

TNO-rapport

KvL/P&Z 2006.068

Ouder- en Kindcentra in Amsterdam

Evaluatie van het protocol 'Wijs verwijzen' in
stadsdeel Noord

Datum	September 2006
Auteur(s)	Drs. M.L. Verlaan Drs. O.R.W. de Jong
Opdrachtgever	OKC Projectteam GGD Amsterdam
Projectnummer	011.85146/01.01
Aantal pagina's	49 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	2

Alle rechten voorbehouden. Niets uit dit rapport mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, microfilm of op welke andere wijze dan ook, zonder voorafgaande schriftelijke 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 belanghebbenden is toegestaan.

Uitgebreide samenvatting

Hoofdstuk 1 Inleiding

In opdracht van de gemeente Amsterdam en de stadsdelen wordt sinds 2002 gewerkt aan het oprichten van Ouder-en-Kindcentra (OKC's) in alle Amsterdamse stadsdelen. Het streven is dat in 2006 in elk stadsdeel minstens één OKC staat.

Het OKC is een goed bereikbare plek waar alle ouders, vanaf zo vroeg mogelijk in de zwangerschap tot het moment dat het kind naar de basisschool gaat, terecht kunnen met alle vragen over de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van hun kind. Het doel is om het kind een zo groot mogelijke kans te geven om gezond op te groeien en het zo goed mogelijk voor te bereiden op een plaats in de maatschappij. Per jaar worden plusminus 10000 kinderen in Amsterdam geboren. Met 85 % van deze kinderen gaat het goed maar 15 % zal tijdens hun jeugd met problemen geconfronteerd worden. Dit zijn bij 5% van de kinderen ernstige problemen. Hoe eerder deze worden aangepakt hoe meer kans op een betere uitkomst. Daarom zetten OKC's in op zo vroeg mogelijke preventie.

Door de invoering van de OKC's ontstond naast de behoefte aan structurele informatieoverdracht en vroegtijdige signalering, ook de behoefte desgewenst snel te kunnen doorverwijzen. Daardoor rees de vraag of bij een aantal aandoeningen de verwijzing via de huisarts doelmatiger zou kunnen. Toen is in stadsdeel Amsterdam/Noord in overleg met de Amsterdamse Huisartsen Vereniging (AHV), het Huisartsen overleg Noord (HON) en de zorgverzekeraar besloten een zogenaamde pilot Wijs Verwijzen te starten. Het doel van het protocol Wijs verwijzen is rechtstreekse geprotocolleerde verwijzing vanuit de JGZ naar de tweede lijn waardoor het gebruik van mensen en middelen kan worden geoptimaliseerd.

In de pilot stuurt de JGZ-arts voor een drietal aandoeningen kinderen geprotocolleerd rechtstreeks naar de specialist zonder tussenkomst van de huisarts. Het gaat om de volgende drie typen verwijzingen:

- Verwijzing voor nader onderzoek van de heupen van zuigelingen bij verdenking op heupdysplasie voor een directe verwijzing naar de orthopeed.
- Verwijzing naar de orthoptist of oogarts naar aanleiding van het VOV onderzoek en het visusonderzoek
- Ernstige en of complexe gevallen van spraaktaalproblemen waarbij verwezen wordt naar het multidisciplinaire team van een audiologisch centrum.

Met de directe doorverwijzing wordt beoogd de verwijzroute voor het kind en zijn ouders zo kort en eenvoudig mogelijk te houden, waardoor deze efficiënter en klantvriendelijker wordt.

Het doel van deze pilot is om na te gaan of het protocol in de praktijk haalbaar en uitvoerbaar is en de beoogde effecten oplevert. Concrete doelen van de invoering van het protocol waarnaar wordt gekeken zijn:

- Toename van het percentage bij de tweede lijn aangekomen verwijzingen
- Toename van het percentage terechte (verwijzing die wordt gevolgd door een vervolgtraject) verwijzingen naar tweede lijn
- Verkorting van tijdsduur van verwijzing door de JGZ tot het eerste consult door de specialist en tot het begin van de behandeling
- Toename van feedback naar JGZ-artsen en huisartsen.

Hoofdstuk 2 Procesbeschrijving

In dit hoofdstuk wordt de inhoud van het protocol Wijs verwijzen toegelicht. Ook worden de verschillen belicht tussen de situatie voorafgaand aan de invoering van het protocol en de situatie na de invoering van het protocol in stadsdeel Noord.

Voor de duur van de pilot zijn afspraken gemaakt met huisartsen en verwijzinstellingen in stadsdeel Amsterdam Noord, zodat bij vermoeden van de drie genoemde typen problemen door de JGZ 0-4 jaar in dit stadsdeel, direct kan worden doorverwezen naar de specialisten in de tweede lijn. Afgesproken is de verwijzlijnen van de huisartsen te blijven gebruiken, maar nu zonder tussenkomst van de huisarts.

Een tweede belangrijk onderdeel van het protocol is de verwijzbrief die via de ouders mee gaat naar de specialist in de tweede lijn. Voor de drie typen verwijzing zijn gestandaardiseerde verwijzbrieven aangepast of ontwikkeld. Deze verwijzbrief geldt als korte kaart en bevat de argumenten voor doorverwijzing.

Derde belangrijk onderdeel is een begeleidende brief die met elke directe verwijzing mee gaat naar de specialist. Hierin staat ondermeer vermeld dat de berichtgeving niet alleen naar de verwijzer, maar ook naar de huisarts verstuurd dient te worden. Deze begeleidende brief zorgt dus voor de terugrapportage van de bevindingen door de specialist in de tweede lijn naar de JGZ 0-4 jaar en de huisarts.

Hoofdstuk 3 Methoden

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methoden en uitkomstmaten worden gebruikt om de evaluatie van het protocol Wijs verwijzen vorm te geven en uit te voeren.

Het onderzoek bestaat uit twee metingen. Enerzijds vindt een effectmeting plaats om te zien in hoeverre met het protocol de beoogde doelen worden bereikt. Anderzijds vindt een procesevaluatie plaats om inzicht te krijgen in de beleving van het protocol door de betrokken disciplines.

Voor de effectmeting is gekozen voor het pretest-posttest design. Hierbij wordt de situatie in stadsdeel Noord voorafgaand aan de invoering van het protocol vergeleken met de situatie in dit zelfde stadsdeel na de invoering van het protocol.

De voormeting is retrospectief en de pilotmeting continu. De voormeting heeft betrekking op de periode juni 2003 tot en met april 2004 en de pilotmeting beslaat de periode mei 2004 tot en met februari 2005. De benodigde gegevens worden verzameld op basis van dossieronderzoek, registratie door JGZ-artsen (nameting) en registratiebestanden van de betrokken specialisten in de tweede lijn.

De uitkomstmaten die worden beschouwd zijn:

1. Percentage kinderen dat na verwijzing door JGZ aankomt bij tweede lijn.
2. Percentage terechte verwijzingen door JGZ naar tweede lijn
3. Tijdsduur tussen verwijzing door JGZ en eerste consult bij verwijzinstelling.
4. Percentage onderzochte kinderen, waarvan rapportage naar huisarts gaat.
5. Percentage onderzochte kinderen, waarvan rapportage naar JGZ gaat.

Naast de effectmeting vindt ook een procesevaluatie plaats door middel van semi-structureerde interviews met de disciplines die betrokken zijn bij de uitvoering van het protocol en met enkele ouders. Kwalitatieve uitkomstmaten bij de interviews zijn:

- Mate van bekendheid van het protocol bij JGZ-artsen, de specialisten van de instellingen waarnaar wordt verwezen en huisartsen.

- Ervaren bruikbaarheid van het protocol volgens JGZ-artsen, de specialisten van de instellingen waarnaar wordt verwezen en huisartsen.
- Ervaren relevantie van het protocol voor de werkuitoefening volgens JGZ-artsen, de specialisten van de instellingen waarnaar wordt verwezen en huisartsen.
- Belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van het protocol, mogelijk aangevuld met suggesties ter verbetering van het protocol.

Hoofdstuk 4 Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van de evaluatie van het protocol Wijs verwijzen beschreven, eerst van de effectmeting en daarna van de procesevaluatie.

Effectmeting

Directe doorverwijzing van zuigelingen bij verdenking van heupdysplasie

In de voormeting waren 39 kinderen betrokken en in de pilotmeting 27 kinderen. Dit zijn de kinderen die door de JGZ-artsen op de JGZ 0-4 jaar locaties zijn doorverwezen omdat er verdenking was van heupdysplasie.

In de voormeting werd 64% (n=25) van de verwezen kinderen onderzocht door de orthopeed en in de pilotmeting 89% (n=24). Hypothese 1 waarbij wordt verwacht dat het percentage kinderen dat aankomt bij de tweede lijn groter is bij directe doorverwijzing is daarmee ondersteund.

Uiteindelijk zijn bij de voormeting 25 kinderen door de orthopeed gezien en bij de pilotmeting 24. Het percentage terechte verwijzingen bedroeg in de voormeting 8% en in de pilotmeting 33%. Hypothese 2 vindt daarmee ondersteuning. Let wel, enige terughoudendheid is geboden, want het gaat om metingen met kleine aantallen.

Er was al duidelijk een dalende trend waarneembaar in het gemiddelde aantal dagen tussen verwijzing door de JGZ en het eerste consult bij de specialist. De verschuiving van de mediaan van 27 dagen bij de voormeting naar 18 dagen bij de pilotmeting is echter net niet significant ($t=1.783$, $p=0.083$).

De mate waarin bij de voormeting is terug gerapporteerd door de orthopeden naar de huisarts is onbekend. Bij de pilotmeting is over 23 kinderen (96%) een terugrapportage naar de huisarts gegaan. Door het ontbreken van gegevens kan bij deze uitkomstmaat niet worden getoetst op verschillen.

Bij de voormeting is van 11 kinderen (44%) terug gerapporteerd aan de JGZ wat de bevindingen waren van de orthopeed. Bij de pilotmeting is er over 24 kinderen (100%) een terugrapportage verstuurd aan de JGZ-arts. Daarmee vindt hypothese 5, waarin een toename van rapportages naar de JGZ werd verwacht, ondersteuning.

Directe doorverwijzing naar orthoptist of oogarts

In de voormeting waren bij dit type verwijzing 26 kinderen betrokken en in de pilotmeting zijn 53 kinderen betrokken. Dat zijn de kinderen die zijn verwezen door de JGZ-arts waarbij een vermoeden was van oogproblemen.

Al lijkt het percentage geziene kinderen door de orthoptist / oogarts wel in de verwachte richting te verschuiven, is het percentage kinderen dat na verwijzing vanuit de JGZ is gezien door een oogarts/orthoptist echter niet significant groter dan bij de voormeting ($\chi^2 = 3.542$, $df=1$, $p=0.266$). Hypothese 1 vindt bij dit type verwijzing geen ondersteuning.

Uiteindelijk zijn in de voormeting 16 kinderen bij de oogarts / orthoptist geweest en in de pilotmeting 43 kinderen. Tijdens de voormeting zijn 14 van de 16 kinderen (88%) terecht verwezen en bij de pilotmeting 41 van de 43 kinderen (95%). Dit verschil is niet

significant (Fisher Exact waarde=4.196, $p=0.268$). Daardoor kan niet worden gezegd dat het percentage terechte verwijzingen in de nameting groter is dan in de voormeting bij dit type verwijzing.

Het aantal dagen tussen verwijzing door de JGZ-arts en het eerste consult bij de orthoptist / oogarts liep bij de voormeting uiteen van 18 tot 209 dagen. De mediaan lag bij 54 dagen. Bij de pilotmeting was de spreiding 1 tot 94 dagen. De mediaan lag bij 30 dagen. Het aantal dagen tussen verwijzing en eerste consult was daarmee in de nameting beduidend lager dan in de voormeting ($t=3.490$, $p=0.001$). Daarmee vindt hypothese 3 ondersteuning.

Bij de voormeting is onbekend in hoeverre er sprake was van terugrapportage van de oogarts/orthoptist naar de huisarts. Bij de pilotmeting heeft de huisarts van alle kinderen (100% / $n=43$) die op consult zijn geweest bij de oogarts / orthoptist een brief met bevinding ontvangen van de oogarts / orthoptist. Door ontbreken van gegevens van de voormeting kan hier niet worden getoetst op verschillen.

Bij de voormeting is bij geen van de kinderen een rapportage met bevindingen door de oogarts/orthoptist naar de JGZ-arts gestuurd. Bij de nameting is dit bij alle 43 kinderen (100%) wel gebeurd. Hier is duidelijk sprake van een toename in terugrapportage door de oogarts/orthoptist naar de JGZ 0-4 jaar in de pilotsituatie (Fisher Exact waarde=63.000, $p<0.001$). Daarmee vindt hypothese 5 voor dit type verwijzing ondersteuning.

Directe verwijzing van spraaktaalproblemen naar audiologisch centrum

In de voormeting waren bij dit type verwijzing 56 kinderen betrokkenen in de pilotsituatie zijn 40 kinderen betrokken. Dit zijn de kinderen die zijn verwezen door de JGZ-arts, omdat er vermoeden bestond van ernstige en of complexe spraaktaalproblemen.

Van de kinderen uit de nameting is een beduidend groter deel uiteindelijk in het audiologisch centrum terecht gekomen dan van de kinderen uit de voormeting: 90% versus 46% ($\chi^2=19.367$, $df=1$, $p<0.001$). Hypothese 1 vindt daarmee ondersteuning. Uiteindelijk zijn in de voormeting 26 kinderen gezien door het team van het audiologisch centrum en in de pilotmeting 36 kinderen. In de voormeting is 96% ($n=25$) van de aangekomen kinderen terecht verwezen en in de pilotmeting 100% ($n=36$). Dit verschil is niet significant (Fisher Exact waarde=1.407, $p=0.419$).

De mediaan van het aantal dagen tussen verwijzing en eerste consult bij de tweede lijn verschoof van 152 dagen naar 61 dagen. Het gemiddelde aantal dagen tussen verwijzing en eerste consult is daarmee in de pilotmeting beduidend lager dan in de voormeting ($t=4.411$, $p<0.001$). Daarmee vindt hypothese 3 ondersteuning.

In de nameting is van alle 36 geziene kinderen een rapportage met bevindingen naar de huisarts gestuurd. Door het ontbreken van gegevens kan hier niet worden getoetst of er een verschil is ten opzichte van de voormeting.

In de voormeting is van 26 van de 26 kinderen (100%) een terugrapportage aan de JGZ-arts gedaan, in de pilotmeting is eveneens van alle 36 geziene kinderen (100%), door het audiologisch centrum gerapporteerd aan de JGZ-arts wat de bevindingen waren. Er is daarmee geen verschil in mate van terugrapportage naar de JGZ 0-4 jaar tussen de voor- en de pilotmeting.

Procesevaluatie

Mate van bekendheid met het protocol

Alle geïnterviewde huisartsen, JGZ-artsen, orthopeed en orthoptisten waren bekend met de inhoud van het protocol. Wijs verwijzen en wisten wat er van hen werd verwacht binnen het protocol.

Ervaren bruikbaarheid van het protocol

De JGZ-artsen vinden het direct door kunnen verwijzen naar de tweede lijn een grote verbetering, het maakt het verwijstraject efficiënter, vooral voor de ouders.

Het werken volgens het nieuwe protocol was voor de JGZ-artsen niet wezenlijk veranderd door de directe doorverwijzing, alleen de logistiek in het traject was veranderd. Het protocol was daarom goed uitvoerbaar. De verwijfsbrieven vonden de JGZ-artsen goed invulbaar.

De vijf geïnterviewde huisartsen gaven aan dat ze de directe doorverwijzing een goed en terecht initiatief vonden. Te meer omdat het om drie afgebakende verwijzingen gaat, waarbij de rol van de huisarts over het algemeen beperkt is. Wil dit protocol bruikbaar zijn voor de huisartsen, is het een voorwaarde dat er volledig en snel informatie over het vervolgtraject wordt terug gekoppeld naar de huisartsen. De huisartsen ervoeren in de praktijk zelf weinig tot geen verschil van de invoering van het protocol.

Wel kregen de huisartsen in de pilotsituatie de feedback van de verschillende specialisten uit de tweede lijn sneller dan daarvoor. De huisartsen vonden de verwijfsbrieven die ze ontvingen vanuit de tweede lijn duidelijk en voldoende informatie bevatten.

De orthopeed gaf aan het principe van de directe doorverwijzing te ondersteunen, maar merkte er zelf weinig van bij de uitoefening van het werk. Hij ervoerde het als verbetering van de bruikbaarheid, dat door het gebruik van de pilot-verwijfsbrieven, het adres van verwijzende JGZ-arts meestal direct bekend was, wat het geven van feedback aan de JGZ-arts vereenvoudigde. De orthopeed had een aantal verbeteringsuggesties voor de verwijfsbrief.

De orthoptisten ervoeren een vooruitgang met betrekking tot de feedback door invoering van het protocol. Zo bracht in de pilotsituatie een groter deel van de ouders uit de verwijfsbrief mee, met daarop de argumenten voor de diagnose.

Alle ouders vonden het prettig dat ze rechtstreeks naar het ziekenhuis mochten. Dat was praktisch en sneller, want het scheelde een afspraak met de huisarts.

Ervaren relevantie van het protocol

Alle vier de geïnterviewde JGZ-artsen waren voorstander van rechtstreekse verwijzing naar de tweede lijn bij deze drie typen verwijzing. Zij gaven aan dat er zo meer aanspraak werd gedaan op hun eigen expertise, wat ze als waardevol ervoeren.

De JGZ-artsen hadden ook het idee, dat ze in de pilotsituatie meer invloed hadden op de organisatie en het volgen van de verwijzing. Dit ondermeer doordat in de pilotsituatie de specialist zowel aan de huisarts als aan hen terug rapporteerde, waardoor de JGZ-artsen goed op de hoogte waren van de stand van zaken in het vervolgtraject. Ook het zelf maken van afspraken voor de ouders met de specialist gaf een gevoel van grip op het vervolgtraject. De relevantie van het protocol zou volgens de JGZ-artsen vergroot kunnen worden, door uitbreiding van de reeks aandoeningen waarbij direct kan worden verwezen naar de tweede lijn.

