigen een bekend programma. Er wordt geadviseerd daarnaast ook de nieuwe naam van het programma (Rookvrij opgroeien) te gebruiken in de richtlijn.
 - o Het geven van voorlichting in het kader van primaire preventie van astma zoals beschreven in de richtlijn vormt geen probleem.
 - o Veel huisartsen geven influenzavaccinatie, terwijl in de richtlijn staat dat het niet zinvol is. Dit is verwarrend.
- Hoofdstuk 4: **Secundaire preventie van astma in de jeugdgezondheidszorg**
 - o De terminologie in de richtlijn is voor de aanwezigen duidelijk.
 - o Aanpassing van wat astma is is nodig in de richtlijn. Een kind met astma medicatie heeft volgens de richtlijn astma. Volgens de richtlijn moet je dan door naar de volgende stap en heeft het kind daarmee diagnose astma (voor rest van het leven). De aanwezigen hebben twee problemen hiermee:

1. Soms zetten de geïnterviewden vraagtekens bij de diagnose van de huisarts en de voorgeschreven medicatie. De geïnterviewden zien het als hun taak om na te gaan of de diagnose juist is gesteld.
 2. Kind met Ventolin heeft niet per definitie astma, kan tijdelijke ondersteuning zijn. Voorlichting naar bezorgde ouder is dan nodig, bv over afbouwen van de medicatie. Uitleg is een belangrijke taak van de JGZ. Tot slot: als een kind goed reageert op Ventolin, dan is diagnose astma nog waarschijnlijker.
 - De aanwezigen vinden het een goed idee dat de JGZ een grotere rol krijgt in de secundaire preventie van astma.
 - De term bronchitis wordt in de praktijk (vooral door huisartsen en dus door ouders) vaak gebruikt, maar komt in de richtlijn niet terug.
 - Anamnese en inspectie: uitkomsten zijn door de aanwezigen goed te interpreteren.
- Hoofdstuk 5: **Tertiaire preventie van astma in de jeugdgezondheidszorg**
- Dit hoofdstuk is met name belangrijk voor de GGD, die zijn hier nu niet vertegenwoordigd. Anderen zijn het hier niet mee eens: bijvoorbeeld het noemen van de gevolgen van obesitas aan ouders is een goede toevoeging. Ook het nalopen van effecten van medicatie is belangrijk.
 - Als kinderen onder behandeling zijn bij de kinderarts dan wordt in de praktijk vaak niet meer zoveel gedaan.
 - Het is niet duidelijk dat het gebruik van matrashoezen ook onder saneren valt. Er wordt geadviseerd om matrashoezen specifiek te noemen.
 - Advisering op de kinderopvang gebeurt niet veel, wel soms op peuterspeelzalen. De aanleiding is vrijwel altijd de vraag van gemeenten/peuterspeelzaalmedewerkers.

Missen er zaken in de richtlijn?

De aanwezigen vinden van niet. Alleen een lijst met foto's van de diverse medicamenten zodat ouders tijdens het consult kunnen aanwijzen wat hun kind gebruikt zou wel handig zijn.

Welke problemen komt u tegen bij het volgen van de richtlijn?

Ouders aanspreken over roken is vaak lastig. Bij het 4-weeks consult wordt altijd naar roken gevraagd, anders toch op indicatie. In een hoogopgeleide populatie is het makkelijker om elk consult naar roken te vragen. 'Je wilt ook niet altijd zeuren over het roken' en soms krijg je een ronduit bot antwoord terug op vragen over het roken door de moeder. Bij weerstand toch doorvragen heeft als risico dat de ouders niet meer bij je terug komen.

Afstemming met huisarts en specialist blijft lastig

Randvoorwaarden voor gebruik richtlijn

De richtlijn sluit goed aan bij de vaardigheden van de deelnemers. De instructie in het kader van de proefimplementatie van de richtlijn was leuk, maar alleen doorlezen van de samenvatting zou ook voldoende zijn geweest.

Er wordt geadviseerd om een leuke manier te kiezen om de richtlijn te introduceren. Landelijk 'droppen' werkt niet. Geef bij de introductie aan dat gebruik niet veel extra tijd kost, maar dat het probleem astma met behulp van de richtlijn gestructureerd wordt. Een uur instructie tijdens bijvoorbeeld een locatieoverleg is voldoende om met de

richtlijn te kunnen werken. Er wordt gesuggereerd om met lokale aanspreekpunten te werken. Hier dient dan wel tijd tegenover te staan voor degene die het aanspreekpunt is.

