

# TNO Kwaliteit van Leven

**Preventie en Zorg**  
Wassenaarseweg 56  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

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

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

## TNO-rapport

**KvL/P&Z/2010.080**

**Determinantenanalyse (Proefimplementatie)**

**JGZ-richtlijn Zindelijkheid**

Datum	November 2010
Auteur(s)	J.A. Deurloo R.R. Pin P. van Dommelen M. Kamphuis M. Beltman M.A.H. Fleuren
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnummer ZonMw	15600.0002
Projectnummer	031.12574
Aantal pagina's	35 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	1

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.

© 2010 TNO

## Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding.....</b>	<b>4</b>
1.1	Achtergrond .....	4
1.2	Model voor de invoering van de JGZ-richtlijnen.....	4
1.3	Doelstelling en vraagstellingen.....	6
<b>2</b>	<b>Methode .....</b>	<b>8</b>
2.1	Werving van JGZ-organisaties en respons.....	8
2.2	Proefimplementatie: instructie, registratieformulieren en vragenlijsten .....	8
2.3	Analyses vragenlijsten/registratieformulieren .....	9
2.4	Focusgroepinterview.....	9
2.5	Analyse focusgroepinterview.....	10
<b>3</b>	<b>Werkwijze vóór proefimplementatie.....</b>	<b>12</b>
3.1	Respons.....	12
3.2	Resultaten vragenlijst werkwijze vóór de proefimplementatie .....	12
<b>4</b>	<b>Resultaten registratieformulieren en vragenlijst na afloop van de proefimplementatie .....</b>	<b>14</b>
4.1	Respons.....	14
4.2	Resultaten registratieformulieren tijdens de proefimplementatie .....	14
4.3	Resultaten vragenlijst na afloop van de proefimplementatie .....	16
<b>5</b>	<b>Resultaten focusgroepinterview na afloop van de proefimplementatie .....</b>	<b>20</b>
5.1	Respons.....	20
5.2	Determinanten m.b.t. richtlijn.....	20
5.3	Determinanten m.b.t. JGZ-medewerker.....	21
5.4	Determinanten m.b.t. JGZ-organisatie.....	23
5.5	Determinanten m.b.t. de sociaal-politieke omgeving.....	23
5.6	Randvoorwaarden voor landelijke invoering .....	24
<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering.....</b>	<b>26</b>
6.1	Conclusies.....	26
6.2	Kritische kanttekeningen .....	27
6.3	Aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering .....	27
<b>7</b>	<b>Literatuur .....</b>	<b>30</b>
	<b>Bijlage(n)</b>	
	A Gedetailleerde resultaten focusgroepen JGZ-richtlijn ‘Zindelijkheid’	



# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

De jeugdgezondheidszorg heeft de taak afwijkingen in de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen te voorkómen dan wel vroegtijdig op te sporen (productgroep 1 uit het basistakenpakket JGZ). Het doel is om blijvende gevolgen van een gestoorde ontwikkeling te voorkómen of zoveel mogelijk te beperken door tijdig behandeling en/of begeleiding in gang te zetten. Dit geldt ook voor de ontwikkeling van de zindelijkheid voor urine en feces.

Problemen met zindelijkheid voor urine en/of feces komen veel voor op de kinderleeftijd en kunnen een grote impact hebben. Bij 5 jarigen komt bedplassen voor bij ongeveer 15%. Bij 4-7 jarigen komt broekplassen voor bij ongeveer 7% van de kinderen<sup>1</sup>. Fecale incontinentie komt voor bij ongeveer 1-3% van de kinderen vanaf 4 jaar<sup>2</sup>. In de adolescentie blijkt 15- 30% van de kinderen met fecale incontinentie nog steeds klachten te hebben.

Niet zindelijk zijn kan een reden zijn voor pesten, maar ook voor niet meedoen met logeerpartijtjes, vanwege schaamte<sup>3,4</sup>. Naast het psychologische effect op het welzijn van de kinderen en hun ouders, bestaan ook maatschappelijke nadelen: een onzindelijk kind zorgt voor veel extra werk (o.a. wassen, schoonmaken, begeleiden) en ook voor extra kosten (o.a. luiers, nieuwe kleren, beddengoed en matrassen en vaker een beroep doen op medische zorg). Veel reguliere basisscholen zijn afwerend als een kind op de leeftijd van 4 jaar nog een luier draagt.

Diverse studies tonen aan dat door begeleiding en verschillende behandelingen kinderen sneller zindelijk worden dan wanneer afgewacht wordt totdat het kind spontaan zindelijk wordt<sup>5-7</sup>. Het is daarom van belang zindelijkheidsproblemen vroegtijdig te signaleren en hierop de meest effectieve interventie toe te passen. Zowel op de jonge leeftijd (0-4 jaar, via het consultatiebureau) als daarna (4-19 jaar, via de GGD/schoolgezondheidsdienst) kan de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bij de preventie, signalering, voorlichting en behandeling een belangrijke rol spelen.

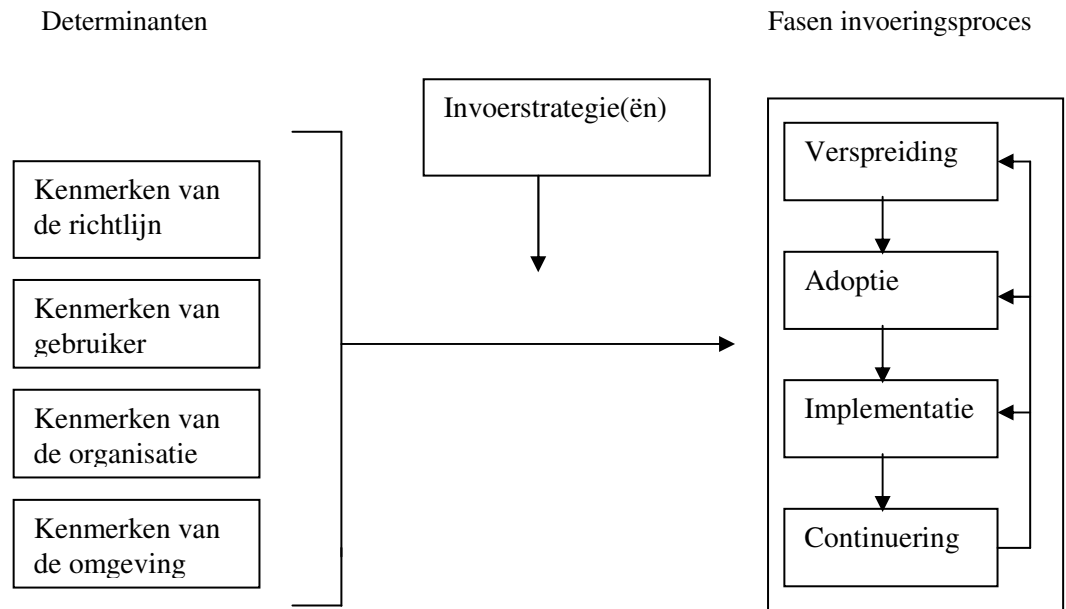
## 1.2 Model voor de invoering van de JGZ-richtlijnen

### *Fasen in een innovatieproces*

De planmatige invoering van richtlijnen kan beschouwd worden als een cyclisch proces dat bestaat uit a) de ontwikkeling van de richtlijn, b) de invoering van de richtlijn onder de beoogde gebruikers en c) het begeleidende evaluatieonderzoek<sup>8-11</sup>. Het begeleidende evaluatieonderzoek moet duidelijk maken of het invoeringsproces door de beoogde gebruiker wordt doorlopen zoals gewenst, en of daarmee de effecten bij de einddoelgroep (0-19 jarigen) zijn gerealiseerd.

De invoering van een richtlijn bestaat uit een aantal fasen (figuur 1)<sup>12,13</sup>. Met het oog op een succesvolle invoering is het van cruciaal belang dat de beoogde gebruikers van de richtlijn op de hoogte zijn van het bestaan ervan<sup>12-19</sup>. In de adoptie fase neemt de beoogde gebruiker kennis van de richtlijn en besluit om er al dan niet mee te gaan werken. Dit is een mentaal proces waarbij de beoogde gebruiker een positieve of

negatieve intentie tot gebruik van de richtlijn ontwikkelt. Daarna probeert de gebruiker daadwerkelijk met de richtlijn te werken en gaat ervaren of deze voor hem/haar in de praktijk uitvoerbaar is (implementatie). Tenslotte is het de bedoeling dat het werken met de richtlijn onderdeel van de dagelijkse routine wordt (continuering) bij de gebruiker.



Figuur 1 Generiek model voor het invoeren van vernieuwingen <sup>12,13</sup>

#### *Analyse determinanten*

In elke fase van het invoeringsproces kunnen er complicaties optreden waardoor de invoering stagneert. Verschillende determinanten bepalen het proces en ze zijn onder te verdelen naar kenmerken van <sup>12,13</sup>:

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

Om de kans op succesvolle invoering van de richtlijn te maximaliseren dient de invoerstrategie aan te sluiten op de belangrijkste determinanten van het invoeringsproces. Daarom moet een analyse van determinanten plaatsvinden onder de beoogde gebruikers van een richtlijn vóórdat deze definitief is en verspreid wordt. Vervolgens kunnen invoerstrategieën toegesneden worden op de uitkomsten van deze analyse <sup>12,13,15-17, 19</sup>. Wanneer dit niet wordt gedaan, loopt men de kans een strategie in te zetten die aangrijpt op een niet-relevante determinant en voorbij gaat aan een of meerdere determinanten die er wel toe doen <sup>12,13</sup>.

### *Proefimplementatie*

In de Jeugdgezondheidszorg gebeurt een dergelijke determinantenanalyse tot nu toe via een proefimplementatie waarbij uitvoerende JGZ-medewerkers en, indien relevant, managers, de conceptrichtlijn gedurende enige maanden in de dagelijkse praktijk uittesten. Wanneer een richtlijn aanbevelingen bevat die organisatorische consequenties hebben (bijvoorbeeld de aanwezigheid van een aandachtsfunctionaris kindermishandeling of aanbevelingen ten aanzien van multidisciplinair overleg), worden waar mogelijk hele organisaties/teams geworven voor de proefimplementatie. Het al dan niet kunnen uitvoeren van de richtlijn ligt dan namelijk deels buiten de invloedssfeer van de individuele JGZ-medewerker. In andere gevallen kan worden volstaan met het werven van individuele JGZ-medewerkers. Via de proefimplementatie wordt duidelijk wat de uitvoeringsproblemen in de dagelijkse praktijk zijn. Dit geeft in ieder geval zicht op welke punten de richtlijn zélf nog bijstelling behoeft (inhoudelijk en qua vormgeving), welke instructie/scholing JGZ-medewerkers nodig hebben om met de richtlijn te kunnen werken en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd om het werken met de richtlijn mogelijk te maken, zoals inwerktijd, extra consulttijd, benodigde materialen, etc. Dit alles is vooral ook van belang voor managers om de invoering van de richtlijn in hun organisatie te kunnen inplannen en om met gemeentes te kunnen onderhandelen over financiering. Ook is het van belang voor het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) dat de regie voert over de landelijke invoering van de richtlijnen. Daarnaast geeft de proefimplementatie zicht op het verdere scala van determinanten waar tijdens de (landelijke) invoering rekening mee moet worden gehouden.