Alle vijf de huisartsen stonden achter het initiatief van directe doorverwijzing, omdat het traject efficiënter werd, wat de huisartsen vooral voor de ouders prettig leek. Twee huisartsen gaven aan dat ze dachten bij spraaktaalproblemen waarschijnlijk wel

aanvullende informatie te hebben voor de JGZ-artsen. Deze huisartsen leek het een goede optie dat bij dit type probleem aanvullende informatie opgevraagd zou worden bij de huisarts. De huisartsen vonden het belangrijk dat de kinderen werden doorverwezen door kundige mensen. Ze achten JGZ-artsen zeker kundig en ervaren ten aanzien van de drie typen verwijzing waar het in de pilot om ging. Daarbij wordt de kwaliteit van werken in de praktijk al grotendeels geborgd door het feit dat er door de JGZ-artsen al volgens protocollen wordt gewerkt bij heuponderzoek, oogonderzoek en onderzoek naar spraaktaalproblemen. De huisartsen zeiden dat de mate waarin ze achter het principe van directe doorverwijzing stonden wel sterk afhing van het type probleem dat de verwijzing betreft.

Ook de vijf geïnterviewde ouders ervaarden de directe doorverwijzing als een efficiëntieslag, waardoor tijdwinst geboekt kon worden en het zorgtraject klantvriendelijker werd.

Belemmerende en bevorderende factoren

Bevorderende factoren voor het gebruik van dit protocol zijn dat alle betrokkenen bekend waren met het protocol en achter het idee staan waar het protocol op is gebaseerd. Ook bevorderend was het feit dat de AHV nadrukkelijk is betrokken bij de ontwikkeling van deze pilot. Dat om zo belemmerende factoren tijdens de uitvoeringsfase te voorkomen. Zo waren er afspraken gemaakt over de verwijslijnen waar de JGZ-artsen gebruik van dienden te maken. Dergelijke betrokkenheid bij de ontwikkeling / vormgeving vergrootte ook de mate van betrokkenheid bij de betrokkenen.

Structurele en snelle feedback naar de huisarts zijn cruciaal. Dit bleek van grote invloed te zijn op het oordeel van de huisarts over de wenselijkheid, bruikbaarheid en relevantie van het protocol. Het is van belang dat de snelheid van terugkoppeling wordt geborgd. Ook werd als verbeteringsuggestie geopperd om de huisarts te berichten op het moment dat een kind wordt verwezen door de JGZ-arts.

Een voordeel voor de ouders is dat het traject duidelijker en eenvoudiger is geworden. De JGZ-artsen, huisartsen en specialisten verwachtten dat dit gunstig zou werken op het percentage kinderen dat uiteindelijk aankomt bij de specialist en op de tevredenheid van ouders met het zorgtraject.

Hoofdstuk 5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden eerst de conclusies beschreven die op grond van de effectmeting en vervolgens de procesevaluatie kunnen worden gedaan. Tot slot worden de aanbevelingen beschreven die op grond van alle resultaten gedaan kunnen worden in de richting van beleidsmaker en professionals in de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar.

Conclusies effectmeting

Directe verwijzing van zuigelingen bij verdenking van heupdysplasie

Bij directe doorverwijzing door JGZ-artsen bij vermoeden van heupdysplasie, komt een groter deel van de verwezen kinderen aan bij de orthopeed, 64% (n=25) versus 89% (n=24). Doelstelling 1 is dus behaald. Ook het percentage terechte verwijzingen was in de pilotsituatie groter dan bij de voormeting, 8% versus 33%. Dat maakt het aannemelijk dat door directe verwijzing naar de orthopeed de kwaliteit van het verwijzingsproces verbetert. Let wel, enige terughoudendheid is geboden, omdat het om kleine aantallen kinderen gaat. Doelstelling 3 is nog niet behaald, maar er is wel een dalende trend waarneembaar in het aantal dagen tussen verwijzing door de JGZ en aankomst bij de orthopeed. De mediaan lag bij de voormeting op 27 dagen en bij de

nameting op 18 dagen. De terugrapportage naar de JGZ-artsen is duidelijk toegenomen, van 44% (n=11) naar 100% (n=24). De terugrapportage naar huisartsen is bij de pilotmeting 96%, wat bijna volledig is. Doelstelling 4 is daarmee deels behaald. Kortom het leeuwendeel van de doelstellingen is bij dit type verwijzing behaald.

Directe verwijzing naar orthoptist of oogarts

Er was geen stijging waarneembaar in het percentage kinderen dat aankomt bij de orthoptisten na directe verwijzing. Daarmee is doelstelling 1 voor dit type verwijzing niet behaald. Het percentage terechte verwijzingen is ook niet beduidend toegenomen in de pilotsituatie. Daardoor is doelstelling 2 ook niet behaald. Doelstelling 3, een daling in het aantal dagen tussen verwijzing en aankomst bij de orthoptist is wel behaald. De mediaan daalde van 54 dagen naar 30 dagen.

In de pilotsituatie was de terugrapportage naar huisartsen 100%, dus vollediger kan niet. De terugrapportage van specialisten naar de JGZ is duidelijk toegenomen. Bij de voormeting was er geen sprake van terugrapportage en bij de pilotmeting hebben de JGZ-artsen van alle verwijzingen een terugrapportage ontvangen.

Directe verwijzing van spraaktaalproblemen naar audiologisch centrum

Van de kinderen die bij de nameting zijn doorverwezen naar het audiologisch centrum is een beduidend groter deel aangekomen dan van de kinderen uit de voormeting, 90% versus 46%. Daarmee is doelstelling 1 behaald. Het percentage terechte verwijzingen naar het audiologisch centrum verschilt niet tussen de pilotsituatie en de voormeting (voormeting 96% en pilotsituatie 100%). Waarmee doelstelling twee voor dit type verwijzing niet is behaald. Het percentage terechte doorverwijzingen was bij de voormeting al hoog, waardoor het ook moeilijker wordt om dat percentage nog te verbeteren. De derde doelstelling van het protocol, de verlaging van het tijdsbestek tussen verwijzing en aankomst bij het audiologisch centrum is behaald. De mediaan verschoof tussen de voor- en de nameting van 152 dagen naar 61 dagen. Hierbij zal het wegvallen van de afspraak met de huisarts zeker hebben meegespeeld. In de pilotsituatie was de terugrapportage naar de huisartsen 100%. Bij de zowel de voor- als de nameting was de terugrapportage naar de JGZ-artsen 100%. Alhoewel doelstelling 4 daarmee sec niet is behaald kan men wel tevreden zijn over de terugrapportage naar huisartsen en JGZ-artsen.

Conclusie procesevaluatie

Alle betrokkenen waren goed op de hoogte van het bestaan en de inhoud van het protocol en wisten precies wat er van hen werd verwacht, wat een belangrijke voorwaarde is voor het gebruik van het protocol.

Ook over de bruikbaarheid van directe doorverwijzing waren de JGZ-artsen, huisartsen, orthopeed, orthoptisten en ouders het in grote lijn eens. Het verkorte en vereenvoudigde het verwijstraject vooral voor de ouders en het kind, wat het traject verhelderde.

Bovendien betrof het drie afgebakende verwijzingen, waarbij de rol van de huisarts over het algemeen beperkt was. De werkwijze volgens het protocol was goed uitvoerbaar, omdat deze niet wezenlijk veranderd was voor de betrokken disciplines. Wel leverde het protocol de JGZ-artsen een toename in de mate van feedback van de tweede lijn op. De verwijfsbrieven die onderdeel uitmaakten van het protocol werden door alle betrokkenen gewaardeerd, vooral de adressen van de JGZ-artsen vergemakkelijkten de terugrapportage voor de orthopeed en orthoptisten.

Aanbevelingen

Aanbevelingen voor beleidsmakers

- Directe doorverwijzing werd door alle betrokken disciplines inclusief ouders in stadsdeel Noord gewaardeerd en had effect op de kwaliteit van zorg bij de drie typen verwijzingen. Het verdient daarom de aanbeveling om te zien of en zo ja wat de mogelijkheden zijn om dit protocol te continueren en breder in te voeren dan alleen in stadsdeel Noord. Daarbij dient terdege de rekening te worden gehouden met de huidige wetgeving.
- Mocht echter ook worden nagedacht over een uitbreiding van het aantal aandoeningen waarbij JGZ-artsen direct kunnen doorverwijzen dan is een voorwaarde dat in elk geval de betreffende huisartsenkoepels daarbij worden betrokken. Bovendien dient rekening te worden gehouden met de huidige wetgeving en de daarbij horende eindverantwoordelijkheid van de huisarts over de verwijzing.
- Bij continuering of uitbreiding van dit protocol, is het voor de mate van gebruik van het protocol van belang dat alle betrokkenen dan wederom op de hoogte worden gebracht van de inhoud en werkwijze van het protocol.
- Ook stimuleert het de betrokkenen disciplines als ze structureel worden geïnformeerd over de baten van het protocol en hoe de uitvoering verloopt.
- Voor het verstrekken van structurele feedback aan de betrokkenen en het management is het wenselijk dat er structurele registratie wordt opgezet, om zo het proces en de effecten te kunnen monitoren.
- Het wordt aanbevolen een onderdeel toe te voegen aan het protocol, namelijk een berichtgeving door de JGZ-arts aan de huisarts op het moment van verwijzing. Dat zou de tevredenheid van huisartsen met het protocol vergroten.
- Ook wordt aanbevolen te kijken of er mogelijkheid is een overlegmogelijkheid toe te voegen aan het protocol. Het betreft overleg tussen JGZ-arts en huisarts bij verwijzing van spraaktaalproblemen.
- In overleg met de partners van het convenant ten aanzien van doorverwijzing bij vermoeden van heupdysplasie kan worden overwogen enkele wijzingen aan te brengen in de verwijsbrief van de orthopeed
- Het kan overwogen worden om een scholing te geven aan de JGZ-artsen die wel eens kinderen doorverwijzen omdat er vermoeden is van heupdysplasie. Dat kan de kwaliteit van de signalering ten goede komen.
- Het wordt aangeraden huisartsen te informeren bij welke situaties het wenselijk is dat een kind naar de orthoptist wordt verwezen en niet naar de opticien. Ook kan dan worden gemeld over welke materialen een huisarts dient te beschikken wil deze zelf gedegen oogonderzoek kunnen verrichten
- Het wordt aanbevolen huisartsen informatie te verschaffen over de precieze rol, taken en verantwoordelijkheden van het OKC. Huisartsen in stadsdeel Noord gaven aan daar behoefte aan te hebben.
- Het verdient de aanbeveling om te onderzoeken wat de directe doorverwijzing door JGZ-artsen voor uitwerking heeft en kan hebben op de zorgverzekeraars.

Aanbevelingen voor professionals

- Daar de huisarts de terugkoppeling van cruciaal belang acht voor de ervaren relevantie en bruikbaarheid van het protocol, wordt de JGZ-artsen en specialisten geadviseerd deze terugkoppeling te handhaven en altijd en zo snel mogelijk plaats te laten vinden. Bij voorkeur aangevuld met een berichtgeving op het moment van verwijzing.

- Het wordt de JGZ-artsen geadviseerd om de verwijsbrief naar de specialist zeker te continueren, ook indien het protocol geen vervolg vindt. De informatie op deze brief wordt namelijk zeer gewaardeerd. Het geeft informatie over de diagnose en versoepelt voor de specialisten het consult.
- Daar de JGZ-artsen aangaven zelf de feedback over het vervolgtraject te waarderen, wordt aanbevolen de begeleidende brief voor de specialist met daarin het verzoek tot terugrapportage aan JGZ-arts en huisarts te handhaven.

Een duidelijke uitleg aan ouders over wat verwacht kan worden in het vervolgtraject, heeft waarschijnlijk een gunstige uitwerking op het percentage kinderen dat aankomt bij de tweede lijn. Het verlaagt voor de ouders de drempel om de afspraak met de tweede lijn te maken. Het wordt de JGZ-artsen daarom geadviseerd, deze uitleg te blijven geven.

Inhoudsopgave

	Uitgebreide samenvatting.....	2
1	Inleiding.....	13
1.1	Achtergrond.....	13
1.2	Aanleiding protocol ‘Wijs verwijzen’.....	13
1.3	Doel pilot.....	14
2	Procesbeschrijving.....	15
2.1	Inhoud van het protocol.....	15
2.2	Huidige situatie versus nieuwe situatie.....	15
2.3	Directe verwijzing van zuigelingen bij verdenking van heupdysplasie.....	15
2.3.1	Oude situatie.....	15
2.3.2	Pilotsituatie.....	16
2.4	Directe verwijzing naar orthoptist of oogarts.....	16
2.4.1	Oude situatie.....	16
2.4.2	Pilotsituatie.....	16
2.5	Directe verwijzing van spraaktaalproblemen naar audiologisch centrum.....	17
2.5.1	Oude situatie.....	17
2.5.2	Pilotsituatie.....	17
3	Methoden evaluatie.....	19
3.1	Opzet.....	19
3.2	Uitkomstmaten en methoden effectmeting.....	19
3.2.1	Percentage kinderen dat na verwijzing door JGZ aankomt bij tweede lijn.....	20
3.2.2	Percentage terechte verwijzingen door JGZ naar tweede lijn.....	20
3.2.3	Tijdsduur tussen verwijzing JGZ en eerste consult bij verwijsinstelling.....	20
3.2.4	Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar huisarts gaat.....	20
3.2.5	Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar JGZ gaat.....	21
3.3	Statistische analyse.....	21
3.4	Uitkomstmaten en methoden procesevaluatie.....	21
4	Resultaten.....	23
4.1	Directe doorverwijzing van zuigelingen bij verdenking van heupdysplasie.....	23
4.1.1	Percentage kinderen dat aankomt bij tweede lijn na verwijzing door JGZ.....	23
4.1.2	Percentage terechte verwijzingen door JGZ naar tweede lijn.....	24
4.1.3	Tijdsduur tussen verwijzing door JGZ en eerste consult bij verwijsinstelling.....	25
4.1.4	Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar huisarts gaat.....	25
4.1.5	Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar JGZ gaat.....	25
4.2	Directe doorverwijzing naar orthoptist of oogarts.....	25
4.2.1	Percentage kinderen dat aankomt bij tweede lijn na verwijzing door JGZ.....	26
4.2.2	Percentage terechte verwijzingen door JGZ naar tweede lijn.....	26
4.2.3	Tijdsduur tussen verwijzing door JGZ en eerste consult bij verwijsinstelling.....	27
4.2.4	Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar huisarts gaat.....	27
4.2.5	Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar JGZ gaat.....	27
4.3	Directe verwijzing van spraaktaalproblemen naar audiologisch centrum.....	28
4.3.1	Percentage kinderen dat aankomt bij tweede lijn na verwijzing door JGZ.....	28
4.3.2	Percentage terechte verwijzingen door JGZ naar tweede lijn.....	28
4.3.3	Tijdsduur tussen verwijzing door JGZ en eerste consult bij verwijsinstelling.....	29
4.3.4	Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar huisarts gaat.....	29

4.3.5	Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar JGZ gaat.....	29
4.4	Resultaten procesevaluatie.....	29
4.4.1	Mate van bekendheid met het protocol.....	30
4.4.2	Ervaren bruikbaarheid van het protocol.....	30
4.4.3	Ervaren relevantie van het protocol.....	31
4.4.4	Belemmerende en bevorderende factoren.....	34
5	Conclusies en aanbevelingen.....	36
5.1	De effectmeting.....	36
5.1.1	Directe verwijzing van zuigelingen bij verdenking van heupdysplasie.....	36
5.1.2	Directe verwijzing naar orthoptist of oogarts.....	36
5.1.3	Directe verwijzing van spraaktaalproblemen naar audiologisch centrum.....	37
5.2	De procesevaluatie.....	38
5.3	Aanbevelingen.....	39
6	Referenties.....	42

Bijlage(n)

A Toelichting op het protocol Wijs Verwijzen

B Interviewvragen voor huisartsen

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In opdracht van de gemeente Amsterdam en de stadsdelen wordt sinds 2002 gewerkt aan het oprichten van Ouder-en-Kindcentra (OKC's) in alle Amsterdamse stadsdelen. Het streven is dat in 2006 in elk stadsdeel minstens één OKC staat.

Het OKC is een goed bereikbare plek waar alle ouders, vanaf zo vroeg mogelijk in de zwangerschap tot het moment dat het kind naar de basisschool gaat, terecht kunnen met alle vragen over de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van hun kind. Het doel is om het kind een zo groot mogelijke kans te geven om gezond op te groeien en het zo goed mogelijk voor te bereiden op een plaats in de maatschappij.

Het OKC is een samenwerkingsverband van Verloskunde, Kraamzorg, de JGZ 0-4 jaar, en aanbieders van opvoedingsondersteuning en ontwikkelingsstimulering. Dit zijn in Amsterdam de stichtingen Welzijn, Bureau Jeugdzorg en soms de JGZ.

De GGD Amsterdam was de eerste GGD in Nederland die jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0-19 jarigen uitvoerde. Zij doet dat voor 85% van de kinderen van 0-4 jaar en voor zo goed als alle kinderen van 4-19 jaar in Amsterdam. De andere kinderen van 0-4 jaar staan onder begeleiding van de Amsterdamse Thuiszorg (AT). Samen leveren de GGD en de AT aan 99% van de Amsterdamse zuigelingen preventieve zorg. Voor peuters en kleuters ligt dit percentage op 97,5% (GG&GD, 2004).

Op 1 januari 2003 woonden in Amsterdam 37270 kinderen van 0-4 jaar. Per jaar worden plusminus 10000 kinderen in Amsterdam geboren. Met 85 % van deze kinderen gaat het goed maar 15 % zal tijdens hun jeugd met problemen geconfronteerd worden. Het betreft hier zowel problemen met de gezondheid, als opvoedings- en psychosociale problemen of een combinatie hiervan. Dit zijn bij 5% van de kinderen ernstige problemen. Hoe eerder deze worden aangepakt hoe meer kans op een betere uitkomst (GG&GD, 2004). Met andere woorden: de OKC's zetten in op zo vroeg mogelijke preventie. Het motto van het OKC is dan ook "Vroeg begonnen, veel gewonnen"

1.2 Aanleiding protocol 'Wijs verwijzen'

Een belangrijke functie van het OKC is het ontwikkelen van een professionele signalering en verwijzingspraktijk. Dit ondermeer door een betere aaneenschakeling van zorg opdat kinderen en ouders eerder, sneller en kwalitatief beter geholpen worden. Dit sluit aan op het basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg (Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2002). Een hiermee samenhangende functie is informatievoorziening. Het OKC beoogt een goed bereikbare plaats te zijn waar ouders terecht kunnen vanaf de zwangerschap totdat het kind naar school gaat, met alle vragen die zij hebben over de gezondheid, ontwikkeling en opvoeding van hun kind.

