

TNO Kwaliteit van Leven

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 15 269 54 43
F +31 15 269 54 60
info-kvl@tno.nl

TNO-rapport

KvL/P&Z/2009.022

Determinantenanalyse/proefimplementatie JGZ-richtlijn kleine lengte

Datum	februari 2009
Auteur(s)	M.A.H. Fleuren M. Kamphuis
Oprachtgever	Centrum Jeugdgezondheid
Financiering	TNO Kwaliteit van Leven
Projectnummer	031.14167/01.01
Aantal pagina's	16 (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.

© 2009 TNO

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
1.1	Achtergrond	3
1.2	Model voor de invoering van de JGZ-richtlijnen.....	3
1.3	Doelstelling en vraagstellingen.....	5
2	Methode	6
2.1	Proefimplementatie en registratie	6
2.2	Werving JGZ-organisaties	6
2.3	Voormetingen	7
2.4	Focusgroepinterviews	7
2.5	Analyse interviews.....	7
3	Resultaten	8
3.1	Respons.....	8
3.2	Determinanten richtlijn.....	8
3.3	Determinanten JGZ-medewerker.....	9
3.4	Determinanten JGZ-organisatie.....	9
3.5	Determinanten sociaal-politieke omgeving	9
3.6	Randvoorwaarden	10
4	Conclusies en aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering.....	11
4.1	Conclusies.....	11
4.2	Kritische kanttekeningen	11
4.3	Aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering	12
5	Literatuur	14
	Bijlage(n)	
	A Verslagen interviews Kleine Lengte	

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

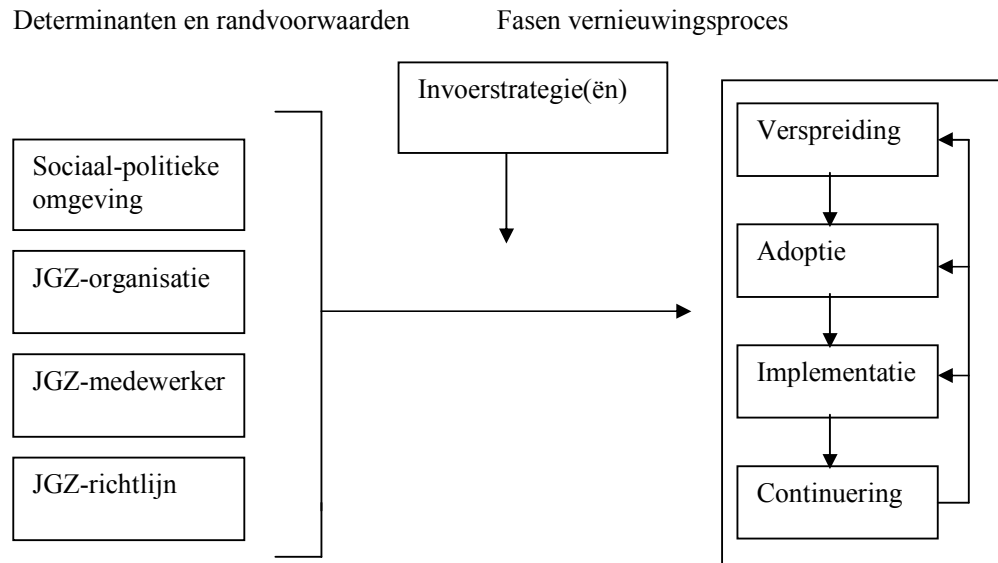
In 2008 is er in opdracht van het Centrum Jeugdgezondheid door TNO Kwaliteit van Leven een concept JGZ-richtlijn ontwikkeld over Signalering van en verwijscriteria bij kleine lichaamslengte, hierna te noemen ‘Kleine lengte’ (Heerdink e.a. 2008).

Het volgen van de groei is van groot belang voor het tijdig opsporen van aandoeningen die een effect hebben op de groei. Tijdige opsporing en behandeling kunnen leiden tot een betere prognose. Maar zelfs indien tijdige opsporing niet leidt tot een betere prognose kan monitoring van de groei waardevol zijn. Ouders vinden het namelijk belangrijk tijdig geïnformeerd te zijn over de eventuele aandoeningen bij hun kind die samen kunnen gaan met het achterblijven van de lengtegroei (Heerdink e.a. 2008). De JGZ-richtlijn is de ‘opvolger’ van de verwijscriteria voor kleine lengte die eind jaren negentig vanuit het CBO zijn opgesteld volgens een consensusmodel. De huidige conceptrichtlijn is evidence-based en bevat evidence-based verwijscriteria zodat kinderen niet te laat maar ook niet onnodig verwezen worden.