## **1.3 Doelstelling en vraagstellingen**

Het doel van het onderhavige project is nagaan welke determinanten een rol spelen bij het gebruik van de JGZ-richtlijn Zindelijkheid Urine en Feces - hierna JGZ-richtlijn Zindelijkheid te noemen - om op basis daarvan aanbevelingen te doen voor de landelijke invoering van deze richtlijn.

De vraagstellingen van het project zijn:

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



## 2 Methode

### 2.1 Werving van JGZ-organisaties en respons

In september 2009 werd door het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid (sinds oktober 2010 is het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid de opvolger van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid) een mailing verstuurd aan de hoofden/managers van alle JGZ-organisaties, met de vraag deel te nemen aan de proefimplementatie. Doel was om in een organisatie zoveel mogelijk medewerkers die begeleiding rond zindelijkheid geven te laten deelnemen.

Daarnaast werd tegelijkertijd een oproep geplaatst voor deelname van organisaties, maar ook van individuele JGZ medewerkers, op de websites en in de nieuwsbrieven van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid, de koepelorganisaties en de beroepsverenigingen. In de mailing en op de websites werd beschreven wat deelname inhield, hoeveel tijd dit kostte en welke vergoeding beschikbaar was.

Aan de proefimplementatie namen deel:

Careyn (0-4 jaar) (op individuele titel)	5 artsen, 5 verpleegkundigen
Jong Florance (0-4 jaar) (op individuele titel)	2 verpleegkundigen
GGD Brabant Zuid-Oost (4-19 jaar)	3 verpleegkundigen
GGD Hollands Noorden (4-19 jaar)	18 verpleegkundigen
GGD Midden Nederland (4-19 jaar)	1 arts, 5 verpleegkundigen
GGD Zuid-Holland West (4-19 jaar) (op individuele titel)	1 arts, 2 verpleegkundigen
Yunio (0-4 jaar)	2 artsen, 6 verpleegkundigen
Zorgboog (0-4 jaar)	15 artsen, 30 verpleegkundigen
<b>Totaal</b>	<b>24 artsen, 71 verpleegkundigen</b>

### 2.2 Proefimplementatie: instructie, registratieformulieren en vragenlijsten

#### *Instructie*

De proefimplementatie hield in dat JGZ-organisaties gevraagd werd ongeveer twee tot vier maanden met de conceptrichtlijn te werken (afhankelijk van het moment van de instructie) en deze in de praktijk uit te testen op de uitvoerbaarheid.

De deelnemers aan de proefimplementatie kregen een 2 uur durende instructiebijeenkomst waarin één van de ontwikkelaars uitleg gaf over de richtlijn. Voorafgaand aan de instructie ontvingen de deelnemers zowel de achtergrondinformatie (het boek) als de samenvatting van de richtlijn, en een vragenlijst om de huidige werkwijze van de deelnemers vast te leggen. Uit deze vragenlijst werden aandachtspunten gehaald om de instructie zo nodig aan te passen en om op te anticiperen.

#### *Registratie*

Gedurende de proefimplementatie hielden de deelnemers op registratieformulieren bij op welke punten de richtlijn wel/niet uitvoerbaar is. De deelnemers vulden deze registratieformulieren in voor 5-10 contacten over urine en/of feces. Met deze



vragenlijsten werd gemeten hoe medewerkers in de praktijk tijdens de proefimplementatie daadwerkelijk werkten. De registraties vonden prospectief plaats.

#### *Vragenlijst na afloop proefimplementatie*

Na afloop van de proefimplementatie kregen de deelnemers opnieuw een vragenlijst (voor 0-4 jaar of voor 4-19 jaar) toegestuurd om vast te leggen hoe de manier van werken na de proefimplementatie was, en om de instructie, de richtlijn en de randvoorwaarden te evalueren.

#### *Kernelementen*

Door de ontwikkelaars van de richtlijn zijn van te voren kernelementen van de richtlijn bepaald. Kernelementen zijn die activiteiten die in ieder geval uitgevoerd moeten worden om het effect van de richtlijn bij de 0-19 jarige te bewerkstelligen. Het betreft activiteiten die JGZ medewerkers in ieder geval in staat stellen om goede voorlichting en begeleiding te bieden aangaande zindelijkheid én problematiek bij alle kinderen effectief te kunnen signaleren, erover te kunnen adviseren, hulp te bieden of te verwijzen. De vragenlijsten en registratieformulieren die zijn gebruikt bij de proefimplementatie zijn gebaseerd op de kernelementen van de richtlijn.

Bij de verschillende vragenlijsten registreerde men knelpunten/uitvoeringproblemen met betrekking tot:

- Uitvoering van inhoudelijke kernelementen van de richtlijn:
  - Anamnestiche gegevens
  - Het gebruik van de anamneselijsten voor urine en feces
  - Lichamelijk onderzoek
  - Verwijzing en follow-up
- Tijdsinvestering
- De inhoud en begrijpelijkheid van de richtlijn
- Evaluatie van de instructie
- Randvoorwaarden, zoals instructie en overleg
- Open vragen over ervaren knelpunten in het gebruik van de richtlijn

### **2.3 Analyses vragenlijsten/registratieformulieren**

SPSS versie 17.0 is gebruikt voor de beschrijvende statistieken. De resultaten zijn te vinden in de hoofdstukken 3 (Werkwijze voor proefimplementatie) en 4 (Resultaten registratieformulieren en vragenlijst na afloop van de proefimplementatie).

### **2.4 Focusgroepinterview**

Na afloop van de proefimplementatie vonden focusgroepinterviews plaats aan de hand van de analyses van de ingevulde registraties. De interviewvragen zijn gebaseerd op het model voor de invoering van vernieuwingen (figuur 1) en voorlopige analyses van de registratieformulieren. Verder werd gebruik gemaakt van een lijst met determinanten die een rol spelen bij de invoering van vernieuwingen<sup>12, 13</sup> en bevindingen uit eerdere proefimplementaties in de JGZ.

Alle geïnterviewden kregen ter voorbereiding op het interview de vragen toegestuurd. Het (focus)groepinterview duurde ongeveer 2 uur. Elke organisatie werd vertegenwoordigd.

## **2.5 Analyse focusgroepinterview**

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



## 3 Werkwijze vóór proefimplementatie

### 3.1 Respons

De vragenlijst over de huidige werkwijze (vóór de instructie) werd door 64 van de 95 deelnemers (67%) terug gestuurd (118 formulieren: 34 urine 0-4 jaar, 27 urine 4-19 jaar en 57 feces).

### 3.2 Resultaten vragenlijst werkwijze vóór de proefimplementatie

Bijzonderheden in de resultaten van de vragenlijsten over de werkwijze van de deelnemers voor de proefimplementatie werden gebruikt als aandachtspunten voor de instructie.

#### 3.2.1 *Feces (0-19 jaar)*

Nagegaan is hoe vaak naar diverse onderwerpen gevraagd werd in de anamnese (eventueel via een vragenlijst). De deelnemers gaven bij veel onderwerpen aan deze niet bij een meerderheid of alle kinderen na te vragen. Zo gaf slechts 38% aan bij een meerderheid of alle kinderen te vragen naar de defecatiefrequentie, 17% gaf aan bij een meerderheid of alle kinderen te vragen naar poep(vegen) in het ondergoed.

Anamneselijst I voor feces is een hulpmiddel om alarmsymptomen na te vragen, anamneselijst II is bedoeld om aanknopingspunten voor de begeleiding te verkrijgen. Ongeveer de helft van de deelnemers gaf aan deze anamneselijsten altijd of soms af te nemen, vooral wanneer er sprake was van problemen met de zindelijkheid. De meest genoemde reden voor het niet afnemen van de anamneselijsten was onbekendheid met het bestaan van de anamneselijsten.

Een minderheid van de deelnemers gaf aan lichamelijk onderzoek te verrichten bij een meerderheid of alle kinderen ouder dan 3 jaar met fecale incontinentie.

Bij kinderen met fecale incontinentie kunnen veel verschillende soorten adviezen worden gegeven. Volgens de deelnemers zijn de meest gegeven adviezen: eetpatroon met voldoende vocht en vezels (42 keer genoemd), zindelijkheidstraining zonder dwang en spelenderwijs (38 keer genoemd), juist toiletgedrag (37 keer genoemd), normaal beweegpatroon (36 keer genoemd), toevoegen extra vocht (30 keer genoemd), laxantia bij obstipatie (29 keer genoemd). De volgende adviezen werden terecht (vrijwel) nooit gegeven: thermometer met olie, zeppennetjes, overgaan van borstvoeding naar flesvoeding, borstvoeding staken.

De meerderheid van de deelnemers gaf aan gebruik te maken van de mogelijkheid om extra contactmomenten af te spreken bij kinderen met fecale incontinentie. Deze werden gebruikt voor het nader uitvragen en begeleiden van het kind met fecale incontinentie.

De belangrijkste redenen voor verwijzing van een kind met fecale incontinentie waren het uitsluiten van pathologie en behandeling.

#### 3.2.2 *Urine (0-4 jaar)*

Nagegaan is hoe vaak naar diverse onderwerpen gevraagd werd in de anamnese (eventueel via een vragenlijst). De deelnemers gaven bij veel onderwerpen aan deze niet bij een meerderheid of alle kinderen na te vragen. Op de leeftijd van 18-24 maanden gaf meer dan de helft van de deelnemers aan wel bij een meerderheid of alle kinderen te vragen of het kind al interesse toont in zindelijkheidstraining urine. Slechts 34% van de

deelnemers vroeg bij een meerderheid of alle kinderen naar veranderingen in de zindelijkheid voor urine.

De meerderheid van de deelnemers gaf aan bij geen of een minderheid van de kinderen bij wie er sprake is van onzindelijkheid voor urine inspectie te verrichten van genitalia, rug en sacrum. Ditzelfde geldt voor palpatie van de buik. De meest genoemde redenen voor het niet doen van deze onderzoeken zijn: dit onderzoek heeft tijdens eerdere consulten al plaats gevonden, verpleegkundigen zijn hier niet toe opgeleid.

Over de zindelijkheid(straining) voor urine kunnen veel verschillende soorten adviezen worden gegeven. Volgens de deelnemers zijn de meest gegeven adviezen: uitleg over juiste moment start training (34 keer genoemd), belang van positieve aandacht (34 keer genoemd), wegnemen druk/geen straf (32 keer genoemd). Opnemen en blaastraining werden vrijwel nooit geadviseerd.