Door de invoering van de OKC's ontstond naast de behoefte aan structurele informatieoverdracht en vroegtijdige signalering, ook de behoefte desgewenst snel te kunnen doorverwijzen. Wanneer bij kinderen een aandoening of stoornis wordt vermoed of een afwijking wordt gevonden, verwijzen JGZ-artsen tot op heden ouder en kind naar de huisarts. In tweederde van de gevallen is het doel echter aanvullende diagnostiek door een medisch specialist. Het is de vraag in hoeverre bij een aantal aandoeningen de verwijzing via de huisarts niet doelmatiger kan (Buiting & Pijpers, 2002; Buiting et al, 2004). Ook landelijk staat ter discussie of de JGZ-arts net als de

bedrijfsarts rechtstreeks naar de tweede lijn moet kunnen verwijzen (Nauta & Von Grumbkow, 2002; Veenstra & Rikken, 2002). Actiz (voorheen Z-org), GGD Nederland en Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland AJN hebben de minister onlangs verzocht om het in de nieuwe regelgeving mogelijk te maken, dat JGZ-artsen rechtstreeks kunnen verwijzen naar de tweede lijn.

In dit kader is in stadsdeel Amsterdam/Noord in overleg met de Amsterdamse Huisartsen Vereniging (AHV), het Huisartsen overleg Noord (HON) en de zorgverzekeraar besloten een zogenaamde pilot Wijs Verwijzen te starten. Het doel van het protocol Wijs verwijzen is rechtstreekse geprotocolleerde verwijzing vanuit de JGZ naar de tweede lijn waardoor het gebruik van mensen en middelen kan worden geoptimaliseerd.

In de pilot stuurt de JGZ-arts voor een drietal aandoeningen kinderen geprotocolleerd rechtstreeks naar de specialist zonder tussenkomst van de huisarts. Het gaat om de volgende drie typen verwijzingen:

- Verwijzing voor nader onderzoek van de heupen van zuigelingen bij verdenking op heupdysplasie voor een directe verwijzing naar de orthopeed.
- Verwijzing naar de orthoptist of oogarts naar aanleiding van het VOV onderzoek en het visusonderzoek
- Ernstige en of complexe gevallen van spraaktaalproblemen waarbij verwezen wordt naar het multidisciplinaire team van een audiologisch centrum.

Met de directe doorverwijzing wordt beoogd de route van signaleren, verwijzen en terugkoppelen voor het kind en zijn ouders zo kort en eenvoudig mogelijk te houden. Voor de ouders en hun kinderen wordt de verwijsroute efficiënter en klantvriendelijker. Dit doordat ouders een schakel in de verwijsketen kunnen overslaan. En omdat de verwachting is dat het verkorten van de verwijsroute ook leidt tot verkorting van het tijdsbestek tussen verwijzing door de JGZ en de aankomst bij de specialist in de tweede lijn.

Volgend doel van de directe doorverwijzing is een vergroting van het percentage kinderen dat aankomt bij de tweede lijn. Het is bekend dat een deel van de kinderen dat wordt verwezen door de JGZ nu niet aankomt bij de tweede lijn. Verwacht wordt dat ook het percentage terechte verwijzingen naar de drie typen specialisten wordt vergroot door invoering van het protocol. Dit doordat in de pilotsituatie de JGZ-arts nu als enige beslist of een kind wordt doorverwezen.

Naast de directe doorverwijzing is structurele terugkoppeling van de specialist naar de huisarts en de JGZ-arts onderdeel van het protocol. De verwachting is dat de JGZ-artsen daardoor beter op de hoogte blijven van het vervolg op de door hen gedane verwijzingen en dat ook de informering van huisartsen over verwijzingen en de uitkomsten van onderzoeken zo wordt geborgd. (In bijlage A vindt u een uitgebreide toelichting op het protocol).

1.3 Doel pilot

Het doel van deze pilot is om na te gaan of het protocol in de praktijk haalbaar en uitvoerbaar is en de beoogde effecten oplevert. Concrete doelen van de invoering van het protocol waarnaar wordt gekeken zijn:

- Toename van het percentage bij de tweede lijn aangekomen verwijzingen
- Toename van het percentage terechte verwijzingen naar tweede lijn
- Verkorting van tijdsduur van verwijzing door de JGZ tot het eerste consult door de specialist en tot het begin van de behandeling
- Toename van feedback naar JGZ-artsen en huisartsen

2 Procesbeschrijving

In dit hoofdstuk wordt de inhoud van het protocol Wijs verwijzen toegelicht. Ook worden de verschillen belicht tussen de situatie voorafgaand aan de invoering van het protocol en de situatie na de invoering van het protocol in stadsdeel Noord. Inzicht in het protocol verheldert de opzet van de effectmeting en de resultaten van de procesevaluatie.

2.1 Inhoud van het protocol

Het protocol Wijs verwijzen beoogt een efficiënte doorverwijzing van de JGZ naar de tweede lijn. Doelen van de afspraken over rechtstreekse doorverwijzing vanuit het OKC, zijn reeds genoemd in paragraaf 1.3.

Allereerst zijn voor de duur van de pilot afspraken gemaakt met huisartsen en verwijzinstellingen in stadsdeel Amsterdam Noord, zodat bij vermoeden van drie typen problemen door de JGZ 0-4 jaar in dit stadsdeel, direct kan worden doorverwezen naar de specialisten in de tweede lijn. Afgesproken is de verwijzlijnen van de huisartsen te blijven gebruiken, maar nu zonder tussenkomst van de huisarts.

Een tweede belangrijk onderdeel van het protocol is de verwijsbrief die via de ouders mee gaat naar de specialist in de tweede lijn. Voor de drie typen verwijzing zijn gestandaardiseerde verwijsbrieven aangepast of ontwikkeld. Deze verwijsbrief geldt als korte kaart en bevat de argumenten voor doorverwijzing.

Derde belangrijk onderdeel is een begeleidende brief die met elke directe verwijzing mee gaat naar de specialist. Hierin staat ondermeer vermeld dat de berichtgeving niet alleen naar de verwijzer, maar ook naar de huisarts verstuurd dient te worden. Deze begeleidende brief zorgt dus voor de terugrapportage van de bevindingen door de specialist in de tweede lijn naar de JGZ 0-4 jaar en de huisarts.

2.2 Huidige situatie versus nieuwe situatie

In de pilot gaat het om een drietal verwijzingen:

1. Nader onderzoek van de heupen van zuigelingen bij verdenking op heupdysplasie voor een directe verwijzing naar de orthopeed.
2. Verwijzing naar de orthoptist of oogarts naar aanleiding van het VOV onderzoek en het visusonderzoek
3. Ernstige en of complexe gevallen van spraaktaalproblemen waarbij verwezen wordt naar het multidisciplinaire team van een audiologisch/spraaktaal centrum

In de drie hierna volgende paragrafen wordt de ‘nieuwe’ situatie na de invoering van het protocol vergeleken met de ‘oude’ situatie voor de invoering. Dit gebeurt voor de drie typen verwijzingen.

2.3 Directe verwijzing van zuigelingen bij verdenking van heupdysplasie

2.3.1 *Oude situatie*

De JGZ-arts kon naar aanleiding van lichamelijk onderzoek, ouder en kind naar de huisarts verwijzen op verdenking van heupdysplasie. De huisarts droeg zorg voor aanvullende diagnostiek en behandeling of voor een eventuele verdere doorbegeleiding naar een specialist (orthopeed). Ook in die gevallen dat er sprake was van een

radiodiagnostische screening bij een stuitligging of bij een positieve familieanamnese werd verwezen naar de huisarts.

2.3.2 *Pilotsituatie*

Als de JGZ-arts naar aanleiding van lichamelijk onderzoek, op basis van het protocol heuponderzoek afwijkingen constateert, verwijst de JGZ-arts ouder en kind direct door naar de orthopeed. De JGZ-arts gebruikt voor de rechtstreekse verwijzing een nieuw ontwikkelde verwijsbrief 'Verdenking heuppathologie'. De verwijsbrief geldt als korte kaart. De ouders moeten deze meenemen naar de specialist. Op de verwijsbrief staat het adres van de huisarts.

Ouders ontvangen van de JGZ-arts het nummer van de poli orthopedie en dienen zelf een afspraak te maken. Binnen 10 tot 14 dagen hoort het kind gezien te worden. De kinderen worden ingepast in het normale spreekuur. Ouders krijgen naast de verwijsbrief ook een begeleidende brief mee voor de specialist, met daarin onder andere het verzoek de verwijzende JGZ-arts en de huisarts op de hoogte te brengen van de resultaten. In het belang van de pilot noteert de JGZ-arts de verwijzing ook op de standaard verwijsbrief van de GGD, deze wordt in de status opgeborgen. De harde kaart komt in het verwijsbakje op het bureau.

In die gevallen dat er sprake is van een radiodiagnostische screening bij een stuitligging of bij een positieve familieanamnese wordt nog wel verwezen naar de huisarts.

In de praktijk in deze pilot lopen de heupverwijzingen via drie ziekenhuizen, afhankelijk van het verwijsgedrag van de huisarts. Het grootste deel van de verwijzingen geschiedt echter via het BovenIJ ziekenhuis, daarom is dat ziekenhuis in de pilot betrokken.

2.4 **Directe verwijzing naar orthoptist of oogarts**

2.4.1 *Oude situatie*

Als de JGZ-arts naar aanleiding van het VOV onderzoek en of het visusonderzoek, problemen signaleerde met betrekking tot het gezichtsvermogen / een visuele stoornis, dan verwees de JGZ-arts ouder en kind naar de huisarts. Bij de verwijzing werd gebruik gemaakt van de landelijke JGZ standaard Opsporing van visuele stoornissen 0-19 jaar (Fleuren, Verlaan, van Velzen-Mol & van Dommelen, 2006) en het VOV-protocol. De huisarts verrichte vervolgens aanvullende diagnostiek en of behandeling of kon verwijzen naar een orthoptist of oogarts.

Naast de verwijzing naar de huisarts kon de JGZ-arts, indien er twijfel bestond over het onderzoek, ook ouder en kind verwijzen naar de preventieve orthoptist van de GGD, Trijntje Sjoerdsma. Voor deze verwijzing binnen de GGD bestond al een standaard verwijsbrief.

2.4.2 *Pilotsituatie*

De JGZ-arts verwijst direct naar de orthoptist / oogarts in het ziekenhuis naar aanleiding van het VOV en of visusonderzoek (voorwaarden voor verwijzing staan op het protocol VOV en de landelijke JGZ standaard Opsporing van visuele stoornissen 0-19 jaar). De verwijzing gebeurt met behulp van een nieuw ontwikkelde verwijsbrief 'Verwijsbrief oogarts / orthoptist'.

Ook in de nieuwe situatie kan nog worden verwezen naar de preventieve orthoptist van de GGD via het standaard verwijsformulier. Ook deze verwijsbrief geldt als korte kaart en wordt samen met de begeleidende brief meegenomen door de ouders naar de specialist. Ouders maken zelf een afspraak en horen binnen vier weken te worden

gezien. Bij spoedgevallen kan de JGZ-arts telefonisch contact opnemen met de orthoptist en nog voor dezelfde dag een afspraak plannen.

Alle kinderen worden in het Bovenij ziekenhuis in eerste instantie gezien door de orthoptist, daarna onderzoekt de oogarts het kind ten minste éénmaal op oogheelkundige afwijkingen. De specialist wordt via de verwijfsbrief en begeleidende brief verzocht om de bevindingen schriftelijk door te geven aan de huisarts en de verwijzende JGZ-arts. De ouders krijgen de nieuwe folder 'Zicht op het zien van uw kind' mee. Bij een verwijzing naar de preventieve orthoptist van de GGD, krijgen de ouders de oude folder van de GGD mee.

In het kader van de pilot noteert de JGZ-arts de gegevens ook op de standaard verwijfsbrief van de GGD. Deze verwijfsbrief bewaart de JGZ-arts in de status, de harde kaart komt in het verwijfsbakje. Op deze kaart wordt de (differentiaal) diagnose genoteerd.

2.5 Directe verwijzing van spraaktaalproblemen naar audiologisch centrum

2.5.1 *Oude situatie*

Als de JGZ-arts naar aanleiding van lichamelijk onderzoek ernstige en of complexe spraaktaalproblemen vermoedde, verwees hij ouder en kind door naar het audiologisch centrum. In de andere gevallen werd doorverwezen naar de huisarts. De huisarts verrichtte vervolgens aanvullende diagnostiek en of behandeling of kon doorverwijzen naar een KNO-arts, logopedist of een audiologisch centrum. In Amsterdam zijn er daarvan drie. De doorverwijzing naar het audiologisch centrum, geschiedt op basis van het regioconvenant uit 1999. Daar is destijds een verwijfsbrief voor gemaakt.

2.5.2 *Pilotsituatie*

Bij ernstige en of complexe gevallen van spraaktaal problemen wordt volgens het regio convenant door de JGZ-arts, direct doorverwezen naar het multidisciplinaire team van het audiologisch centrum. Daarvoor is een nieuwe verwijfsbrief 'Spraaktaal probleem' ontwikkeld. In de andere gevallen of als de JGZ-arts naar een KNO-arts of logopedist wil verwijzen, gaat dat nog steeds via de huisarts. Ook daarvoor moet de nieuwe verwijfsbrief worden ingevuld. Bij verwijzing naar zowel het audiologisch centrum als bijvoorbeeld de logopedist, dienen er twee verwijfsbrieven te worden ingevuld. Er zijn drie audiologische centra in Amsterdam, waarbij de verwijfsroutes enigszins van elkaar verschillen. Het merendeel van de kinderen uit deze pilot wordt verwezen naar het eerstgenoemde audiologische centrum, op de Derkinderenstraat. Dit audiologisch centrum wordt daarom in de pilot betrokken.

1. Effatha Guyot (SACA): hier geldt de verwijfsbrief gelijk als korte kaart en dient bij rechtstreekse verwijzing samen met de begeleidende brief te worden meegenomen naar de afspraak met de specialist. De ouders dienen zelf een afspraak te maken met het audiologisch centrum. Binnen vijf maanden horen de ouders een schriftelijke uitnodiging te ontvangen.
2. AMC Audiologisch Centrum: de verwijfsbrief geldt wel als korte kaart. De JGZ-arts stuurt de verwijfsbrief en begeleidende brief voor de specialist op naar het AMC Audiologisch Centrum. De ouders horen binnen zes weken schriftelijk te worden uitgenodigd door het centrum.
3. VU Audiologisch Centrum: de verwijfsbrief geldt wel als korte kaart en wordt samen met de begeleidende brief voor de specialist opgestuurd door de JGZ-arts. Naar aanleiding van de verwijzing horen de ouders binnen zes weken te worden uitgenodigd.

In het kader van de pilot, noteert de JGZ-arts de gegevens van alle kinderen die in dit kader worden verwezen op de standaard GGD verwijsbrief. Deze wordt bewaard in de status. De harde kaartjes horen te worden bewaard in het verwijsbakje op het bureau. De (differentiaal) diagnose hoort op het kaartje genoteerd te worden.

3 Methoden evaluatie

In dit hoofdstuk wordt beschreven welke methoden en uitkomstmaten worden gebruikt om de evaluatie van het protocol Wijs verwijzen vorm te geven en uit te voeren.

3.1 Opzet

Het onderzoek bestaat uit twee metingen. Enerzijds vindt een effectmeting plaats om te zien in hoeverre met het protocol de beoogde doelen worden bereikt. Anderzijds vindt een procesevaluatie plaats om inzicht te krijgen in de beleving van het protocol door de betrokken disciplines.

Voor de effectmeting is gekozen voor het zogenaamde pretest-posttest design. Hierbij wordt de situatie in stadsdeel Amsterdam Noord voorafgaand aan de invoering van het protocol vergeleken met de situatie in dit zelfde stadsdeel na de invoering van het protocol. Voor dit type design is gekozen omdat het praktisch haalbaar is. Nadeel van dit design is dat niet kan worden uitgesloten dat verschillen het gevolg zijn van veranderingen in de tijd anders dan de interventie.

De voormeting is retrospectief en de pilotmeting continu. De voormeting heeft betrekking op de periode juni 2003 tot en met april 2004 en de pilotmeting (nameting) beslaat de periode mei 2004 tot en met februari 2005. Voor zowel de voormeting als de pilotmeting wordt zoveel mogelijk gebruik gemaakt van bestaande registratiesystemen. De benodigde gegevens worden verzameld op basis van dossieronderzoek, registratie door JGZ-artsen (nameting) en registratiebestanden van de betrokken specialisten in de tweede lijn.

Naast de effectmeting vindt ook een procesevaluatie plaats bij de disciplines die betrokken zijn bij de uitvoering van het protocol. Voor de procesevaluatie wordt gebruik gemaakt van semi-gestructureerde interviews. Ter aanvulling wordt ook een kort interview afgenomen bij enkele ouders.

3.2 Uitkomstmaten en methoden effectmeting

Bij de effectmeting in het onderzoek worden vergelijkingen gemaakt tussen de 'oude situatie' (voor invoering van het protocol) en de 'nieuwe situatie' na de invoering van het protocol op basis van de volgende vijf kwantitatieve uitkomstmaten:

1. Percentage kinderen dat na verwijzing door JGZ aankomt bij tweede lijn.
2. Percentage terechte verwijzingen door JGZ naar tweede lijn
3. Tijdsduur tussen verwijzing door JGZ en eerste consult bij verwijsinstelling.
4. Percentage onderzochte kinderen, waarvan rapportage naar huisarts gaat.
5. Percentage onderzochte kinderen, waarvan rapportage naar JGZ gaat.

Ter verduidelijking: Met de term 'terechte' verwijzing wordt bedoeld op verwijzingen die daadwerkelijk door een vervolgetraject worden gevolgd.

In de volgende vijf subparagrafen wordt per uitkomstmaat een beschrijving gegeven van de wijze van gegevensverzameling.

3.2.1 *Percentage kinderen dat na verwijzing door JGZ aankomt bij tweede lijn.*

Deze uitkomstmaat 1 kan worden vastgesteld aan de hand van de volgende gegevens:

- Het aantal kinderen dat wordt verwezen naar de tweede lijn
- Het aantal kinderen dat aankomt bij de tweede lijn

De hypothese bij uitkomstmaat 1 is, dat het percentage kinderen dat aankomt bij de tweede lijn toeneemt in de pilotsituatie. Dit doordat er dan een schakel minder is in het verwijstraject, te weten de huisarts, waar ouders met hun kind heen moeten gaan voor de verwijzing.

3.2.2 *Percentage terechte verwijzingen door JGZ naar tweede lijn.*

Deze uitkomstmaat 2 kan worden vastgesteld aan de hand van de volgende gegevens:

- Het aantal verwijzingen door de JGZ naar de drie typen specialisten in de tweede lijn.
- Het aantal verwijzingen naar de drie typen specialisten in de tweede lijn, dat terecht is.