Tijdsbeslag

- Inlezen: Het is voldoende om alleen de samenvatting te lezen. Dat kost ongeveer 1 uur. Het achtergrondboek kan je gebruiken als je meer wilt weten. De opsomming van alle conclusies uit de literatuur is handig. Als je ook het achtergrondboek wilt lezen dan kost dat anderhalf uur extra.
- Instructie: 1 uur is voldoende.
- Inwerktijd: Er is geen extra inwerktijd nodig. Misschien is het wel goed om na een half jaar te evalueren.
- Is er extra consulttijd nodig door het gebruik van de richtlijn? Er wordt geconcludeerd dat dat niet zo is.

A.2 Focusgroepinterview JGZ-richtlijn Astma, 10 november 2010

Aanwezigen: 3 jeugdartsen, 2 consultatiebureauartsen, 1 jeugdverpleegkundige, 3 deskundigen van TNO (gespreksleiding en notulen).

Mening over opzet en vorm richtlijn (samenvattingskaart, samenvatting en volledige richtlijn)

De richtlijn is vrij duidelijk en herkenbaar. Er is meer functie voor de jeugdarts (grotere rol), dat is leuk. Het is leerzaam (een opfrisser). Wel zijn er weinig nieuwe zaken, ook omdat er weinig evidence-based informatie is.

De samenvattingskaart is niet duidelijk. Aanvullende adviezen moeten ook op de samenvattingskaart. De hoofdtekst is goed te lezen, de samenvattingskaart te kort.

Veel adviezen zijn niet nieuw. Adviezen over wat geen effect heeft, zijn zeer zinvol. Enerzijds is het teleurstellend dat er niet meer onderbouwde adviezen te geven zijn, anderzijds maakt het het werk wel overzichtelijk en makkelijker, omdat er maar een paar dingen zijn die je moet doen / adviseren.

Huisartsen volgen hun eigen standaard niet, wat problemen oplevert. Wel heb je nu een protocol om op te wijzen.

De uitgebreidere rol in begeleiding is een aanvulling, wat leuk is.

Het gaan geven van borstvoeding kan vooral door verloskundigen worden beïnvloed, dus zij zouden bij de invoering van deze richtlijn betrokken moeten worden.

Mening over inhoud richtlijn

De samenvatting wordt doorgelopen en hoofdstuk voor hoofdstuk besproken:

- Hoofdstuk 1: **Inleiding**

Geen opmerkingen.

- Hoofdstuk 2: **Aard en omvang van het probleem**

Geen opmerkingen.

- Hoofdstuk 3: **Primaire preventie van astma bij kinderen**

- Advisering over hypoallergene voeding staat onduidelijk in hoofdtekst beschreven.
- Sommige ouders hebben zelf dieet gestart bij borstvoeding. Wat is het advies dan? Praktijk is nu dit te accepteren, als ze zich hier goed bij voelen, ook al is het niet evidence-based.
- De opsomming van alle adviezen ter voorkóming van astma worden graag op samenvattingskaart gezien. De samenvatting is vaak niet dichtbij op het CB. Ook kaarten zijn er te veel om elke keer erbij te pakken. Als geheugensteun wordt de samenvattingskaart gepakt, bij meer willen weten de samenvatting. Meninge verschillen over bruikbaarheid kaart/samenvatting als eerste naslagwerk.
- Zowel artsen als de verpleegkundige vinden de taakverdeling helder, het heeft vooral met de contactmomenten te maken.
- De tabel met opsomming van punten waarbij astma waarschijnlijker wordt, en je dus moet overwegen om te verwijzen, is handig.

- Hoofdstuk 4: **Secundaire preventie van astma in de jeugdgezondheidszorg**

- De rol van nachtelijk hoesten is niet duidelijk. Kinderen komen hiermee op het CB. Is dit een aanwijzing voor astma of reden om Ventolin voor de nacht voor te schrijven (hormoonspiegel cortisol 's nachts laag)?
- 'duur' van aanvallen: hoelang is dit?
- Ouders weten vaak niet welke medicatie gebruikt worden (alleen 'groene').
- KNO: allergische rhinitis (waterig, verstopte neus) en belemmerde neuspassage, dit lijkt dubbel op. Wat is de rol hiervan? Bij kleintjes is dit moeilijk te observeren.