De meerderheid van de deelnemers gaf aan gebruik te maken van de mogelijkheid om extra contactmomenten af te spreken bij kinderen met onzindelijkheid voor urine. Deze werden gebruikt voor het nader uitvragen en begeleiden van het kind met onzindelijkheid voor urine.

De belangrijkste redenen voor verwijzing van een kind met onzindelijkheid voor urine waren het uitsluiten van pathologie en behandeling.

### 3.2.3 *Urine (4-19 jaar)*

Nagegaan is hoe vaak naar diverse onderwerpen gevraagd werd in de anamnese (eventueel via een vragenlijst). Meer dan de helft van de deelnemers gaf aan bij een meerderheid of alle kinderen te vragen naar nat zijn overdag en bedplassen. De deelnemers gaven aan minder vaak te vragen naar veranderingen in de zindelijkheid voor urine en naar problemen met de zindelijkheidstraining.

Anamneselijst I voor urine is een hulpmiddel om alarmsymptomen na te vragen, anamneselijst II is bedoeld om aanknopingspunten voor de begeleiding te verkrijgen. De meerderheid van de deelnemers gaf aan anamneselijsten I en II voor urine altijd of soms af te nemen, vooral wanneer er sprake was van problemen met de zindelijkheid. Een aantal deelnemers gaf aan dat er wel vergelijkbare vragen werden gesteld, maar niet precies volgens de anamneselijsten.

De meerderheid van de deelnemers gaf aan bij geen of een minderheid van de kinderen bij wie er sprake is van onzindelijkheid voor urine inspectie te verrichten van genitalia, rug en sacrum. Ditzelfde geldt voor palpatie van de buik. De meest genoemde redenen voor het niet doen van deze onderzoeken zijn: dit onderzoek heeft tijdens eerdere consulten al plaats gevonden, verpleegkundigen zijn hier niet toe opgeleid.

Over de zindelijkheid(straining) voor urine kunnen veel verschillende soorten adviezen worden gegeven. Volgens de deelnemers zijn de meest gegeven adviezen: wegnemen druk/geen straf (46 keer genoemd), kalender met beloningssysteem (46 keer genoemd), belang positieve aandacht (44 keer genoemd), kind zelf laten (helpen met) verschonen (44 keer genoemd), opnemen (32 keer genoemd).

De meerderheid van de deelnemers gaf aan gebruik te maken van de mogelijkheid om extra contactmomenten af te spreken bij kinderen met onzindelijkheid voor urine. Deze werden gebruikt voor het nader uitvragen en begeleiden van het kind met onzindelijkheid voor urine.

De belangrijkste redenen voor verwijzing van een kind met onzindelijkheid voor urine waren het uitsluiten van pathologie en behandeling.

## 4 Resultaten registratieformulieren en vragenlijst na afloop van de proefimplementatie

### 4.1 Respons

Door 50 van de 95 deelnemers (53%) werden tijdens de proefimplementatie in totaal 295 registratieformulieren terug gestuurd (123 formulieren feces 0-19 jaar, 111 formulieren urine 0-4 jaar en 39 formulieren urine 4-19 jaar).

De vragenlijst na afloop van de proefimplementatie werd door 47 van de 95 deelnemers (49%) terug gestuurd (30 formulieren 0-4 jaar, en 17 formulieren 4-19 jaar).

### 4.2 Resultaten registratieformulieren tijdens de proefimplementatie

#### 4.2.1 *Feces (0-19 jaar)*

De 123 registratieformulieren feces werden ingevuld door 7 artsen (39 formulieren), 17 verpleegkundigen (78 formulieren) en 2 verpleegkundig specialisten (4 formulieren).

Van 2 formulieren was niet bekend welke functie de deelnemer heeft. Slechts 8 formulieren waren afkomstig van medewerkers 4-19 jaar. Van 10 formulieren was niet bekend uit welke organisatie de medewerker afkomstig is.

Het betrof 71 jongens (59%) en 50 meisjes (41%). Bij 71 van deze kinderen was er sprake van een probleem: obstipatie en fecale incontinentie werden hierbij het meest genoemd.

*De volgende resultaten betreffen de groep kinderen met een probleem (n=71):*

Door 43 deelnemers (68%) werd aangegeven dat anamneselijst I voor feces (gedeeltelijk) was afgenomen. Dit kostte 0-10 minuten tijd (gem. 4,1 minuten, standaarddeviatie 3,1 minuten). Door 29 deelnemers (51%) werd aangegeven dat anamneselijst II voor feces (gedeeltelijk) was afgenomen. Dit kostte 1-30 minuten tijd (gem. 7,6 minuten, standaarddeviatie 6,5 minuten).

Door 21 deelnemers (35%) werd aangegeven dat inspectie van genitalia, rug en sacrum was uitgevoerd. Voor palpatie van de buik was dit 20 maal (34%). Door 10 deelnemers (17%) werd aangegeven dat neurologisch onderzoek was gedaan. Voor inspectie van de anus was dit 24 maal (43%). De meest genoemde reden om deze onderzoeken niet te doen was omdat de verpleegkundige hier niet toe is opgeleid. Onduidelijk is of dit dan misschien door de arts werd (of al was) uitgevoerd.

*Gegeven adviezen*

De door de deelnemers meest gegeven adviezen zijn: voldoende vocht en vezels in voeding (34 keer genoemd), juist toiletgedrag/houding (24 keer genoemd), normaal beweegpatroon voor leeftijd van het kind (29 keer genoemd), zindelijkheidstraining spelenderwijs, zonder dwang (31 keer genoemd), laxantia bij obstipatie (19 keer genoemd).

De deelnemers gaven aan dat een klein deel van de kinderen is verwezen, voornamelijk naar de huisarts. Bij een deel van de kinderen (9 kinderen) werd een extra consult afgesproken na 2 weken tot 6 maanden. Soms werd afgesproken dat de ouders bij aanhoudende problemen opnieuw contact op konden nemen (5 keer genoemd).

#### 4.2.2 *Urine (0-4 jaar)*

Er werden 111 registratieformulieren voor urine bij 0-4 jarigen ingevuld door 11 artsen (34 formulieren), 18 verpleegkundigen (74 formulieren) en 1 verpleegkundig specialist (3 formulieren). De helft van de formulieren betrof jongens. Bij het merendeel van de kinderen werd gevraagd of het kind al interesse toont in zindelijkheidstraining (79%) en of het kind een luier (dag/nacht) gebruikt (60%). Bij een minderheid van de kinderen werd gevraagd of het kind nat was overdag (41%), of er een verandering van patroon zindelijkheid urine was (27%), of het kind in bed plast (20%) en of er sprake was van druppeltjes verlies (broek/bed) (10%).

*De volgende resultaten betreffen de groep kinderen met een probleem (n=49):*

Bij 49 van deze kinderen was er sprake van een probleem op het gebied van zindelijkheidstraining. Bij 14 (29%) kinderen werd er inspectie gedaan (genitalia, rug en sacrum). Bij 6 kinderen was dit onbekend. Bij 13 kinderen (27%) was er palpatie van de buik gedaan. Bij 5 kinderen was dit onbekend. Bij 1 kind (2%) was er neurologisch onderzoek uitgevoerd. Bij 7 kinderen was dit onbekend.

De deelnemers gaven bij 5 kinderen aan dat deze (naar de huisarts) zijn verwezen.

#### 4.2.3 *Urine (4-19 jaar)*

Er werden 39 registratieformulieren voor urine bij 4-19 jarigen ingevuld door 2 artsen (11 formulieren) en 10 verpleegkundigen (28 formulieren). Meer dan de helft van de formulieren (62%) betrof jongens. Bij 37 kinderen was er sprake van een probleem met de zindelijkheid.

*De volgende resultaten betreffen de groep kinderen met een probleem (n=37):*

Door 31 deelnemers (84%) werd aangegeven dat anamneselijst I voor urine (gedeeltelijk) was afgenomen. Dit kostte 0-25 minuten tijd (gem. 7,6 minuten). Door 33 deelnemers (89%) werd aangegeven dat anamneselijst II voor urine (gedeeltelijk) was afgenomen. Dit kostte 0-30 minuten tijd (gem. 9,8 minuten).

Door 6 deelnemers (16%) werd aangegeven dat inspectie van genitalia, rug en sacrum was uitgevoerd. Voor palpatie van de buik was dit 1 maal (3%). Door geen van de deelnemers werd aangegeven dat neurologisch onderzoek was gedaan. De meest genoemde reden om deze onderzoeken niet te doen was omdat de verpleegkundige hier niet toe is opgeleid.

*Gegeven adviezen*

De door de deelnemers meest gegeven adviezen zijn: belang van positieve aandacht (27 keer genoemd), kind zelf laten (helpen met) verschonen (26 keer genoemd), vast toiletschema (25 keer genoemd), gebruik van beloningssysteem (24 keer genoemd). Medicatie en droogbedtraining werden niet geadviseerd volgens de deelnemers. De deelnemers gaven aan dat 4 kinderen naar de huisarts zijn verwezen, en 3 kinderen naar een collega uit het team zijn verwezen.

### 4.3 Resultaten vragenlijst na afloop van de proefimplementatie

#### 4.3.1 *Feces (0-19 jaar)*

Na afloop van de proefimplementatie is nagegaan hoe vaak naar diverse onderwerpen gevraagd werd in de anamnese (eventueel via een vragenlijst), zie tabel 1.

Door 32 deelnemers (78% van groep 0-19 jaar, 83% van groep 0-4 jaar en 67% van groep 4-19 jaar) werd aangegeven dat anamneselijst I voor feces altijd of soms werd afgenomen. Door 29 deelnemers (74% van groep 0-19 jaar, 79% van groep 0-4 jaar en 64% van groep 4-19 jaar) werd aangegeven dat anamneselijst II voor feces altijd of soms werd afgenomen. De vragenlijsten werden vooral afgenomen als er sprake was van problemen met de zindelijkheid. De meest genoemde redenen voor het niet afnemen van de anamneselijsten was het niet geschikt zijn van de anamneselijst voor de leeftijd van het kind en het feit dat toch wordt doorverwezen.

Tabel 1 laat zien dat er een groot verschil is in het navragen van de diverse onderwerpen. Of het kind al interesse toont in de zindelijkheidstraining feces (79%) en de defecatiefrequentie (59%) werd het meest gevraagd bij de 0-4 jarigen. De defecatiefrequentie (58%), of er problemen zijn met de zindelijkheidstraining feces (58%) en of het kind afgelopen maand poep(vegen) in ondergoed heeft gehad (58%) werd het meest gevraagd bij de 4-19 jarigen. De vraag of het kind met de ontlasting smeert werd weinig gesteld (8%).

Tabel 1 Overzicht van het percentage deelnemers dat het onderwerp heeft nagevraagd bij een meerderheid van de geziene kinderen. Het betreft de onderwerpen volgens de richtlijn na te vragen in anamnese.