De hypothese bij uitkomstmaat 2 is, dat door de invoering van het protocol het percentage terechte verwijzingen toeneemt. Dit doordat in de pilotsituatie de JGZ-arts nu als enige beslist of een kind wordt doorverwezen.

3.2.3 *Tijdsduur tussen verwijzing JGZ en eerste consult bij verwijsinstelling.*

Deze uitkomstmaat 3 betreft de tijdsduur in dagen tussen de verwijzing door de JGZ 0-4 en het eerste consult bij de verwijsinstelling. Dit kan worden vastgesteld aan de hand van de volgende gegevens:

- De datum waarop het kind wordt verwezen naar de tweede lijn.
- De datum waarop het eerste consult plaatsvindt door de specialist van de tweede lijn.

Hypothese bij deze uitkomstmaat 3 is, dat de tijdsduur in dagen tussen de verwijzing en het eerste consult korter is in de pilotsituatie. Dit doordat de ouders niet eerst voor een verwijzing langs de huisarts hoeven.

3.2.4 *Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar huisarts gaat.*

Deze uitkomstmaat 4 kan worden vastgesteld op basis van de volgende gegevens:

- Het aantal kinderen dat is onderzocht door de specialist in de tweede lijn
- Het aantal kinderen dat is onderzocht waarvan een rapportage naar de huisarts wordt gestuurd.

Hypothese bij uitkomstmaat 4 is, dat het percentage kinderen dat onderzocht is door de specialist en de huisarts een rapportage ontvangt, toeneemt door invoering van het protocol. Dit omdat onderdeel van het protocol het verzoek is aan de specialist tot het geven van feedback aan de huisarts over de bevindingen.

3.2.5 *Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar JGZ gaat.*
Deze uitkomstmaat 5 kan worden vastgesteld op basis van de volgende gegevens:

- Het aantal kinderen dat is onderzocht door de specialist in de tweede lijn
- Het aantal kinderen dat is onderzocht waarvan een rapportage naar de JGZ is gestuurd.

Hypothese bij deze uitkomstmaat 5 is, dat door invoering van het protocol het percentage kinderen dat onderzocht is door de tweede lijn, waarvan de JGZ een terugrapportage ontvangt, toeneemt. Dit doordat de specialist in het protocol wordt verzocht ook de JGZ-arts die het kind heeft verwezen in te lichten over de bevindingen.

3.3 Statistische analyse

Voor de toetsing van de verschillen tussen de voor- en de nameting geldt dat de mogelijke verschillen in percentages tussen de voor- en pilotmeting, indien de celvulling dit toelaat worden getoetst met behulp van een Chikwadraattoets en anders met een Fisher's Exact toets. Als grenswaarde voor significantie wordt $p < 0.05$ aangehouden en er wordt tweezijdig getoetst (omdat niet zeker is welke kant op de mogelijke verschuivingen plaatsvinden).

Om te toetsen of er verschillen zijn tussen de doorlooptijd wordt gebruik gemaakt van een Student's t-toets, ook daar wordt als grenswaarde voor significantie $p < 0.05$ aangehouden en er wordt er tweezijdig getoetst. Als er te weinig gegevens zijn voor toetsing worden de verzamelde gegevens beschreven.

3.4 Uitkomstmaten en methoden procesevaluatie

Om naast de effectmeting ook een uitspraak te kunnen doen over de beleving van het protocol door de betrokken disciplines, worden de volgende kwalitatieve uitkomstmaten middels semi-gestructureerde interviews geïnventariseerd.

- Mate van bekendheid van het protocol bij JGZ-artsen, de specialisten van de instellingen waarnaar wordt verwezen en huisartsen.
- Ervaren bruikbaarheid van het protocol volgens JGZ-artsen, de specialisten van de instellingen waarnaar wordt verwezen en huisartsen.
- Ervaren relevantie van het protocol voor de werkuitoefening volgens JGZ-artsen, de specialisten van de instellingen waarnaar wordt verwezen en huisartsen.
- Belemmerende en bevorderende factoren voor het gebruik van het protocol, mogelijk aangevuld met suggesties ter verbetering van het protocol.

Interviews zullen worden gehouden met huisartsen, JGZ-artsen en specialisten uit de tweede lijn (orthoptist, oogarts en orthopeed) uit stadsdeel Amsterdam Noord. De verwachting is dat de genoemde professionals dan ervaring kunnen hebben met het ontwikkelde en in gebruik zijnde protocol. Ter voorbereiding op de interviews krijgen de betrokkenen de interviewvragen toegestuurd. (Ter illustratie zijn de vragen die zijn gesteld aan huisartsen toegevoegd als bijlage B). In aanvulling op de procesevaluatie wordt ook bij vijf ouders een kort interview afgenomen.

De instellingen en personen die betrokken zijn bij de procesevaluatie staan vermeld in tabel 3.1.

Tabel 3.1: Deelnemende instellingen / personen in stadsdeel Noord.

Discipline	Instelling / Persoon
kwartiermaker	Jocelyn Didde Projectleider OKC Noord Stadsdeel Amsterdam Noord Postbus 37608 1030 BB Amsterdam (bezoekadres Buikslotermeerplein 18) +3120 6349599 +31 612508150 j.didde@noord.amsterdam.nl
Verpleegkundigen JGZ	JGZ 0-4 jaar Wingerdweg Wingerdweg 52 1032 AN Amsterdam +31 205555886 JGZ 0-4 jaar Aldebaranplein Aldebaranplein 2F 1033 GS Amsterdam +31 205555806 JGZ 0-4 jaar Purmerweg Purmerweg 46 1023 BA Amsterdam +31 205555811
Huisartsen	Vijf van de huisartsen werkzaam in stadsdeel Amsterdam Noord
Orthopeden	BovenIJ ziekenhuis Polikliniek Orthopedie Statenjachtstr 1 1034CS Amsterdam
Orthoptisten / oogartsen	BovenIJ ziekenhuis Polikliniek Orthoptie Statenjachtstraat 1 1034CS Amsterdam 020 6346346
Audiologisch centrum	Effatha Guyot Derkinderenstraat 1 1062 BE Amsterdam 020 6171814 020-3467180

4 Resultaten

In dit hoofdstuk staan de resultaten van de effectmeting en van de procesevaluatie van het protocol Wijs verwijzen beschreven. Voor de overzichtelijkheid worden de resultaten van de effectmeting per type verwijzing beschreven. Paragraaf 4.1 gaat in op de resultaten van de effectmeting bij verwijzing naar de orthofoon bij vermoeden van heupdysplasie, in paragraaf 4.2 zijn de resultaten van de effectmeting ten aanzien van de verwijzingen naar de orthoptist of oogarts en in paragraaf 4.3 staan de resultaten van de effectmeting rondom de verwijzing van ernstige en complexe spraaktaalproblemen naar het audiologisch centrum. In paragraaf 4.4 tot slot staan de bevindingen uit de procesevaluatie van de drie typen verwijzingen. De procesevaluatie is gebaseerd op de interviews met de betrokken disciplines, aangevuld met de resultaten van de interviews met enkele ouders. De bevindingen uit de procesevaluatie vergroten het inzicht in de resultaten van de effectmeting.

4.1 Directe doorverwijzing van zuigelingen bij verdenking van heupdysplasie

In de voormeting waren 39 kinderen betrokken, die geboren zijn tussen maart 2002 en maart 2004. In de pilotmeting zijn 27 kinderen betrokken, die geboren zijn tussen december 2003 en december 2004. Dit zijn de kinderen die door de JGZ-artsen op de JGZ 0-4 jaar locaties (consultatiebureaus) zijn doorverwezen omdat er verdenking was van heupdysplasie. Bij de voormeting werden de kinderen verwezen via de huisarts en bij de pilotmeting werd direct doorverwezen naar de orthofoon.

4.1.1 *Percentage kinderen dat aankomt bij tweede lijn na verwijzing door JGZ.*

In tabel 4.1 staat overzichtelijk weergegeven hoeveel kinderen bij de voor- en pilotmeting zijn verwezen door de JGZ-arts naar de tweede lijn en hoeveel kinderen daar uiteindelijk zijn aangekomen.

Zoals uit tabel 4.1 blijkt wordt in de voormeting uiteindelijk 64% (n=25) van de verwezen kinderen onderzocht door de orthofoon en in de pilotmeting 89% (n=24). Het percentage kinderen dat is gezien door de orthofoon ten opzichte van het aantal kinderen dat door de JGZ-arts is doorverwezen, is daarmee in de pilotmeting hoger dan in de voormeting ($\chi^2 = 5.126$, $df=1$, $p=0.024$). Hypothese 1 waarbij een toename wordt verwacht in het percentage kinderen dat aankomt bij de tweede lijn vindt daarmee ondersteuning. Bij directe verwijzing wordt een beduidend groter deel van de verwezen kinderen daadwerkelijk onderzocht door de orthofoon dan bij de voormeting. Ander punt dat opvalt, is dat bij de voormeting vijf kinderen die wel waren verwezen door de JGZ-arts nooit bij de huisarts zijn aangekomen.

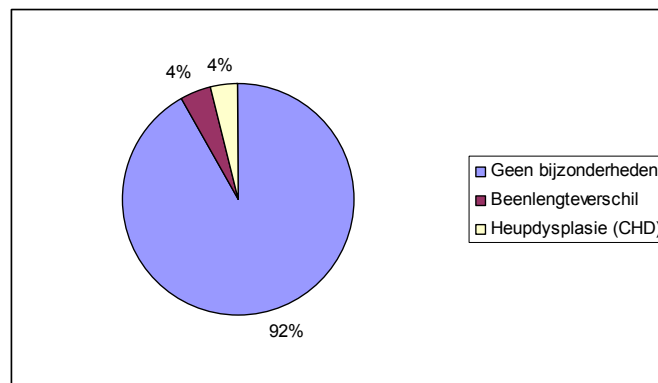
Tabel 4.1: Overzicht aantal kinderen verwezen met een vermoeden van een heupafwijking.

	Voormeting juni 2003 tot mei 2004	Pilotmeting mei 2004 tot maart 2005
Aantal kinderen verwezen door JGZ-arts	39	27
Aantal kinderen verwezen naar huisarts	39	n.v.t.
Aantal kinderen onderzocht door huisarts	34	n.v.t.
Aantal kinderen verwezen naar fysiotherapie / kinderarts	3	n.v.t.
Aantal kinderen verwezen naar orthopeed	29	27
Aantal kinderen onderzocht door orthopeed	25 (=64%)	24 (=89%)

4.1.2 *Percentage terechte verwijzingen door JGZ naar tweede lijn.*

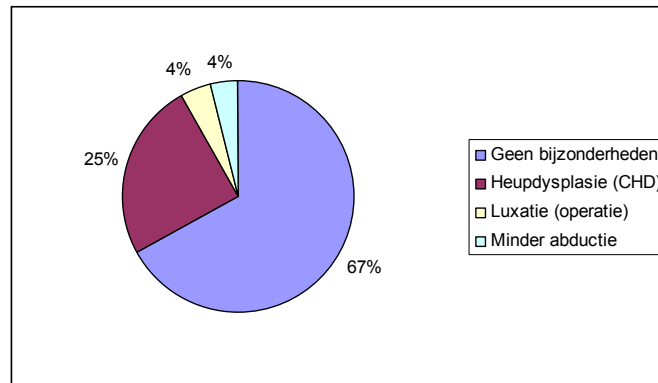
Uiteindelijk zijn bij de voormeting 25 kinderen door de orthopeed gezien en bij de pilotmeting 24. Uit figuur 4.1 kan worden afgelezen dat bij 23 (92%) van de 25 kinderen uit de voormeting die bij een orthopeed zijn geweest, geen bijzonderheden werden geconstateerd. Bij 4% (n=1) werd beenlengteverschil geconstateerd en bij eveneens 4% (n=1) werd heupdysplasie (CHD) geconstateerd.

Van de 2 kinderen die naar de kinderarts zijn verwezen is eveneens de gestelde diagnose bekend. Bij één van de kinderen werd Beckwitt geconstateerd, bij het andere kind werden geen bijzonderheden geconstateerd. Bij het kind dat naar de kinderfysiotherapeut was doorverwezen werden eveneens geen bijzonderheden gediagnosticeerd.



Figuur 4.1: Diagnoses van orthopeed bij voormeting.

Uit figuur 4.2 kan worden afgelezen wat de diagnoses waren tijdens de pilotmeting.



Figuur 4.2: Diagnoses van orthoeped bij pilotmeting.

Het percentage 'terechte' verwijzingen was daarmee in de pilot hoger dan in de voormeting, 33% versus 8%; Fisher Exact waarde=4.838, $p=0.037$. Hypothese 2 wordt daarmee ondersteund. Let wel, het verschil is dan weliswaar significant, er moet wel in het achterhoofd worden gehouden, dat het hier om metingen met kleine aantallen kinderen gaat.

- 4.1.3 *Tijdsduur tussen verwijzing door JGZ en eerste consult bij verwijsinstelling*
 Bij de voormeting was een spreiding van het aantal dagen tussen verwijzing en het eerste consult bij de orthoeped van 0 tot 133 dagen, waarbij de mediaan op 27 dagen ligt. Bij de pilotmeting was een spreiding gevonden van 7 tot 84 dagen, met de mediaan op 18 dagen. Hoewel er al wel duidelijk een dalende trend waarneembaar is, is het verschil in het gemiddelde aantal dagen net niet significant ($t=1.783$, $p=0.083$). Hypothese 3 wordt daarmee niet ondersteund door de resultaten. Uitgaande van dezelfde verschillen tussen beide steekproeven, zou bij steekproeven van een omvang van elk ten minste 31 kinderen, het verschil wel statistisch significant zijn.
- 4.1.4 *Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar huisarts gaat*
 De mate waarin bij de voormeting is terug gerapporteerd door de orthoepeden naar de huisarts is onbekend. Bij de pilotmeting is over 23 kinderen (96%) een terugrapportage naar de huisarts gegaan. Door het ontbreken van gegevens over terugrapportage tijdens de voormeting, kan bij deze uitkomstmaat niet worden getoetst op verschillen.
- 4.1.5 *Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar JGZ gaat*
 Bij de voormeting is van 11 kinderen (44%) terug gerapporteerd aan de JGZ wat de bevindingen waren van de orthoeped. Bij de pilotmeting is er over 24 kinderen (100%) een terugrapportage verstuurd aan de JGZ-arts. Daarmee is in de pilotmeting meer sprake van terugrapportage dan bij de voormeting (Fisher Exact waarde=17.829, $p<0.001$) en wordt hypothese 5, waarin een toename van rapportages naar de JGZ werd verwacht, ondersteund.

4.2 Directe doorverwijzing naar orthoepist of oogarts

In de voormeting waren bij dit type verwijzing 26 kinderen betrokken geboren tussen oktober 1998 en oktober 2003. In de pilotmeting zijn 53 kinderen betrokken, geboren tussen september 1999 en november 2004. Dat zijn de kinderen die zijn verwezen door de JGZ-arts waarbij een vermoeden was van oogproblemen.

4.2.1 *Percentage kinderen dat aankomt bij tweede lijn na verwijzing door JGZ*

Tabel 4.2 geeft een overzicht van wat er met de kinderen is gebeurd die bij de voor- en pilotmeting zijn verwezen door de JGZ-arts. Al lijkt zoals blijkt uit tabel 4.2 het percentage geziene kinderen door de orthoptist / oogarts wel in de verwachte richting te verschuiven, is het percentage kinderen dat na verwijzing vanuit de JGZ is gezien door een oogarts/orthoptist echter niet significant groter dan bij de voormeting ($\chi^2= 3.542$, $df=1$, $p=0.266$). Hypothese 1 wordt niet door de resultaten ondersteund, bij dit type verwijzing. Ook bij deze meting geldt dat de toets gebaseerd is op vrij kleine aantallen kinderen. Uitgaande van een zelfde verschil tussen de voormeting en de pilotmeting zou bij een steekproef die ruim drie keer zo groot is (voormeting met $n=72$, pilotmeting met $n=166$) het verschil statistisch wel significant zijn.

Tabel 4.2: Overzicht aantal kinderen verwezen naar oogarts/orthoptist

	Voormeting juni 2003 tot mei 2004	pilotmeting mei 2004 tot maart 2005
Aantal kinderen verwezen door JGZ-arts	26 ¹	53
Aantal kinderen verwezen naar huisarts	25 ²	n.v.t.
Aantal kinderen gezien door huisarts	25	n.v.t.
Aantal kinderen verwezen naar oogarts/orthoptist	18	53
Aantal kinderen gezien door oogarts/orthoptist	16 (=70% ³)	43 (=81%)

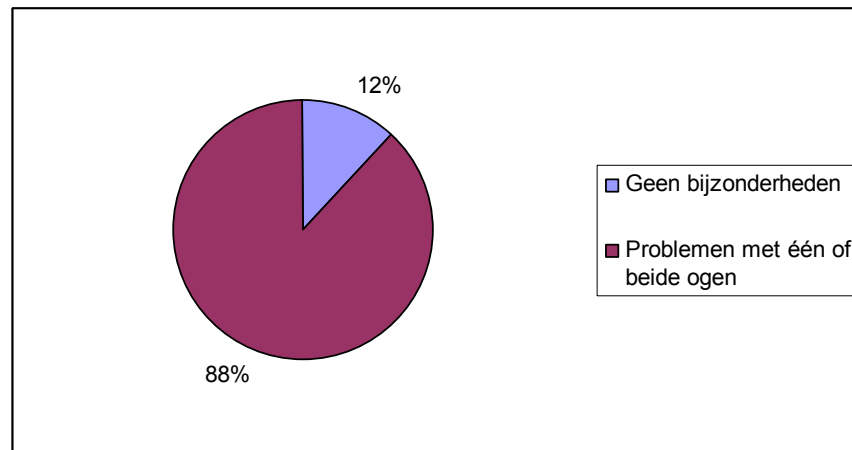
¹ Dit betreft 26 kinderen 'gezien' door de JGZ. Van deze 26 kinderen waar oogproblemen waren vastgesteld en die werden verwezen, bleken 3 kinderen reeds onder behandeling te zijn bij de oogarts / orthoptist.

² 25 kinderen zijn door de JGZ-arts verwezen naar de huisarts (waarvan 2 al onder behandeling waren. Eén kind is dus niet doorverwezen naar de huisarts).

