

Divisie Volksgezondheid
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20
Info-VGZ@pg.tno.nl

TNO-rapport

PG/VGZ 2002.044

**Implementatie van standaarden in de
Jeugdgezondheidszorg**

Datum	Februari 2002
Auteur(s)	Dr. M.A.H. Fleuren Drs. M.L. Verlaan Drs. O.R.W. de Jong Drs. T.L. Filedt Kok-Weimar Drs. F.J.M. van Leerdam J.J. Radder
Aantal pagina's	84
Aantal bijlagen	4

Alle rechten voorbehouden.

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

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

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

Auteurs:

Dr. M.A.H. Fleuren
Drs. M.L. Verlaan
Drs. O.R.W. de Jong
Drs. T.L. Filedt Kok-Weimar
Drs. F.J.M. van Leerdam
J.J. Radder

Projectnummer

011.40687/01.01

ISBN-Nummer

90-6743-883-9

Dit project is mede gefinancierd door ZON MW, Programma Preventie, projectnummer 2300.0013.

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van EUR 16 (incl. BTW) op postbankrekeningnummer 99.889 ten name van TNO PG te Leiden onder vermelding van bestelnummer PG/VGZ 2002.044.

Samenvatting

Achtergrond

Om onder andere het handelen meer wetenschappelijk te onderbouwen en de diversiteit in zorg terug te dringen werd in 1996 gestart met het ontwikkelen van standaarden voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ-standaarden). Hiertoe werd de Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden (JAS) opgericht waarin alle beroepsgroepen binnen de JGZ vertegenwoordigd zijn. De JAS adviseert welke standaarden ontwikkeld worden waarna een werkgroep met inhoudelijk deskundigen de standaard ontwikkelt. TNO Preventie en Gezondheid ondersteunt de JAS en de werkgroepen bij dit proces. De verwachting is dat de JGZ-standaarden de kwaliteit van zorg verhogen en leiden tot verhoging van de preventieve opbrengst. Daarnaast zullen ze leiden tot grotere continuïteit van zorg en betere afstemming met hulpverleners in het vervolgtraject. In 1998 werd de eerste JGZ-standaard 'Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar' gepubliceerd (JGZ-standaard Gehoorstoornissen). De standaard bestaat uit drie delen: een achtergrondbeschrijving in boekvorm, een plastic kaart voor gebruik in de dagelijkse praktijk en een artikel in een vakblad dat met name is bedoeld voor de overige beroepsgroepen.

Keer op keer blijkt dat zorgverleners in de praktijk maar langzaam gaan handelen volgens standaarden (implementatie). Diverse knelpunten kunnen optreden. De standaard kan bijvoorbeeld te complex zijn; de standaard bereikt de zorgverleners niet; de zorgverleners beschikken niet over de benodigde kennis en vaardigheden of het ontbreekt de zorgverlener aan faciliteiten zoals apparatuur om volgens de standaard te kunnen werken.

Doelstelling en vraagstellingen

Het doel van dit onderzoek is inzicht verwerven in de factoren die de verspreiding en implementatie van de JGZ-standaarden in het algemeen, en de JGZ-standaard Gehoorstoornissen in het bijzonder, beïnvloeden. Op basis hiervan wordt een richtlijn gemaakt voor de verspreiding en implementatie van toekomstige JGZ-standaarden.

De centrale vraagstellingen zijn:

- 1 Wat is de acceptatie van JGZ-standaarden in het algemeen door JGZ-medewerkers?
- 2 Hoe verloopt de verspreiding van standaarden in het algemeen en van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen in het bijzonder en hoe kan dit verbeteren?
- 3 Welke factoren spelen een rol bij de implementatie van standaarden in het algemeen en de JGZ-standaard Gehoorstoornissen in het bijzonder en aan welke randvoorwaarden moet de implementatie van toekomstige JGZ-standaarden voldoen?

Methode

Het onderzoek bestond uit twee fasen. Eerst vond er een focusgroepinterview plaats met 12 leidinggevenden, artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten uit GGDen, afdeling Jeugdgezondheidszorg, waarin de deelnemers werd gevraagd naar hun oordeel over de inhoud, verspreiding en implementatie van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. Ter voorbereiding kregen de deelnemers deze standaard toegezonden. De nadruk lag op knelpunten en suggesties voor verbetering. Een soortgelijke bijeenkomst vond ook plaats met 12 leidinggevenden, artsen en verpleegkundigen uit thuiszorginstellingen, afdeling Ouder- en Kindzorg.

Vervolgens werd een vragenlijstonderzoek gehouden onder een representatieve steekproef van 809 leidinggevenden, artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten.

De vragenlijst bestond uit een algemeen deel over standaarden, gevolgd door een specifiek deel over de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. Dit laatste deel werd alleen ingevuld door de respondenten die de JGZ-standaard Gehoorstoornissen kenden.

De vragenlijst was gebaseerd op een model voor het invoeren van zorgvernieuwingen waarbij wordt uitgegaan van de volgende categorieën factoren die invloed kunnen hebben op de mate van gebruik:

- Kenmerken van de standaard: de mening van de JGZ-medewerkers over de inhoud, vormgeving, begrijpelijkheid en bruikbaarheid van de standaard.
- Kenmerken van de organisatie en omgeving: voorwaarden voor het werken volgens standaarden zoals de beschikbare tijd of de ondersteuning van collega's of leidinggevendenden.
- Kenmerken van de JGZ-medewerker: de mate waarin men zich in staat acht volgens de richtlijnen van de standaard te gaan werken (eigen-effectiviteitsverwachting) en de ervaren sociale druk om met de standaard te gaan werken.

Daarnaast werd gevraagd naar de acceptatie van JGZ-standaarden in het algemeen, de kennisname van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen, de mate waarin men deze standaard had gelezen en de mate van gebruik van deze standaard. Tenslotte werd gevraagd naar specifieke knelpunten bij het volgen van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen en suggesties ter verbetering van de verspreiding en implementatie van deze en toekomstige JGZ-standaarden.

Resultaten

Acceptatie van standaarden

In totaal werden 453 vragenlijsten teruggestuurd (56%). Over het algemeen vonden de respondenten de ontwikkeling van JGZ-standaarden zinvol. Als belangrijkste voordeel werd genoemd dat JGZ-standaarden de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren en bewaken.

Verspreiding van standaarden

Een meerderheid van de respondenten zei via het hoofd van de afdeling of leidinggevende op de hoogte te raken van standaarden. Daarnaast noemde ongeveer een derde van de respondenten de eigen beroepsorganisatie of een landelijke organisatie zoals LC-OKZ of GGD-Nederland als informatiebron. Ook de besluitvorming om met standaarden te gaan werken vond veelal door het hoofd van de afdeling of de leidinggevende plaats. Minder dan de helft van de respondenten (veelal verpleegkundigen en doktersassistenten) zei bij deze besluitvorming betrokken te worden.

Kennisname JGZ-standaard Gehoorstoornissen

Van alle respondenten zei 72% op de hoogte te zijn van het bestaan van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. Leidinggevendenden en artsen waren beter op de hoogte dan verpleegkundigen en doktersassistenten.

Van de totale groep respondenten, dus inclusief de mensen die niet op de hoogte waren van het bestaan van de standaard, bleek 57% in het bezit te zijn (zelf en/of de afdeling) van het boek, 59% van de plastic kaart en 58% van het artikel. Artsen en leidinggevendenden bleken zowel het boek, de plastic kaart als het artikel vaker in hun bezit te hebben dan verpleegkundigen en doktersassistenten.

Van alle respondenten had 18% het boek (redelijk) goed gelezen. De plastic kaart had 40% (redelijk) goed gelezen en het artikel 30%. Binnen de GGDen hadden artsen en leidinggevendenden het boek beter gelezen dan verpleegkundigen en doktersassistenten. Binnen OKZ-instellingen was een dergelijk effect niet waarneembaar. Verder was

zowel de plastic kaart als het artikel beter gelezen door artsen en leidinggevendenden dan door verpleegkundigen en doktersassistenten.

Gebruik van JGZ-standaard Gehoorstoornissen

Wanneer de leidinggevendenden buiten beschouwing worden gelaten omdat zij in de praktijk geen uitvoerende taak hebben en als zodanig de standaard niet persoonlijk gebruiken, dan zei 24% van de respondenten de standaard vaak tot altijd in de dagelijkse praktijk te gebruiken. Artsen bleken de standaard vaker te gebruiken dan verpleegkundigen en doktersassistenten.

Belemmerende en bevorderende factoren: vorm en inhoud standaard

Zowel wat betreft het boek als de plastic kaart waren de belangrijkste punten van kritiek de onoverzichtelijkheid (lay-out), de uitgebreidheid en het ontbreken van heldere eenduidige richtlijnen. Daarnaast hadden de respondenten behoefte aan een handleiding van enkele pagina's met een toelichting op de voorwaarden voor het afnemen van het onderzoek, de verwijscriteria en de taken van de artsen, verpleegkundigen en assistenten. Dit als aanvulling op de plastic kaart.

Wat betreft de voorgestelde werkwijze in de standaard hadden de respondenten met name opmerkingen over het drempelaudiogram: de tijd ontbreekt om een volledig drempelaudiogram af te nemen, in de praktijk is een audiogram niet betrouwbaar af te nemen vanwege achtergrondlawaai en de verwijscriteria zijn te streng.

Belemmerende en bevorderende factoren: organisatie en omgeving

Voorwaarden voor het werken met de JGZ-standaard Gehoorstoornissen die door meer dan een vijfde van de respondenten doorgaans als onvoldoende werden ervaren zijn: de ondersteuning van de direct leidinggevende (29% onvoldoende), de aanwezigheid van faciliteiten zoals apparatuur of ruimte die nodig zijn voor het werken volgens standaarden (26% onvoldoende) en de beschikbare tijd (23% onvoldoende). Op de vraag welke activiteiten er in de organisatie plaatsvonden om ervoor te zorgen dat de standaard daadwerkelijk wordt gebruikt zei 44% dat er geen activiteiten plaatsvonden. Van de mensen die zeiden dat er wel activiteiten plaatsvonden, noemde 27% voorlichting. Verreweg de meeste respondenten (94%) vonden dat er wel activiteiten nodig zijn zoals voorlichting (54%), een centraal aanspreekpunt voor vragen (37%) en training voorafgaande aan de invoering (30%).