1.2 Model voor de invoering van de JGZ-richtlijnen

Fasen in een vernieuwingsproces

Het is bekend dat de ontwikkeling en verspreiding van richtlijnen alléén niet voldoende is voor het gebruik ervan (o.a. Bartholomew e.a. 2001; Fleuren e.a. 2004, 2006; Greenhalgh e.a. 2004; Fleuren 2007). Een invoeringsproces bestaat uit een aantal fasen (figuur 1) (Fleuren e.a. 2004, 2006). Eerst moet de richtlijn worden verspreid en moet iedere JGZ-medewerker er beschikking over hebben. Vervolgens zal de JGZ-medewerker besluiten al dan niet met de richtlijn te gaan werken (adoptie). Daarna probeert hij/zij daadwerkelijk met de richtlijn te werken en wordt duidelijk of deze in de praktijk uitvoerbaar is (implementatie). Tenslotte wordt het werken met de richtlijn dagelijkse routine (continuering).



Figuur 1 Model voor het invoeren van vernieuwingen (Fleuren e.a. 2004, 2006)

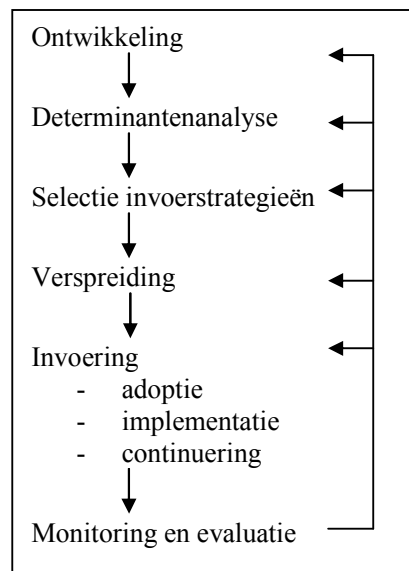
Analyse determinanten

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

- de richtlijn zélf (o.a. relatief voordeel, gebruiksgemak, helderheid of relevantie);
- de JGZ-medewerker (o.a. kennis en vaardigheden, attitude, taakopvatting);
- de JGZ-organisatie (o.a. besluitvormingsstructuur, bezettingsgraad, beschikbare tijd, financiering);
- de sociaal-politieke omgeving (o.a. medewerking van ouders / 0-19 jarigen, medewerking van aanpalende beroepsgroepen, infrastructuur).

Per fase moet inzicht bestaan in de determinanten en randvoorwaarden die belangrijk zijn voor een succesvolle invoering. Dit houdt in dat er een analyse van determinanten moet plaatsvinden onder de JGZ-medewerkers vóórdat de richtlijn definitief is en verspreid wordt. Vervolgens kunnen invoerstrategieën toegesneden worden op de uitkomsten ervan (Bartholomew e.a. 2001; Grol & Wensing 2006; Fleuren e.a., 2004, 2006; Greenhalgh e.a. 2004). Wanneer dit niet wordt gedaan, loopt men de kans een strategie in te zetten voor een niet-relevante determinant (Fleuren e.a. 2004, 2006; Greenhalgh e.a. 2004). In de JGZ gebeurt een dergelijke determinantenanalyse via een proefimplementatie (zie hoofdstuk 2)

Monitoring en evaluatieonderzoek moeten duidelijk maken of het resultaat van het invoeringsproces uiteindelijk voldoet aan de verwachtingen. Wanneer de effecten van een JGZ-richtlijn bij de 0-19 jarige bijvoorbeeld uitblijven, dan is de vraag of de richtlijn niet effectief was of dat de richtlijn niet (goed) is ingevoerd. Daarom is onderzoek belangrijk. Het gaat hierbij dus om onderzoek naar de mate van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering (effectevaluatie) in relatie tot de uitgevoerde determinantenanalyse en invoerstrategieën (procesevaluatie). Het onderzoek dient als input om bijvoorbeeld de richtlijn of de invoerstrategieën bij te stellen. In figuur 2 is de hele innovatiecyclus van ontwikkeling tot en met monitoring en evaluatie weergegeven.



Figuur 2 De innovatiecyclus

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 Kleine lengte in de dagelijkse praktijk, 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 Kleine lengte door artsen en verpleegkundigen?
2. Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd bij de landelijke invoering van deze JGZ-richtlijn?