	% bij meerderheid of alle kinderen nagevraagd		
	0-4 jarigen	4-19 jarigen	Totaal
	n=29	n1*	n2*
Verandering van patroon zindelijkheid feces	48	54	50
Defecatiefrequentie	59	58	59
Consistentie van ontlasting	48	42	46
Of kind al interesse toont in zindelijkheidstraining feces	79	50	71
Of er problemen zijn met zindelijkheidstraining feces	52	58	54
Of kind afgelopen maand poep(vegen) in ondergoed heeft gehad	3	58	20
Of kind 's nachts incontinent is	17	8	37
Of kind smeert met ontlasting	0	27	8

\*n1 varieert van 11 t/m 13 deelnemers, n2 varieert van 40 t/m 42 deelnemers

Er is nagevraagd in hoeverre na afloop van de proefimplementatie bij kinderen ouder dan 3-4 jaar met fecale incontinentie lichamelijk onderzoek werd verricht.

Zestien deelnemers (46%) gaven aan dat bij een meerderheid of alle kinderen inspectie van genitalia, rug en sacrum werd verricht. Achttien deelnemers (53%) gaven aan dat bij een meerderheid of alle kinderen palpatie van de buik werd gedaan. Vijftien deelnemers (43%) gaven aan dat bij een meerderheid of alle kinderen inspectie van de anus werd gedaan. Deze onderzoeken werden meestal verricht door de arts (90-94%), soms door een verpleegkundig specialist. Redenen voor het niet uitvoeren van deze



onderzoeken waren: als verpleegkundige hiertoe niet opgeleid, belastend voor het kind, onderzoek al eerder uitgevoerd.

Na afloop van de proefimplementatie gaven de deelnemers aan dat de volgende adviezen het meest worden gegeven: Normaal eetpatroon met voldoende vezels (38 keer genoemd), training spelenderwijs/zonder dwang (34 keer genoemd), normaal beweegpatroon voor de leeftijd (33 keer genoemd), uitleg over juist toiletgedrag en juiste houding (29 keer genoemd), laxantia bij obstipatie (28 keer genoemd).

Een kleine meerderheid van de deelnemers (n=22, 55%) gaf aan gebruik te maken van de mogelijkheid om extra contactmomenten af te spreken bij kinderen met fecale incontinentie. Deze werden gebruikt voor het nader uitvragen en begeleiden van het kind met fecale incontinentie.

De belangrijkste redenen voor verwijzing van een kind met fecale incontinentie waren het uitsluiten van pathologie en behandeling.

#### 4.3.2 *Urine (0-4 jaar)*

Na afloop van de proefimplementatie is nagegaan hoe vaak naar diverse onderwerpen gevraagd werd in de anamnese (eventueel via een vragenlijst), zie tabel 2.

Volgens tabel 2 gaf een meerderheid van de deelnemers bij 0-4 jarigen aan dat er bij een meerderheid of bij alle kinderen werd gevraagd of het kind al interesse toont in zindelijkheidsstraining urine.

Tabel 2 Overzicht van het percentage deelnemers dat het onderwerp heeft nagevraagd bij een meerderheid van de geziene kinderen. Het betreft de onderwerpen volgens de richtlijn na te vragen in anamnese.

	% bij meerderheid of alle kinderen nagevraagd		
	0-4 jarigen n1*	4-19 jarigen n2*	Totaal n3*
18-24 maanden:			
Of kind al interesse toont in zindelijkheidsstraining urine	71		
Ouder dan 3-4 jaar:			
Verandering van patroon zindelijkheid urine	52	88	66
Nat zijn overdag	77	94	84
Druppeltjes verlies (broek/bed)	15	75	38
Bedplassen	46	100	67
Gebruik van luier in nacht	78	63	72
Of kind al interesse toont in zindelijkheidsstraining urine	89	63	80
Of er problemen zijn met zindelijkheidsstraining urine	86	67	79

\*n1 varieert van 26 t/m 28 deelnemers, n2 varieert van 15 t/m 17 deelnemers, n3 varieert van 42 t/m 44 deelnemers.

Ongeveer de helft van de deelnemers (n=16, 55%) geeft aan bij geen of een minderheid van de kinderen bij wie er sprake is onzindelijkheid voor urine inspectie te verrichten van genitalia, rug en sacrum. Ditzelfde geldt voor palpatie van de buik (n=17, 59%). De meest genoemde redenen voor het niet doen van deze onderzoeken zijn: dit onderzoek heeft tijdens eerdere consulten al plaats gevonden, verpleegkundigen zijn niet opgeleid voor dit onderzoek.

De door de deelnemers meest genoemde adviezen over (problemen met) de zindelijkheidstraining zijn: wegnemen van druk en straf (28 keer genoemd), het juiste moment om te starten met training (27 keer genoemd), belang van positieve aandacht (27 keer genoemd), en het beginnen in een rustige periode (25 keer genoemd).

Ongeveer de helft van de deelnemers (n=16, 55%) gaf aan gebruik te maken van de mogelijkheid om extra contactmomenten af te spreken bij kinderen met onzindelijkheid voor urine. Deze werden gebruikt voor het nader uitvragen en begeleiden van het kind met onzindelijkheid voor urine.

De belangrijkste redenen voor verwijzing van een kind met onzindelijkheid voor urine waren het uitsluiten van pathologie en behandeling.

#### 4.3.3 *Urine (4-19 jaar)*

Na afloop van de proefimplementatie is nagegaan hoe vaak naar diverse onderwerpen gevraagd wordt in de anamnese (eventueel via een vragenlijst), zie tabel 2.

Volgens tabel 2 gaf een meerderheid van de deelnemers bij 4-19 jarigen aan dat ze alle onderwerpen over kinderen ouder dan 3-4 jaar hadden nagevraagd bij een meerderheid of bij alle kinderen.

Anamneselijst I en II voor urine werden door vrijwel alle deelnemers altijd of soms afgenomen, vooral wanneer er sprake was van problemen met de zindelijkheid.

De meerderheid van de deelnemers (n=9, 82%) geeft aan bij geen of een minderheid van de kinderen bij wie er sprake is onzindelijkheid voor urine inspectie te verrichten van genitalia, rug en sacrum. Ditzelfde geldt voor palpatie van de buik (n=6, 86%). De meest genoemde redenen voor het niet doen van deze onderzoeken zijn: dit onderzoek heeft tijdens eerdere consulten al plaats gevonden, verpleegkundigen zijn niet opgeleid voor dit onderzoek.

De door de deelnemers meest genoemde adviezen over (problemen met) de zindelijkheidstraining zijn: vast toiletschema (14 keer genoemd), beloningssysteem (14 keer genoemd), wegnemen van druk en straf (13 keer genoemd), het juiste moment om te starten met training (13 keer genoemd), belang van positieve aandacht (13 keer genoemd), kind zelf laten (helpen met) verschonen (13 keer genoemd), en het beginnen in een rustige periode (13 keer genoemd).

De meerderheid van de deelnemers (n=15, 94%) gaf aan gebruik te maken van de mogelijkheid om extra contactmomenten af te spreken bij kinderen met onzindelijkheid voor urine. Deze werden gebruikt voor het nader uitvragen en begeleiden van het kind met onzindelijkheid voor urine.

De belangrijkste redenen voor verwijzing van een kind met onzindelijkheid voor urine waren het uitsluiten van pathologie en behandeling.

#### 4.3.4 *Richtlijn, instructie en randvoorwaarden*

Er is gevraagd naar onderwerpen die de deelnemers hebben gemist in de richtlijn, of die men overbodig vond. Er werden diverse inhoudelijke en tekstuele onderwerpen benoemd.

Alle deelnemers aan de vragenlijsten afgenomen na de proefimplementatie (n=44) gaven aan de samenvatting te hebben gelezen. De meerderheid (n=36, 82%) had ook de

hele richtlijn gelezen. De door de deelnemers aangegeven benodigde inwerktijd (exclusief instructie) varieerde van 0,5-6 uur.

De instructie die de deelnemers vooraf hebben gekregen werd over het algemeen goed beoordeeld, met een gemiddeld rapportcijfer van 7 (variërend van 5-8). Men vond dat alle informatie voldoende aan bod is gekomen (95% (zeer) mee eens), en dat de instructie praktisch bruikbare informatie opleverde (90% (zeer) mee eens). Verder vond 15% het niveau van de inhoud van de instructie over de richtlijn Zindelijkheid te laag. Door het volgen van de instructie wisten de deelnemers wat er van hen werd verwacht bij het werken volgens de richtlijn (86% (zeer) mee eens), was er veel kennis opgedaan (70% (zeer) mee eens) en was men gemotiveerd om de richtlijn uit te voeren (80% (zeer) mee eens). Verder gaf 54 % gaf aan dat men door de instructie veel vaardigheden had ontwikkeld om volgens de richtlijn te gaan werken.

Qua randvoorwaarden gaven de deelnemers wisselende beoordelingen: De ondersteuning van collega's, medewerking van kinderen en ouders, eigen algemene kennis en vaardigheden en beschikbare tijd (alleen bij de 4-19 jarigen) werden positief beoordeeld (respectievelijk 87%, 97%, 98%, 98%, 93% en 81% beoordeelde dit als (ruim) voldoende). De beschikbare tijd bij de 0-4 jarigen en de ondersteuning van de direct leidinggevende werden minder positief beoordeeld (respectievelijk 42% en 58% (ruim) voldoende).

## 5 Resultaten focusgroepinterview na afloop van de proefimplementatie

### 5.1 Respons

Er werden vier focusgroep interviews gehouden met in totaal 18 deelnemers. Daarnaast waren er 4 deelnemers die niet aanwezig konden zijn bij de focusgroepen maar wel schriftelijk of telefonisch hun reactie hebben gegeven. Ook deze zijn meegenomen in de resultaten. Van de in totaal 22 respondenten waren er 4 arts (3 artsen voor 0-4 jarigen en 1 arts voor 4-19 jarigen), en 18 verpleegkundige (9 verpleegkundigen voor 0-4 jarigen en 9 verpleegkundigen voor 4-19 jarigen).

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

#### *Algemene indruk*

De geïnterviewden waren veelal van mening dat het nuttig is dat deze richtlijn is ontwikkeld. Het helpt bij de professionalisering van het werk van de geïnterviewden. Het werken met de richtlijn maakte meer bewust en helpt bij het (eerder) signaleren. Een aantal geïnterviewden gaf aan dat de richtlijn als weinig nieuw werd ervaren, vooral voor de groep van 0-4 jaar. Hoewel voor de groep van 0-4 jaar voorlichting en preventie belangrijk is, zagen niet alle geïnterviewden problemen bij zindelijkheid als een relevant thema voor deze jonge groep kinderen. Daarnaast ontbraken voor veel geïnterviewden praktische adviezen, en werd de richtlijn soms als te medisch ervaren. Ook zou de richtlijn nog meer gericht kunnen worden op preventie en psychosociale aspecten.