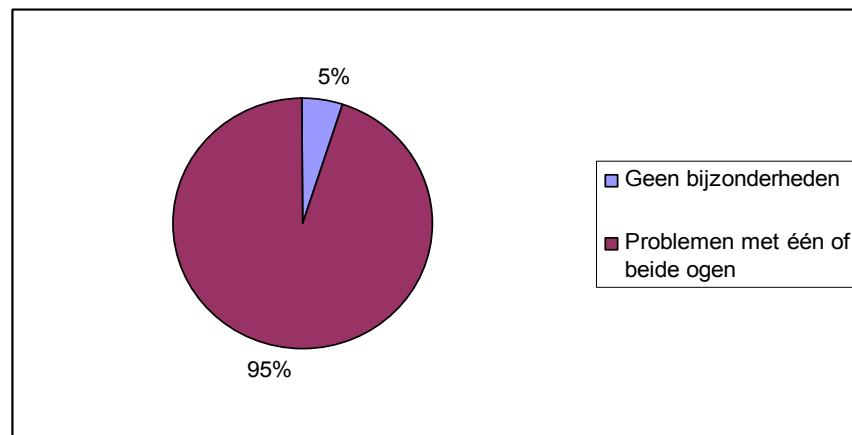
³ Dit percentage is berekend n.a.v. 23 kinderen, die 'nieuw' verwezen zijn.

4.2.2 *Percentage terechte verwijzingen door JGZ naar tweede lijn*

Uiteindelijk zijn in de voormeting 16 kinderen bij de oogarts / orthoptist geweest en in de pilotmeting 43 kinderen. Figuur 4.3 en figuur 4.4 geven inzicht in wat de diagnoses waren bij respectievelijk de voor- en de pilotmeting. Tijdens de voormeting zijn 14 van de 16 kinderen (88%) terecht verwezen en bij de pilotmeting 41 van de 43 kinderen (95%). Al lijkt het percentage terechte verwijzingen wel in de verwachte richting te verschuiven, is dit verschil echter niet significant (Fisher Exact waarde=4.196, $p=0.268$). Daardoor kan niet worden gezegd dat het percentage terechte verwijzingen in de nameting groter is dan in de voormeting. Uitgaande van een zelfde verschil tussen de voormeting en de pilotmeting zou bij een steekproef die ruim drie keer zo groot is (voormeting met $n=54$, pilotmeting met $n=146$), het verschil wel statistisch significant zijn.



Figuur 4.3: Diagnoses van orthoptist / oogarts bij voormeting.



Figuur 4.4: Diagnoses van orthoptist / oogarts bij pilotmeting.

- 4.2.3 *Tijdsduur tussen verwijzing door JGZ en eerste consult bij verwijsinstelling*
 Het aantal dagen tussen de verwijzing door de JGZ-arts liep bij de voormeting uiteen van 18 tot 209 dagen. De mediaan lag bij 54 dagen. Bij de pilotmeting was de spreiding 1 tot 94 dagen. De mediaan lag bij 30 dagen. Het gemiddelde aantal dagen tussen verwijzing en eerste consult was daarmee in de nameting beduidend lager dan in de voormeting ($t=3.490$, $p=0.001$). Daarmee wordt hypothese 3 ondersteund.
- 4.2.4 *Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar huisarts gaat*
 Bij de voormeting is onbekend in hoeverre er sprake is geweest van terugrapportage van bevindingen van de oogarts/orthoptist naar de huisarts. Bij de pilotmeting heeft de huisarts van alle kinderen (100% / $n=43$) die op consult zijn geweest bij de oogarts / orthoptist (kinderen met problemen aan één of beide ogen en de kinderen waarbij geen bijzonderheden zijn vastgesteld) een brief met bevinding ontvangen van de oogarts / orthoptist. Door ontbreken van gegevens van de voormeting kan hier niet worden getoetst op verschillen.
- 4.2.5 *Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar JGZ gaat*
 Bij de voormeting is bij geen van de kinderen een rapportage met bevindingen door de oogarts/orthoptist naar de JGZ-arts gestuurd. Bij de nameting is dit bij alle 43 kinderen (100%) wel gebeurd. Hier is duidelijk sprake van een toename in terugrapportage door de oogarts/orthoptist naar de JGZ 0-4 jaar in de pilotsituatie (Fisher Exact

waarde=63.000, $p<0.001$). Daarmee vindt hypothese 5 voor dit type verwijzing ondersteuning.

4.3 Directe verwijzing van spraaktaalproblemen naar audiologisch centrum

In de voormeting waren bij dit type verwijzing 56 kinderen betrokken, geboren tussen april 1999 en april 2003. In de pilotsituatie zijn 40 kinderen betrokken, geboren tussen juli 2000 en augustus 2004. Dit zijn de kinderen die in de voormeting en pilotmeting zijn verwezen door de JGZ-arts, omdat er vermoeden bestond van ernstige en of complexe spraaktaalproblemen.

4.3.1 Percentage kinderen dat aankomt bij tweede lijn na verwijzing door JGZ

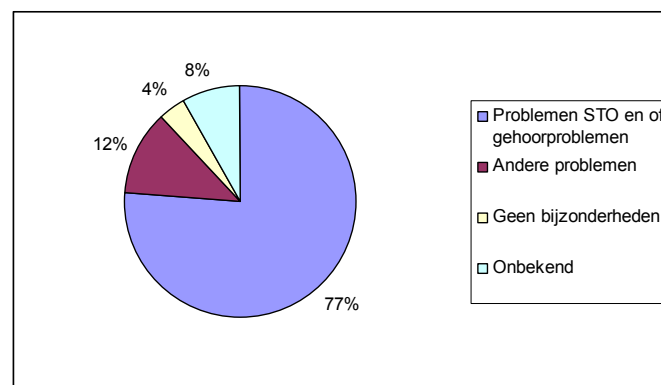
Tabel 4.3 geeft een overzicht van hoeveel kinderen zijn verwezen door de JGZ-arts en hoeveel van hen uiteindelijk zijn gezien door het multidisciplinaire team van het audiologisch centrum. Van de kinderen uit de nameting is een beduidend groter deel uiteindelijk in het audiologisch centrum terecht gekomen dan van de kinderen uit de voormeting: 90% versus 46% ($\chi^2=19.367$, $df=1$, $p<0.001$). Opvallend bij de voormeting was verder dat 43 kinderen (77%) van 56 kinderen die waren verwezen, maar is aangekomen bij de huisarts.

Tabel 4.3: Overzicht van aantal kinderen verwezen naar het audiologisch centrum.

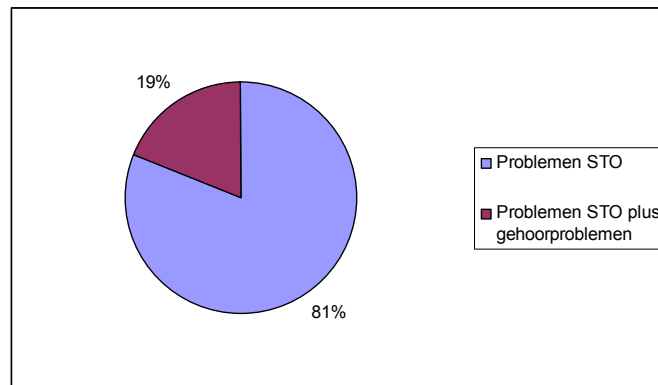
	Voormeting juni 2003 tot mei 2004	pilotmeting mei 2004 tot maart 2005
Aantal kinderen verwezen door JGZ-arts	56	40
Aantal kinderen verwezen naar huisarts	56	n.v.t.
Aantal kinderen gezien door huisarts	43	n.v.t.
Aantal kinderen verwezen naar audiologisch centrum	42	40
Aantal kinderen gezien in audiologisch centrum	26 (=46%)	36(=90%)

4.3.2 Percentage terechte verwijzingen door JGZ naar tweede lijn

Uiteindelijk zijn in de voormeting 26 kinderen gezien door het team van het audiologisch centrum en in de pilotmeting 36 kinderen. Figuur 4.5 en 4.6 geven inzicht in de diagnoses die in de voormeting en pilotmeting door het audiologisch centrum zijn gesteld. Daaruit blijkt dat in de voormeting 96% ($n=25$) van de aangekomen kinderen terecht is verwezen en in de pilotmeting 100% ($n=36$). Dit verschil is niet significant (Fisher Exact waarde=1.407, $p=0.419$).



Figuur 4.5: Diagnoses gesteld door het audiologisch centrum in de voormeting.



Figuur 4.6: Diagnoses gesteld door het audiologisch centrum in de pilotmeting.

- 4.3.3 *Tijdsduur tussen verwijzing door JGZ en eerste consult bij verwijzinstelling*
 Het aantal dagen tussen de verwijzing door de JGZ-arts liep bij de voormeting uiteen van 12 tot 327 dagen. De mediaan lag bij 152 dagen. Bij de pilotmeting liep het aantal dagen uiteen van 24 tot 161 dagen. De mediaan lag bij 61 dagen. Het gemiddelde aantal dagen tussen verwijzing en eerste consult is daarmee in de pilotmeting beduidend lager dan in de voormeting ($t=4.411$, $p<0.001$). Daarmee wordt hypothese 3 ondersteund door de resultaten.
- 4.3.4 *Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar huisarts gaat*
 Van de voormeting is onbekend van welk deel van de 26 kinderen die zijn gezien op het audiologisch centrum er een terugrapportage is gegaan van het audiologisch centrum naar de huisarts. In de nameting is van alle 36 geziene kinderen een rapportage met bevindingen naar de huisarts gestuurd. Door het ontbreken van de gegevens van de voormeting, kan hier niet worden getoetst of er een verschil is.
- 4.3.5 *Percentage onderzochte kinderen waarvan een rapportage naar JGZ gaat*
 In de voormeting is van 26 van de 26 kinderen (100%) een terugrapportage aan de JGZ-arts gedaan, in de pilotmeting is eveneens van alle 36 geziene kinderen (100%), door het audiologisch centrum terug gerapporteerd aan de JGZ-arts wat de bevindingen waren. Er is daarmee geen verschil in mate van terugrapportage naar de JGZ 0-4 jaar tussen de voor- en de pilotmeting.
- 4.4 **Resultaten procesevaluatie**

Naast de resultaten van de effectmeting is het ook wenselijk inzicht te hebben in de ervaringen met het protocol door de betrokkenen. Om die reden zijn semi-structureerde interviews afgenomen bij vier JGZ-artsen, één orthooped, twee orthoptisten en vijf huisartsen werkzaam in stadsdeel Noord. Zij kunnen ervaring hebben met het ontwikkelde en in gebruik zijnde protocol en er een mening over hebben gevormd.

In de interviews is een viertal uitkomstmaten aan de orde gesteld: mate van bekendheid met het protocol, de ervaren bruikbaarheid van het protocol, de ervaren relevantie voor de werkuitoefening en de eventuele belemmerende en bevorderende factoren voor het werken met het protocol, mogelijk aangevuld met suggesties ter verbetering van het protocol in zijn geheel. Ter aanvulling zijn ook interviews met vijf ouders gehouden om hun bekendheid met en beleving van het protocol te achterhalen. In onderstaande vier subparagrafen worden de reacties van de geïnterviewden weergegeven.

4.4.1 *Mate van bekendheid met het protocol*

Alle geïnterviewde huisartsen, JGZ-artsen, orthopeed en orthoptisten waren bekend met de inhoud van het protocol. Wijs verwijzen en wisten wat er van hen werd verwacht binnen het protocol. Ook hadden ze allemaal de toelichting op het protocol toegestuurd gekregen. De huisartsen hebben ook een uitleg gekregen over het protocol tijdens het Huisartsen Overleg Noord. De werkwijze van het protocol was bij iedereen duidelijk.

4.4.2 *Ervaren bruikbaarheid van het protocol*

De JGZ-artsen vinden het direct door kunnen verwijzen naar de tweede lijn een grote verbetering, het maakt het verwijstraject efficiënter, vooral voor de ouders. Het werken volgens het nieuwe protocol nam ongeveer even veel tijd in beslag als voor de invoering van het protocol. De praktijk was voor de JGZ-artsen niet wezenlijk veranderd door de directe verwijzingen, alleen de logistiek in het traject was veranderd. Zo werden de brieven aan de tweede lijn geadresseerd en stuurden de JGZ-artsen de ouders direct naar de tweede lijn. De JGZ-artsen vonden de directe doorverwijzing in de praktijk dan ook goed uitvoerbaar. Ook de mate van feedback was voldoende in de pilotsituatie. Van zo goed als alle verwijzingen kregen de JGZ-artsen feedback. Daardoor hoefden ze minder na te gaan of en zo ja wat er met de verwijzing was gebeurd.

De verwijfsbrieven vonden de JGZ-artsen helder van opzet en goed invulbaar. Het enige dat volgens de JGZ-artsen nog niet ideaal verliep, was dat goed opgelet moest worden wat de gewenste verwijfslijnen waren van huisartsen. Een aantal huisartsen had aangegeven welke verwijfslijnen gebruikt dienden te worden. De huisartsen zijn namelijk eindverantwoordelijk over het verwijstraject. Ook voor de vergelijkbaarheid van de voor- en nameting was het wenselijk dat dezelfde verwijfslijnen werden gehanteerd. Heel soms lukte het de JGZ-artsen niet om vast te houden aan de gewenste verwijfslijn, bijvoorbeeld als ergens sprake was van een lange wachtlijst. Dan werd de ouder wel eens een alternatief geboden.

De vijf geïnterviewde huisartsen gaven aan dat ze de directe doorverwijzing een goed en terecht initiatief vonden. Te meer omdat het om drie afgebakende verwijzingen gaat, waarbij de rol van de huisarts over het algemeen beperkt is. Wil dit protocol bruikbaar zijn voor de huisartsen, is het een voorwaarde dat er volledig en snel informatie over het vervolgtraject wordt terug gekoppeld naar de huisartsen. De huisartsen ervoeren in de praktijk zelf weinig tot geen verschil van de invoering van het protocol. Zo was er geen grote toename in het aantal verwijfsbrieven dat ze vanuit de tweede lijn ontvingen tijdens de pilotperiode. Ze dachten dat dit enerzijds kwam doordat het geen verwijzingen betrof die erg frequent voorkwamen, waardoor het moeilijk is verschil waar te nemen. En anderzijds doordat ze voorafgaand aan de invoering van het protocol ook al bij het merendeel van de verwijzingen feedback kregen vanuit de tweede lijn. Wel kregen de huisartsen in de pilotsituatie de feedback van de verschillende specialisten uit de tweede lijn sneller dan daarvoor. De huisartsen vonden de verwijfsbrieven die ze ontvingen vanuit de tweede lijn duidelijk en voldoende informatie bevatten. Belangrijk aan de terugkoppeling is dat helder wordt gecommuniceerd wat er met het kind aan de hand is en waarom tot de vervolgacties is besloten. De huisartsen waren van mening dat de grootste voordelen van dit protocol bij de ouders en kinderen liggen, doordat het traject voor hen sneller en eenvoudiger werd in de pilotsituatie.

De orthopeed gaf aan het principe van de directe doorverwijzing te ondersteunen, maar merkte er zelf weinig van bij de uitoefening van het werk. Hij ervoerde het als verbetering van de bruikbaarheid, dat door het gebruik van de pilot-verwijfsbrieven, het

adres van verwijzende JGZ-arts meestal direct bekend was, wat het geven van feedback aan de JGZ-arts vereenvoudigde. Vroeger moest het adres van de JGZ-arts vaak eerst opgezocht worden. Op zich voldeed de pilot-verwijsbrief dus wel, maar de orthopeed had wel een aantal verbeter suggesties voor de verwijsbrief. Zo is de titel van de verwijsbrief niet correct gespeld, de deelzin 'zonder tussenkomst van de huisarts' kan worden weggelaten daar het de kans op weerstand van huisartsen vergroot en niks toevoegt. Achter de test 'abductie in flexie' zou 'in 90 graden' achter gezet kunnen worden. Tot slot zou het een verbetering zijn als achter het onderzoek 'positieve familie anamnese' iets meer ruimte zou zijn waar extra informatie neergezet kan worden. Het aanpassen van de verwijsbrief is echter niet snel gedaan, doordat het protocol en de verwijsbrief gekoppeld zijn aan een convenant, dat voor de aanpassingen opengebroken zou moeten worden.

Als verbeter suggestie voor de bruikbaarheid, werd aangegeven dat de bereikbaarheid van de JGZ-arts nog beter kan. Voorgesteld werd om de e-mailadressen van de JGZ-artsen te noteren op de verwijsbrief.

De orthoptisten ervoeren een vooruitgang met betrekking tot de feedback door invoering van het protocol. Zo bracht in de pilotsituatie het leeuwendeel van de ouders uit de verwijsbrief mee, met daarop de argumenten voor de diagnose. Dat was voor de invoering van het protocol veel vaker niet het geval. De orthoptisten vonden dat ze sinds de invoering van het protocol voldoende werden geïnformeerd door de JGZ-arts. De pilot-verwijsbrief verschaft ook iets meer informatie dan diens voorganger. Zo is de beargumentering van de doorverwijzing uitgebreider en bevat de nieuwe brief de contactgegevens van de huisarts en JGZ-arts. Dat vergemakkelijkt terugkoppeling. Bij grote drukte werd echter nog wel eens gebruik gemaakt van de oude verwijsbrief, omdat die sneller is in te vullen.

Alle ouders vonden het prettig dat ze rechtstreeks naar het ziekenhuis mochten. Dat was praktisch en sneller, want het scheelde een afspraak met de huisarts. Dat maakte het verwijstraject duidelijker en logischer voor de ouders. Een deel van de ouders gaf aan de stap naar de huisarts in principe overbodig te vinden als al bekend is wat het probleem is en naar welk type specialist het beste doorverwezen kan worden.