2 Methode

2.1 Proefimplementatie en registratie

Om zicht te krijgen op de determinanten de bij de invoering spelen, werden JGZ-organisaties gevraagd mee te doen aan een proefimplementatie. Dit hield in dat JGZ-organisaties werd gevraagd een korte voormeting in te vullen over de bestaande gebruikte protocollen. Vervolgens werd gevraagd ongeveer twee maanden met de conceptrichtlijn te werken om de richtlijn in de praktijk als het ware uit te testen op hun uitvoerbaarheid. Voorafgaand aan het werken met de richtlijn kregen de deelnemers zowel de samenvatting en het stroomdiagram van de richtlijn. Bij deze richtlijn is de klassieke indeling van boek, samenvatting en plastic kaart losgelaten; van deze richtlijn is het boek met wetenschappelijke achtergrondinformatie (volgens de ontwikkelaars) dusdanig dun, dat een aparte samenvatting niet zinvol leek.

Daarna vond per organisatie een instructiebijeenkomst plaats waarin een jeugdarts uitleg gaf over de richtlijn.

Gedurende de proefimplementatie hielden de deelnemers op registratieformulieren bij op welke punten de richtlijn wel / niet uitvoerbaar was.

Hierbij registreerde men knelpunten / uitvoeringproblemen met betrekking tot:

- de afzonderlijke verwijscriteria;
- de inhoud en begrijpelijkheid van de richtlijn;
- de uitvoering van het onderzoek;
- de medewerking van de ouders / 0-19 jarigen;
- het beleid van aanpalende disciplines (o.a. huisarts, kinderartsen);
- de randvoorwaarden.

De registraties vonden zowel prospectief als retrospectief plaats. Retrospectief werden dossiers gelicht totdat men een aantal kinderen had gevonden waarbij sprake was van kleine lengte.

Na afloop van deze periode vonden focusgroepinterviews plaats.

2.2 Werving JGZ-organisaties

Begin 2008 werden mailings verstuurd aan de managers van alle JGZ-organisaties met de vraag deel te nemen aan de proefimplementatie. Tevens werden oproepen op de websites geplaatst van het Centrum Jeugdgezondheid en de beroepsorganisaties (via de RAC). In de mailings en op websites werd beschreven wat deelname inhield, hoeveel tijd dit kostte en welke vergoeding de organisaties hiervoor ontvingen. Omdat de respons tegen viel, stuurde het Centrum Jeugdgezondheid in de zomer van 2008 alle JGZ-organisaties een brief met het verzoek tot deelname. Ook werd geworven via het netwerk van TNO Kwaliteit van Leven.

Aan de proefimplementatie namen deel: Meander Thuiszorg (Heerlen) en GGD Gooi- en Vechtstreek (Hilversum). In totaal namen 9 artsen deel. Bij de werving melden zich geen verpleegkundigen aan, vanuit het veld kwam de opmerking dat het meer ging om artsen- richtlijn.

Bij de GGD Gooi- en Vechtstreek vond geen instructiebijeenkomst plaats omdat dit niet in te plannen viel.

2.3 Voormetingen

De voormeting was bedoeld om zicht te krijgen op het huidige gebruik van de criteria van diagnostiek en verwijzing bij kleine lengte voordat men de recente richtlijn kende. Totaal werden 5 (waarvan 1 formulier namens de hele organisatie) voormetingen ingestuurd.

Wat betreft de Kleine Lengte was het algemene beeld dat men een protocol gebruikt dat is gebaseerd op de interim criteria (TNO/LUMC/Erasmus). Deze criteria werden redelijk goed gevolgd. Ook werd de groeicalculator van TNO gebruikt.

2.4 Focusgroepinterviews

Na afloop van de proefimplementatie vonden focusgroepinterviews plaats aan de hand van de voormeting en de ingevulde registraties. De interviewvragen waren gebaseerd op het model voor de invoering van vernieuwingen (figuur 1). Verder werd gebruik gemaakt van een lijst met determinanten die een rol spelen bij de invoering van vernieuwingen (Fleuren e.a., 2004; Greenhalgh e.a. 2004). Alle geïnterviewden kregen ter voorbereiding op het interview de vragen toegestuurd. De (focus)groepinterviews duurden ongeveer 1,5 uur.

2.5 Analyse interviews

Van alle interviews zijn verslagen gemaakt. De verslagen werden ter correctie en aanvulling aan de geïnterviewden voorgelegd. De verslagen van de interviews zijn vervolgens met elkaar vergeleken. De analyse ervan en de beschrijving van de resultaten vindt plaats aan de hand van het model voor de invoering van vernieuwingen (figuur 1). Er wordt gerapporteerd op het niveau van de verschillende categorieën van determinanten. Waar relevant wordt een onderscheid gemaakt naar de fasen van verspreiding, adoptie en implementatie.