#### *Begrijpelijkheid en leesbaarheid*

De geïnterviewden vonden de leesbaarheid van de richtlijn beperkt. De hoeveelheid tekst en het aantal bijlagen (15) werd door veel van de geïnterviewden als erg veel ervaren. De dikte schrok in sommige gevallen af en het kostte sommigen veel tijd om de richtlijn door te lezen. De richtlijn zou kort en bondig moeten zijn. Geïnterviewden gaven aan dat het soms moeilijk is om dingen terug te vinden in de richtlijn. Een overzichtelijkere lay-out, helderder koppengebruik en overzichtelijkere tabellen zouden de leesbaarheid kunnen verbeteren. Ook de samenvatting werd als te lang ervaren. Daarnaast werd aangegeven dat de onderwerpen uit de samenvatting moeilijk zijn terug te vinden in de richtlijn; betere verwijzingen (zoals door een index) zouden hieraan kunnen bijdragen.

#### *Vorm*

Over het algemeen waren de geïnterviewden tevreden over de verschijningsvorm van de richtlijn, die werd gezien als een zeer waardevol naslagwerk. De samenvatting was voor velen te lang en voegde voor sommige geïnterviewden niet veel toe. Bijna unaniem had men veel behoefte aan een stroomdiagram voor de dagelijkse praktijk, waarbij zonder veel tekst in één oog opslag de te volgen stappen inzichtelijk worden gemaakt. De anamnese lijsten werden als zeer nuttig ervaren. Deze zouden echter ook als papieren versie beschikbaar moeten zijn om te kunnen invullen.

### *Inhoud*

De geïnterviewden waren het inhoudelijk met de richtlijn eens. Een deel van de geïnterviewden vond de richtlijn te medisch gericht, terwijl juist de verpleegkundigen in de praktijk de meeste begeleiding bieden. Preventie en voorlichting zijn volgens de geïnterviewden belangrijk en kunnen meer worden benadrukt. Ook werd benoemd dat psychosociale aspecten onderbelicht zijn in de richtlijn, terwijl de geïnterviewden vinden dat ze wel belangrijk zijn: hoe gaan ouders en kind er mee om?

Over het lichamenlijk en neurologisch onderzoek bestaat onder de geïnterviewden onduidelijkheid: wat moet je precies doen? Meer en specifieke informatie over lichamenlijk en neurologisch onderzoek is wenselijk, liefst in de richtlijn en in de samenvatting. Daarnaast is meer informatie wenselijk over opnemen en over een mogelijke terugval, bijvoorbeeld als er een tweede kind wordt geboren. Ook bleek een aantal vragen uit de anamneselijsten niet te beantwoorden, bijvoorbeeld voor een kind in luier. Veel geïnterviewden gaven aan graag meer praktische tips te zien in de richtlijn.

Tot slot misten de geïnterviewden de aandachtspunten voor scholen. Adviezen over hoe om te gaan met vragen van leerkrachten en tips voor leerkrachten zouden in de richtlijn een plek moeten krijgen. Hierbij kan gedacht worden aan bijvoorbeeld het advies om het kind op vaste tijden naar de wc te sturen, het belang van schone wc's, de mogelijkheid om aan te geven dat het kind zittend moet plassen, het toepassen van een beloningssysteem en het verder gaan met de adviezen die de ouder krijgt.

### *Opsplitsing Urine en Feces*

Over de vraag of de richtlijn zou moeten worden gesplitst in aparte richtlijnen voor urine en feces waren de meningen verdeeld. Enkele geïnterviewden vonden de onderwerpen lastig te scheiden, ze raken elkaar en hebben vrij veel overlap. Toch was het merendeel van de geïnterviewden van mening dat een opdeling wenselijk is, vanwege toepasbaarheid in de praktijk en de overzichtelijkheid.

### *Bijbehorende materialen*

De anamneselijsten werden door de geïnterviewden zeer positief beoordeeld. Opgemerkt werd dat deze wel vooral gericht zijn op 4-19 jarigen. Men mist vragenlijsten voor 3-jarigen. De ontlastingschalen werden als zeer nuttig ervaren, vooral bij anderstalige ouders, op voorwaarde dat deze in kleur gedrukt zijn. Daarnaast gaven de geïnterviewden aan dat er een voorzet gegeven zou moeten worden voor een informatiefolder voor ouders.

### *Verbeterpunten*

Details en verbeterpunten die de geïnterviewden gaven met betrekking tot de opzet, vorm en inhoud van de richtlijn, zijn in bijlage A beschreven.

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

### *Mening/attitude adviezen in richtlijn*

De geïnterviewden waren het inhoudelijk niet op alle punten met de richtlijn eens. Punten waarop niet alle geïnterviewden het eens waren zijn:

- Het direct doorverwijzen naar de huisarts bij onzindelijkheid voor urine bij 5 jaar (volgens sommige geïnterviewden is dit te vroeg).

- Het uitvoeren van het lichamelijk onderzoek (volgens sommige geïnterviewden is dit soms al gedaan, ze vragen zich af wat de waarde is van het lichamelijk onderzoek).
- Het stoppen met de plaswekker na 2 à 3 weken en de snelle overgang op medicatie (volgens sommige geïnterviewden kan de plaswekker langer worden aangehouden).
- De meerwaarde van de groeicurve (volgens sommige geïnterviewden zou dit meer algemeen moeten worden benoemd).
- De onduidelijkheid rondom wie bepaalt of verwezen wordt naar bekkenbodempfysiotherapie. Dit wordt ingezet bij pubers, maar sommige geïnterviewden merken dat steeds meer jongere kinderen hier naartoe gaan. Vaak zijn de ouders er zelf aan begonnen.
- Het effect van fysiotherapie op zindelijkheid. Sommige geïnterviewden gaven aan dat nagegaan moet worden bij de vereniging van fysiotherapeuten of er onderzoek naar is gedaan.
- De werkbaarheid van de anamneselijsten. Veel van de vragen kunnen de ouders met jonge kinderen niet beantwoorden, bijvoorbeeld omdat de vraag niet op hun kind van toepassing is (door dragen van luier) of omdat de ouders op sommige dingen niet letten. Het opnieuw nagaan/het toelichten van de vragen kost veel extra tijd.
- De werkbaarheid van de anamneselijsten bij 0-4 jarigen (niet invulbaar voor kind in luier).
- Het navragen van de familieanamnese zindelijkheid bij het eerste huisbezoek na de geboorte werd door diverse medewerkers als onlogisch/onprettig ervaren. Dit zou misschien beter bij een later consult kunnen worden nagevraagd.

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

De geïnterviewde JGZ-artsen en verpleegkundigen voelden zich in staat de richtlijn uit te voeren, mits er voorafgaand enige vorm van instructie/scholing plaatsvindt (zie ook paragraaf 5.6 randvoorwaarden). Wel wordt aangegeven door meerdere geïnterviewden, dat als men als verpleegkundige weinig met het onderwerp doet, men meer achtergrond nodig heeft. Een gespecialiseerde arts of verpleegkundige in de organisatie, waarop kan worden teruggevallen zou goed zijn.

Bij incontinentie voor urine moet lichamelijk onderzoek plaatsvinden, volgens sommige geïnterviewden wordt dit echter niet altijd gedaan. Een reden kan zijn omdat de arts het consult niet uitvoert. Ook twijfelen sommige geïnterviewden aan het nut ervan. Daarbij doet de verpleegkundige geen lichamelijk onderzoek en is het op dit moment zo, dat bij in elk geval één van de deelnemende organisaties, het laatste consult voor de verpleegkundige op de leeftijd 2,3 jaar plaatsvindt. Dan doet men nog maar beperkt iets met zindelijkheid. Het lichamelijk onderzoek bij 4-19 jarigen stuit volgens een geïnterviewde arts ook op problemen, de verpleegkundige doet dit niet en de arts is vaak niet aanwezig. Het lijkt een kwestie van geld: hiervoor moet een nieuwe afspraak op indicatie bij de arts gemaakt worden. Bezuinigingen op artsconsulten zouden voorkomen moeten worden. Het lichamelijk onderzoek, waar nu voor moet worden doorverwezen naar een arts, wordt gezien als knelpunt. Het zou volgens sommige geïnterviewden goed zijn als de verpleegkundige zelf zou mogen doorverwijzen (eventueel met een standaard brief) of het onderzoek deels zelf zou mogen doen.

De richtlijn geeft aan de anamneselijsten alleen bij kinderen met problemen af te nemen. Deze kinderen zouden dan echter wel allemaal terug moeten komen, maar dat lukt niet, omdat dit volgens de geïnterviewden te veel wordt.

Het nagaan van verwijzingen wordt in praktijk wisselend wel/niet gedaan.

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

##### *Beschikbare tijd*

De geïnterviewden gaven aan dat de benodigde tijd een knelpunt is bij de uitvoering van de richtlijn. Enkele van de geïnterviewden gaven aan dat het werken met de richtlijn weinig extra tijd kostte, omdat het vergelijkbaar was met hoe men al te werk ging. Een groot deel van de geïnterviewden gaf echter aan dat het afnemen van de anamneselijsten meer tijd kost. Er zijn zoveel onderwerpen die besproken moeten worden in de consulten. Enkele geïnterviewden gaven aan dat het daardoor niet mogelijk is om anamneselijst 1 én 2 af te nemen. De mogelijkheid voor een extra consult is wenselijk, maar het laten terug komen van kinderen lukt niet altijd door de beperkte beschikbare tijd en menskracht. Verwacht wordt dat de richtlijn leidt tot meer opsporen, maar ook tot meer en sneller verwijzen, omdat geïnterviewden aangeven geen tijd te hebben de kinderen verder te begeleiden.

Daarnaast wordt aangegeven dat ouders niet altijd in staat zijn om vragen uit de anamnese lijsten te beantwoorden, omdat ze het antwoord op de vraag niet weten/omdat ze de vragen niet begrijpen. Het opnieuw nagaan/het toelichten van de vragen kost veel extra tijd. Geschat werd dat naast de reguliere consultduur ongeveer een half uur voor en een half uur na het consult extra tijd gerekend moest worden.

Eenmalige tijdsinvesteringen zijn nodig voor het inlezen, het volgen van de instructie en het aanpassen van het Digitaal Dossier en het foldermateriaal.

##### *Beschikbare materialen*

Wat betreft de beschikbaarheid van materialen gaven de geïnterviewden aan dat het voor de JGZ-organisaties erg handig is als er voorlichtingsmateriaal voor ouders beschikbaar is. Dit kan in de vorm van een folder (met mogelijkheid tot aanpassing voor de eigen regio/organisatie), een website of filmmateriaal. Daarnaast werd geopperd dat een voorbereiding van de ouder op het consult wenselijk is, bijvoorbeeld door ouders vooraf een vragenlijst te laten invullen, of de vragen uit de anamneselijst al digitaal beschikbaar te stellen voor ouders. Dit is soms al het geval.