Belemmerende en bevorderende factoren: JGZ-medewerker

De respondenten vonden dat de JGZ-standaard Gehoorstoornissen niet zomaar te gebruiken is door nieuwe JGZ-medewerkers. Extra scholing op het gebied van gehoor en gehoorstoornissen is gewenst.

De OKZ-medewerkers achtten zich over het algemeen in staat een groot deel van de richtlijnen in de standaard uit te voeren. Dit gold in mindere mate voor de richtlijnen met betrekking tot de overdracht naar de schoolarts van kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest en het ervoor zorgen dat ouders een verwijlsadvies opvolgen. Meer dan 40% van de respondenten achtte zich hiertoe niet in staat.

Ook de GGD-medewerkers achtten zich over het algemeen in staat de richtlijnen uit te voeren. Echter meer dan 40% achtte zich niet in staat extra aandacht te besteden aan, of een audiogram te maken bij kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest of een onvoldoende CAPAS III / VWO hadden. Dit gold ook voor wat betreft de richtlijnen om aan alle kinderen tussen 12 en 19 jaar voorlichting te geven over het gehoor en om na te gaan wat er met een verwijzing naar de huisarts is gebeurd.

De sociale druk vanuit collega's en/of leidinggevenden om volgens de standaard te werken bleek een belangrijke voorspeller te zijn van het daadwerkelijk gebruik van de standaard. Hoe meer sociale druk men ervaart, hoe vaker men de standaard gebruikt.

Conclusies en aanbevelingen

- De resultaten laten zien dat de JGZ-medewerkers de ontwikkeling van JGZ-standaarden in het algemeen een goede zaak vinden.
- De huidige vorm van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen is onvoldoende geschikt voor toekomstige standaarden. De lay-out (overzichtelijkheid) zou moeten verbeteren en de afzonderlijke richtlijnen zouden helderder en eenduidiger moeten zijn. Daarnaast zou er een handleiding van enkele pagina's gemaakt moeten worden met een toelichting op de voorwaarden voor het afnemen van het onderzoek, de verwijscriteria en de taken van de artsen, verpleegkundigen en assistenten. Samen met de plastic kaart vormt deze dan de basis voor het handelen in de dagelijkse praktijk.
- De opzet om via de instelling de plastic kaarten onder de individuele medewerkers te verspreiden, is maar deels geslaagd. De verspreiding van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen is veelal op het managementniveau blijven steken. In de toekomst zouden alle uitvoerenden op naam de plastic kaart en de handleiding toegezonden moeten krijgen. Op alle werkplekken OKZ en JGZ zou minimaal één boek beschikbaar moeten zijn.
- Het gebruik van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen is in de dagelijkse praktijk laag; slechts een kwart van de JGZ-medewerkers zegt de standaard te gebruiken. De belangrijkste reden is dat men de standaard niet kent of niet heeft gelezen. Daarnaast vinden veel JGZ-medewerkers de voorwaarden voor het werken met de standaard niet optimaal zoals de ondersteuning van de leidinggevende, het beschikken over een geluidsarme omgeving, de beschikbare tijd en de feedback over de resultaten van het werken volgens de standaard. Verder kan geconcludeerd worden dat er nauwelijks implementatieactiviteiten hebben plaatsgevonden om het gebruik van de standaard te bevorderen.
- Het advies is om een infrastructuur in te richten om effectieve implementatie te faciliteren. Het gaat dan enerzijds om de oprichting van een landelijk Coördinatiepunt JGZ-standaarden met als taken de coördinatie van de invoering, monitoring en evaluatie van het gebruik van JGZ-standaarden. Anderzijds gaat het om het aanstellen van een speciale coördinator JGZ-standaarden bij elke afdeling OKZ en afdeling JGZ met als taak de coördinatie van de invoering van standaarden in de eigen afdeling.
- Voor elke standaard zouden voor de uitvoerders lokale geaccrediteerde voorlichtings- en instructiebijeenkomsten moeten worden georganiseerd. Doelen zijn informatieverstrekking over de inhoud en opzet van de standaard, inclusief verschillen tussen de huidige en nieuwe werkwijze, en de training in vaardigheden voor het gebruik van de standaard.
- Tenslotte zou het gebruik van de standaard gemonitord en via onderzoek geëvalueerd moeten worden. Voor de kwaliteitsbewaking- en bevordering is intercollegiale toetsing een adequate methodiek. In het kader van de monitoring en de evaluatie van het gebruik van de standaarden is het aan te bevelen peilstations op te zetten. Het gaat hier om OKZ-afdelingen en JGZ-afdelingen die representatief zijn voor de JGZ. Het Coördinatiepunt zou jaarlijks peilingen moeten uitvoeren naar de mate waarin de standaarden worden gevolgd en de redenen van het niet volgen van de standaard. Daarnaast is het aan te bevelen om een proefimplementatie te houden onder JGZ-medewerkers zodra het eerste concept van een JGZ-standaard gereed is.

Inhoudsopgave

1	Inleiding — 10
1.1	Standaarden Jeugdgezondheidszorg — 10
1.2	Implementatie van standaarden — 11
1.3	Factoren die implementatie beïnvloeden — 12
1.4	Doelstelling — 13
1.5	Vraagstelling — 14
2	Methode — 15
2.1	Focusgroepinterviews — 15
2.1.1	Achtergrond focusgroepinterviews — 15
2.1.2	Werving respondenten en opzet interview — 15
2.1.3	Analyses focusgroepen — 16
2.2	Vragenlijstonderzoek — 16
2.2.1	Werving respondenten — 16
2.2.2	Meetinstrumenten en variabelen — 16
2.2.3	Analyses — 19
3	Resultaten focusgroep interviews — 22
3.1	Respons — 22
3.2	Acceptatie van JGZ-standaarden — 22
3.3	Verspreiding JGZ-standaarden — 23
3.4	Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie — 23
3.4.1	Vorm en inhoud JGZ-standaard Gehoorstoornissen — 23
3.4.2	Omgeving, organisatie en JGZ-medewerker — 24
4	Vragenlijstonderzoek — 27
4.1	Respons — 27
4.2	Acceptatie van JGZ-standaarden — 27
4.3	Verspreiding JGZ-standaarden — 28
4.3.1	Verspreiding en kennisname standaarden / protocollen algemeen — 28
4.3.2	Besluitvorming en criteria invoering standaarden / protocollen algemeen — 29
4.3.3	Verspreiding en kennisname JGZ-standaard Gehoorstoornissen — 30
4.3.4	In bezit hebben JGZ-standaard Gehoorstoornissen — 30
4.3.5	Gelezen hebben JGZ-standaard Gehoorstoornissen — 31
4.4	Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie — 32
4.4.1	Gebruik JGZ-standaard Gehoorstoornissen in de praktijk — 32
4.4.2	Vorm en inhoud JGZ-standaard Gehoorstoornissen — 32
4.4.3	Omgeving en organisatie bij standaarden / protocollen algemeen — 33
4.4.4	Omgeving en organisatie bij JGZ-standaard Gehoorstoornissen — 34
4.4.5	JGZ-medewerker — 37
4.5	Determinanten van gebruik — 38
5	Conclusies en aanbevelingen — 44
5.1	Conclusies — 44
5.1.1	Acceptatie van JGZ-standaarden — 44
5.1.2	De verspreiding van JGZ-standaarden — 44
5.1.3	Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie — 45
5.1.4	Kanttekeningen bij het onderzoek — 48
5.2	Aanbevelingen — 49

6 Literatuur — 54

Bijlage(n)

- A Deelnemers Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden
- B Vragen aan deelnemers ter voorbereiding focusgroepinterview
- C Berekening aantal vragenlijsten per organisatie
- D Tabellen

1 Inleiding

1.1 Standaarden Jeugdgezondheidszorg

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Nederland biedt preventieve zorg aan kinderen van 0-19 jaar en hun ouders / verzorgers. De zorg voor 0-4 jarigen vindt op het moment doorgaans plaats door de afdeling Ouder- en Kindzorg (OKZ) van Thuiszorgorganisaties terwijl de zorg voor 4-19 jarigen wordt verzorgd door de afdeling JGZ van Gemeentelijke (of Gemeenschappelijke) Geneeskundige Diensten (GGDen).

Er is een grote diversiteit in het aanbod en de uitvoering van de preventieve zorg tussen de verschillende organisaties. Daarnaast is het handelen binnen de JGZ niet altijd gebaseerd op resultaten van wetenschappelijk onderzoek, veelal omdat wetenschappelijk onderzoek niet voorhanden is. Om onder andere het handelen meer wetenschappelijk te onderbouwen en de diversiteit in zorg terug te dringen werd in 1996 gestart met het ontwikkelen van standaarden voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ-standaarden). Hiertoe werd de Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden (JAS) opgericht waarin alle beroepsgroepen binnen de JGZ vertegenwoordigd zijn (bijlage A). De JAS adviseert welke standaarden ontwikkeld zullen worden en in welke volgorde. Nadat een onderwerp is gekozen wordt een werkgroep samengesteld met inhoudelijk deskundigen. Deze werkgroep ontwikkelt de standaard. TNO Preventie en Gezondheid ondersteunt de JAS en de werkgroepen bij dit proces. Voor de ontwikkeling van JGZ-standaarden is een richtlijn geschreven zodat alle JGZ-standaarden volgens eenzelfde methodiek ontwikkeld worden (Hirasing e.a. 1998).

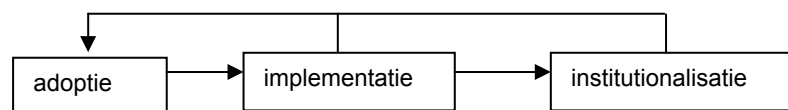
De richtlijnen in JGZ-standaarden zijn wetenschappelijk onderbouwd (evidence-based). Wanneer er onvoldoende of tegengesteld wetenschappelijke bewijsmateriaal is, wordt dit in de standaard vermeld. In uitzonderingssituaties wordt een richtlijn dan gebaseerd op consensus. De verwachting is dat de JGZ-standaarden de kwaliteit van zorg verhogen en leiden tot verhoging van de preventieve opbrengst. Daarnaast zullen de standaarden naar verwachting leiden tot grotere continuïteit van zorg en betere afstemming met hulpverleners in het vervoltraject (bijvoorbeeld huisartsen).