- Het is niet duidelijk bij welke tekenen van dyspnoe direct/met spoed moet worden verwezen. Welke benauwdheid is reden tot binnen 1 dag/week verwijzen (zie als voorbeeld de richtlijn hartafwijkingen).
- Afbuigende groei op samenvattingskaart toevoegen.
- **Hoofdstuk 5: Tertiaire preventie van astma in de jeugdgezondheidszorg**
 - Niet alle jeugdartsen weten hoe je de puf moet gebruiken. Is dit mogelijk een onderdeel voor instructie? Doel is dat JGZ problemen bij het gebruik met medicatie signaleert, het probleem oplossen ligt buiten de taak van JGZ, wel is verwijzing voor hulp nodig. Probleem is dat huisartsen terugverwijzing niet altijd waarderen.
 - Adviezen van Stivoro worden uitgebreider opgenomen in richtlijn. Het boek van Stivoro is niet op elk CB aanwezig. De folder wordt wel uitgedeeld, maar velen lezen het niet.
 - Ventilatie: hoe zit het met warmte/energie-verlies. Het advies geldt voor kinderen met astma. Hoeveel raam moet er open? Afzuiginstallaties worden niet aangeraden, dit kan wel goed bruikbaar zijn ipv raam open in de winter.

Hoofdttekst:

- Informatie over de geboortemaand op is overbodig. Conclusie hiervan ontbreekt. Is dit relevant?
- Er wordt weinig vermeld over atopie/overgevoeligheid in relatie tot astma. Dit wordt gemist. Wel duidelijk is, dat eczeem groter risico op astma geeft. Ook bij het lichamenlijk onderzoek staat eczeem genoemd.

Mening over het oude en nieuw opgestelde samenvattingskaart.

De nieuwe samenvattingskaart:

- De rol van eczeem staat niet op de samenvattingskaart.
- Volgorde is onlogisch: op één zijde moet de samenvattingskaart, en op één zijde de tekst. Vooral lay-out kan verbeterd.

Gebruik richtlijn in dagelijkse praktijk

- Huisartsen checken het effect van medicatie niet, en stellen geen diagnoses, maken geen controle afspraken, wat problemen geeft. De JGZ heeft verantwoordelijkheid over de eigen richtlijn. Niet overal geeft omgang met de huisartsen problemen. Verwijzen 'volgens de richtlijn' lukt soms wel, soms niet.
- De beschikbare tijd geeft weinig problemen.
- Roken bespreken geeft bij sommige ouders problemen. Meer kennis helpt hierbij: om punten beter bespreekbaar te maken. Folder Stivoro wordt niet overal standaard uitgedeeld.
- Alles staat op groeiop.nl. Folders worden op sommige CB's afgeschaft. Folders moeten begeleid worden gegeven (met uitleg).
- Een verpleegkundige moet zeer veel voorlichting geven in elk consult. Extra aandacht is moeilijk mogelijk. Het meest urgente wordt besproken. Extra consult wordt alleen afgesproken als ouders dat willen, soms wordt doorverwezen.

Randvoorwaarden voor gebruik richtlijn

- Korte duidelijke scholing/instructie is effectief. Ongeveer 2 uur is nodig. Ook uitleg over medicatiegebruik is gewenst. Instructie zoals bij de richtlijn hartafwijking is te uitgebreid, dat is niet nodig voor de richtlijn astma. Misschien kunnen huisartsen bij de instructie betrokken worden.
- Een quiz om te testen of je belangrijkste dingen goed begrepen hebt is leuk. Dit kan ook via E-learning, met nascholingspunten, dit lijkt velen een goed idee.

- De benodigde instructie verschilt per organisaties. Sommige hebben al scholingen over astma, sommigen niet (afhankelijk van geld en certificeringeisen).

A.3 Focusgroepinterview JGZ-richtlijn Astma, 10 november 2010

Aanwezigen: 2 jeugdartsen, 1 astmaverpleegkundige, 2 deskundigen van TNO (gespreksleiding en notulen).

Mening over opzet en vorm richtlijn (samenvattingskaart, samenvatting en volledige richtlijn)

- De nieuwe richtlijn is wel zinnig, tijdens het werken doe je er veel mee. Het maakt je bewuster van het onderwerp. De richtlijn is uitgebreid, wat fijn is. Samenvatting is goed werkbaar.
- De uniformiteit wordt gewaardeerd: geeft duidelijkheid in communicatie naar huisartsen en kinderartsen. Belangrijk dat de richtlijn er komt. Verpleegkundige heeft hiermee een duidelijke handleiding. Artsen werken vaak al zo, maar dit geeft duidelijkheid en eenheid, en verbetert de samenwerking.
- Implementatie in het digitaal dossier is gewenst. Registreren van astma moet op één plek kunnen, dat willen zeggen dat er een nieuw tabblad speciaal voor astma aangemaakt wordt.
- Het is belangrijk om de kraamzorg en verloskundigen erbij te betrekken, vooral voor de advisering rondom borstvoeding en niet-roken.
- De nieuwe samenvattingskaart is veel beter.