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

##### *Medewerking ouders*

De geïnterviewden gaven aan dat ouders over het algemeen veel vragen hebben over hoe ze zindelijkheid moeten aanpakken. Er lijkt behoefte aan dat de JGZ het onderwerp zindelijkheid oppakt, vooral in “het gat in de JGZ” na de leeftijd van 4 jaar en vóór 6 jaar. Het geven van de voorlichting lukt niet altijd binnen één consult wat soms onbevredigend is voor ouders. Sommige geïnterviewden gaven aan dat binnen hun organisatie daarvoor oplossingen zijn gevonden in de vorm van extra consulten rondom zindelijkheid of speciale ouderavonden.

Geïnterviewden gaven aan dat ouders soms niet de kennis hebben waarom hun kind niet zindelijk wordt. De ouders voeren soms de druk teveel op of denken dat zindelijkheid in twee weken moet lukken. Sommige ouders willen gelijk een doorverwijzing naar een arts, andere ouders willen juist niet medicaliseren. Ouders die geen probleem zien in niet-zindelijkheid, moeten juist meer gemotiveerd worden.

Het vragen naar zindelijkheid tijdens huisbezoek is volgens sommige geïnterviewden lastig. Sommige ouders vinden het vreemd omdat hun kind nog maar net geboren is en daardoor kan weerstand opgeroepen worden. Geïnterviewden geven aan er dan pas later naar te vragen.

Daarnaast gaven de geïnterviewden aan dat ze soms stuiten op taalproblemen bij allochtone ouders: het afnemen van de anamneselijsten wordt hierdoor bemoeilijkt. Een oplossing is het vertalen van de lijsten of het toevoegen van ondersteunende afbeeldingen.

#### *Werkwijze aanpalende disciplines*

De geïnterviewden gaven aan dat er veel verschillen zijn tussen de organisaties en de regio's en dat afstemming van de procedures noodzakelijk is. Regionaal moet worden afgesproken naar wie verwezen moet worden ('pipo' en 'plop' poli's in ziekenhuizen, kinderarts, huisarts of specialist) en gezorgd worden dat iedereen op de hoogte is van de richtlijn. Vooral de huisarts werd door de geïnterviewden vaak genoemd als schakel waarmee extra afstemming nodig is, bijvoorbeeld bij het voorschrijven van laxantia en de terugkoppeling naar de JGZ. Het is volgens de geïnterviewden belangrijk dat de zorgketen (huisarts en kinderarts) goed op de hoogte wordt gehouden.

Een aantal geïnterviewden noemden het weigeren van niet-zindelijke kinderen door scholen. De scholen mogen deze kinderen echter niet weigeren. Sommige scholen vragen ouders wel te komen verschonen en sommige scholen bieden zelf ook begeleiding. Contact tussen JGZ en scholen kan hierbij helpen.

## **5.6 Randvoorwaarden voor landelijke invoering**

De geïnterviewden gaven aan dat scholing vereist is alvorens met de richtlijn te kunnen gaan werken. De opzet van de instructiebijeenkomst voorafgaand aan de proefimplementatie vond men geschikt, maar er mag daarbij nog meer aandacht komen voor feces. Daarnaast werden het landelijk introduceren, het eenduidig werken en het afstemmen van de werkwijze tussen regio's en organisaties gezien als belangrijke randvoorwaarden.

Overige randvoorwaarden die werden genoemd zijn:

- Meer tijd, menskracht en geld, door het verhoogde aantal signaleringen
- Per JGZ een gespecialiseerde verpleegkundige (en/of arts) naar wie kan worden "doorverwezen"
- Het toevoegen van een handzaam stroomschema voor de dagelijkse praktijk en praktische tips
- Voorlichting geven, eventueel via massamedia (tv/radio/website), ook omdat schaamte een rol kan spelen bij de zindelijkheidsproblematiek. De toolkit "hoofdfluis" werd aangedragen als goed voorbeeld.



### *Specificering extra tijd en middelen*

Op basis van de registratieformulieren en focusgroepinterviews is een handreiking gemaakt voor JGZ-organisaties met een overzicht van de benodigde activiteiten, tijd en middelen voor een goede invoering van de richtlijn<sup>22</sup>. Er kan een onderscheid gemaakt worden in eenmalige en continue activiteiten/randvoorwaarden ten behoeve van de voorbereiding en daadwerkelijke invoering.

### *Eenmalige activiteiten/randvoorwaarden*

Als eenmalige activiteiten zijn benoemd:

- Het lezen van de richtlijn door alle JGZ-medewerkers.
- Het volgen van een interne instructie/scholing over wat de richtlijn inhoudt, op welke punten men nu wel/niet volgens de richtlijn werkt, wat anders moet, wat uitvoeringsproblemen (kunnen) zijn en hoe deze zijn op te lossen.
- Begeleiding op de werkplek voor medewerkers die weinig ervaring hebben met de begeleiding van onzindelijkheid.
- Aanpassingen van de richtlijn in het Digitaal Dossier (DD), in overleg met softwareleverancier
- Aanpassing van 'eigen' folders op de richtlijn en het verwijderen van het 'oude' protocol/richtlijn en de folders.
- Informatie en overleg met ketenpartners (huisartsen, kinderartsen, speciale poli's, kinderfysiotherapeuten) over de werkwijze in de regio.

Per medewerker is minimaal 4,5 uur nodig voor lezen en instructie. Daarnaast moet per medewerker gerekend worden op een 0,5 uur voor eventuele extra begeleiding op de werkplek. Medewerkers die minder vertrouwd zijn met het onderwerp zindelijkheid zullen 2 uur extra tijd nodig hebben om ingewerkt te raken.

Verder is er voor één (staf)medewerker/medewerker met zindelijkheid als aandachtsgebied minimaal 18 uur nodig: voor de instructie (4 uur voorbereiding + 3 uur instructie), aanpassing DD (uren afhankelijk van lokale situatie), aanpassing folders (3uur) en overleg in de keten (8-12 uren).

Voor een gedetailleerd overzicht wordt verwezen naar de handreiking zelf<sup>22</sup>.

### *Continue activiteiten/randvoorwaarden*

Het gaat hier om extra consulttijd en het opsporen van extra kinderen. Dit is sterk afhankelijk van de Ausgangssituatie en de huidige werkwijze in de organisatie. Sommige organisaties gaven aan dat het werken geen extra tijd kost en men geen nieuwe kinderen zal opsporen in vergelijking met de huidige werkwijze. Andere organisaties gaven aan dat het extra consulttijd zal kosten en men 2,5 keer zoveel kinderen zal opsporen (met alle daarbij behorende extra consulten).

Daarnaast zal er 2 uur per medewerker nodig zijn om het werken met de richtlijn te evalueren via casuïstiekbespreking, werkoverleg, intervisie of intercollegiale toetsing. Voor een gedetailleerd overzicht van benodigde extra tijd wordt daarom verwezen naar de handreiking zelf<sup>22</sup>.

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

### 6.1 Conclusies

Over het algemeen is de richtlijn positief ontvangen. Over de inhoud bestonden verschillende meningen, maar de inhoud van de richtlijn werd als een nuttig overzicht gezien van alle beschikbare informatie rondom zindelijkheid. Vooral medewerkers uit de JGZ 0-4 gaven aan dat de richtlijn minder op hun werkgebied van toepassing zou zijn. Voor de preventieve rol van de JGZ 0-4 op het gebied van zindelijkheid zal bij de implementatie aandacht moeten zijn. Ook is bij het herschrijven van de richtlijn meer aandacht besteed aan het beschrijven van preventie en de normale zindelijkheidsstraining.

Vanuit de proefimplementatie is veel informatie gekomen die is gebruikt om de leesbaarheid van de richtlijn te vergroten. De lay-out van de richtlijn en de samenvatting is aangepast op basis van de resultaten van de proefimplementatie. De samenvatting is gesplitst in urine en feces. Tevens is naar aanleiding van de proefimplementatie een stroomdiagram ontwikkeld. De adviezen over (bekkenbodem)fysiotherapie zijn naar aanleiding van diverse opmerkingen aangepast.

Bij de aanpassing van de instructie voor de landelijke implementatie zullen er een aantal zaken moeten worden aangepast. Zo gaven enkele deelnemers aan dat meer aandacht voor feces wenselijk is. Tevens zal meer aandacht moeten zijn voor de advisering rondom zindelijkheid: welke adviezen kan men het beste geven, en welke adviezen moeten vooral niet worden gegeven. Ook zal extra aandacht besteed moeten worden aan het belang van de follow-up van verwijzingen. Dit blijkt in de praktijk vaak niet gedaan te worden. Overigens verschillen de meningen van de JGZ medewerkers over de rol die de JGZ hier in heeft, maar de redactie van de richtlijn ziet hier wel een belangrijke taak in voor de JGZ medewerkers.

In de registraties viel het op dat de deelnemers al relatief vaak de anamneselijsten gebruikten. Van de mogelijkheid om extra contactmomenten af te spreken werd relatief weinig gebruik gemaakt. Het kan zijn dat men eventuele problemen al tijdens het consult heeft besproken, een andere mogelijke verklaring is dat men geen tijd heeft voor extra contactmomenten. Het neurologisch onderzoek werd niet vaak verricht, dit advies is uit de richtlijn verwijderd naar aanleiding van de proefimplementatie.

Naar aanleiding van deze proefimplementatie is een Handreiking 'Randvoorwaarden voor de invoering van de JGZ-richtlijn Zindelijkheid voor JGZ-organisaties' opgesteld. In deze handreiking staan de randvoorwaarden waarmee JGZ-organisaties rekening dienen te houden bij de invoering van deze JGZ-richtlijn zindelijkheid in hun organisatie. Ze zijn gebaseerd op de uitkomsten van de proefimplementatie én op eerdere ervaringen met het invoeren van richtlijnen. De handreiking is bedoeld ter ondersteuning voor JGZ-managers en gemeenten bij de invoering van de richtlijn.

## 6.2 Kritische kanttekeningen

Het aantal deelnemers dat registratieformulieren invulde was relatief klein. Ook was het aantal ingevulde vragenlijsten over de werkwijze voorafgaande aan de proefimplementatie en na afloop van de proefimplementatie relatief klein.

Het is daardoor moeilijk om een uitspraak te doen over de representativiteit van de deelnemers aan de proefimplementatie. Het bleek dat het hier JGZ-medewerkers betrof die veel interesse hebben in het onderwerp. Echter juist ook onervaren JGZ-medewerkers gaven zich op voor deelname aan de proefimplementatie. Dit zou invloed kunnen hebben gehad op de resultaten.