Een JGZ-standaard bestaat uit drie onderdelen: een achtergrondbeschrijving in boekvorm, een plastic kaart te gebruiken voor de dagelijkse praktijk en een artikel in een vakblad dat met name is bedoeld voor de overige beroepsgroepen. In 1998 werd de eerste JGZ-standaard 'Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar' gepubliceerd, hierna te noemen JGZ-standaard Gehoorstoornissen. In 1998 verscheen het boek met achtergrondinformatie en in 2000 het artikel en de plastic kaart (van Leerdam 1998, van Leerdam 2000). De JGZ-standaard Gehoorstoornissen beschrijft de opsporing van perceptieve en geleidingsverliezen, criteria voor controle en verwijzing en raakpunten met richtlijnen en / of standaarden van huisartsen en KNO-artsen. Het boek met achtergrondinformatie is in november 1998 aangeboden aan het Ministerie van VWS op het lustrum van de Nederlandse Vereniging voor JeugdGezondheidszorg (NVJG). Daarna was het boek te koop in de boekhandel en tijdens NVJG-dagen. In oktober 2000 werd de plastic kaart verspreid onder alle thuiszorginstellingen en GGDen via het Landelijk Centrum Ouder- en KindZorg (LC-OKZ) en GGD Nederland.

De JGZ-standaard Gehoorstoornissen is de eerste in een reeks: de minister van VWS heeft een aanwijzing gegeven een 20-tal JGZ-standaarden te ontwikkelen. Momenteel zijn er standaarden in ontwikkeling over de opsporing van visuele stoornissen en scoliose. Standaarden over kindermishandeling en hartafwijkingen volgen daarna.

1.2 Implementatie van standaarden

Keer op keer blijkt dat standaarden maar langzaam doordringen en ingang vinden in de dagelijkse praktijk van zorgverleners (Delamothe 1993, Grimshaw e.a. 1995, Thomson e.a. 1995, Forrest e.a. 1996, Fleuren e.a. 1998, Fleuren 1998, Wensing e.a. 2000, Wensing e.a. 2001). Nu de eerste JGZ-standaard gereed is en de volgende twee zich aandienen is de vraag op welke wijze deze JGZ-standaarden het best geïmplementeerd kunnen worden. Onder implementatie wordt verstaan een procesmatige en planmatige invoering van vernieuwingen en / of veranderingen van bewezen waarde met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het (beroepsmatig) handelen van zorgverleners (ZON 1998). In dit geval wordt met de vernieuwing de JGZ-standaarden bedoeld. In figuur 1 wordt weergegeven hoe een implementatieproces er globaal uitziet (Fullan 1991, Grol e.a. 1994, Rogers 1995, Pathman e.a. 1996, Fleuren 1997). Toegepast op JGZ-standaarden leidt de eerste fase (adoptie) tot het besluit al dan niet volgens de standaard te gaan werken. De fase van adoptie bestaat in feite uit twee componenten: verspreiding en adoptie. Met verspreiding wordt bedoeld dat de vernieuwing onder de aandacht wordt gebracht van de toekomstige gebruiker en dat deze de informatie vervolgens verwerkt, terwijl de adoptiefase bestaat uit het besluit al dan niet volgens de vernieuwing te gaan werken. In de daaropvolgende fase (implementatie) probeert de gebruiker (b.v. de arts, verpleegkundige of doktersassistente) daadwerkelijk in de dagelijkse praktijk volgens de standaard te werken. Tenslotte is het de bedoeling dat de gebruiker ook na verloop van tijd de standaard blijft gebruiken en deze onderdeel wordt van de dagelijkse routine. Dit wordt institutionalisatie genoemd.



Figuur 1 Fasen in het proces van invoering van vernieuwingen (volgens Fullan 1991, Grol e.a. 1994, Fleuren, 1997)

Een implementatieproces is niet lineair van aard. Een gebruiker kan bijvoorbeeld de richtlijnen uit de JGZ-standaard accepteren en besluiten ermee te gaan werken (adoptie). Maar in de dagelijkse praktijk blijkt dat sommige richtlijnen moeilijk uitvoerbaar zijn, waardoor de gebruiker bij nader inzien de bruikbaarheid van de richtlijnen ter discussie stelt.

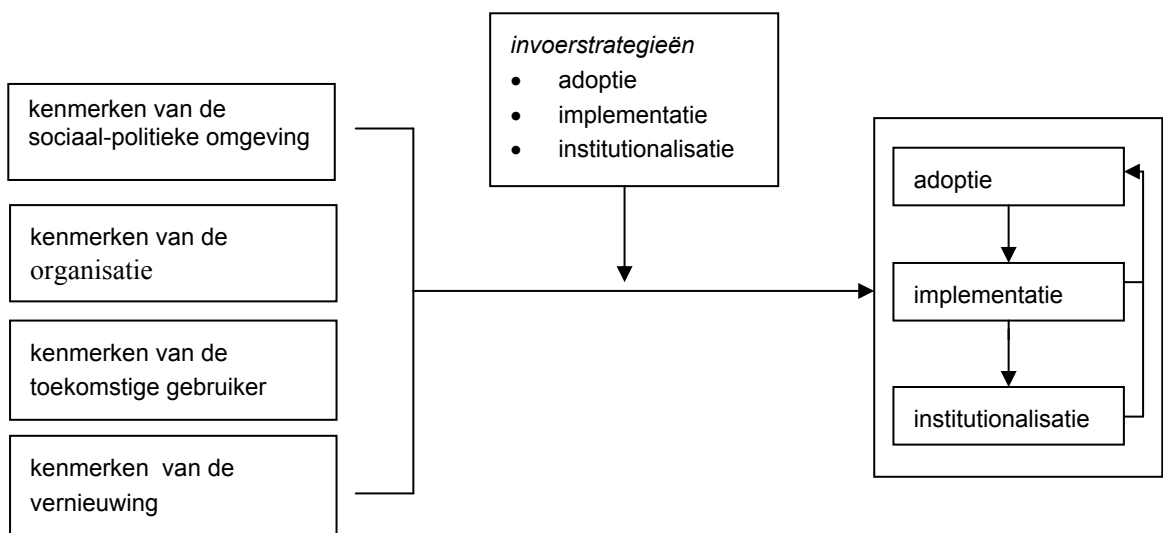
1.3 Factoren die implementatie beïnvloeden

Diverse factoren blijken het implementatieproces te kunnen belemmeren of bevorderen. De meeste belemmerende en bevorderende factoren zijn situatiespecifiek, dat wil zeggen dat ze worden bepaald door (Paulussen 1994, Logan e.a. 1998, Fleuren e.a. 2002):

- kenmerken van de sociaal-politieke omgeving: bijvoorbeeld wet- en regelgeving of financiering. De invoering van de wet BIG bevordert bijvoorbeeld de uniformiteit in sociaal-medisch handelen en een financiële vergoeding voor eventuele extra inspanningen die gepleegd moeten worden, zal het gebruik van standaard eveneens bevorderen;
- kenmerken van de organisatie: bijvoorbeeld faciliteiten of personeelsverloop. Een gebrek aan apparatuur, materialen of ruimte zal belemmerend zijn, evenals een hoog personeelsverloop;

- kenmerken van de toekomstige gebruiker (zorgverlener): bijvoorbeeld kennis, vaardigheden, motivatie of ervaren steun van collega's. Zo zal een gebrek aan kennis, vaardigheden of motivatie het gebruik belemmeren, terwijl steun van collega's het werken volgens een standaard zal bevorderen;
- kenmerken van de vernieuwing: bijvoorbeeld de relevantie of het gebruiksgemak van een standaard. Wanneer de relevantie of het gebruiksgemak laag is zal dat belemmerend zijn, terwijl heldere richtlijnen het gebruik zullen bevorderen.

Wil een implementatieproces succesvol zijn, dan betekent dit dat eerst onderzocht moet worden welke factoren een rol spelen (Paulussen 1994, Fleuren 1998, Fleuren e.a. 2002). Gegeven bovengenoemde kenmerken kunnen invoerstrategieën gekozen worden die ingrijpen op / aansluiten bij de diverse kenmerken zodat de mate van adoptie, implementatie en institutionalisatie verhoogd zal worden (Grol e.a. 1994, Grol 1997, Wensing e.a. 1994, Fleuren e.a. 2002). Wanneer bijvoorbeeld het gehooronderzoek niet goed wordt uitgevoerd omdat de JGZ-medewerker over onvoldoende kennis en vaardigheden beschikt, dan zou dit ondervangen kunnen worden door bij- en nascholing. Wanneer echter het ontbreken van een geluidsarme omgeving de oorzaak is van het niet kunnen uitvoeren van het gehooronderzoek, dan heeft bij- en nascholing uiteraard geen zin. Het totale model voor het invoeren van vernieuwingen wordt in figuur 2 weergegeven (Fleuren e.a. 2002).



Figuur 2 Model voor het invoeren van vernieuwingen in organisaties (Fleuren e.a. 2002)

1.4 Doelstelling

Doel van het onderzoek is inzicht verwerven in de factoren die de verspreiding en implementatie van JGZ-standaarden in het algemeen, en de JGZ-standaard 'Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar' in het bijzonder, beïnvloeden om op basis hiervan te komen tot een richtlijn voor de verspreiding en implementatie van toekomstige JGZ-standaarden.

1.5 Vraagstelling

- 1 Wat is de acceptatie van JGZ-standaarden in het algemeen door JGZ-medewerkers?
- 2 Hoe verloopt de verspreiding van standaarden / protocollen in het algemeen en van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen in het bijzonder en hoe kan dit verbeteren?
- 3 Welke factoren spelen een rol bij de implementatie van standaarden / protocollen in het algemeen en de JGZ-standaard Gehoorstoornissen in het bijzonder en aan welke randvoorwaarden moet de implementatie van toekomstige JGZ-standaarden voldoen?