Mening over inhoud richtlijn

De samenvatting wordt doorgelopen en hoofdstuk voor hoofdstuk besproken:

- **Hoofdstuk 1: Inleiding**
 - Geen opmerkingen.
- **Hoofdstuk 2: Aard en omvang van het probleem**
 - Fijn is dat het duidelijk gaat om 'piepen en benauwdheid'.
 - Tekst 'van de kinderen heeft ½ tot ¾ op volwassen leeftijd nog astma' is te algemeen. Dit kan beter opgesplitst naar leeftijd (bij hele kleintjes is de kans kleiner).
 - Alinea in samenvatting wordt toegevoegd, ter toelichting van de keuze voor gebruik van de term 'astma' bij kleintjes.
- **Hoofdstuk 3: Primaire preventie van astma bij kinderen**
 - Afraden van influenza vaccinaties: dit dient teruggekoppeld te worden met het RIVM, want kinderen worden nu opgeroepen voor vaccinatie. Ook de gezondheidsraad adviseert nu wel te vaccineren. Misschien kan hierin onderscheid worden gemaakt tussen jonge kinderen en oudere met 'echt' astma.
 - Van de genoemde contactmomenten is er maar één van de arts. Waarom zijn deze momenten gekozen? Bijvoorbeeld ook bij vragen naar borstvoeding. Contactmomenten verschillen per CB, misschien is het beter om periodes aan te geven, dan tijdstippen.
 - Keuze voor hypoallergene voeding is vaak gemaakt voordat kind op CB komt. Daarom is het nogmaals belangrijk om verloskundigen en kraamzorg bij deze richtlijn te betrekken.
 - Lijstje adviezen is duidelijk: onderbouwing uit de hoofdtekst wordt gebruikt voor uitleg naar ouders.
- **Hoofdstuk 4: Secundaire preventie van astma in de jeugdgezondheidszorg**
 - Piepen is lastig betrouwbaar uit te vragen, ouders zien rochelen ook als piepen. Doorvragen is dan snel nodig. Een verpleegkundige geeft aan vaak voor te doen hoe 'piepen' klinkt, omdat ouders dan beter antwoord kunnen geven.
 - Bij hele kleintjes vraag je meer algemenere vragen 'slaapt het goed, onrust', en niet naar piepen/benauwdheid
- **Hoofdstuk 5: Tertiaire preventie van astma in de jeugdgezondheidszorg**

- Bij kinderen die al behandeld worden is er vaak geen terugkoppeling van behandelaars, dit maakt het gesprek lastig. Ouders weten niet precies wat de behandeling is. Informatie van de huisarts is nodig. Jeugdarts verwijst nu terug, omdat ze niet weet wat afgesproken is en wat moet worden geadviseerd.
- Terugkoppeling van kinderarts is wel goed.
- Huisarts geeft soms weinig informatie over het gebruik van medicatie bij het voorschrijven.
- Meningen wisselen over de rol van de JGZ bij de begeleiding van het medicatiegebruik voor astma. Een astmaverpleegkundige op elk CB is hierbij sterk gewenst! Hoe uitgebreid is de beoordeling van het medicatiegebruik? Veel artsen en verpleegkundigen weten niet hoe ze het moeten beoordelen, wat de exacte behandeling is en de volledige voorlichting. Navragen ‘heb je het begrepen’ en ‘hoe gebruik je het’ moet in ieder geval wel gebeuren. Hiermee kunnen herhalingsrecepten zonder nut worden onderschept.
- Sommigen huisartsen nemen verwijzingen wel serieus, sommigen niet.
- Website is gewenst, laagdrempelig, en wordt gebruikt. Folder wordt niet gelezen, ouders krijgen er erg veel. Posters worden wel gelezen. Bij GGD Midden Nederland wordt op hun eigen site een pagina gemaakt voor jonge kinderen met astmatische klachten. Er is nu een gebrek aan goede informatie voor deze leeftijd.

Het concept met 3 delen (hoofdttekst, samenvatting en samenvattingskaart) is duidelijk en bekend. De samenvattingskaart is makkelijk erbij te pakken, en ook handig voor nieuwe medewerkers. In de praktijk wordt door sommigen de samenvattingskaart als naslag erbij gepakt; anderen geven aan dat ze de samenvattingskaart niet bij de hand houden tijdens een consult, maar dat je de informatie in je hoofd moet hebben. De richtlijn is duidelijk, hierdoor is naslag weinig nodig. Alle onderdelen zijn zeker nuttig. De samenvatting wordt gebruikt als de samenvattingskaart onvoldoende naslag levert. De samenvattingskaart geeft duidelijk weer wat er van de JGZ verwacht wordt.