3 Resultaten

3.1 Respons

Er werden twee focusgroep interviews gehouden met in totaal 9 deelnemers:

- Meander Thuiszorg (4 artsen, waarvan één stafarts)
- GGD Gooi- en Vechtstreek (5 artsen, waarvan 1 werkt met 4-19 jarigen).

3.2 Determinanten richtlijn

Algemene indruk

De geïnterviewden waren unaniem van mening dat het nuttig is dat deze richtlijn is ontwikkeld. De richtlijn geeft houvast voor de medewerker zelf, naar ouders, naar huisartsen en kinderartsen. Vooral de TNO-groeicalculator waar in de richtlijn naar verwezen wordt, werd een prettig hulpmiddel genoemd.

Begrijpelijkheid en leesbaarheid

De geïnterviewden die voorafgaande aan de proefimplementatie een instructie hadden gekregen, vonden de richtlijn goed leesbaar, begrijpelijk en helder. Dit gold in mindere mate voor de geïnterviewden die geen instructie hadden gekregen. Vooral de formules met betrekking tot de “Lengte SDS”, de tabel met “gemiddelde lengte voor leeftijd en SD” en de definitie van “TH-SDS” werden als lastig ervaren. Men kwam er wel uit, maar het kostte veel moeite. Ook het verschil tussen de begrippen SD en SDS werd door sommige mensen als lastig ervaren.

Vorm

De meningen waren verdeeld over de verschijningsvorm. Sommige mensen vonden de samenvatting een ‘te dik pakket’ voor de dagelijkse praktijk en vonden bijvoorbeeld dat de literatuurreferenties eruit zouden kunnen. Anderen hadden juist behoefte aan meer achtergrondinformatie over groei. Een en ander heeft te maken dat bij deze richtlijn de klassieke indeling van boek, samenvatting en plastic kaart is losgelaten; van deze richtlijn is het boek met wetenschappelijke achtergrondinformatie (volgens de ontwikkelaars) dusdanig dun, dat een aparte samenvatting niet zinvol leek.

Alle geïnterviewden hadden behoefte aan een plastic kaart. Men was het er unaniem over eens dat het schema met verwijscriteria op deze kaart moet staan. De meningen waren verdeeld over wat er nog meer op zou moeten staan. De ene groep wilde aan de achterkant de (in tekst) uitgeschreven verwijscriteria. De andere groep had juist behoefte aan de tabel “oorzaken van kleine lichaamslengte”, de formules voor berekening van de TH, lengte SDS en TH SDS, de tabel “gemiddelde lengte voor leeftijd en SD” en de verwijzing naar de TNO-groeicalculator.

De geïnterviewden waren unaniem van mening dat de richtlijn gedrukt moet worden omdat digitale versies in de praktijk nauwelijks gebruikt worden, nog los van het feit of mensen over een PC beschikken. Vanuit de artsen die werken met 4-19 jarigen kwam uitdrukkelijk het verzoek de plastic kaart op A-5 formaat te laten drukken. Dit formaat is makkelijk mee te nemen in bijvoorbeeld de agenda. Omdat

men geen vaste werkplek heeft (o.a. door bezoek scholen) worden de plastic kaarten van de diverse standaarden/richtlijnen altijd in de tas meegenomen. Voor medewerkers die werken met 0-4 jarigen is het formaat wat minder van belang omdat de kaart op de (vaste) werkplek ligt.

Inhoud

De geïnterviewden waren het inhoudelijk met de richtlijn eens. Er was geen angst dat door de nieuwe criteria kinderen te laat verwezen zouden worden.

Een deel van de geïnterviewden vond de richtlijn tekort schieten omdat deze alleen gaat over kleine lengte en niet over te grote lengte en afbuigende groei. Vooral afbuigende groei werd gemist omdat ouders zich daar vaak zorgen over maken en JGZ-medewerkers graag willen weten welke criteria men hiervoor moet hanteren.

Een deel van de geïnterviewden had problemen met het feit dat het beslisschema voor verwijzing op veel punten eindigt in “naar eigen inzicht handelen”. Juist op die punten heeft men graag houvast. De vraag aan de ontwikkelaars is om hier meer op in te gaan en aandachtspunten te noemen die bij al dan niet verwijzen een rol kunnen spelen, ook al zijn er geen harde criteria voor te geven. Het ontbreken van gegevens over kinderen die SGA zijn, werd ook door sommige mensen gemist.

Verbeterpunten

Details en verbeterpunten met betrekking tot de opzet, vorm en inhoud van de richtlijn zijn in bijlage B beschreven.