2 Methode

Ter beantwoording van de onderzoeksvragen werden twee onderzoeken verricht. Eerst werden focusgroepsinterviews gehouden met een beperkt aantal JGZ-medewerkers uit thuiszorgorganisaties (afdeling OKZ) en GGDen (afdeling JGZ). Vervolgens vond er een vragenlijstonderzoek plaats onder een representatieve groep JGZ-medewerkers. De resultaten uit de focusgroepinterviews werden deels gebruikt bij het samenstellen van de vragenlijst.

2.1 Focusgroepinterviews

2.1.1 *Achtergrond focusgroepinterviews*

Een focusgroepinterview is een methode om inzicht te krijgen in de meningen en opvattingen van personen over een probleem of verschijnsel (Assema e.a. 1992). Het interview wordt geleid door een ervaren gespreksleider. Er wordt gebruik gemaakt van het feit dat mensen worden gestimuleerd door de ideeën en opvattingen van anderen. In dit opzicht heeft een focusgroep een toegevoegde waarde boven individuele interviews.

2.1.2 *Werving respondenten en opzet interview*

In 2000 werden de hoofden c.q. leiding van alle 67 thuiszorgorganisaties (afdeling OKZ) en alle 52 GGDen (afdeling JGZ) schriftelijk benaderd voor deelname aan de focusgroepinterviews. Zij werden gevraagd een leidinggevende, arts, verpleegkundige en doktersassistente (alleen voor de GGD) af te vaardigen. Na ongeveer drie weken werden de organisaties die nog niet hadden gereageerd telefonisch benaderd. Er werden twee focusgroepen van ieder ongeveer 2 uur georganiseerd: één voor medewerkers uit de OKZ en één voor medewerkers uit de GGD. Het maximum aantal deelnemers per groep werd op 15 gesteld. Bij overtekening werd zo geselecteerd dat er zoveel mogelijk spreiding was wat betreft de verschillende disciplines en de organisaties / regio's waar men werkzaam was.

Ter voorbereiding op de focusgroepinterviews kregen de deelnemers de standaard toegestuurd, dat wil zeggen het boek met de achtergrondinformatie en een concept van de plastic kaart. De deelnemers werd gevraagd naar hun acceptatie van JGZ-standaarden in het algemeen en de JGZ-standaard Gehoorstoornissen in het bijzonder (adoptie). Verder werd gevraagd naar de huidige wijze van verspreiding van standaarden en / of protocollen, naar de besluitvorming bij het invoeren van standaarden in de organisatie, de knelpunten hierin en suggesties voor verbetering (verspreiding).

Om na te kunnen gaan welke factoren een rol spelen bij het al dan niet (gaan) werken met de standaard werden de deelnemers uitvoering gevraagd naar hun mening over de inhoud en vormgeving van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen (kenmerken van de vernieuwing) en suggesties voor verbetering. Daarnaast kwamen andere belemmerende en bevorderende factoren aan bod (kenmerken van de sociaal-politieke omgeving, de organisatie en de gebruiker) en mogelijke oplossingen voor de belemmeringen. Een overzicht van de vragen is in bijlage B weergegeven.

De focusgroepen werden begeleid door twee personen: een gespreksleider en een rapporteur die aantekeningen maakte. De interviews werden eveneens op band (audio-tape) vastgelegd.

2.1.3 *Analyses focusgroepen*

Na afloop van de interviews werd een verslag gemaakt. Het verslag werd ter correctie en aanvulling aan de deelnemers van de focusgroepen voorgelegd. De correcties en aanvullingen werden in het definitieve verslag verwerkt.

2.2 **Vragenlijstonderzoek**

2.2.1 *Werving respondenten*

In 2001 werden de hoofden c.q. leiding van alle 63 thuiszorgorganisaties (afdeling OKZ) en alle 47 GGDen (afdeling JGZ) schriftelijk benaderd voor deelname aan het vragenlijstonderzoek. Het aantal organisaties is lager dan bij de focusgroepinterviews vanwege fusies die in de tussentijd hadden plaatsgevonden. De hoofden c.q. leidinggevendenden werden gevraagd zélf een vragenlijst in te vullen en een aantal vragenlijsten uit te delen aan hun medewerkers. In de OKZ werd aan 63 leidinggevendenden, 167 artsen en 167 verpleegkundigen een vragenlijst gestuurd; 397 vragenlijsten in totaal. Bij de GGDen werd aan 47 leidinggevendenden, 141 artsen, 99 verpleegkundigen en 125 doktersassistenten een vragenlijst gestuurd; 412 vragenlijsten in totaal. In bijlage C is beschreven welke criteria zijn gebruikt om het aantal vragenlijsten per organisatie en per discipline vast te stellen.

Na 4 weken werden de hoofden c.q. leiding van de organisaties waar minder dan de helft van de vragenlijsten waren teruggekomen, telefonisch benaderd met het verzoek hun medewerkers te vragen alsnog de vragenlijst in te vullen en te retourneren. Aan de overige organisaties werd een schriftelijke reminder verstuurd. Na 8 weken werd deze procedure herhaald waarbij organisaties die minder dan tweederde van de vragenlijsten hadden teruggestuurd telefonisch werden benaderd en de overige organisaties schriftelijk.

2.2.2 *Meetinstrumenten en variabelen*

De vragenlijst is gebaseerd op het model voor het invoeren van vernieuwingen en op uitkomsten van diverse implementatieonderzoeken (zie paragraaf 1.2 en 1.3). De vragenlijst bestond uit een algemeen deel over standaarden / protocollen, gevolgd door een specifiek deel over de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. Dit laatste deel werd alleen ingevuld door de respondenten die de JGZ-standaard Gehoorstoornissen kenden. Voordat de vragenlijst werd verstuurd werd deze voorgelegd aan 3 artsen, 2 verpleegkundigen, 3 dokterassistenten en 1 manager. Zij werden gevraagd speciaal te letten op de begrijpelijkheid en volledigheid van de vragen en de antwoordcategorieën, en op de vormgeving van de vragenlijst. Daarnaast hielden ze bij hoe lang het invullen van de vragenlijst duurde. Op basis van hun commentaar werd de definitieve vragenlijst gemaakt.

Vraagstelling 1: acceptatie van standaarden

In het algemene deel werd eerst gevraagd naar achtergrondkenmerken zoals de instelling waarin men werkzaam is en de functie. Om na te gaan wat de acceptatie is van JGZ-standaarden in het algemeen werden zes stellingen geformuleerd waarbij men op een 4-puntsschaal (helemaal mee oneens tot helemaal mee eens) kon aangeven in welke mate men het met de stelling eens is.

Vraagstelling 2: verspreiding van standaarden

Om na te gaan hoe de verspreiding in het algemeen gaat werden acht vragen gesteld. Onder andere over hoe men doorgaans op de hoogte raakt van een standaard / protocol, of deze systematisch verspreid worden, wie beslist of een standaard / protocol gebruikt gaat worden, op basis van welke criteria en of men doorgaans betrokken wordt bij de besluitvorming hierover. Tevens werden suggesties ter verbetering van de verspreiding gevraagd. Het betrof open vragen met deels voorgedrukte antwoordcategorieën.

In het specifieke deel over de JGZ-standaard Gehoorstoornissen werd gevraagd of men op de hoogte was van het bestaan van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen en hoe men op de hoogte was geraakt. Aan de mensen die op de hoogte waren van het bestaan werd voor alle drie de onderdelen van de standaard afzonderlijk gevraagd of ze deze zelf in het bezit hadden, of dat de afdeling ze in het bezit had (ja / nee). Ook werd gevraagd hoe goed ze de onderdelen hadden gelezen (4-puntsschaal; niet gelezen tot goed gelezen).

*Vraagstelling 3: belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie**Kenmerken van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen*

In het specifieke deel over de JGZ-standaard Gehoorstoornissen werd gevraagd naar de bruikbaarheid van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. De mensen die op de hoogte waren van het bestaan van de standaard konden via stellingen (4-puntsschaal; helemaal mee oneens tot helemaal mee eens) aangeven wat men vond van de inhoud, vormgeving, begrijpelijkheid en bruikbaarheid van het boek (elf stellingen), de plastic kaart (elf stellingen) en het artikel (drie stellingen). Deze vragen werden alleen gesteld aan de mensen die hadden aangegeven deze onderdelen (redelijk) goed te hebben gelezen. De stellingen waren mede gebaseerd op de uitkomsten van de focusgroepinterviews en gingen onder andere over de aantrekkelijkheid van de lay-out, de begrijpelijkheid van het taalgebruik en de duidelijkheid van de richtlijnen. Daarnaast werd gevraagd of men zaken miste in het boek of op de plastic kaart, welke punten van kritiek men had en suggesties voor verbetering (open vragen). Tenslotte werd gevraagd naar het gebruik van de standaard in de dagelijkse praktijk, redenen om de standaard niet te gebruiken, richtlijnen waarvan men systematisch afwijkt en redenen hiervoor (open vragen).

Kenmerken van de organisatie en omgeving

In het algemene deel werd gevraagd in welke mate de voorwaarden voor het werken volgens standaarden / protocollen doorgaans vervuld zijn. De respondent kon op een 4-puntsschaal (ruim onvoldoende tot ruim voldoende) aangeven in welke mate acht aspecten doorgaans voldoende zijn. Het gaat dan om aspecten als de beschikbare tijd voor het werken met standaarden / protocollen, de ondersteuning van collega's of leidinggevenden of het beschikken over de juiste kennis of vaardigheden. Strikt genomen behoren deze laatste twee aspecten tot de kenmerken van de gebruiker. Verder werd gevraagd of men doorgaans in de gelegenheid wordt gesteld scholing te volgen bij een nieuw(e) standaard / protocol (ja / nee). In dit verband werd gevraagd of men de laatste drie jaar bijscholing had gehad op het gebied van gehoorstoornissen. Tenslotte werd gevraagd hoe het gebruik van standaarden / protocollen wordt bewaakt (open vraag met deels voorgedrukte antwoordcategorieën).

In het specifieke deel over de JGZ-standaard Gehoorstoornissen werd naar dezelfde aspecten (voorwaarden) gevraagd die het werken volgens de JGZ-standaard Gehoorstoornissen kunnen beïnvloeden als bij het algemene gedeelte. Tenslotte werd gevraagd naar problemen en belemmeringen bij het werken volgens de JGZ-standaard

Gehoortoornissen en oplossingen hiervoor (open vragen met deels voorgedrukte antwoordcategorieën, mede gebaseerd op de uitkomsten van de focusgroepinterviews).