Tijdens de proefimplementatie zijn de registratieformulieren gebruikt voor 1 contactmoment. Mogelijk hadden de registratieformulieren meer informatie opgeleverd over het gebruik van de richtlijn als het hele begeleidingstraject van een kind was gevolgd met een registratieformulier. In de focusgroepinterviews is het onderwerp follow-up wel besproken. Terugkijkend was het misschien beter geweest om voor kinderen met problemen een apart formulier te maken om het hele gevolgde begeleidingstraject vast te leggen.

## 6.3 Aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering

Onderstaande aanbevelingen zijn gebaseerd op de onderhavige determinantenanalyse/proefimplementatie en sluiten aan bij de aanbevelingen uit de rapporten 'Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg' en 'Essentiële activiteiten en structuren voor landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen'<sup>20,21</sup>. Laatstgenoemde rapport is gemaakt in opdracht van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid en met input van alle geledingen in de JGZ. Er wordt van uitgegaan dat verspreidings- en invoeringsactiviteiten plaatsvinden door en/of onder regie van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (sinds oktober 2010 de opvolger van het RIVM/Centrum Jeugdgezondheid).

### *Bijstelling richtlijn*

De auteurs van de richtlijn hebben de opmerkingen/commentaren met betrekking tot de inhoud, lay-out en verschijningsvorm (zoals de plastic kaart) al in de definitieve versie verwerkt. Deze gemaakte opmerkingen en commentaren staan onder andere vermeld bij de resultaten en in de bijlage.

### *Verspreiding en adoptie*

Elke JGZ-medewerker die een rol heeft bij de begeleiding rondom zindelijkheid (0-19 jaar) behoort een exemplaar van de richtlijn te krijgen. Alle hoofden/managers JGZ behoren een exemplaar te krijgen van de Handreiking 'Randvoorwaarden voor de invoering van de JGZ-richtlijn Zindelijkheid voor JGZ-organisaties' die op basis van de proefimplementatie is ontwikkeld<sup>22</sup>.

Aanbevolen wordt de verspreiding en invoering plaats te laten vinden conform de aanbevelingen in het rapport Essentiële activiteiten en structuren voor landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen<sup>21</sup>.

Naast de richtlijn (achtergrondboek, samenvatting en kaart met stroomdiagrammen), verdient het de aanbeveling dat er meer ondersteunende materialen worden ontwikkeld. De kaart kan op de achterzijde uitleg bevatten bij de stroomdiagrammen. Tevens wordt gedacht aan folders (aan te passen aan de lokale situatie) met informatie voor ouders,

maar ook voor scholen en kinderopvang, deze komen als bijlage in de richtlijn. Daarnaast kan een vertaling van de gebruikte anamneselijsten in diverse talen het gebruik in de praktijk vergemakkelijken. Moeilijke woorden uit de anamneselijst moeten worden toegelicht, er is een verklarende woordenlijst aan de richtlijn toegevoegd. Een papieren versie van de anamneselijsten moet beschikbaar zijn, deze zijn te kopiëren uit de richtlijn. In sommige regio's is gebleken dat een ouderavond rond het onderwerp 'Zindelijkheid' goed werkt.

#### *Ontwikkeling en uitvoering instructie/scholing*

Naar aanleiding van de ervaringen bij de proefimplementatie, lijkt een korte scholing/instructie (2 á 3 uur) naast het lezen van de richtlijn voldoende te zijn. De instructie die is gebruikt voor de proefimplementatie is hiervoor geschikt, al zullen er nog wel enkele zaken moeten worden aangepast naar aanleiding van de resultaten van de proefimplementatie. Aanbevolen wordt om de instructie per JGZ organisatie aan te bieden vanwege lokale afstemming.

Speciale aandacht dient er te zijn en te blijven voor instructie van nieuwe medewerkers. De herziene richtlijn moet onderdeel uitmaken van het onderwijsaanbod in de opleidingen voor de diverse beroepsgroepen.

De JGZ-organisaties wordt sterk aanbevolen alle JGZ-medewerkers die een taak hebben bij de begeleiding rondom zindelijkheid voorlichting en instructie/scholing te geven over de richtlijn, alvorens men er in de praktijk mee gaat werken. Deze (landelijk ontwikkelde) instructie/scholing kan gegeven worden door een van de ontwikkelaars van de richtlijn of door een stafarts/verpleegkundige (volgens het train-de-trainer principe). Uitvoering van de instructie/scholing door een stafarts/verpleegkundige heeft als voordeel dat deze de instructie/scholing in de toekomst op maat kan aanbieden aan nieuwe JGZ-medewerkers. Tevens is het aan te raden om binnen iedere JGZ-organisatie een arts en/of verpleegkundige te hebben die het onderwerp 'zindelijkheid' als aandachtsgebied/specialisatie heeft. Deze kan dan als aanspreekpunt dienen voor vragen binnen de organisatie.

#### *Monitoring en evaluatie gebruik richtlijn*

Aanbevolen wordt de monitoring en evaluatie plaats te laten vinden conform de aanbevelingen in het rapport 'Essentiële activiteiten en structuren voor landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen'<sup>21</sup>.

Aanbevolen wordt dat, als vervolg op de instructie/scholing, JGZ-organisaties het gebruik van de richtlijn monitoren en dit tijdens intercollegiale toetsing, intervisie of inhoudelijk overleg bespreken. Het is wenselijk dat de JGZ-organisaties hun bevindingen terugrapporteren aan de ontwikkelaars. Zij zouden deze gegevens kunnen gebruiken voor de volgende update van de richtlijn.

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

*Afspraken met aanpalende beroepsgroepen*

Aanbevolen wordt dat, daar waar dit nog niet is gebeurd, de ontwikkelaars van de richtlijn samen met de beroepsorganisaties in de JGZ afspraken maken met de beroepsorganisaties van huisartsen en kinderartsen over het te voeren (verwijs)beleid. Ook de huisarts kan juist de JGZ betrekken zoals beschreven staat in de recent uitgekomen NHG standaard Obstipatie<sup>23</sup>. Er is momenteel een LESA (Landelijke Eerstelijns SamenwerkingsAfspraak) enureses in ontwikkeling. Aanbevolen wordt dat de JGZ-organisaties zelf regionaal afspraken maken met huisartsen en ziekenhuizen.

*Landelijke vraagbaak*

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

## 7 Literatuur

1. van Leerdam FJM. Enuresis, a major problem or a simple developmental delay? Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit, 2005.
2. Bulk-Bunschoten A.M.W. , Benninga M.A., Kneepkens C.M.F., van der Wal+ M.F., Hirasing R.A. A Guideline For Children With Functional Fecal Incontinence. *Pediatric Oncall* [serial online] 2007 [cited 2007 September 1];4. Available from:  
[http://www.pediatriconcall.com/for-doctor/diseases-and-condition/Gastrointestinal\\_disorders/guidelines.asp](http://www.pediatriconcall.com/for-doctor/diseases-and-condition/Gastrointestinal_disorders/guidelines.asp)
3. Verhulst FC, Sanders-Woudstra JA. Het kind met enuresis. In: *Kinderpsychiatrie in de praktijk*. Bohn Stafleu van Loghem, 1993.
4. Hirasing RA, van Leerdam FJM, Bolk-Bennink LF, Koot HM. Effect of dry bed training on behavioural problems in enuretic children. *Acta Paediatrica* 2002;91: 960-964.
5. Hirasing RA, Bolk-Bennink LF, Reus H. Dry bed training by parents: results of a group instruction program. *Journal of Urology* 1996;156:2044-2046.
6. Van Leerdam FJ, Blankespoor MN, van der Heijden AJ, Hirasing RA. Alarm treatment is successful in children with day- and night-time wetting. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology* 2004;38:211-215.
7. Glazener CM, Evans JH, Peto RE. Complex behavioural and educational interventions for nocturnal enuresis in children. *Cochrane database of systematic reviews* 2004;1: CD004668.
8. Mikolajczak J, Stals K, Fleuren MAH, De Wilde EJ, Paulussen TGWM. Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven/Utrecht: NJi, 2009.
9. Fleuren M, De Wilde EJ, Mikolajczak J, Stals K, Paulussen T. Condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies: een kennissynthese. *Tijdschrift Gezondheidswetenschappen* 2009;87:245-248.
10. Fleuren M, Keijsers J, Buitendijk S, Detmar S. Ontwikkelen, invoeren én evalueren: de casus JGZ. *Kwaliteit in Zorg* 2009;5:18-21.
11. Fleuren MAH, Keijsers JFEM, Swinkels J, Koense Y. Richtlijnen genoeg, nu de uitvoering nog. *Medisch Contact* 2010;65:306-308.
12. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. *International Journal for Quality in Health Care*. 2004;16:107-123.

13. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen. 2006b;160-167.
14. Logan J, Graham ID. Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. Science Communication 1998;20:227-246.
15. Bartholomew KL, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. San Fransisco: Jossey-Bass, 2006.
16. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. The Milbank Quarterly. 2004;82:581-629.
17. Grol RPTM, Wensing MJP. Implementatie: effectieve verbetering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.
18. Fleuren MAH. Implementatie van de JGZ-standaarden. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 2007;39:63-67.
19. Paulussen TGW. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Proefschrift. Maastricht: Universiteit van Maastricht, 1994.
20. Fleuren MAH, Jong de ORW. Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.
21. Fleuren MAH. Essentiële activiteiten en structuren voor landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2010 (conceptrapport).
22. Fleuren MAH, Kamphuis M, Deurloo JA. Handreiking 'Randvoorwaarden voor de invoering van de JGZ-richtlijn Zindelijkheid voor JGZ-organisaties'. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2010 (TNO rapport, KvL/P&Z/2010.081).
23. NHG Standaard Obstipatie. Huisarts en Wetenschap 2010;9:484-498.

## A Gedetailleerde resultaten focusgroepen JGZ-richtlijn 'Zindelijkheid'

In deze bijlage staan detailpunten die niet in het resultatenhoofdstuk besproken zijn. Paginanummers hebben betrekking op versie 'JGZ Richtlijn Zindelijkheid 25 januari 2010' van de richtlijn.

*Suggesties ter verbetering opzet/tekst (indeling/begrijpelijkheid/duidelijkheid):*

Voor de richtlijn:

- De indeling hoofdstukken: de nummering van de hoofdstukken zien de geïnterviewden liever anders. Misschien door laten lopen zonder A(urine) en B(feces)? H.1 of H.A2, H.B2 etc. is eerder verwarrend dan dat het de leesbaarheid vergroot.
- Het stuk over de totstandkoming van de richtlijn mag korter.
- Bij zowel urine als feces heten de anamneselijsten nu 'anamneselijst I en II', dit is verwarrend. Het voorstel is de anamneselijsten een andere naam te geven.
- Tabel 1 en 2 (anamneselijsten): tekst erbij zou wenselijk zijn, onder andere over bij hoeveel ja/nee er actie ondernomen moet worden.
- Een overzicht van de contactmomenten is moeilijk vindbaar. Een tabel zou overzichtelijk zijn.
- Voorgesteld wordt een apart hoofdstuk over 0-4 jarigen toe te voegen. Bij kinderen van 0-4 is er nog geen probleem en zijn de kinderen nog in ontwikkeling. Met 4 jaar moet er van alles ingezet worden (ook vanwege school). Nu leest men heel veel wat niet van toepassing is en haakt men af.
- De afkorting A (arts) is niet altijd duidelijk, men heeft dit liever voluit. Meer afkortingen in de tekst van de tabel maakt het moeilijker leesbaar.
- Blz. 5: DA=doktersassistente, echter, arts staat hier wel voluit geschreven.
- Spelling: moet de term faeces met ae of e geschreven worden?
- Referenties: door deze met nummers aan te geven wordt de tekst korter en beter leesbaar.
- De ontlastingschalen worden als handig ervaren, voorwaarde is wel dat ze in kleur gedrukt worden.
- Het figuur in de richtlijn kan volgens de geïnterviewden weg, de tekst spreekt voor zich.