3.3 Determinanten JGZ-medewerker

De geïnterviewde artsen achtten zichzelf goed in staat de richtlijn uit te voeren, mits er voorafgaand enige vorm van instructie/scholing plaatsvindt (zie randvoorwaarden). De groeicalculator wordt als handig hulpmiddel gezien en in de dagelijkse praktijk ook al daadwerkelijk gebruikt. Ofwel tijdens het bureau waarbij ouders kunnen meekijken, ofwel achteraf.

3.4 Determinanten JGZ-organisatie

Er was twijfel of de lengte van vader en moeder die genoteerd wordt altijd juist is. Frequent wordt de ouderlengte door de verpleegkundige anamnestic verkrepen op het eerste huisbezoek. Soms meet de assistente de ouder op. Volgens de geïnterviewden is er geen controle op de wijze waarop gemeten wordt door assistentes. De ervaring is dat assistentes het lastig c.q. gênant vinden vader en moeder te vragen onder de meetlat te gaan staan. In dat geval wordt er een schatting gedaan van de lengte of het aan de ouder gevraagd.

3.5 Determinanten sociaal-politieke omgeving

Dat de verwijzing via de huisarts gaat werd door het merendeel van de geïnterviewden als een (potentieel) knelpunt gezien, zeker als huisartsen er andere criteria op nahouden. De vraag was ook of kinderartsen dezelfde criteria hanteren.

Men was unaniem van mening dat deze richtlijn goed uit te leggen is aan ouders, hoewel er altijd ouders zijn die een advies voor verwijzing negeren, dan wel zichzelf verwijzen. Ook blijken ouders met een andere etniciteit vaak moeilijker te motiveren tot een verwijzing. Extra informatie voor ouders in de vorm van bijvoorbeeld een folder of brief, werd echter niet nodig geacht.

3.6 Randvoorwaarden

De geïnterviewden waren unaniem van mening dat enige vorm van instructie/scholing nodig is voordat mensen met de richtlijn kunnen werken. De voorkeur gaat uit naar landelijk ontwikkelde scholing (vanwege uniformiteit), die vervolgens in de organisaties zelf door een van de ontwikkelaars van de richtlijn of door een eigen stafarts gegeven kan worden. Het oefenen met de groeicalculator zou daar onderdeel van moeten zijn. Daarnaast werd aanbevolen dat organisaties 3-6 maanden oefenen met de richtlijn en de bevindingen bespreken (net zoals in de onderhavige proefimplementatie). Na deze 3-6 maanden zou er een evaluatie van het gebruik van de richtlijn in de praktijk moeten plaatsvinden.

De geïnterviewden vonden dat de ontwikkelaars als ‘helpdesk’ beschikbaar zouden moeten zijn voor vragen, uitleg etc.

Volgens de geïnterviewden moeten ook de assistentes bij de instructie/scholing betrokken worden. Besproken moet worden of assistentes de lengte van de ouders op de juiste manier verkrijgen en hoe zij in staat gesteld kunnen worden dit wel te doen.

Alle geïnterviewden waren in het bezit van de “handreiking groeidiagrammen”, echter niet van de meeste recente uitgave. Echter aanschaf van de nieuwste handreiking is voor veel organisaties geen optie vanwege de kosten (ca. 20 Euro per stuk). Verder werd opgemerkt dat in de groeidiagrammen de grens van lengte SDS - 3 niet is aangegeven.

De geïnterviewden vonden het nuttig bij verwijzing naar de huisarts c.q. kinderarts een kopie van de uitkomsten van de groeicalculator mee te geven. Deze kopie zou ook in de overdracht naar de GGD moeten gaan. Verder werd aanbevolen regionaal afspraken te maken met huisartsen en kinderartsen.

Specifieke inwerktijd, behalve voor de instructie/scholing, werd niet nodig geacht. Wel werd gezegd dat er in algemene zin te weinig tijd is om met de richtlijn te werken. In die zin zal de richtlijn wellicht niet op alle onderdelen nauwkeurig worden nagevolgd.

4 Conclusies en aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering

4.1 Conclusies

Een algemene conclusie is dat de richtlijn goed is ontvangen. De deelnemers aan de proefimplementatie vonden de richtlijn nuttig en een goed houvast geven voor de medewerker zelf, naar ouders, huisartsen en specialisten.

De tekst van de richtlijn werd in algemene zin helder en begrijpelijk gevonden. Dit laat onverlet dat de deelnemers op diverse punten verheldering, uitbreiding of aanpassing wensden (zie bijlage). Wat betreft de inhoud van de richtlijn kan geconcludeerd worden dat de deelnemers hier achter stonden.