Kenmerken van de JGZ-medewerker

De mate waarin men zich in staat acht volgens een vernieuwing te gaan werken (eigen-effectiviteitsverwachting) blijkt een belangrijke voorspeller voor succesvolle implementatie (De Vries e.a. 1988, Paulussen 1994). Om de eigen-effectiviteitsverwachting te kunnen meten werden de belangrijkste richtlijnen uit de standaard weergegeven met de vraag op een 4-puntsschaal (zeker niet tot zeker wel) aan te geven in welke mate men denkt dat het zal lukken deze richtlijnen uit te voeren. Voor de OKZ-medewerkers betrof het tien richtlijnen over de zorg voor 0-4 jarigen en voor de GGD-medewerkers elf richtlijnen over de zorg voor 4-19 jarigen. Daarnaast werd gevraagd naar de ervaren sociale druk omdat deze eveneens een belangrijke voorspeller van succesvolle implementatie blijkt te zijn (De Vries e.a. 1988, Paulussen 1994). Ervaren sociale druk zijn de door de JGZ-medewerker gepercipieerde verwachtingen van relevante anderen (normative beliefs) zoals de leiding, artsen, verpleegkundigen en dokters(assistenten) en de mate waarin de JGZ-medewerker bereid is zich aan deze verwachtingen te conformeren (motivation to comply). Om de sociale druk te kunnen meten werd de respondent gevraagd op een 4-puntsschaal (zeker niet tot zeker wel) aan te geven in hoeverre belangrijke disciplines binnen de organisatie verwachten dat men volgens de standaard zal werken. Het gaat hier om artsen, verpleegkundigen, (dokters)assistenten en direct leidinggevende. Eveneens werd gevraagd voor al deze personen aan te geven op een 4-puntsschaal (zeer weinig tot zeer veel) in hoeverre men zich iets aantrekt van de mening van deze personen. Door het vermenigvuldigen van de 'normative belief' met de 'motivation to comply' ontstaat de maat 'ervaren sociale druk'.

2.2.3 *Analyses*

Van de verschillende variabelen werden frequentieverdelingen gemaakt. Om na te kunnen gaan of er verschillen bestonden tussen enerzijds de instelling waarin de respondent werkzaam is en anderzijds de discipline waartoe de respondent behoort, werd logistische regressie-analyse (backward-methode) verricht. Hierbij werd rekening gehouden met een interactie-effect tussen instelling en discipline. Er is sprake van een interactie-effect wanneer bijvoorbeeld alléén binnen de OKZ een verschil in antwoorden tussen de disciplines wordt gevonden, maar binnen de GGD niet. Wanneer uit de logistische regressie-analyse geen interactie-effect kwam tussen instelling en discipline, werden χ^2 -toetsen verricht om na te gaan of er verschillen bestonden tussen enerzijds de instelling en anderzijds de verschillende disciplines. Wanneer er wel sprake was van een interactie-effect werden apart voor de GGDen en apart voor de OKZ-instellingen χ^2 -toetsen verricht waarbij werd gekeken naar een verschil tussen de disciplines per instelling. Voor zowel de logistische regressie-analyse als de χ^2 -toetsen werden p-waarden van $< 0,05$ beschouwd als statistisch significant.

Om de vragen op de open antwoorden te kunnen coderen, werd door een onderzoeker en een jeugdarts een codeersysteem opgezet. De onderzoeker codeerde de vragen. Indien een antwoord onduidelijk was werd de jeugdarts gevraagd een oordeel te geven.

Voor de analyses wat betreft de inhoud en vormgeving van de standaard Gehoortoornissen, het werken met de standaard en belemmeringen hierbij, werden leidinggevend en uitgesloten van de analyses omdat zij in de praktijk geen uitvoerende taak hebben en als zodanig de standaard niet persoonlijk gebruiken.

Tenslotte werd nagegaan welke determinanten het gebruik van de standaard Gehoorstoornissen bepalen. Het gaat dan om de in paragraaf 2.2.2 genoemde kenmerken 'acceptatie van JGZ-standaarden', 'bruikbaarheid van het boek', 'bruikbaarheid van de plastic kaart', 'voorwaarden voor gebruik met betrekking tot de JGZ-standaard Gehoorstoornissen', 'eigen-effectiviteitsverwachting' en 'ervaren sociale druk'. Voor een deel van deze determinanten zijn zelf meetinstrumenten ontwikkeld. Dit heeft als nadeel dat de validiteit van de constructen in een meetinstrument niet voldoende onderzocht kunnen worden. Ter reductie van de data en ter beoordeling van de validiteit werden eerst factoranalyses verricht (principale componenten analyse) om na te gaan of de meetinstrumenten van de genoemde determinanten voldoende factoriele validiteit bezitten. Hierbij werden laagladende items ($<0,40$) verwijderd. Vervolgens werd de betrouwbaarheid van de factor bepaald via de interne consistentie maat Cronbach's alpha. Omdat deze maat afhankelijk is van het aantal items is het moeilijk op voorhand aan te geven welke hoogte van alpha acceptabel is: hoe meer items, hoe hoger alpha dient te zijn wil er sprake zijn van een betrouwbare schaal. Tenslotte werden de scores van de respondenten op de schalen vastgesteld. Gekozen werd voor gemiddelde somscores, dat wil zeggen dat van elke respondent de som van de betreffende items op het meetinstrument wordt vastgesteld en dit wordt gedeeld door het aantal betreffende items.

Om de samenhang tussen de diverse determinanten en het gebruik van de standaard na te kunnen gaan werden Pearson correlaties berekend. Tenslotte werd lineaire regressie-analyse (backward methode) verricht om de invloed van de verschillende determinanten op het gebruik te kunnen nagaan. Hierbij werden instelling en discipline als confounders meegenomen. Zowel wat betreft de correlaties als de regressie-analyse werden p-waarden van $< 0,05$ beschouwd als statistisch significant.

3 Resultaten focusgroep interviews

3.1 Respons

Van de 67 thuiszorginstellingen waren 23 instellingen bereid om een of meerdere mensen af te vaardigen voor het onderzoek. Bij de organisaties die niet wilden deelnemen aan het interview was verreweg de belangrijkste reden tijdgebrek wegens personeelstekort, fusie of andere prioriteiten. Daarnaast werd een enkele keer als reden genoemd dat men neonatale gehoorscreeningen deed, een speciale verpleegkundige had die de screeningen verzorgde en dat men de JGZ-standaard geen meerwaarde vond hebben boven het protocol van de eigen instelling.

Van de 52 GGDen waren 14 instellingen bereid om een of meerdere mensen af te vaardigen voor het onderzoek. De organisaties die niet wilden deelnemen aan het interview gaven als reden tijdgebrek wegens personeelstekort, fusie, verhuizing of andere prioriteiten.

Na selectie op discipline en organisatie / regio namen vanuit de OKZ 12 medewerkers deel, verspreid over 8 instellingen; 4 leidinggevenden, 3 artsen en 5 verpleegkundigen. Vanuit de GGDen namen eveneens 12 medewerkers deel, verspreid over 6 instellingen; 2 leidinggevenden, 3 artsen, 2 verpleegkundigen en 5 doktersassistenten.

3.2 Acceptatie van JGZ-standaarden

De respondenten vonden de ontwikkeling van JGZ-standaarden zeer zinvol. Als belangrijkste voordeel werd genoemd dat JGZ-standaarden de kwaliteit van zorg kunnen verbeteren en bewaken. Dit gebeurt volgens de respondenten doordat er minder variatie in handelen zal zijn, het handelen gebaseerd zal zijn op wetenschappelijk bewijs en de continuïteit van zorg zal worden verbeterd. Met dat laatste werd zowel de continuïteit binnen de JGZ als in het vervolgtraject bedoeld, bijvoorbeeld bij verhuizing van de cliënt naar een andere regio of bij verwijzing naar de huisarts of specialist.

Hoewel de JGZ-standaard Gehoorstoornissen als nuttig werd gezien, waren er toch punten van kritiek. Sommigen twijfelden aan de meerwaarde van de standaard voor de groep 0-4 jarigen. Enerzijds omdat binnen niet al te lange tijd de neonatale gehoorscreening zal worden ingevoerd en anderzijds omdat de standaard niet veel meer biedt dan het huidige protocol van de Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind (NSDSK). Daarentegen vond men de standaard voor de 4-19 jarigen wel een uitkomst omdat er voor deze groep nog geen protocol is. Verder vonden de meeste respondenten het jammer dat er geen 'transmurale' standaard was gemaakt. Hiermee werd bedoeld een geïntegreerde standaard die niet alleen voor de JGZ, maar tevens voor (en door) huisartsen en KNO-artsen is ontwikkeld. Voor de continuïteit van zorg vond men het ongunstig dat iedere beroepsgroep z'n eigen standaard heeft. Een respondent verwoordde dit als volgt: 'De standaard moet door het hele vervolgtraject gedragen worden. Een standaard is dan ook zo sterk als de zwakste schakel.'

3.3 Verspreiding JGZ-standaarden

Voor de meeste respondenten was het focusgroepinterview de eerste kennismaking met de standaard. Een paar respondenten kenden de standaard al via het NVJG-lustrum in

november 1998. In de diverse instellingen is er volgens de respondenten nauwelijks aandacht besteed aan de standaard en is deze over het algemeen geen aanleiding geweest om het bestaande gehooronderzoek aan te passen. In de instellingen waar de standaard wel onder de aandacht is gebracht waren de reacties heel divers. In sommige instellingen overheerst de gedachte dat de bestaande protocollen in voldoende mate geschikt zijn om gehoorstoornissen op te sporen en beschouwt men de JGZ-standaard Gehoorstoornissen als een naslagwerk. In een paar instellingen zijn speciale werkgroepjes gevormd om te kijken hoe de standaard kan worden toegepast in relatie met bestaande richtlijnen voor gehooronderzoek. Het boek is over het algemeen geen aanleiding geweest om het bestaande gehooronderzoek aan te passen. Alleen in Amsterdam heeft men naar aanleiding van de standaard besloten alle medewerkers van de afdeling JGZ (4-19 jaar) door TNO Preventie en Gezondheid te laten scholen in het gehooronderzoek.