4.4.3 *Ervaren relevantie van het protocol*

Alle vier de geïnterviewde JGZ-artsen waren voorstander van rechtstreekse verwijzing naar de tweede lijn bij deze drie typen verwijzing. Zij gaven aan dat er bij directe verwijzing meer aanspraak werd gedaan op hun eigen expertise, wat ze als prettig ervoeren. Daarbij komt dat de verwijzing naar de huisarts het verwijstraject minder efficiënt maakte, doordat er een extra schakel moest worden doorlopen door ouders in de keten, die meestal niet veel toevoegde. Vaak gaf de huisarts alleen een verwijsbrief aan de ouders mee. Bij directe doorverwijzing is het traject veel korter en duidelijker voor de ouders en weten ze waar ze naar toe moeten. Dat vergroot de efficiëntie van de zorg. De JGZ-artsen hadden ook het idee, dat ze in de pilotsituatie meer invloed hadden op de organisatie en het volgen van de verwijzing. Dit ondermeer doordat in de pilotsituatie de specialist zowel aan de huisarts als aan hen terug rapporteerde, waardoor de JGZ-artsen goed op de hoogte waren van de stand van zaken in het vervoltraject. Twee JGZ-artsen maakten vaak tijdens het spreekuur zelf al een afspraak met de tweede lijn voor de ouders. Dit gaf hen het gevoel meer grip en controle te hebben op het vervolg dan in de oude situatie. Zij vonden het maken van een afspraak met de tweede lijn niet veel tijd kosten, zeker niet, doordat ze nu beduidend minder tijd hoefden te besteden aan het bellen om te controleren of ouders wel een afspraak hadden gemaakt

met de specialist in het ziekenhuis. Deze twee JGZ-artsen gaven als advies mee, om bij ouders waarbij twijfel is of ze de afspraak met de tweede lijn wel zullen maken, deze afspraak voor de ouders te maken. Eventueel kan de assistente daarbij ondersteunen. Dat vergroot het percentage kinderen dat aankomt bij de tweede lijn.

De JGZ-artsen ontvingen in de pilotsituatie veel vaker dan daarvoor een verwijsbrief van specialisten uit de tweede lijn. Dit droeg bij aan het gevoel, meer grip te hebben op de verwijzingen en het vervolg er op. Het protocol gaf ook grip, doordat het de mogelijkheid schepte voor JGZ-artsen, om het verwijstraject beter te organiseren. Zo hadden de JGZ-artsen nu de mogelijkheid om bij lange wachtlijsten naar een andere instelling door te verwijzen. Ook kon de JGZ-arts het verwijstraject beter aan laten sluiten in de situaties waar het kind voor een andere aandoening reeds contact had met een bepaald ziekenhuis.

De relevantie van het protocol zou volgens de JGZ-artsen vergroot kunnen worden, door uitbreiding van de reeks aandoeningen waarbij direct kan worden verwezen naar de tweede lijn. De JGZ-artsen vonden dat de volgende aandoeningen in elk geval in aanmerking kwamen voor directe doorverwijzing: niet ingedaalde bal op éénjarige leeftijd, liesbreuk, afbuigende lengte, slechte fijne / grove motoriek, voorkeurshouding, overgewicht, koemelkeiwit allergie, retardatieonderzoek, gaatje in het hart en acute kindermishandeling.

Alle vijf de huisartsen stonden achter het initiatief van directe doorverwijzing. Dit vooral omdat de drie verwijzingen waar het om gaat, duidelijke afgebakende stukjes zorg zijn, waarbij de rol van de huisarts al beperkt was. Bij het merendeel van de kinderen, zouden de huisartsen het kind alleen maar weer doorverwijzen. Directe doorverwijzing maakt het traject dan efficiënter, wat de huisartsen vooral voor de ouders prettig leek. Twee huisartsen gaven aan dat ze dachten bij spraaktaalproblemen waarschijnlijk wel aanvullende informatie te hebben voor de JGZ-artsen. Deze huisartsen leek het een goede optie dat bij dit type probleem aanvullende informatie opgevraagd zou worden bij de huisarts. Ook bij twijfel over de problematiek leek hen contact met de huisarts aan te bevelen. Anders zou mogelijk bij een directe verwijzing naar het audiologisch centrum eventuele kennis over KNO-problemen niet worden meegenomen.

De huisartsen vonden het belangrijk dat de kinderen werden doorverwezen door kundige mensen. Ze achtten JGZ-artsen zeker kundig en ervaren ten aanzien van de drie typen verwijzing waar het in de pilot om ging. Daarbij wordt de kwaliteit van werken in de praktijk al grotendeels geborgd door het feit dat er door de JGZ-artsen al volgens protocollen wordt gewerkt bij heuponderzoek, oogonderzoek en onderzoek naar spraaktaalproblemen. Eén huisarts vond dat de JGZ-artsen wel voldoende expertise hebben voor rechtstreekse verwijzing naar de oogarts / orthoptiste en naar het audiologisch centrum, maar vond het een voordeel dat de huisarts een meer terughoudend verwijsbeleid hanteert bij vermoeden van heupdysplasie.

De huisartsen zeiden dat de mate waarin ze achter het principe van directe doorverwijzing stonden wel sterk afhing van het type probleem dat de verwijzing betreft. Zo gaven drie huisartsen aan dat ze met de directe doorverwijzingen van bedrijfsartsen meer reserves hadden dan bij directe doorverwijzing van de JGZ. Dit omdat het daarbij vaak gaat om meerduidige en meer complexere klachten. Daarbij is de kennis van de cliënt, diens medische verleden en achtergrond zeker een meerwaarde bij de besluitvorming wat het beste te doen met de klachten. Ander voorbeeld dat de huisartsen noemden betrof dermatologische problemen, daar zagen de huisartsen wel een duidelijke toegevoegde waarde van doorverwijzing naar de huisarts.

Voor de rol van de huisarts is de terugkoppeling cruciaal. In de pilot waren de huisartsen niet ontevreden over de terugrapportage van de specialisten, al kon de rapportage nog wel sneller wat hen betrof. De huisartsen benadrukten daarom het belang van zorgvuldige en snelle terugkoppeling. De terugkoppeling werd van belang geacht voor de rol van huisarts als spil in het web van de zorg voor cliënten. De huisarts is van verschillende disciplines contactpersoon en heeft vaak een rol bij de nazorg van een cliënt. Daarom dient de huisarts volledig geïnformeerd te zijn en ook tijdig. In dit kader zagen drie huisartsen een bericht aan de huisarts op het moment van verwijzing als verbeterpunt. Dat zou de volledigheid van informatie die de huisarts ter beschikking heeft borgen.

De huisartsen gaven aan tijdens de pilot geen werkdruk vermindering te hebben ervaren. Dit omdat de huisarts de rapportages nog wel moest verwerken in zijn / haar systeem en ook omdat het verwijzingen betrof die niet heel frequent voorkomen, waardoor de effecten op de werkdruk minder merkbaar waren.

Als mogelijk nadeel van de directe verwijzing werd genoemd dat de huisarts grip en het overzicht zou kunnen verliezen op zijn patiënten doordat hij deze minder vaak ziet. Ook daarvoor werd snelle volledige feedback van belang geacht.

Het leek de huisartsen dat de JGZ-artsen door de terugkoppeling beter de verwijzingen konden opvolgen, konden nagaan of het kind al was aangekomen en konden volgen wat het resultaat was van de verwijzing.

Het leek de huisartsen een aanvulling voor de JGZ-arts als de JGZ-artsen structureel na zouden gaan, bijvoorbeeld een maand na verwijzing, of de kinderen zijn aangekomen bij de tweede lijn. Daarmee zou nog meer invloed kunnen worden uitgeoefend op het percentage kinderen dat aankomt bij de tweede lijn.

De drie geïnterviewde specialisten uit het BovenIJ ziekenhuis waardeerden aan het protocol, dat ouders (of de JGZ-arts) door het overslaan van de schakel naar de huisarts sneller contact met hen opnamen voor het maken van een afspraak en de kinderen daardoor sneller gezien konden worden. Wat tijdswinst opleverde, wat van belang kan zijn bij aandoeningen. Ook werd gewaardeerd dat de ouders in de pilotsituatie vaker met de juiste papieren binnen kwamen bij het eerste specialistische consult. Dat liet de afspraak bij de specialist soepeler verlopen. Ook vonden de specialisten het een meerwaarde te weten welke JGZ-arts naar hen had verwezen en op welke grond. De orthopeed vond het niet mogelijk om al uitspraken te doen over de vraag of er door de directe doorverwijzing meer terechte of minder onterechte doorverwijzingen plaatsvonden. De orthopeed zag de rol van de JGZ-arts bij het signaleren van heupdysplasie, vooral als een preventieve rol. “Vaak is er niks met de kinderen aan de hand, maar liever zo, dan dat er kinderen worden gemist” zei de orthopeed.

De orthopeed gaf aan een verbetering in en toename van het contact van de JGZ-artsen met de orthopeed waar te nemen. De verwachting van de orthopeed was dat beter en frequenter contact op termijn ook zal leiden tot kwalitatief betere verwijzingen. Het leek de orthopeed de kwaliteit van de signalering van heupdysplasie ten goede komen als er een soort scholing wordt georganiseerd voor de JGZ-artsen in Noord.

De geïnterviewde orthoptisten ervoeren verbetering door het overslaan van de schakel naar de huisarts. Dit omdat de meeste huisartsen niet over de materialen beschikken om goed oogonderzoek te doen, zoals de kaart. Ook de orthoptisten waren van mening dat het overslaan van het bezoek aan de huisarts tijdswinst opleverde, wat van belang kan zijn bij oogproblemen. Ook waren de onderzoeken voor de kinderen herkenbaarder doordat het tijdsbestek tussen het onderzoek bij de JGZ-arts en bij de orthoptist was verkort. Dat vergemakkelijkte de uitvoering van de onderzoeken voor de orthoptisten. Verder hadden de orthoptisten het gevoel, dat de kwaliteit van de verwijzing toenam als

gevolg van de invoering van het protocol. Zo werd de aandoening in de pilotsituatie meer gespecificeerd door de JGZ-artsen. Daarom werd de verwijfsbrief erg gewaardeerd. De orthoptisten hadden daardoor de beschikking over meer relevante informatie. Over het algemeen voert een huisarts minder uitgebreid onderzoek uit dan de JGZ-arts, volgens de orthoptisten. Wat merkbaar is aan de ervaren hoeveelheid terechte doorverwijzingen door beide disciplines.

De JGZ-arts heeft ook de mogelijkheid te verwijzen naar de preventief orthoptist van de GGD. De orthoptisten van het BovenIJ ziekenhuis verwachtten dat die extra verwijsoptie met name bij de hele kleine kinderen wel een meerwaarde zou kunnen betekenen. Het is volgens de orthoptisten bij hele jonge kinderen namelijk moeilijker om een goede diagnose te stellen, doordat het onderzoek bij hen moeilijker uitvoerbaar is. Mogelijk zorgt de stap naar de preventief orthoptist voor een kortere wachttijd bij de orthoptist, zo verwachtte de orthoptisten.

Ook de vijf geïnterviewde ouders ervoeren de directe doorverwijzing als een efficiëntieslag, waardoor tijdwinst geboekt kon worden en het zorgtraject klantvriendelijker werd.

4.4.4 *Belemmerende en bevorderende factoren*

Bevorderende factor voor het gebruik van dit protocol is dat alle betrokkenen achter het idee staan waar het protocol op is gebaseerd. Ze zagen het allemaal als een slag in de goede richting van het efficiënter maken van het verwijstraject en het verbeteren van de structurele informatieoverdracht.

Ook bevorderend was het feit dat de AHV nadrukkelijk is betrokken bij de ontwikkeling van deze pilot. Zo is er voorafgaand aan de invoering van deze pilot uitgebreid overleg geweest tussen het OKC-projectteam en de AHV over de voorwaarden voor participatie. Dat om zo belemmerende factoren tijdens de uitvoeringsfase te voorkomen. Zo waren er afspraken gemaakt over de verwijfslijnen waar de JGZ-artsen gebruik van dienden te maken. Dergelijke betrokkenheid bij de ontwikkeling / vormgeving vergrootte ook de mate van betrokkenheid bij de betrokkenen.

Andere bevorderende factor voor het gebruik van het protocol in de praktijk was de volledige bekendheid van het protocol onder alle betrokkenen.

Structurele en snelle feedback naar de huisarts zijn cruciaal. Dit bleek van grote invloed te zijn op het oordeel van de huisarts over de wenselijkheid, bruikbaarheid en relevantie van het protocol. Ondanks dat er tijdens de pilot geen directe klachten zijn geweest ten aanzien van de snelheid van terugkoppeling, is het wel van belang dat de snelheid wordt geborgd. Ook werd als verbeteringsuggestie geopperd om de huisarts te berichten op het moment dat een kind wordt verwezen door de JGZ-arts.

Een voordeel voor de ouders is dat het traject duidelijker en eenvoudiger is geworden.

De JGZ-artsen, huisartsen en specialisten verwachtten dat dit gunstig zou werken op het percentage kinderen dat uiteindelijk aankomt bij de specialist en op de tevredenheid van ouders met het zorgtraject.

Eén huisarts gaf aan dat de cliënttevredenheid verder verbeterd zou kunnen worden, door het persoonlijk contact tussen de ouders en de specialist te verbeteren. De wijze waarop dat dient te gebeuren liet de huisarts in het midden.

Momenteel is de huisarts eindverantwoordelijk voor het verwijstraject. De geïnterviewde JGZ-artsen zien idealiter de huisarts bij trajecten waarbij direct wordt doorverwezen niet langer als eindverantwoordelijke. De verwachting van de JGZ-artsen was dat hun relatie met de specialisten in de tweede lijn zou verbeteren, als ze zelf naar de tweede lijn kunnen verwijzen. De JGZ-artsen verwachtten dat de wet hieromtrent ter

zijner tijd zal worden aangepast. De JGZ-artsen achtten het van groot belang dat de huisartsen bij een dergelijke implementatie betrokken worden. Het moet duidelijk worden overgebracht dat de JGZ de huisartsen niet wil passeren in hun rol, maar dat ze de zorg efficiënter willen maken. In het huidige zorgsysteem is de huisarts de spil van de gezinsgeneeskunde en de poortwachter naar de tweede lijn. Daarom moet de huisarts goed op de hoogte zijn van doorverwijzingen door anderen naar de tweede lijn. Nu moest er rekening worden gehouden met de verwijslijnen van de huisartsen, idealiter is dat volgens de JGZ-artsen in de toekomst niet meer zo.

Eén huisarts gaf aan bij een aantal aandoeningen in principe geen bezwaar te hebben tegen het overdragen van de doorverwijzing naar de JGZ-arts. Wel is het dan van groot belang dat dan de taken en verantwoordelijkheden van de JGZ-arts en de huisarts opnieuw worden vastgesteld, afgebakend en gecommuniceerd. Waarbij de JGZ-arts ook een deel van de verantwoordelijkheden krijgt toegewezen.

De huisartsen gaven aan het van belang te achten, dat eens wordt uitgezocht wat de gevolgen zijn van directe doorverwijzingen op zorgverzekeraars en wat het met hun rol doet. De huisartsen schatten in dat er een klein risico is dat er door de zorgverzekeraars geshopt zal gaan worden. Maar de huisartsen vonden niet dat dit dan het systeem zou moeten bepalen.

Verder vonden de huisartsen duidelijke voorlichting aan de ouders over het vervolgtraject en wat ze daarbij precies kunnen verwachten belangrijk. Dat vergroot volgens de huisartsen het percentage kinderen dat aankomt bij de tweede lijn, doordat het de drempel verlaagt bij ouders om daadwerkelijk te gaan naar het vervolgconsult. De uitleg aan ouders hoort bij het protocol, waardoor huisartsen positieve effecten verwachtten van het protocol.

Het leek de huisartsen wenselijk dat de precieze rol, taken en samenwerkingsverbanden van de OKC's eens helder naar hen werden gecommuniceerd. Dit omdat de rol van de JGZ de laatste tijd sterk is veranderd.

De orthoptisten zouden graag zien dat de pilot werd gecontinueerd, zodat ze niet meer terug hoeven naar de oude werkwijzen. Daarvoor moet de wetgeving echter worden aangepast, omdat de huisarts verantwoordelijk is.

De orthoptisten gaven daarnaast als belemmering voor de uitvoering volgens het protocol, dat de huisartsen kinderen met oogproblemen nogal eens doorverwijzen naar de opticien. Een deel van de opticiens stuurt de kinderen keurig door naar de orthoptist, maar niet allemaal, wat de baten van het protocol afremt. De Orthoptisten zouden het waarderen als huisartsen kinderen niet altijd doorverwezen naar de opticien als er sprake is van oogproblemen.

5 Conclusies en aanbevelingen

In dit hoofdstuk worden eerst de conclusies beschreven die gedaan kunnen worden op grond van de resultaten van de effectmeting. Daarbij worden ook de algehele doelstellingen van het protocol betrokken. Deze doelstellingen waren:

- Toename van het percentage bij de tweede lijn aangekomen verwijzingen
- Toename van het percentage terechte verwijzingen naar tweede lijn
- Verkorting van tijdsduur van verwijzing door de JGZ tot het eerste consult door de specialist en tot het begin van de behandeling
- Toename van feedback naar JGZ-artsen en huisartsen.

Vervolgens worden de belangrijkste conclusies beschreven van de procesevaluatie. In de laatste paragraaf worden de aanbevelingen beschreven die op grond van de effectmetingen de procesevaluatie gedaan kunnen worden in de richting van het beleid / management van de OKC's en in de richting van de betrokken professionals.

5.1 De effectmeting

Bevorderende factor voor de effectmeting was dat de JGZ-artsen in stadsdeel Noord bereid waren om gedurende de pilotsituatie een aantal gegevens te registreren die voor de effectmeting van belang waren. Ook gunstig was dat voor de gegevens van de voormeting geput kon worden uit dossiers. Dit samen heeft de effectmeting mogelijk gemaakt.

5.1.1 *Directe verwijzing van zuigelingen bij verdenking van heupdysplasie*

Bij directe verwijzing door JGZ-artsen bij vermoeden van heupdysplasie komt een groter deel van de verwezen kinderen aan bij de orthopeed (89% in de pilotsituatie versus 64% bij de voormeting). Voor dit type verwijzing is de eerste doelstelling dus behaald. Wat opviel was dat bij de voormeting vijf verwezen kinderen nooit aankwamen bij de huisarts, terwijl ze daar wel naar waren doorverwezen. Directe doorverwijzing maakt verlies van kinderen in dit deel van de keten onmogelijk. Wat de efficiëntie van de zorg ten goede komt.

Ook het percentage terechte verwijzingen was in de pilotsituatie groter dan bij de voormeting. Het gaat hier weliswaar om een beperkte steekproef, maar het is wel aannemelijk dat door directe verwijzing naar de orthopeed, het percentage terechte verwijzingen en daarmee ook de kwaliteit van de verwijzing verbetert. De tweede doelstelling vindt daarmee ook ondersteuning in de gevonden resultaten.

De derde doelstelling is nog niet behaald, maar de resultaten laten wel een dalende trend zien in het aantal dagen tussen verwijzing door de JGZ-arts en aankomst bij de orthopeed.