Geconcludeerd kan worden dat er verdeeldheid was over de verschijningsvorm van de richtlijn, namelijk of deze uit de traditionele driedeling zou moeten bestaan (boek, samenvatting en plastic kaart). Geconcludeerd kan worden dat een plastic kaart nuttig werd bevonden voor de dagelijkse praktijk, het liefst op A-5 formaat zodat deze in de tas mee kan. Ook kan geconcludeerd worden dat de deelnemers er veel waarde aan hechten dat de richtlijn gedrukt wordt (samenvatting met verharde kaft en geplastificeerde kaart) omdat dit het gebruik in de dagelijkse praktijk vergemakkelijkt.

De richtlijn werd in de dagelijkse praktijk uitvoerbaar geacht. Dit laat onverlet dat er diverse uitvoeringsproblemen werden genoemd waar aandacht voor moet zijn bij de invoering. Het meest genoemde uitvoeringsprobleem is de verwijzing via de huisarts die er mogelijk andere criteria op nahoudt.

Als belangrijkste randvoorwaarden voor de (landelijke) invoering werden genoemd dat er enige vorm van instructie/scholing zou moeten plaatsvinden, het gebruik gemonitord zou moeten worden en er zowel regionaal als landelijk afspraken met huisartsen en kinderartsen gemaakt zouden moeten worden.

4.2 Kritische kanttekeningen

Bij de proefimplementatie zijn enkele kritische kanttekeningen te plaatsen. Een eerste kanttekening is dat de respons voor deelname aan de proefimplementatie tegen viel, ondanks alle inspanningen zoveel mogelijk organisaties te werven. Hoewel organisaties gemotiveerd zijn om aan een proefimplementatie mee te doen, ontbreekt de tijd hiervoor. Het veld is overbelast en deelname aan onderzoek is dan een extra ballast. Sommige organisaties gaven aan dat financiering zou helpen bij deelname. Een consequentie van de tegenvallende respons is dat we niet breed hebben kunnen nagaan wat de uitvoeringsproblemen in de praktijk zijn. Vooral het perspectief van de 4-19 jarigen zorg en dat van verpleegkundigen is onderbelicht gebleven. Over het algemeen heerst echter vanuit de verpleegkundigen ook het beeld dat het onderwerp meer een 'artsen'-onderwerp is.

Een tweede kanttekening is dat vanwege de beperkte doorlooptijd van de proefimplementatie het niet mogelijk was om de richtlijn in z'n geheel prospectief

uit te testen. Dat betekent dat alle uitvoeringsproblemen wat betreft uitleg aan ouders, opvolging van verwijzing, samenwerking met huisarts en specialist, niet in de praktijk zijn uitgetest. Echter door het retrospectief nazoeken van dossiers, is toch een goed beeld verkregen van wat er in de praktijk speelt en waar men tegenaan loopt. De uitvoering van anamnese, onderzoek en de ‘nieuwe’ verwijscriteria zijn wel prospectief uitgetest.

4.3 Aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering

Onderstaande aanbevelingen zijn gebaseerd op de onderhavige determinantenanalyse / proefimplementatie, het Raamwerk Implementatie JGZ-standaarden (De Jong e.a. 2002) en het rapport Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg (Fleuren & De Jong, 2006b). Deze laatste twee documenten bevatten de ‘blauwdruk’ voor de landelijke invoering van de JGZ-richtlijnen. Per aanbeveling wordt aangegeven waarop deze gebaseerd is. Verder wordt er van uitgegaan dat verspreidings- en invoeringsactiviteiten plaatsvinden door het Centrum Jeugdgezondheid zoals vastgelegd in het document Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg (Beckers 2007).

Bijstelling richtlijn

Aanbevolen wordt (op basis van proefimplementatie) dat de schrijvers van de richtlijn alle opmerkingen / commentaren met betrekking tot de inhoud, schrijfstijl, lay-out en verschijningsvorm (zoals de plastic kaart) in de definitieve versie verwerken. Deze staan vermeld bij de resultaten en in de bijlage.

Ontwikkeling en uitvoering instructie/scholing

Op landelijk niveau zou voor de richtlijn een instructie/bepaalde scholing ontwikkeld moeten worden (op basis van proefimplementatie, Raamwerk en rapport Basisvoorwaarden). Hierin dienen de uitvoeringsproblemen die uit de onderhavige proefimplementatie naar voren komen en mogelijke oplossingen, verrat te zijn.