Op de vraag hoe normaliter standaarden / protocollen in de organisatie worden verspreid, was het antwoord dat dit doorgaans niet systematisch gebeurt. Een respondent merkte dienaangaande op: 'Ach, van dat soort zaken komen op een gegeven moment voorbij.....of niet.'. De respondenten vonden dat iedereen die met de standaard te maken krijgt, ervan op de hoogte moet worden gebracht. Men vond de beste manier om de JGZ-standaarden van onderop, vanuit de werkvloer, te maken en van bovenaf, via het Landelijk Centrum Ouder- en KindZorg (LC-OKZ) en GGD Nederland te verspreiden. Er zou voor elke standaard een landelijk introductieprogramma gemaakt moeten worden. Bij de verspreiding zouden bestaande netwerken voor scholing en training moeten worden gebruikt. Om het gebruik van de standaarden te bewaken werd voorgesteld bij iedere standaard een toets te ontwikkelen. Daarnaast werd intercollegiale toetsing hiervoor als een goede methode gezien. Tot slot vond men het ongelukkig dat de plastic kaart en het artikel pas twee jaar na het uitkomen van het boek verschenen. Bij volgende JGZ-standaarden zouden de drie onderdelen gelijktijdig moeten worden verspreid.

3.4 Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie

3.4.1 Vorm en inhoud JGZ-standaard Gehoorstoornissen

De respondenten vonden het boek een gedegen naslagwerk, maar als standaard ongeschikt omdat volgens hen duidelijke richtlijnen ontbreken. Een eerste punt van kritiek was dat soms onderzoeken met tegenstrijdige uitkomsten worden aangehaald. Volgens de respondenten is het beter een duidelijke richtlijn te geven en daar waar de uitkomsten van onderzoek dat niet toelaten, dit expliciet te vermelden. Een tweede punt van kritiek was dat de onderbouwing van sommige richtlijnen niet duidelijk is: bijvoorbeeld de leeftijd waarop men moet screenen of de verwijscriteria. Een derde kritiekpunt was dat de richtlijnen vaag zijn. Als voorbeeld werden de criteria voor verwijzing op de kaart genoemd. Omdat er staat 'afhankelijk van anamnese en lichamelijk onderzoek' geeft dit volgens de respondenten alle vrijheid voor doorverwijzen. In de praktijk zal dan iedereen zijn eigen variant op de standaard maken en dat is nu juist niet de bedoeling. Tot slot suggereerde men een trefwoordenregister in het boek op te nemen om zaken snel op te kunnen zoeken.

De respondenten vonden dat eigenlijk de plastic kaart de standaard is. Deze zou aangevuld moeten worden met drie tot vier pagina's handleiding met praktische informatie over voorwaarden voor het afnemen van onderzoek en de verwijscriteria.

Ook vond men belangrijk de taken van de verschillende disciplines (artsen, verpleegkundigen en assistenten) te beschrijven. In de huidige vorm is volgens de respondenten de plastic kaart niet bruikbaar los van het boek omdat teveel verwezen wordt naar het boek. Als voorbeeld van een werkbare standaard werd de standaard Borstvoeding genoemd (NVJG 1997).

De zinnen in de standaard vond men vaak te lang, het taalgebruik te wetenschappelijk en niet altijd helder. Als voorbeeld werd de term 'taalstoornis' genoemd. Hier werd door verschillende JGZ-medewerkers iets anders onder verstaan. Ook vond men de aanduiding van de leeftijdscategorieën op de kaart verwarrend. Het was niet duidelijk waar de verschillende leeftijdscategorieën eindigen. Men vroeg zich af of bijvoorbeeld het streepje tussen 9-10 maanden 'tot en met' 10 maanden of 'tot' 10 maanden betekent.

Tot slot werden een paar onvolkomenheden in het boek geregistreerd zoals het ontbreken van een definitie van perceptief gehoorverlies en dat kinderen met buisjes tot en met zwemdiploma A zonder dopjes mogen zwemmen. Bij het huidige zwemdiploma A moeten kinderen ook al onder water zwemmen en zouden dus eveneens dopjes in moeten hebben.

3.4.2 *Omgeving, organisatie en JGZ-medewerker*

Zowel basisartsen, verpleegkundigen als doktersassistenten zouden geschoold moeten worden omdat men verwachtte dat de standaard door nieuwe JGZ-medewerkers niet te volgen is zonder extra scholing op het gebied van gehoor en gehoorstoornissen. Een probleem van praktische aard die het werken volgens de standaard belemmert is het niet ter beschikking hebben van een geluidsarme omgeving, met name op scholen. Wanneer bijvoorbeeld in de ruimte een koelkast staat, kan het onderzoek eigenlijk al niet meer afgenomen worden. Daarnaast werd tijdgebrek genoemd als reden voor het niet volledig verrichten van een drempelaudiogram zoals beoogd in de standaard. Volgens de respondenten wordt in de praktijk vaak alleen van de uitvallende frequenties de drempel volgens de descending methode onderzocht. Tenslotte werden twee belemmeringen van algemene aard genoemd. Ten eerste is het vervolgtraject volgens de respondenten een probleem. Vaak is niet duidelijk wat er in het vervolgtraject is gebeurd. Soms krijgt men bericht van de bevindingen en eventuele behandeling, maar veel huisartsen en KNO-artsen rapporteren niet terug. Ten tweede werd als probleem ervaren dat sommige kinderen niet naar het consultatiebureau komen. Voor het gehooronderzoek betekent dit dat bij sommige kinderen noodgedwongen een VWO / Capas III wordt afgenomen omdat het kind dan pas voor het eerst voor gehooronderzoek op het consultatiebureau verschijnt.

4 Vragenlijstonderzoek

4.1 Respons

In totaal werden 453 vragenlijsten teruggestuurd (56%). Vanuit de GGDen kwamen beduidend meer vragenlijsten terug (65%; n=268) dan vanuit de OKZ (46%; n=185). In tabel 1 is de respons per organisatie en per discipline weergegeven, afgezet tegen het aantal vragenlijsten dat per discipline is verstuurd. De respons onder artsen en verpleegkundigen binnen de OKZ is een stuk lager dan de 70% waarvan bij het vaststellen van de steekproef werd uitgegaan (zie bijlage C).

De reden om niet deel te nemen aan het onderzoek was in bijna alle gevallen de hoge werkdruk en daardoor tijdgebrek. Illustratief is het antwoord van een leidinggevende die zei: “Ik heb niet eens voldoende mensen om het werk uit te kunnen voeren. En dat heeft toch echt prioriteit.”. Soms vulde daarom alleen de leidinggevende namens de hele organisatie de vragenlijst in. Een keer werd genoemd dat men niet volgens de JGZ-standaarden ging werken en daarom geen nut zag in het invullen van de vragenlijst. Een leidinggevende zei bijvoorbeeld: “De doktersassistenten zijn niet geïnstrueerd dat ze een audiogram moeten doen dat zit tussen een screeningsaudiogram en een drempelaudiogram. Daarom heb ik ze niet geïnformeerd over het bestaan van de standaard en geef ik ze ook de vragenlijst niet”. De reden voor het verschil in respons tussen de OKZ-instellingen en GGDen is onduidelijk.

De respons was lager dan verwacht. Dit had deels te maken met het feit dat de deelnemers alleen bekend waren bij de hoofden c.q. leiding en het rechtstreeks bellen of sturen van een reminder naar de individuele respondenten niet mogelijk was. Daarnaast werd in een enkel geval door de leiding besloten de vragenlijsten niet uit te delen vanwege drukte en tijdgebrek waardoor de vragenlijst een deel van de beoogde respondenten nooit bereikt heeft. Responsanalyse wees uit dat de uitval niet selectief was, dat wil zeggen dat de uitval per discipline gelijk was verdeeld over de verschillende instellingen.

Tabel 1 Overzicht van aantal ingevulde lijsten per discipline en organisatie, in aantallen (percentages)

	OKZ	GGD
Leidinggevende	45 (71%)	32 (68%)
Arts	53 (32%)	97 (69%)
Verpleegkundige	87 (52%)	60 (61%)
Doktersassistente	-	79 (63%)

4.2 Acceptatie van JGZ-standaarden

In tabel 2 is weergegeven wat de acceptatie van de respondenten is ten aanzien van JGZ-standaarden. Over het algemeen vinden de respondenten JGZ-standaarden zinvol. Voor alle uitspraken geldt dat een grote meerderheid het er mee eens is. Echter 16% van de respondenten zegt het eens te zijn met de uitspraak dat standaarden het werkplezier verlagen en 38% is het eens met de uitspraak dat cliënten te verschillend zijn voor uniforme standaarden.

Tabel 2 Overzicht van mensen die het met uitspraken over de relevantie van standaarden in het algemeen (helemaal) eens zijn (n=453)

	(helemaal) mee eens
Standaarden verlagen het werkplezier	16% *
Standaarden zijn van belang om verschil in werkwijze te verminderen	96%
Cliënten zijn te verschillend voor uniforme richtlijnen	38% **
Standaarden geven houvast in de dagelijkse praktijk	97%
Standaarden komen de kwaliteit van zorg ten goede	97%
Standaarden zijn van belang om volgens de laatste inzichten te werken	94%

* $\chi^2(3)=20,7$, $p<0,00$; doktersassistenten (33%) zeggen dit vaker dan leidinggevenden (8%), artsen (15%) en verpleegkundigen (13%)

** $\chi^2(3)=17,4$, $p=0,001$; artsen (36%), verpleegkundigen (45%) en doktersassistenten (33%) zeggen dit vaker dan leidinggevenden (20%)

4.3 Verspreiding JGZ-standaarden

4.3.1 *Verspreiding en kennisname standaarden / protocollen algemeen*

Op de vraag hoe men doorgaans op de hoogte raakt van het bestaan van standaarden / protocollen zegt 66% van de respondenten via het hoofd van de afdeling / leidinggevende / stafarts / stafverpleegkundige hiervan op de hoogte te raken (bijlage D, tabel 1). Daarnaast noemt ongeveer een derde van de respondenten de eigen beroepsorganisatie (38%), een landelijke organisatie zoals LC-OKZ of GGD-Nederland (35%), een congres / bij- en nascholing (34%) en via collega's (32%).