De terugrapportage naar de JGZ-artsen was door de invoering van het protocol Wijs verwijzen duidelijk toegenomen. Door het ontbreken van gegevens bij de voormeting ten aanzien van de terugrapportage naar de huisartsen kan wat dat betreft geen conclusie worden getrokken. In elk geval is de terugrapportage naar huisartsen bij de pilotmeting 96%, wat wel bijna volledig is. De vierde doelstelling is daarmee wat betreft de terugrapportage aan de JGZ-artsen in elk geval behaald. Kortom het leeuwendeel van de doelstellingen van de pilot is behaald, zelfs met een steekproef van beperkte omvang.

5.1.2 *Directe verwijzing naar orthoptist of oogarts*

Er was geen stijging waarneembaar in van het percentage kinderen dat aankomt bij de orthoptisten na directe verwijzing. Daarmee is doelstelling 1 voor dit type verwijzing

niet behaald. Bij deze toets geldt wel de kanttekening, dat ze was gebaseerd op een vrij kleine steekproef. Mogelijk had de verwachte stijging bij een drie keer zo grote steekproef wel kunnen worden aangetoond. Het percentage terechte verwijzingen is ook niet beduidend toegenomen in de pilotsituatie. Daardoor kan niet worden gezegd dat doelstelling 2 is behaald. Doelstelling 3, een daling in het aantal dagen tussen verwijzing en aankomst bij de orthoptist is wel behaald. In de pilotsituatie was dit tijdsbestek korter dan bij de voormeting. Het aantal dagen tussen verwijzing door de JGZ-arts en aankomst bij de orthoptist is dus gedaald na invoering van het protocol. Wederom kan door het ontbreken van gegevens bij de voormeting geen conclusie worden getrokken ten aanzien van de mate van terugrapportage aan huisartsen door de tweede lijn. In de pilotsituatie was de terugrapportage echter 100%, dus vollediger kan niet. De terugrapportage van specialisten naar de JGZ is duidelijk toegenomen. Bij de voormeting was er geen sprake van terugrapportage en bij de pilotmeting hebben de JGZ-artsen van alle gedane verwijzingen een terugrapportage ontvangen. De doelstelling, toename van terugrapportage, is wat de JGZ-artsen betreft dus gehaald. Kortom, twee van de vijf doelstellingen zijn bij dit type verwijzing behaald en een derde deels.

5.1.3 *Directe verwijzing van spraaktaalproblemen naar audiologisch centrum*

Van de kinderen die bij de nameting zijn doorverwezen naar het audiologisch centrum is een beduidend groter deel aangekomen dan van de kinderen uit de voormeting (90% in de pilotsituatie en 46% in de voormeting). Daarmee is voor dit type verwijzing doelstelling 1 behaald. Opvallend was bij de voormeting, dat 77% van de kinderen die waren verwezen door de JGZ-arts, maar aankwamen bij de huisarts. Directe doorverwijzing kan dat verlies van 23% helpen beperken. Het percentage terechte verwijzingen naar het audiologisch centrum verschilt niet tussen de pilotsituatie en de voormeting (voormeting 96% en pilotsituatie 100%). Waarmee doelstelling twee voor dit type verwijzing niet is behaald. Het percentage terechte verwijzingen wordt echter niet alleen bepaald door het protocol, maar onder andere ook door het type probleem. Want niet alle problemen zijn even snel of makkelijk te diagnosticeren. De screening op spraaktaalproblemen verliep ook tijdens de voormeting al grotendeels geprotocolleerd en aan de hand van gevalideerde meetinstrumenten. Daardoor viel er mogelijk niet veel extra winst meer te behalen ten aanzien van het percentage terechte verwijzingen, met de invoering van het protocol. De derde doelstelling van het protocol, de verlaging van het tijdsbestek tussen verwijzing en aankomst bij het audiologisch centrum is behaald. De mediaan verschoof tussen de voor- en de nameting van 152 dagen naar 61 dagen. Hierbij zal het wegvallen van de afspraak met de huisarts zeker hebben meegespeeld, maar waarschijnlijk het feit dat een deel van de JGZ-artsen een afspraak maakten voor de ouders ook. Ook bij dit type verwijzing is onbekend over welk deel van de verwezen kinderen, de huisartsen tijdens de voormeting een rapportage van het audiologisch centrum hebben ontvangen. In de pilotsituatie was de terugrapportage naar de huisartsen 100%. Bij de zowel de voor- als de nameting was de terugrapportage naar de JGZ-artsen 100%. Alhoewel de vierde doelstelling sec niet is behaald kan men zeker wel tevreden zijn over de terugrapportage door het audiologisch centrum naar huisartsen en JGZ-artsen. Al met al zijn er ook bij dit type verwijzing duidelijk verbeteringen waarneembaar ten aanzien van twee van de vier doelstellingen (1 en 3). Bij de andere doelstellingen zijn weliswaar geen aantoonbare verbeteringen, maar kan men tevreden zijn met de huidige gang van zaken.

5.2 De procesevaluatie

Alle betrokkenen waren goed op de hoogte van het bestaan en de inhoud van het protocol en wisten precies wat er van hen werd verwacht, wat een belangrijke voorwaarde is voor het gebruik van het protocol.

Ook over de bruikbaarheid van directe doorverwijzing waren de JGZ-artsen, huisartsen, orthopeed, orthoptisten en ouders het in grote lijn eens. Het verkorte en vereenvoudigde het verwijstraject met name voor de ouders en het kind, wat het traject verhelderde. Bovendien betrof het drie afgebakende verwijzingen, waarbij de rol van de huisarts over het algemeen beperkt was. De werkwijze volgens het protocol was goed uitvoerbaar, daarbij was de werkwijze inhoudelijk gezien niet wezenlijk veranderd voor de betrokken disciplines. Wel leverde het protocol de JGZ-artsen een toename in de mate van feedback van de tweede lijn op. Dat ervaaarde de JGZ-artsen als handig, omdat dan in mindere mate nagegaan hoefde te worden wat er met de verwijzingen was gebeurd. De huisartsen merkten weinig tot niets van het protocol bij de uitoefening van hun werk.

De verwijfsbrieven die onderdeel uitmaakten van het protocol werden door alle betrokkenen gewaardeerd, vooral de adressen van de JGZ-artsen vergemakkelijkten de terugrapportage voor de orthopeed en orthoptisten. De orthopeed had wel enkele verbeteringsuggesties voor de tekst en de orthoptisten gebruikten de verwijfsbrieven niet altijd in drukke tijden. De orthoptisten en de orthopeed waardeerden de toename in feedback, die kwam doordat de ouders in de pilotsituatie vaker de verwijfsbrief van de JGZ-arts meenamen. Daardoor verliepen de afspraken soepeler. De huisartsen en JGZ-artsen vonden de verwijfsbrieven (terugrapportages) voldoende informatie bevatten over het vervolstraject van het kind.

Alle vier de JGZ-artsen waardeerden de directe doorverwijzing vooral om dat er daardoor meer aanspraak werd gedaan op hun expertise. Daarbij kwam dat de directe verwijzing het traject efficiënter maakte, zo vonden zowel de huisartsen, de JGZ-artsen en de specialisten. Het traject werd korter, sneller en duidelijker, waarvan werd verwacht dat dit zijn weerslag zou hebben op het percentage kinderen dat aankwam bij de tweede lijn, wat ook bleek uit de effectmeting. Ook de vijf geïnterviewde ouders waardeerden de gevolgen die de directe doorverwijzing voor hen had. Een aantal van hen gaf ook aan de schakel naar de huisarts sowieso overbodig te vinden, als de diagnose al was vastgesteld.

De JGZ-artsen hadden tevens het gevoel meer grip te hebben op het verwijstraject van de kinderen. Dit doordat ze beter werden geïnformeerd over het vervolg en het de mogelijkheid bood rekening te houden met wachtlijsten bij verwijfsinstellingen en met contacten die kinderen soms al hadden met een bepaald ziekenhuis voor een andere aandoening. Twee JGZ-artsen waardeerden de invloed doordat het hen de mogelijkheid gaf de afspraak met de tweede lijn tijdens het consult al te maken voor de ouders. Dat kostte minder tijd dan het nabellen of de kinderen al waren aangekomen, wat bij de voormeting nogal eens voorkwam. De relevantie van het protocol kan volgens de JGZ-artsen verhoogd worden door structurele controle van de aankomst van kinderen bij de tweede lijn. Dat kan het percentage kinderen dat aankomt bij de specialist verder helpen verhogen.

De huisartsen stonden ook achter het principe van directe doorverwijzing. Dit vooral omdat het drie duidelijk afgebakende stukken zorg betrof, waarbij de rol van de huisarts meestal bestond uit het schrijven van een verwijfsbrief. De huisartsen vonden dat de JGZ-artsen over voldoende expertise en ervaring beschikken om direct door te

verwijzen. Twee huisartsen waren van mening dat de huisarts bij spraaktaalproblemen wel duidelijk aanvullende informatie kan hebben voor de besluitvorming. Het leek de huisartsen een goed idee als bij dit type probleem, of bij twijfel bij de JGZ-arts, deze dan contact met hen opneemt voor de verwijzing. Cruciaal voor het oordeel van de huisartsen over de relevantie van het protocol is snelle terugkoppeling van de tweede lijn naar hen. De terugkoppeling is van belang voor de huisartsen door de rol die ze hebben bij de (na)zorg voor cliënten. Om dat goed te kunnen doen, moeten ze volledig geïnformeerd zijn. Daarom leek het de huisartsen een toevoeging op het protocol als de JGZ-arts hen al zou berichten op het moment van verwijzing.

De specialisten waardeerden de directe doorverwijzing ook door het feit dat de kinderen daardoor voor hun gevoel sneller bij hen aankwamen. Deze tijdswinst kan bij een aantal aandoeningen ook gezondheidswinst opleveren. Hoe eerder aandoeningen worden behandeld hoe beter het is, wat betreft de specialisten. De JGZ-artsen vonden dat de relevantie van het protocol verder vergroot kon worden door uitbreiding van het aantal aandoeningen waarbij direct verwezen kan worden. Huisartsen vonden echter het type probleem bepalend voor diens geschiktheid voor directe doorverwijzing en pleitten ervoor dat huisartsen betrokken worden bij dergelijke beslissingen.

5.3 Aanbevelingen

Naar aanleiding van de effectmeting en de interviews die zijn gehouden kunnen op het niveau van het bestuur / management van de OKC's en op het niveau van de professionals enkele aanbevelingen worden gedaan.

Aanbevelingen managementniveau

- Directe doorverwijzing werd door alle betrokken disciplines inclusief ouders in stadsdeel Amsterdam Noord gewaardeerd. Daarnaast bleek uit de effectmeting duidelijk dat het protocol baat had voor de kwaliteit van zorg bij de drie typen verwijzingen. Het verdient daarom de aanbeveling om te zien of en zo ja wat de mogelijkheden zijn om dit protocol te continueren en mogelijk zelfs breder in te voeren dan alleen in stadsdeel Noord. Daarbij dient terdege de rekening te worden gehouden met de huidige wetgeving.
- Mocht echter ook worden nagedacht over een uitbreiding van het aantal aandoeningen waarbij JGZ-artsen direct kunnen doorverwijzen dan is een voorwaarde dat in elk geval de betreffende huisartsenkoepels daarbij worden betrokken. Bovendien dient rekening te worden gehouden met de huidige wetgeving en de daarbij horende eindverantwoordelijkheid van de huisarts over de verwijzing.
- Bij deze pilot bleek het protocol goed bekend te zijn bij alle betrokkenen. Ook bij een continuering of uitbreiding van dit protocol, is het voor de mate van gebruik van het protocol van belang dat alle betrokkenen op de hoogte worden gebracht van de inhoud en werkwijze van het protocol.
- Ook stimuleert het de betrokken disciplines als ze structureel worden geïnformeerd over de baten van het protocol en hoe de uitvoering verloopt.
- Voor het verstrekken van structurele feedback aan de betrokkenen en het management is het wenselijk dat er structurele registratie wordt opgezet, om zo het proces en de effecten te kunnen monitoren. Geadviseerd wordt dit met behulp van een beperkt aantal relevante uitkomst- en procesindicatoren doen. Qua arbeidsintensiviteit van de registratie zou het ideaal zijn, als een deel van de

- indicatoren kan worden opgenomen in het EKD. Voor een aantal indicatoren blijft men afhankelijk van registratie door huisartsen en specialisten.
- Het wordt aanbevolen een onderdeel toe te voegen aan het protocol, namelijk een berichtgeving door de JGZ-arts aan de huisarts op het moment van verwijzing. Dat zou de tevredenheid van huisartsen met het protocol vergroten.
 - Ook wordt aanbevolen te kijken of er mogelijkheid is een overlegmogelijkheid toe te voegen aan het protocol. Het betreft overleg tussen JGZ-arts en huisarts bij verwijzing van spraaktaalproblemen. Het is aannemelijk dat de huisarts daaromtrent relevante aanvullende informatie heeft. Bij de concrete uitwerking van dit overlegmoment wordt sterk aanbevolen zowel de huisartsen, als de JGZ-artsen en het audiologisch centrum te betrekken. Daardoor kan worden geborgd dat ieders belangen en wensen worden meegenomen in de uitwerking.
 - In overleg met de partners van het convenant ten aanzien van doorverwijzing bij vermoeden van heupdysplasie kan worden overwogen enkele wijzingen aan te brengen in de verwijsbrief van de orthopeed. Het gaat daarbij om de volgende aanpassingen:
 - Toevoegen van het e-mailadres van de JGZ-arts aan de verwijsbrief. Dat verbetert de bereikbaarheid van de JGZ-arts.
 - Correct spellen van de titel van de verwijsbrief.
 - De deelzin 'zonder tussenkomst van de huisarts' weglaten. Dat voegt niets toe, maar kan wel weerstand oproepen.
 - Achter de test 'abductie in flexie' toevoegen van 'in 90 graden'.
 - Het creëren van iets meer schrijfruimte achter het onderzoek 'positieve familieanamnese'.
 - Het kan overwogen worden om een scholing te geven aan de JGZ-artsen die wel eens kinderen doorverwijzen omdat er vermoeden is van heupdysplasie. Dat kan de kwaliteit van de signalering ten goede komen. Bij deze scholing zou een orthopeed betrokken kunnen worden. Neveneffect van een dergelijke scholing kan zijn dat de kwaliteit en kwantiteit van het contact tussen orthopeden en JGZ-artsen toeneemt.
 - Het wordt aangeraden huisartsen te informeren bij welke situaties het wenselijk is dat een kind naar de orthoptist wordt verwezen en niet naar de opticien. Ook kan dan worden gemeld over welke materialen een huisarts dient te beschikken wil deze zelf gedegen oogonderzoek kunnen verrichten
 - Het wordt aanbevolen huisartsen informatie te verschaffen over de precieze rol, taken en verantwoordelijkheden van het OKC. Huisartsen in stadsdeel Noord gaven aan daar behoefte aan te hebben.
 - Het verdient de aanbeveling om te onderzoeken wat de directe doorverwijzing door JGZ-artsen voor uitwerking heeft en kan hebben op de zorgverzekeraars.

Aanbevelingen op het niveau van de professionals

- Daar de huisarts de terugkoppeling van cruciaal belang acht voor de ervaren relevantie en bruikbaarheid van het protocol, wordt de JGZ-artsen en specialisten geadviseerd deze terugkoppeling te handhaven en altijd en zo snel mogelijk plaats te laten vinden. Bij voorkeur aangevuld met een berichtgeving op het moment van verwijzing.
- Het wordt de JGZ-artsen geadviseerd om de verwijsbrief naar de specialist zeker te continueren, ook indien het protocol geen vervolg vindt. De informatie op deze brief wordt namelijk zeer gewaardeerd. Het geeft informatie over de diagnose en versoepelt voor de specialisten het consult.

- Daar de JGZ-artsen aangaven de feedback over het vervolgtraject te waarderen, wordt aanbevolen de begeleidende brief voor de specialist met daarin het verzoek tot terugrapportage aan JGZ-arts en huisarts te handhaven.
- Een duidelijke uitleg aan ouders over wat verwacht kan worden in het vervolgtraject, heeft waarschijnlijk een gunstige uitwerking op het percentage kinderen dat aankomt bij de tweede lijn. Het verlaagt voor de ouders de drempel om de afspraak met de tweede lijn te maken. Het wordt de JGZ-artsen daarom geadviseerd, deze uitleg te blijven geven. Zeker ook bij de aandoeningen waarbij niet direct kan worden verwezen. Omdat dat traject voor de ouders complexer is, waardoor daar waarschijnlijk nog meer behoefte is aan de uitleg.
- Wat het percentage kinderen dat aankomt bij de tweede lijn ook kan verhogen is het structureel checken van aankomst van kinderen bij de specialist door de JGZ-arts. Dat bleek bij de drie onderzochte typen verwijzing effectief en verdient daarom uitbreiding naar andere aandoeningen. En bij ouders waarbij de JGZ-arts twijfels heeft of ze wel een afspraak zullen maken met de tweede lijn, wordt geadviseerd dat de JGZ-arts of mogelijk de assistente de afspraak vast maakt voor de ouders. Ook dat bleek effectief bij de drie onderzochte typen verwijzing en nodigt daarom uit tot bredere toepassing.