Mening over de nieuw opgestelde samenvattingskaart.

- Toegevoegd kan worden: consult bij de jeugdarts voor beoordeling effectiviteit medicatie (zodat de verwijzing door de jeugdarts wordt gedaan).
- Bij de signalering is de taakverdeling niet duidelijk. Verpleegkundige vraagt vaak niet naar piepen en/of benauwdheid, maar kan dit zeker wel. Een mogelijke reden is dat de verpleegkundige er zelf toch niet verder mee kan, en moet doorverwijzen naar de arts. Oplossing is, dat de verpleegkundige met een uitgebreidere anamnese bepaalt, of de jeugdarts moet komen, of dat het kan wachten tot het volgende consult.
- Voorkeur gaat uit naar één schema, waarbij eerst de preventie wordt behandeld, en daarna de reguliere contactmomenten.
- Prenatale huisbezoeken bij risicogezinnen moeten ook in het schema, dus het gaat om de leeftijd vanaf -9 maanden.
- Op de samenvattingskaart moet ook aandacht besteedt worden aan de term ‘astma’ bij jonge kinderen.
- Bij interventie op maat: graag ventilatie op school toevoegen.
- Verwijzing naar een website over astma hoort niet bij ‘voorkómen van astma’, maar bij interventie op maat.

Gebruik richtlijn in dagelijkse praktijk

- Je hebt door de richtlijn meer aandacht voor het meeroken. Kennis / handige adviezen over roken maakt ter sprake brengen makkelijker.
- Checklist (van anamnese) in hoofdttekst zou een handige tool zijn. Dit kan dan als apart blad in het digitaal dossier, zodat je alles kan aanvinken. Dit is voor obesitas nu in ontwikkeling.

- Bij gebruik van alternatieve medicatie, is het lastig om adviezen daarover te geven. Dit komt veel voor. Het is balanceren tussen het contact met ouders goed houden en het belang van afraden van alternatieve middelen.
- Contactmomenten bij 4-19 jaar hebben een minder vast stramien (het zijn meer probleemgerichte gesprekken). Hier zijn gerichte vragen naar piepen/benauwdheid, medicatie, etc belangrijk.

Randvoorwaarden voor gebruik richtlijn

- Bij invoering zou je bij 2 consulten een checklist kunnen bijhouden (van alle punten die je moet doen) ter controle en onder de aandacht krijgen van de belangrijke punten. Het registratieformulier dat in het kader van de proefimplementatie werd bijgehouden, blijkt ook nuttig om 'ingewerkt' te raken in de richtlijn.
- In een scholing moet piepen en benauwdheid duidelijk uitgelegd worden. Dit kan bijvoorbeeld met een filmpje over tekenen van dyspnoe, hoe klinkt piepen, etc. Zie hiervoor ook de Richtlijn Aangeboren Hartafwijkingen. Ook informatie over medicatiegebruik (inhalatoren), taak huisarts/apotheek/JGZ en afstemming/samenwerking is gewenst.
- Een cursus motiverende gespreksvoering wordt aanbevolen. Dit kan bij TNO, Stivoro, etc.
- Een landelijke scholing door instructeurs voor verpleegkundigen, artsen (inclusief invallers), en doktersassistenten is gewenst. De dokterassistenten hoeven niet de hele scholing te volgen, maar alleen het deel dat relevant voor hen is.
- Inwerktijd: een half uur om in te werken bijvoorbeeld ook met het digitaal dossier is nodig.
- Extra consulttijd: 3-5 minuten extra tijd is nodig als er wat aan de hand is, dit is echter niet verandert tov van het werken voor gebruik van de richtlijn.
- Extra consulten: nauwelijks
- Inlezen richtlijn: ongeveer 3 uur voor alles lezen is nodig.
- Per organisatie zou een korte sociale kaart moeten worden gemaakt (waar in de regio extra hulpverlening/verwijsmogelijkheden, hoe zit het in ons digitaal dossier), door een stafarts of astmaverpleegkundige.
- Landelijke scholing dient uniform te zijn. Scholing kan ook door iemand uit de eigen organisatie gegeven worden. Wel is dan een kant-en-klaar-pakket nodig met een presentatie, inhoud, etc, voor de uniformiteit.
- Huisartsen/kinderartsen, apothekers, kraamzorg, verloskundige moeten bij invoering betrokken worden.