Over het algemeen worden landelijke organisaties, beroepsorganisaties en tijdschriften vaker door leidinggevenden en artsen genoemd dan door verpleegkundigen en doktersassistenten (bijlage D, tabel 1). Artsen noemen verder vaker nog collega's, congressen en bij- en nascholing als informatiebron dan de andere disciplines. Verpleegkundigen en doktersassistenten zeggen vaker op de hoogte te geraken via hun leidinggevende of via nieuwsbrieven.

Wanneer gevraagd wordt hoe de verspreiding het beste geregeld zou kunnen worden, dan geeft 84% van de respondenten er de voorkeur aan dat dit via het hoofd van de afdeling / leidinggevende / stafarts / stafverpleegkundige gebeurt (bijlage D, tabel 1). Daarnaast worden in mindere mate genoemd: landelijke organisaties (33%), beroepsorganisaties (23%), nieuwsbrieven (25%) en congressen / bij- en nascholing (22%).

Van de respondenten zegt 68% dat standaarden / protocollen vaak tot altijd systematisch onder de medewerkers worden verspreid. Dit verschilt niet tussen instellingen of disciplines. Verder zegt 42% van de respondenten vaak tot altijd betrokken te worden bij de besluitvorming om een standaard / protocol in te voeren. In dit verband zegt 27% meer betrokken te willen worden bij de besluitvorming. Verreweg de meest genoemde reden is dat men op basis van eigen ervaring de praktische uitvoerbaarheid en de voor- en nadelen wil bekijken en op basis daarvan over de invoering wil meebeslissen (40%). Verder worden genoemd: dat zij degene zijn die er mee werken (29%), het creëren van meer draagvlak door erbij betrokken te worden (25%) en op de hoogte willen blijven (9%).

Verpleegkundigen (20%) en doktersassistenten (19%) zeggen minder vaak bij de besluitvorming betrokken te worden dan artsen (55%) en leidinggevenden (89%) ($\chi^2(3)=120,5$, $p<0,00$). In overeenstemming hiermee geven ze vaker aan bij de besluitvorming betrokken te willen worden ($\chi^2(3)=18,0$, $p<0,00$).

4.3.2 *Besluitvorming en criteria invoering standaarden / protocollen algemeen*

Op de vraag wie doorgaans beslist of met een standaard / protocol gewerkt gaat worden wordt door het merendeel van de respondenten (69%) het hoofd van de afdeling / leidinggevende / (staf)artsen (64%) genoemd. In mindere mate worden (staf)verpleegkundigen (24%) en doktersassistenten (3%) genoemd. In veel gevallen betreft het een combinatie van bovengenoemde personen zoals het hoofd van de afdeling / leidinggevende in combinatie met een (staf)arts (22%) of het hoofd van de afdeling / leidinggevende in combinatie met een (staf)arts en (staf)verpleegkundige (19%). Een enkele keer wordt er genoemd dat er een speciale afdeling / werkgroep protocollen bestaat die beslist over de invoering ervan.

In tabel 3 is weergegeven op welke criteria wordt beslist of men met een standaard / protocol gaat werken. Hierbij zijn antwoorden van de hoofden / leidinggevende en de artsen apart vermeld omdat zij meestal de personen zijn die (mee)beslissen of een standaard / protocol gebruikt gaat worden. De belangrijkste criteria waarop zij beslissen zijn de praktische uitvoerbaarheid, de verbetering van de kwaliteit van zorg en de wetenschappelijke onderbouwing.

Tabel 3 Overzicht van criteria waarop men beslist om met een standaard / protocol te gaan werken, uitgesplitst naar de leidinggevenden, artsen en verpleegkundigen / doktersassistenten* (n=453)

	Leiding	Arts	Verpleegkundige / assistente
Wetenschappelijke onderbouwing **	77%	66%	45%
Begrijpelijkheid van de richtlijnen **	34%	17%	12%
Eenduidigheid van de richtlijnen **	57%	38%	29%
Praktische uitvoerbaarheid **	81%	96%	53%
Mate van uitwerking van de richtlijnen in concrete handelingen	27%	19%	16%
Aansluiting van de richtlijnen bij de huidige werkwijze	29%	25%	21%
Voordeel ten opzichte van de huidige werkwijze	36%	17%	22%
Aansluiting bij de werkwijze uit het vervolgtraject **	29%	25%	8%
Verbetering van de kwaliteit van zorg **	83%	60%	57%

* Een paar respondenten noemen het financieel voordeel en of de standaard / het protocol landelijke geldigheid heeft. Vijftien procent van de respondenten zegt niet te weten waarop beslist wordt.

** Verschillen tussen de disciplines zijn statistisch significant; respectievelijk $\chi^2(2)=31,1$, $p<0,00$; $\chi^2(2)=20,2$, $p<0,00$; $\chi^2(2)=19,4$, $p<0,00$; $\chi^2(2)=23,1$, $p<0,00$; $\chi^2(2)=11,5$, $p=0,003$; $\chi^2(2)=25,1$, $p<0,00$; $\chi^2(2)=17,6$, $p<0,00$;

4.3.3 *Verspreiding en kennisname JGZ-standaard Gehoorstoornissen*

Van alle respondenten zegt 72% op de hoogte te zijn van het bestaan van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. Deze percentages zijn voor de GGD-medewerkers en OKZ-medewerkers respectievelijk 74% en 68%. Dit verschil is niet statistisch significant. Er is wel een verschil tussen disciplines wat betreft het op de hoogte zijn van het bestaan van de standaard: leidinggevenden en artsen zijn beter op de hoogte van het bestaan dan verpleegkundigen en doktersassistenten (bijlage D, tabel 2).

In tabel 4 is weergegeven hoeveel procent van de respondenten op de hoogte is van het bestaan, per discipline. Duidelijk is dat zowel binnen de OKZ als de GGD verreweg de

meeste leidinggevend en artsen op de hoogte zijn van het bestaan van de standaard. Bijna de helft van de verpleegkundigen en doktersassistenten is echter niet op de hoogte van het bestaan van de standaard.

Van de respondenten zegt 41% op de hoogte te zijn gekomen van het bestaan van de standaard via het hoofd van de afdeling / leidinggevende, gevolgd door via een beroepsorganisatie (31%) en via collega's (24%). Deze antwoorden komen overeen met hoe men zegt in het algemeen op de hoogte te raken van standaarden / protocollen (bijlage D, tabel 1).

Tabel 4 Overzicht van aantal mensen dat op de hoogte is van het bestaan van de standaard Gehoorstoornissen per discipline en organisatie, in aantallen (percentages) (n=453)

	OKZ	GGD
Leidinggevende	41 (91%)	31 (97%)
Arts	43 (81%)	91 (94%)
Verpleegkundige	41 (47%)	35 (58%)
Doktersassistente	-	42 (53%)

4.3.4 *In bezit hebben JGZ-standaard Gehoorstoornissen*

Van de totale groep respondenten, dus inclusief de mensen die niet op de hoogte zijn van het bestaan van de standaard, blijkt 57% in het bezit te zijn (zelf en / of de afdeling) van het boek, 59% van de plastic kaart en 58% van het artikel. GGD-medewerkers blijken vaker in het bezit te zijn van het boek en het artikel dan OKZ-medewerkers (bijlage D, tabel 2). Artsen en leidinggevend en artsen blijken zowel het boek, de plastic kaart als het artikel vaker in hun bezit te hebben dan verpleegkundigen en doktersassistenten (bijlage D, tabel 2).

In tabel 5 is weergegeven hoeveel procent van de respondenten in het bezit is van de standaard, per discipline. Het merendeel van de leidinggevend en artsen, hoewel dit laatste percentage lager ligt, is in het bezit van een of meer onderdelen van de standaard (tabel 5). Van de verpleegkundigen en doktersassistenten daarentegen beschikt minder dan de helft over een of meer onderdelen van de standaard (tabel 5).

Van de 324 respondenten die op de hoogte zijn van de standaard bezit 80% het boek (zelf en / of de afdeling). De plastic kaart heeft 82% van de respondenten (zelf en / of de afdeling) en het artikel 81% (zelf en / of de afdeling). Hierbij moet worden opgemerkt dat 19% zelf beschikt over het boek, 57% zelf beschikt over de plastic kaart en 42% het artikel zelf bezit.

Tabel 5 Overzicht van aantal mensen dat in het bezit is (zelf en / of de afdeling) van de standaard Gehoorstoornissen per discipline en organisatie, in percentages (n=453)

	OKZ			GGD		
	Boek	Kaart	Artikel	Boek	Kaart	Artikel
Leidinggevende	71%	76%	80%	97%	97%	88%
Arts	53%	62%	70%	86%	75%	86%
Verpleegkundige	29%	38%	23%	47%	47%	40%
Doktersassistente	-	-	-	34%	38%	37%

4.3.5 *Gelezen hebben JGZ-standaard Gehoorstoornissen*

Van alle respondenten heeft 18% het boek (redelijk) goed gelezen. De plastic kaart heeft 40% (redelijk) goed gelezen en het artikel 30%. Er blijkt een interactie-effect te zijn tussen instelling en discipline wat betreft het hebben gelezen van het boek. Binnen

de GGDen hebben artsen en leidinggevendenden het boek beter gelezen dan verpleegkundigen en doktersassistenten (bijlage D, tabel 2). Binnen OKZ-instellingen is een dergelijk effect niet waarneembaar. Verder geldt voor zowel de plastic kaart als het artikel dat dit beter is gelezen door artsen en leidinggevendenden dan door verpleegkundigen en doktersassistenten (tabel 6 en bijlage D, tabel 2). Hier is geen sprake van een interactie-effect.

In tabel 6 is weergegeven hoeveel procent van de respondenten de standaard (redelijk) goed heeft gelezen, per discipline. Een kleine minderheid van de mensen heeft het boek gelezen. Wat betreft het hebben gelezen van de kaart en het artikel liggen deze percentages hoger. Over het algemeen zeggen de artsen en leidinggevendenden de standaard beter te hebben gelezen dan verpleegkundigen en doktersassistenten.