6 Referenties

- Buiting, E. Pijpers FIM. Wijs verwijzen. Van het consultatiebureau rechtstreeks naar de 2^e lijn. Medisch contact 2002;19:757-758
- Buiting, E. et al, Rechtstreeks verwijzen in Nederland. TvJGZ 2004;36:98-101
- GG&GD. Jaarverslag Jeugdgezondheidszorg GG&GD Amsterdam 2003. Amsterdam: GG&GD, 2004.
- TNO Kwaliteit van Leven. Zicht op het gebruik van de JGZ standaard Opsporing van Visuele Stoornissen 0-19 jaar: Een landelijk implementatieproject. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006. Publicatienummer KvL/JPB 2006.036.
- Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Sport. Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag: Ministerie van VWS, 2002.
- Nauta, AP., Von Grumbkow J. Samenwerking van huisartsen en bedrijfsartsen: de invloed van positie, verantwoordelijkheid, afhankelijkheid en vertrouwen. TSG 2002; 80:93-99.
- Veenstra MG, Rikken F. Rapport Verwijsfunctie bedrijfsarts. Op 27 september 2002 uitgebracht aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Publicatienummer 120. CvZ, Amstelveen, september 2002

A Toelichting op het protocol Wijs Verwijzen



Inhoudsopgave

Toelichting bij de pilot ' Wijs Verwijzen' in Amsterdam Noord

Inleiding

Wie= welke partners van het OKC

Wanneer= welke drie geprotocolleerde verwijzingen

Waarom= wat levert het op

Hoe= hoe werkt het

Toelichting heuppathologie

Wanneer rechtstreeks verwijzen

Verwijsroute

Voorbeeld verwijsbrief verdenking heuppathologie

Voorbeeld standaard verwijsbrief GG&GD

Begeleidende brief: Informatie voor de specialist

Toelichting visuele stoornissen

Wanneer rechtstreeks verwijzen

Afwijkingen VOV-onderzoek

Afwijkingen visus-onderzoek met APK

Verwijsroute

Voorbeeld verwijsbrief oogarts/orthoptist

Voorbeeld standaard verwijsbrief GG&GD

Voorbeeld folder "Zicht op het zien van uw kind"

Begeleidende brief: Informatie voor de specialist

Toelichting spraak-taal problemen

Wanneer rechtstreeks verwijzen

Verwijsroute Effata Guyot

Verwijsroute AMC Audiologisch Centrum

Verwijsroute VU Audiologisch Centrum

Voorbeeld verwijsbrief spraak-taal probleem

Voorbeeld standaard verwijsbrief GG&GD

Begeleidende brief: Informatie voor de specialist

Telefoonnummers en adressen specialisten

Adreslijst huisartsen

Toelichting bij de pilot 'Wijs Verwijzen' in Amsterdam Noord

Inleiding

Wanneer in de Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar bij kinderen een aandoening of stoornis wordt vermoed of een afwijking wordt gevonden, verwijzen JGZ-artsen ouders en kind naar de huisarts voor aanvullende diagnostiek en behandeling of voor een eventuele verdere doorgeleiding naar de specialist. Veelal is dit een logische zet, maar in bepaalde gevallen is de bijdrage die de huisarts kan leveren beperkt. Vooral bij geprotocolleerde screenings en standaardonderzoeken rest de huisarts vaak slechts de rol van doorverwijzer.

Rechtstreekse geprotocolleerde verwijzing vanuit het consultatiebureau naar de tweede lijn bij een aantal onderwerpen, kan het gebruik van mensen en middelen optimaliseren. Voor kinderen en hun ouders betekent het dat de verwijzing sneller zou kunnen verlopen.

De pilot zal per 1 april 2004 van start gaan en 6 maanden duren, waarna een evaluatie volgt.

Wie= welke partners van het OKC

De JGZ-arts, die de route van signaleren, verwijzen en terugkoppelen, voor de klant zo kort en eenvoudig mogelijk wil houden, verwijst via een drietal geprotocolleerde verwijzingen rechtstreeks naar de tweede lijn en krijgt direct feedback.

De huisarts wordt van de verwijzing en de uitkomst van het specialistisch onderzoek op de hoogte gebracht.

De volgende consultatiebureaus (cb.'s) doen mee aan de pilot in het stadsdeel Amsterdam-Noord: cb. Wingerdweg, cb. Aldebaranplein en cb. Purmerweg.

Wanneer= welke drie geprotocolleerde verwijzingen

De JGZ-arts verwijst rechtstreeks naar de tweede lijn in de volgende gevallen:

1. Naar de orthopaed voor nader onderzoek van de heupen bij verdenking op heupdysplasie (in geval van een radiodiagnostische screening bij een stuitligging of bij een positieve familie anamnese wordt nog steeds verwezen naar de huisarts)
2. Naar de orthoptist/oogarts naar aanleiding van het VOV- en/of visusonderzoek (de mogelijkheid om naar de preventieve orthoptiste van de GG&GD Trijntje Sjoerdsma te verwijzen blijft nog steeds bestaan)
3. Naar het multidisciplinaire team van een Audiologisch-/SprakTaal Centrum bij ernstige en/of complexe gevallen van spraak-taal problemen (volgens het regio-convenant uit 1999)

Waarom= wat levert het op

- Voor ouders en hun kinderen wordt de route korter, effectiever en klantvriendelijker
- Huisartsen krijgen minder verwijzingen vanuit het consultatiebureau, dus meer tijd voor het inkorten van hun wachtlijst
- Huisartsen blijven goed op de hoogte van de verwijzing en de uitkomsten van het specialistisch onderzoek
- De tweede lijn kan, door contacten met het consultatiebureau optimaal profiteren van de longitudinaal verzamelde gegevens van de jeugdgezondheidszorg
- JGZ-artsen krijgen rechtstreeks feedback over het vervolg van hun verwijzingen
- Rechtstreekse verwijzing vanuit het consultatiebureau naar de tweede lijn draagt, door een besparing van huisartsconsulten, bij aan een efficiëntere gezondheidszorg

Hoe= hoe werkt het

De JGZ-arts gebruikt voor de rechtstreekse verwijzing naar de tweede lijn de **nieuw ontwikkelde verwijsbrieven**.

Deze verwijsbrief geldt als **korte kaart**. Ouders moeten deze verwijsbrief meenemen naar de specialist. Zonder verwijsbrief kunnen zij niet geholpen worden. Het is van groot belang dat het **adres van de huisarts** op de verwijsbrief genoteerd wordt (zie adressenlijst huisartsen Amsterdam Noord). De specialist wordt namelijk verzocht zowel de verwijzer (JGZ-arts) als de huisarts schriftelijk op de hoogte te brengen van de bevindingen.

Aan de ouders wordt het **telefoonnummer meegegeven** van de desbetreffende specialist. Zij moeten **zelf een afspraak maken**. Het is van belang bij het maken van de afspraak de **leeftijd van het kind te vermelden**.

Bij elke rechtstreeks verwijzing gaat de begeleidende brief mee: **Informatie voor de specialist**. Hierin staat ondermeer vermeld dat de berichtgeving niet alleen naar de verwijzer, maar ook naar de huisarts verstuurd dient te worden.

In belang van de evaluatie van de pilot 'Wijs Verwijzen' noteert de JGZ-arts de verwijzing ook op de standaard **verwijsbrief van de GG&GD**. De **3 doorslagvelletjes** worden voor in de status opgeborgen. Het kleine **harde kaartje** in de daarvoor bestemde verwijsbakjes op het bureau.

Toelichting heuppathologie

Wanneer rechtstreeks verwijzen

De JGZ-arts verwijst rechtstreeks naar de orthopaed indien er afwijkingen worden gevonden bij het lichamelijk onderzoek.

In geval van screening bij positieve familie-anamnese en/of stuitligging wordt nog steeds naar de huisarts verwezen, bij het 3mnd consult, voor radiodiagnostisch onderzoek

De huisarts bepaalt zelf of er een echo-heupen wordt verricht op de leeftijd van 3mnd of een X-heupen op de leeftijd van 5mnd.

Verwijsroute

De JGZ-arts gebruikt voor de rechtstreekse verwijzing naar de orthopaed **de nieuw ontwikkelde verwijsbrief**.

Deze verwijsbrief geldt als **korte kaart**. Ouders moeten deze verwijsbrief meenemen naar de specialist. Zonder verwijsbrief kunnen zij niet geholpen worden.

Het is van groot belang dat het **adres van de huisarts** op de verwijsbrief genoteerd wordt (zie adressenlijst huisartsen Amsterdam Noord).

De specialist wordt namelijk verzocht zowel de verwijzer (JGZ-arts) als de huisarts schriftelijk op de hoogte te brengen van de bevindingen.

Aan de ouders wordt het **telefoonnummer meegegeven** van de **poli orthopaedie 020-6346556** in het Bovenij Ziekenhuis.

Zij moeten **zelf een afspraak maken**. Het is van belang bij het maken van de afspraak de **leeftijd van het kind te vermelden**. Binnen 10-14 dagen zal het kind gezien worden door de orthopaed. Er is geen speciaal kinderspreekuur, dus deze kinderen worden in het normale spreekuur ingepast.

Bij elke rechtstreeks verwijzing gaat de begeleidende brief mee: **Informatie voor de specialist**. Hierin staat ondermeer vermeld dat de berichtgeving niet alleen naar de verwijzer, maar ook naar de huisarts verstuurd dient te worden.

In belang van de evaluatie van de pilot 'Wijs Verwijzen' noteert de JGZ-arts de verwijzing ook op de standaard **verwijsbrief van de GG&GD**. De **3 doorslagvelletjes** worden voor in de status opgeborgen. Het kleine **harde kaartje** in de daarvoor bestemde verwijsbakjes op het bureau.

Toelichting visuele stoornissen

Wanneer rechtstreeks verwijzen

De JGZ-arts verwijst rechtstreeks naar de orthoptist/oogarts naar aanleiding van het VOV- en/of visusonderzoek.

De mogelijkheid om naar de preventief orthoptiste van de GG&GD Trijntje Sjoerdsma te verwijzen blijft nog steeds bestaan.

In het Bovenij ziekenhuis wordt ieder kind in eerste instantie door de orthoptiste gezien (ook wanneer er verdenking is van bijv. congenitaal cataract), waarna de oogarts het kind minimaal eenmalig onderzoekt op oogheelkundige afwijkingen.

Afwijkingen VOV-onderzoek

1. uitwendig aspect oog
2. pupil
3. pupilreactie
4. fundusreflex
5. oogstand (latent/manifest strabismus)
6. volgbewegingen (monoculair/binoculair)
7. nystagmus

Afwijkingen visus-onderzoek met APK

1. een visusverschil tussen beide ogen van 1 regel of meer (na revisie)
2. visus VOD en/of VOS van 5/10 of minder
3. een kind > 3.5jr als visus beiderzijds 5/6 (na revisie)

Verwijsroute

De JGZ-arts gebruikt voor de rechtstreekse verwijzing naar de orthoptist de **nieuw ontwikkelde verwijsbrief**.

Deze verwijsbrief geldt als **korte kaart**. Ouders moeten deze verwijsbrief meenemen naar de specialist. Zonder verwijsbrief kunnen zij niet geholpen worden.

Het is van groot belang dat het **adres van de huisarts** op de verwijsbrief genoteerd wordt (zie adressenlijst huisartsen Amsterdam Noord).

De specialist wordt namelijk verzocht zowel de verwijzer (JGZ-arts) als de huisarts schriftelijk op de hoogte te brengen van de bevindingen.

Aan de ouders wordt het **telefoonnummer meegegeven** van de **poli oogheelkunde 020-6346280** in het Bovenij Ziekenhuis.

Zij moeten **zelf een afspraak maken**. Het is van belang bij het maken van de afspraak de **leeftijd van het kind te vermelden**.

Binnen **4 weken** zal het kind gezien worden door de orthoptist. Voor **spoedgevallen** kan de JGZ-arts na telefonisch overleg met de orthoptist nog dezelfde dag een afspraak regelen.

Bij elke rechtstreeks verwijzing gaat de begeleidende brief mee: **Informatie voor de specialist**. Hierin staat ondermeer vermeld dat de berichtgeving niet alleen naar de verwijzer, maar ook naar de huisarts verstuurd dient te worden.

Aan de ouders wordt de **nieuwe folder "Zicht op het zien van uw kind meegegeven"**. Bij een verwijzing naar **Trijntje Sjoerdsma** wordt de oude folder van de GG&GD aan de ouders meegegeven.

In belang van de evaluatie van de pilot 'Wijs Verwijzen' noteert de JGZ-arts de verwijzing ook op de standaard **verwijsbrief van de GG&GD**. De **3 doorslagvelletjes** worden voor in de status opgeborgen. Het kleine **harde kaartje** in de daarvoor bestemde verwijsbakjes op het bureau. Daarnaast wordt de (differentiaal) diagnose duidelijk in de kaart genoteerd.

Toelichting spraaktaal problemen**Wanneer rechtstreeks verwijzen**

Bij ernstige en/of complexe gevallen van **spraak-taal problemen** moet volgens het regioconvenant uit 1999 verwezen worden naar het multidisciplinaire team van een Audiologisch-/SpraakTaal Centrum.

In Amsterdam zijn drie Audiologische /SpraakTaal Centra

1. Effata Guyot
2. AMC Audiologisch centrum
3. VU Audiologisch centrum

Indien de JGZ-arts naar de **KNO-arts of logopedist** wil verwijzen gaat dit nog steeds **via de huisarts**. Het is de bedoeling dat ook daarvoor de nieuwe verwijsbrief spraaktaal problemen in zijn geheel wordt ingevuld. Als de JGZ-arts een kind dus zowel naar het Audiologisch centrum als de logopedist wil verwijzen zullen er dus **2 verwijsbrieven** voor spraaktaal problemen moeten worden ingevuld.

Verwijsroute Effata Guyot

De JGZ-arts gebruikt voor de rechtstreekse verwijzing naar het Audiologisch centrum de **nieuw ontwikkelde verwijsbrief**.

Deze verwijsbrief geldt als **korte kaart**. Ouders moeten deze verwijsbrief meenemen naar het centrum. Zonder verwijsbrief kunnen zij niet geholpen worden.

Het is van groot belang dat het **adres van de huisarts** op de verwijsbrief genoteerd wordt (zie adressenlijst huisartsen Amsterdam Noord).

De specialist wordt namelijk verzocht zowel de verwijzer (JGZ-arts) als de huisarts schriftelijk op de hoogte te brengen van de bevindingen.

Aan de ouders wordt het **telefoonnummer meegegeven** van het Audiologisch centrum **020-6171814** in de Derkinderenstraat nr. 1.

Zij moeten zelf bellen voor een intake gesprek. Binnen **5 maanden** zullen zij een schriftelijke uitnodiging ontvangen.

Bij elke rechtstreeks verwijzing gaat de begeleidende brief mee: **Informatie voor de specialist**. Hierin staat ondermeer vermeld dat de berichtgeving niet alleen naar de verwijzer, maar ook naar de huisarts verstuurd dient te worden.

In belang van de evaluatie van de pilot 'Wijs Verwijzen' noteert de JGZ-arts de verwijzing ook op de standaard **verwijsbrief van de GG&GD**. De **3 doorslagvelletjes** worden voor in de status opgeborgen. Het kleine **harde kaartje** in de daarvoor bestemde verwijsbakjes op het bureau. Daarnaast wordt de (differentiaal) diagnose duidelijk in de kaart genoteerd.

Verwijsroute AMC Audiologisch Centrum

De JGZ-arts gebruikt voor de rechtstreekse verwijzing naar het Audiologisch centrum **de nieuw ontwikkelde verwijsbrief**.

Deze verwijsbrief geldt als **korte kaart**. De verwijsbrief wordt door de JGZ-arts opgestuurd naar het AMC samen met de begeleidende brief: **Informatie voor de specialist**.

AMC

Audiologisch Centrum D2

t.a.v. Dhr B.Maat

Meibergdreef nr. 9

1105 AZ Amsterdam Zuid-Oost

Naar aanleiding van deze verwijzing zullen ouders schriftelijk uitgenodigd worden binnen **6 weken**. Het is dus van groot belang dat **adres, telefoonnummer en gegevens van het kind** correct vermeld worden.

Het is ook mogelijk om telefonisch te overleggen met Dhr Maat op **telefoonnummer 020-5663917**

In belang van het onderzoek noteert de JGZ-arts de verwijzing ook op de standaard **verwijsbrief van de GG&GD**. De **3 doorslagvelletjes** worden voor in de status opgeborgen. Het kleine **harde kaartje** in de daarvoor bestemde verwijsbakjes op het bureau. Daarnaast wordt de (differentiaal) diagnose duidelijk in de kaart genoteerd.

Verwijsroute VU Audiologisch Centrum

De JGZ-arts gebruikt voor de rechtstreekse verwijzing naar het Audiologisch centrum **de nieuw ontwikkelde verwijsbrief**.

Deze verwijsbrief geldt als **korte kaart**. De verwijsbrief wordt door de JGZ-arts opgestuurd naar het VUMC samen met de begeleidende brief: **Informatie voor de specialist**. Hierin staat ondermeer vermeld dat de berichtgeving niet alleen naar de verwijzer, maar ook naar de huisarts verstuurd dient te worden.

VUMC

t.a.v. Dhr Goverts

hoofd Audiologisch Centrum

postbus 7057

1007 MB Amsterdam

Naar aanleiding van deze verwijzing zullen ouders schriftelijk uitgenodigd worden binnen **6 weken**. Het is dus van groot belang dat **adres, telefoonnummer en gegevens van het kind** correct vermeld worden.

In belang van het onderzoek noteert de JGZ-arts de verwijzing ook op de standaard **verwijsbrief van de GG&GD**. De **3 doorslagvelletjes** worden voor in de status opgeborgen. Het kleine **harde kaartje** in de daarvoor bestemde verwijsbakjes op het bureau. Daarnaast wordt de (differentiaal) diagnose duidelijk in de kaart genoteerd.

B Interviewvragen voor huisartsen

Vragen:

1. Hoe staat u tegenover het initiatief
2. In hoeverre bent u bekend met dit OKC-protocol?
3. In hoeverre denkt u dat het werken volgens dit protocol inderdaad kan bijdragen aan de beoogde doelstelling? *“de route van signaleren, verwijzen en terugkoppelen voor het kind en zijn ouders zo kort en eenvoudig mogelijk te houden, door directe doorverwijzing”*
4. Merkt u verschillen in uw eigen werk door invoering van het protocol?
 - Welke?
 - Wat vindt u daarvan?
5. Wat zijn volgens u voordelen en nadelen voor de huisarts van directe doorverwijzing via de JGZ naar de specialist zonder tussenkomst van de huisarts?
6. Hoe ziet u precies de rol(verandering) voor de huisarts als gewerkt wordt volgens dit protocol? Kunt u uw andere taken bv met betrekking tot de poortwachtersfunctie nog goed blijven vervullen. Wat is hiervoor noodzakelijk?
 - Ziet u bv een rol voor de huisarts bij de begeleiding van ouders van kinderen die worden doorverwezen. Krijgt u dan uitgaande van het nieuwe protocol nog voldoende en tijdig genoeg informatie?
7. Wat vindt u van de verandering in de rol die de huisarts heeft als gewerkt wordt volgens dit nieuwe protocol? (alleen berichtgeving van de doorverwijzing en informering van de resultaten)
 - Voordelen: drukte,
 - nadelen? Doorgeefluik, taakversmalling,....
8. hoe ervaart u de huidige wijze van feedback?
9. In hoeverre vindt u dat huisartsen nu voldoende feedback krijgen over het vervolg van de verwijzingen van cliënten?
 - Verbeterpunten?
10. Ziet u naast de huidige wetgeving belemmeringen in de praktijk voor het werken volgens dit protocol ?
 - Ziet u daar oplossingen voor?
11. Zijn er nog zaken die u in de praktijk liever veranderd wil hebben bij dit verwijsproces, die volgens u ten goede zouden komen aan de kwaliteit van het zorgproces?
 - Welke?
12. Heeft u nog suggesties ter verbetering van het verwijsproces, die zouden kunnen zorgen voor meer tevredenheid met het verwijsproces bij u of bij cliënten?