De JGZ-organisaties wordt sterk aanbevolen alle JGZ-medewerkers die een taak hebben bij het onderzoek naar kleine lengte, voorlichting en instructie/scholing te geven over de richtlijn, alvorens men er in de praktijk mee gaat werken (op basis van proefimplementatie, Raamwerk en rapport Basisvoorwaarden). Deze (landelijk ontwikkelde) instructie/scholing kan gegeven worden door een van de ontwikkelaars van de richtlijn of door een stafarts. De overige JGZ-medewerkers zouden op de hoogte gesteld moeten worden van de inhoud van de richtlijn.

Monitoring en evaluatie gebruik richtlijn

Aanbevolen wordt dat, als vervolg op de instructie/scholing, JGZ-organisaties het gebruik van de richtlijn monitoren en dit tijdens intercollegiale toetsing, intervisie of inhoudelijk overleg wordt besproken. Het is wenselijk dat de JGZ-organisaties hun bevindingen terugrapporteren aan de ontwikkelaars. Zij kunnen deze gegevens gebruiken voor de ontwikkeling van een FAQ (Frequently Asked Questions) met uitvoeringsproblemen en oplossingen en voor de update van de richtlijn. (Al deze aanbevelingen op basis van Raamwerk en rapport Basisvoorwaarden.)

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 zelf 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. De informatie is van belang voor het Centrum Jeugdgezondheid 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. Alle aanbevelingen op basis van Raamwerk en rapport Basisvoorwaarden.

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 beleid. Aanbevolen wordt dat de JGZ-organisaties zelf regionaal afspraken maken met huisartsen en ziekenhuizen. (Alle aanbevelingen op basis van proefimplementatie, Raamwerk en rapport Basisvoorwaarden.)

Helpdesk

Op landelijk niveau zou een helpdesk beschikbaar moeten zijn voor vragen en problemen rondom de richtlijn. De meest directe manier is als de coördinator van de ontwikkeling van de richtlijn hiervoor aanspreekpersoon is. Het meest voor de hand liggend is als het Centrum Jeugdgezondheid deze functie vervult en alle inhoudelijke vragen direct doorstuurt aan de ontwikkelaars. Alle aanbevelingen op basis van Raamwerk en rapport Basisvoorwaarden.

5 Literatuur

BARTHOLOMEW KL, PARCEL GS, KOK G, GOTTLIEB NH. Intervention mapping: designing theory- and evidence-based health promotion programs. New York: McGraw-Hill Companies, 2001.

BECKERS M. Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg. Procedures rond ontwikkeling, implementatie en onderhoud van richtlijnen jeugdgezondheidszorg. Bilthoven: Centrum Jeugdgezondheid, 2007.

FLEUREN MAH, WIEFFERINK CH, PAULUSSEN TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. Int J Qual Health Care, 2004; 16, 107-123.

FLEUREN MAH, WIEFFERINK CH, PAULUSSEN TGWM. Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. Tijdschr Gezondheidswetenschappen (TSG), 2006a; 160-167.

FLEUREN MAH, JONG DE ORW. Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006b.

FLEUREN MAH. Implementatie van de JGZ-standaarden. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2007; 39(4)63-7.

GREENHALGH T, ROBERT G, MACFARLANE F, BATE P, KYRIAKIDOU O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. The Milbank Q 2004; 82(4), 581-629.

GROL RPTM, WENSING MJP. Implementatie: effectieve verbetering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.

HEERDINK N, DOMMELEN VAN P, KAMPHUIS M, BUUREN VAN S, COENEN-VAN VROONHOVEN EJC, VERKERK PH. Concept JGZ-richtlijn Signalering van en verwijscriteria bij kleine lichaamslengte. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2008.

JONG DE ORW, FLEUREN MAH, LEERDAM FJM. Raamwerk voor de verspreiding en implementatie van JGZ-standaarden. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.

A Verslagen interviews Kleine Lengte

In deze bijlage staan detailpunten die niet in het resultatenhoofdstuk besproken zijn.

Suggesties ter verbetering opzet/ tekst (indeling, begrijpelijkheid, duidelijkheid)