Voor de bijlagen bij de richtlijn:

- Bijlagen 1a en 1b: zouden weg kunnen volgens sommige geïnterviewden.
- Bijlage 2: zou weg kunnen volgens sommige geïnterviewden.
- Bijlagen 4 en 5: anamneselijsten staan ook al in tekst/samenvatting, hoeft niet als aparte bijlage volgens sommige geïnterviewden.
- Bijlage 6: volgens sommige geïnterviewden is dit eigenlijk iets voor de huisarts.
- Bijlage 7: in de tekst van deze bijlage ook verwijzen naar bijlage 12 voor feces. Men vraag zich af of het dagboek in bijlage 7 echter niet beter bruikbaar voor 0-4.
- Bijlagen 9 en 10: volgens sommige geïnterviewden staan deze ook in de tekst en in de samenvatting.



- Bijlage 11: geïnterviewden vragen zich af of de kwaliteit beter zal zijn in de gedrukte versie.
- Bijlage 12: volgens sommige geïnterviewden is deze voor 0-4 niet nuttig, het is misschien te uitgebreid.
- Bijlage 13: volgens een arts is het een prettig overzicht, volgens de andere arts kan bijlage weg. Verpleegkundigen geven aan dat het vooral iets is voor artsen. Gaat wel ver en lijkt niet nodig. Bovendien vinden daar veel ontwikkelingen plaats en dan is de richtlijn snel verouderd.
- Bijlage 14: volgens een arts is het prettig om bijwerkingen te weten, volgens een andere arts kan bijlage weg.
- Bijlage 15: mag weg volgens sommige geïnterviewden.

Voor de samenvatting:

- De samenvatting zou meer beperkt moeten worden tot de definities en wat je er mee doet.
- Er is een voorkeur voor eerst de tekst (definities e.d.) en dan de tabel, dit is duidelijker.
- De tekst van de samenvatting leest niet makkelijk, het meer ordenen, verbeteren van de lay-out en de alinea's zou dit mogelijk verbeteren.
- Lay-out tabel graag meer overzichtelijk.
- In het schema over urine bij leeftijd van 5 jaar start interventie is het niet duidelijk dat stap 2 gedaan wordt als stap 1 niet gelukt is. Dit is in de richtlijn wel goed te herkennen.
- Alarmsymptomen moeten opgezocht kunnen worden in de richtlijn, graag verwijzing naar bladzijdennummers.
- Blz. 5 samenvatting: Hier staat “ > 5 jaar start interventie feces”. Bij sommige geïnterviewden gebeurt dit echter al bij kinderen vanaf 4 jaar. Soms komen er ouders via de opvoedlijn met 0-4 jarigen al eerder binnen. Hier zou volgens sommige geïnterviewden dus moeten staan > 4 jaar in plaats van >5 jaar.

*Inhoudelijke punten (opsporingsprogramma, controle- en verwijscriteria):*

- Blz. 3: Het extra consult voor 4,5/5 jaar is moeilijk over te dragen aan de GGD. Wordt dat gedaan?
- Blz. 4: In tekst staat ‘gespecialiseerde .....’ wat zijn voorwaarden hiervoor? Zou iedere organisatie deze in huis moeten hebben?
- Blz. 5: Er staat niet duidelijk dat medicatie niet door verpleegkundige wordt voorgeschreven. Die informatie moet er wel staan, want men kan er wel vragen over krijgen.
- Blz. 6: Staat secundaire onzindelijkheid ergens beschreven (dit staat wel in de richtlijn, maar niet in de samenvatting).
- Blz. 10: Bij feces mist de vraag ‘neemt kind de tijd om naar wc te gaan’
- Blz. 12: Er staat verwijzing naar ‘richtsnoer’ maar de inhoud van het richtsnoer is niet bij iedereen bekend.
- Blz. 17: Er zit een gat in contactmomenten, wat doe je tussen 6 en 9 jaar?
- Blz. 21: Als er therapie is, dan heeft de JGZ eventueel nog een begeleidende rol. Kan dat? Bijvoorbeeld bij droogbedtraining, dan is er nog wel extra ondersteuning mogelijk. Echter: als het kind is doorverwezen, dan ligt de begeleiding bij de behandelaar. De JGZ heeft dan in principe geen rol meer. De tekst zou hierop aangepast moeten worden.
- Bij alle tabellen toevoegen: Start van interventie: motivatie is essentieel.
- Nutriton bij obstipatie kan averechts werken, dit zou vermeld moeten worden.

- De leeftijd bij de plaswekker ontbreekt. Dit hangt samen met de vergoeding via de verzekering, maar het hangt ook erg van het kind af. De geïnterviewden adviseren het pas vanaf 7 jaar. Het advies van > 5 jaar zou gesplitst moeten worden in 5-7 jarigen en > 7 jaar.
- De definities van obstipatie zijn in de dagelijkse praktijk (vooral bij jonge zuigelingen) soms moeilijk te hanteren.
- Probiotica (het nut hiervan is niet wetenschappelijk bewezen, maar volgens sommige geïnterviewden het kan werken).
- Omneo en Comfort (speciale voedingen bij o.a. obstipatie) ontbreken, eventueel benoemen in algemene term.
- De stelling dat toevoegen van vocht niet helpt (voor het gevoel van een geïnterviewde werkt het wel).
- Het noemen van snurken. Gevraagd wordt waarom snurken erin staat (en snurken staat in richtlijn op een andere plek dan in de samenvatting).
- Meer informatie over opnemen is wenselijk. Vragen die spelen bij opnemen zijn onder andere: hoe lang moet men opnemen, wanneer weten ouders of het werkt, wanneer moeten ouders terug naar de arts? Moet een kind echt wakker zijn bij het opnemen? Is effect van opnemen echt bewezen of kan het ook kwaad?
- De geïnterviewden vragen of er een opmerking over moeilijk loslaten feces moet worden toegevoegd in richtlijn/samenvatting.
- Volgens aanwezigen wordt Johannesbroodboompitmeel (blz. 36 richtlijn) in praktijk niet geadviseerd bij obstipatie, het is moeizaam bij borstvoeding. Aanwezigen geven aan dat obstipatie eigenlijk niet voorkomt bij borstvoeding.
- Het advies om het kind zelf laten verschonen, dit wordt door ouder als zielig ervaren. Deze weerstand wordt door meerdere geïnterviewden herkend. Aanbevolen wordt uitleg te geven over het waarom, en dat de verantwoordelijkheid bij het kind gelegd moet worden. Aangeraden wordt hierover iets op te nemen in de richtlijn.
- Er staat niet in de richtlijn hoe lang het duurt voordat een kind zindelijk is. Sommige ouders denken dat het in twee weken moet.
- Er wordt gesteld dat als het kind op de leeftijd van 5 jaar overdag nat is, er doorverwezen moet worden. Volgens de interviewden hangt dit echter af van de observatie die je doet, er hoeft namelijk geen lichamelijk probleem te zijn. Dit aanpassen.
- Soms is er te weinig ruimte in de anamneselijst om zaken te noteren. In de computer komen de items rondom zindelijkheid niet overeen met de richtlijn.
- Sommige geïnterviewden geven voorkeur aan anamneselijsten als los A4 om goed in te kunnen vullen (dus als bijlage)
- Soms mist de detail informatie in de samenvatting: wat doe je als opnemen niet lukt, hoe lang ga je opnemen? Bijvoorbeeld: een beloningssysteem is niet van nut als het kind nooit droog is; eerst overdag aanpakken; bij elke nacht nat: opnemen; al van alles geprobeerd: dan plaswekker. Daarnaast toevoegen dat de plaswekker pas vanaf 8 jaar wordt vergoed door de verzekering.
- Het plaatje in Figuur 2 (blz. 25) is niet duidelijk, dit zou simpeler moeten. Het wordt wel verhelderend gevonden als er een ander figuur komt. Het zou ook goed zijn om zoiets voor ouders te hebben, bijvoorbeeld bij gebruik van Laxantia.

- Andere onderwerpen die de geïnterviewden graag zouden terug zien in de richtlijn zijn:
  - zaken als een hoogsloper (i.v.m. bedplassen, angst om naar beneden te komen),
  - de bedtijd (te laat naar bed, te moe),
  - kort na het in bed gaan nog een keer naar wc gaan,
  - het zittend plassen en
  - het met meerdere kinderen op een kamer slapen.
- De volgende onderwerpen missen in de anamneselijst:
  - poepgedrag (obstipatie),
  - drinken (ook om de fabeltjes eruit te halen),
  - vóórkomen bij ouders,
  - plasgedrag overdag (jongens zittend laten plassen),
  - motivatie van het kind

*Dagelijks gebruik:*

- Positieve oefeningen ontbreken, deze zouden de geïnterviewden graag terug zien in de richtlijn.
- Het werken met de anamneselijsten in de praktijk wordt door de geïnterviewden als onhandig ervaren. Je hebt ze niet altijd present, je moet met al zo veel richtlijnen werken en die snel bij de hand hebben in zo 'n kort consult van 15 minuten. De geïnterviewden zien graag een andere vorm of kopieën.
- Bij huisbezoek anamnese is de moeder meestal alleen aanwezig, de vader niet. Dit is praktisch lastig. Het is ook geen onderwerp op dat moment. Dit uit de richtlijn halen? Je zou dat veel later moeten doen bv. 2 jaar 3 maanden. Dan bespreken wij dat aan de hand van de KIPPPI-lijst die ouders vooraf invullen. Of vragen als het aan de orde is, als er problemen zijn, dan is het makkelijker bespreekbaar. Het blijft een lastige vraag. Wellicht met 6 maanden, dan is de verandering van eetpatroon een goede ingang? Conclusie: 1,5 jaar is volgens de geïnterviewden een goed moment, je hebt dan al het vertrouwen van de ouders, het een logisch moment om het te vragen en je kunt preventief nog wat doen. Bij de een is dat een artsconsult bij de ander verpleegkundigen. Hoe zit het met darmproblemen in relaties tot de ouders? Vaak zie je verband.