- De formules van de lengte sds (pag 7) zou beter ná de tekst kunnen komen
- De berekening op pag. 8 en 9 is niet voor iedereen helder. Het is niet duidelijk dat de getallen uit de tabel uit de “Handleiding Groeidiagrammen” afkomstig zijn. In de tabel staat de meeteenheid niet vermeld (centimeters bij SD en bij lengte).
- Pag. 9. Hoewel het vaak wel zo is dat tijdens het consult de tijd ontbreekt om de groecalculator te raadplegen. Dan moet men toch zelf rekenen. Centimeters zijn makkelijker dan SD en SDS. Dus SDS -2 is ongeveer 13 centimeter.
- Pag 17 kopje *Meetmomenten lengte*: de geboortelengte wordt vrijwel nooit bepaald, zin aanpassen.
- Pag 18: Hier wordt ingegaan op EKD, landelijk is dit er echter niet. Spreek van (lokaal) digitaal dossier.
- Pag 18: Meten buikomvang, dit doen we niet.
- Een arts meldt dat zij de thoraxomvang ten opzichte van het hoofd bepaalt. Dit gebeurt echter niet door anderen.
- Pag 20, je moet uitgaan van grens lengte sds -3, dit staat niet in het groeidiagram aangegeven (wel tot -2,5). Met een gok lukt het wel dit te bepalen, maar voeg voor de duidelijkheid in stukje tekst toe dat dit niet vermeld staat in het groeidiagram.
- Niet voor iedereen duidelijk dat verwijs criterium 4.3 (pag. 21) alleen geldt bij een lengte < - 2SDS. Het lijkt alsof altijd verwezen moet worden bij een afbuiging van 1SDS.

Inhoudelijke punten (werkwijze, beslisschema)

- Pag. 20 A 2: De gestelde termijn van 1 jaar voor een tweede lengtemeting veel te lang.
- Pag. 21: 4.3 Hoe zit het hier met kinderen die ouders hebben die ook een lengte hebben onder de -2 SDS. Moet je deze ook doorverwijzen?
- SPag 21, tekst over leeftijd na 5 jaar: vanwege het werkveld tot 4 jaar hebben de artsen niet heel expliciet naar deze tekst gekeken en hebben er geen mening over.
- Mis referentiekaders voor lengte en gewicht bij zwangerschapsduur. Hoe bereken je hier - 2SDS als er geen overzicht is met geboortelengtes en gewichten bij en bepaalde zwangerschapsduur.
- De richtlijn gaat over kleine lichaamslengte. Men blijft dit verwarrend vinden. Waarom staat er niets over kinderen met een afbuigende lengtegroei die een lengte hebben die wel boven de -2SDS uitkomt maar die daarnaast buiten de target range vallen. Is dit een bewuste keuze? Komt er ook nog een richtlijn voor groeistoornissen zonder dat er sprake is van kleine lichaamslengte? Of hoeft men überhaupt niets te doen met dergelijke groeipatronen?

- Jammer dat de groeicalculator van TNO alleen advies geeft over kleine lengte, terwijl je juist een richtlijn/'hulpstuk' voor verwijzing/beoordeling van alle groeiproblemen zou willen (dus ook voor lang gestalte, groeiafbuiging/versnelling).
- De richtlijn biedt weinig houvast voor kinderen met een andere etniciteit.
- Is de toevoeging van de risicofactor 'anamnestisch familiair voorkomen van groei hormoondeficiëntie' zinnig? Een arts heeft dit een keer meegemaakt.

Dagelijks gebruik

- Wat als de vader nooit in beeld is geweest? Dan heb je geen vaderlengte. De artsen lossen dat nu op door bij twijfel, ondanks ontbreken van deze lengte, toch door te sturen.
- Stukje tekst over toevoegen. Als in gezin alle kinderen/ouders klein zijn, kunnen de ouders minder gemotiveerd zijn. Dan toch insturen.
- De contactmomenten genoemd op pag 17 gaan geen problemen geven.
- Ook voor de rol van de verpleegkundige ziet de groep geen knelpunt. Ook nu noemen de verpleegkundigen in de nabespreking de punten rondom groei.
- Ouders met meerdere kleine kinderen zijn vaak moeilijk te motiveren, zeker als bij een eerder kind onderzoek heeft plaatsgevonden waarbij er niets aan de hand bleek te zijn. Moet hierover niet iets beschreven worden?
- Bij oudere kinderen is vaak niet duidelijk in hoeverre de rijping een rol speelt.
- Als een kind al bekend is met een aandoening en er wordt een afbuiging geconstateerd, moet je dan toch volgens de richtlijn werken of moet dit overgedragen worden aan de kinderarts?

Implementatie, randvoorwaarden voor gebruik

- Ook goed idee om na de instructie een periode te registreren om je aandacht te richten op het onderwerp. Of bespreken tijdens intercollegiale toetsing.
- Algemene opmerking tav proefimplementatie: Deze periode van werken met de richtlijn (8 weken) is erg kort.
- Assistenten moeten worden geschoold. Zij moeten de TH berekenen en de ouderlengte meten.
- Zorgen voor voldoende draagvlak bij andere disciplines.