Tabel 6 Overzicht van aantal mensen dat zegt de standaard Gehoorstoornissen (redelijk) goed te hebben gelezen, per discipline en organisatie, in aantallen (percentages) (n=453)

	OKZ			GGD		
	Boek	Kaart	Artikel	Boek	Kaart	Artikel
Leidinggevende	9 (20%)	27 (60%)	25 (56%)	10 (31%)	20 (63%)	18 (56%)
Arts	11 (21%)	26 (49%)	27 (51%)	37 (38%)	55 (57%)	45 (46%)
Verpleegkundige	10 (11%)	21 (24%)	8 (9%)	1 (2%)	18 (30%)	7 (12%)
Doktersassistente				3 (4%)	14 (18%)	5 (6%)

4.4 Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie

4.4.1 Gebruik JGZ-standaard Gehoorstoornissen in de praktijk

Wanneer de leidinggevendenden buiten beschouwing worden gelaten omdat zij in de praktijk geen uitvoerende taak hebben en als zodanig de standaard niet persoonlijk gebruiken, dan zegt 24% van de respondenten de standaard vaak tot altijd in de dagelijkse praktijk te gebruiken. Wanneer wordt gekeken naar het verschil tussen de instellingen, gecorrigeerd voor de verschillende functies per instelling, blijkt er geen verschil in gebruik te zijn tussen GGD- en OKZ-medewerkers. Artsen blijken in de praktijk de standaard vaker te gebruiken dan verpleegkundigen en doktersassistenten (bijlage D, tabel 2). In tabel 7 is voor de verschillende disciplines het gebruik van de standaard in de dagelijkse praktijk weergegeven. Minder dan de helft van de artsen zegt vaak tot altijd gebruik te maken van de standaard en voor de verpleegkundigen is dat minder dan een vijfde.

De respondenten die zeggen 'nooit' gebruik te maken van de standaard noemen daarvoor als redenen dat men gebruik maakt van een eigen protocol (n=12) of omdat de JGZ-standaard nog niet geïntroduceerd is in de organisatie c.q. over het gebruik ervan nog besloten moet worden (n=12). Daarnaast geven acht respondenten aan dat zij vinden dat de standaard niet voor hen van toepassing is. Het gaat dan bijvoorbeeld om artsen die zeggen zelf geen gehooronderzoek af te nemen. Mogelijk is hier sprake van een misverstand omdat een deel van de richtlijnen over bijvoorbeeld verwijzing wel voor hen van toepassing is.

Van de respondenten die zeggen de standaard soms tot altijd in de dagelijkse praktijk te gebruiken zegt 31% (n=49) systematisch op bepaalde punten af te wijken. Veel punten hebben betrekking op het niet volledig verrichten van een drempelaudiogram, onder andere vanwege tijdgebrek, en het hanteren van minder strenge verwijscriteria (bijlage D, tabel 3).

Tabel 7 Overzicht van aantal mensen dat zegt de standaard Gehoorstoornissen vaak tot altijd te gebruiken, per discipline en per organisatie, in aantallen (percentages) (n=252)

	OKZ	GGD
Arts	20 (38%)	39 (40%)
Verpleegkundige	17 (20%)	5 (8%)
Doktersassistente	-	10 (13%)

4.4.2 *Vorm en inhoud JGZ-standaard Gehoorstoornissen*

In bijlage D (tabel 4 tot en met 6) is weergegeven wat de respondenten vinden van de opzet, vorm en inhoud van het boek, de plastic kaart en het artikel. Het gaat hier om respondenten die de standaard kennen en zeggen respectievelijk het boek, de plastic kaart en het artikel (redelijk) goed te hebben gelezen. Bij deze analyses zijn de leidinggevendenden buiten beschouwing gelaten omdat zij in de praktijk geen uitvoerende taak hebben. Voor alle uitspraken geldt dat een grote meerderheid het er mee eens is. Uitspraken waar meer dan 15% van de respondenten het oneens mee is, betreffen de aantrekkelijkheid van de lay-out van het boek, de eenduidigheid van de adviezen in het boek en dat belangrijke zaken in het oog springen. Voor de plastic kaart zijn dat eveneens de aantrekkelijkheid van de lay-out en dat belangrijke zaken in het oog springen. Tevens vindt meer dan 15% van de respondenten dat de kaart niet bruikbaar is los van het boek. De antwoorden blijken niet te verschillen tussen de instellingen, gecorrigeerd voor de verschillende disciplines per instelling.

Van de respondenten die het boek (redelijk) goed hebben gelezen (n=62) en / of de plastic kaart (redelijk) goed hebben gelezen (n=134) zegt respectievelijk 24% en 21% bepaalde zaken in het boek of op de plastic kaart te missen, punten van kritiek te hebben of suggesties voor verbetering. Daarnaast zegt 10% van de respondenten die een of meerdere delen van de standaard (redelijk) goed hebben gelezen het oneens te zijn met de voorgestelde werkwijze in de standaard. De antwoorden van de respondenten zijn vermeld in bijlage D (tabel 7 t/m 9) waarbij is gecorrigeerd voor dubbele antwoorden bij de betreffende vragen.

Zowel wat betreft het boek als de plastic kaart betreffen de belangrijkste punten van kritiek en suggesties ter verbetering de lay-out (onoverzichtelijkheid) en de uitgebreidheid. Wat betreft de voorgestelde werkwijze in de standaard hebben de respondenten met name opmerkingen over het drempelaudiogram: de tijd om een volledig drempelaudiogram af te nemen ontbreekt, in de praktijk is een audiogram niet betrouwbaar af te nemen vanwege achtergrondlawaai en de verwijscriteria zijn te streng.

4.4.3 *Omgeving en organisatie bij standaarden / protocollen algemeen*

Als het gaat om de voorwaarden voor het werken met standaarden in het algemeen, zijn aspecten die door meer dan 20% van de respondenten doorgaans als (ruim) onvoldoende worden ervaren: de ondersteuning van de direct leidinggevende (22%), de aanwezigheid van faciliteiten zoals apparatuur, materialen of ruimte die nodig zijn voor het werken volgens standaarden (24%), de beschikbare tijd (31%) en feedback die men krijgt over de effecten of resultaten van het werken volgens standaarden (59%). In bijlage D (tabel 10) is een overzicht gegeven van verschillende voorwaarden voor het werken met standaarden en de mate waarin de respondenten vinden dat deze (on)voldoende zijn.

Het merendeel van de respondenten (78%) zegt doorgaans in de gelegenheid te worden gesteld om scholing te volgen bij een nieuw(e) standaard / protocol (geen verschil tussen instelling of disciplines). Dit komt overeen met het gegeven dat respectievelijk 95% en 97% van de respondenten zegt doorgaans over voldoende kennis en vaardigheden te beschikken bij het gaan werken met een nieuw(e) standaard / protocol. Van de respondenten zegt 66% dat er bij de invoering van een standaard / protocol doorgaans een centraal aanspreekpunt is.

Wat betreft het onderwerp gehoorstoornissen zegt 36% van de respondenten hierover de afgelopen drie jaar bijscholing te hebben gevolgd. Het begrip bijscholing is hierbij door de respondenten ruim opgevat en kan worden onderverdeeld in het bijwonen van een congres, college met als doel kennisvermeerdering en cursussen / scholing met als doel kennisvermeerdering en het aanleren van vaardigheden. Het vaakst wordt scholing door TNO genoemd waarbij het 25 keer gaat om de cursus zintuigonderzoek voor (dokters)assistenten (kennis en vaardigheden), 9 keer om de opleiding tot jeugdarts (kennis) en 2 keer om de applicatiecursus voor consultatiebureau-arts (kennis). Als tweede wordt scholing door de NSDSK genoemd waarbij het 11 keer gaat om de training in het uitvoeren van het CAPAS-onderzoek (kennisvermeerdering en vaardigheidstraining) en 21 keer is het niet duidelijk of het om een training of een opfriscursus (kennisvermeerdering) gaat. In 26 gevallen wordt het bijwonen van een congres genoemd, waarbij het 22 keer gaat om het congres 'Heb je het al gehoord?' dat ter introductie van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen werd georganiseerd. Tenslotte werd 21 keer het volgen van een opfriscursus in diverse plaatsen in het land genoemd (kennisvermeerdering).

Op de vraag hoe het gebruik van standaarden / protocollen in de organisatie wordt bewaakt, antwoordt 56% dat dit gebeurt via werkoverleg en zegt 42% dat dit via intercollegiale toetsing en / of intervisie plaatsvindt. Andere manieren om het gebruik te bewaken zijn via de direct leidinggevende (18%) en via casuïstiekbespreking (18%). Van de respondenten zegt 12% dat het gebruik niet wordt bewaakt en 7% zegt het niet te weten. Verder wordt door een paar respondenten genoemd dat er in- en externe audits plaatsvinden of dat een kwaliteitsfunctionaris het gebruik van standaarden / protocollen bewaakt.

4.4.4 *Omgeving en organisatie bij JGZ-standaard Gehoorstoornissen*

Als het gaat om de voorwaarden voor het werken met de JGZ-standaard Gehoorstoornissen, zijn aspecten die door meer dan 20% van de respondenten doorgaans als (ruim) onvoldoende worden ervaren: de ondersteuning van de direct leidinggevende (29%), de aanwezigheid van faciliteiten zoals apparatuur, materialen of ruimte die nodig zijn voor het werken volgens standaarden (26%) en de beschikbare tijd (23%). Bij deze analyses zijn de mensen die de standaard niet kennen en de leidinggevendens buiten beschouwing gelaten. In bijlage D (tabel 11) zijn diverse voorwaarden voor het werken met de JGZ-standaard Gehoorstoornissen weergegeven en de mate waarin de respondenten vinden dat deze (on)voldoende zijn.

De respondenten die zeggen de standaard vaak tot altijd in de dagelijkse praktijk te gebruiken geven vaker aan de ondersteuning van collega's, de ondersteuning van direct leidinggevendens en hun eigen kennis (ruim) voldoende te vinden in vergelijking tot de respondenten die zeggen de standaard soms / nooit te gebruiken (bijlage D, tabel 11).

Op de vraag welke activiteiten er in de organisatie plaatsvinden om ervoor te zorgen dat de standaard daadwerkelijk wordt gebruikt zegt 44% dat er geen activiteiten plaatsvinden. Van de mensen die zeggen dat er wel activiteiten plaatsvinden, noemt

27% voorlichting. Verreweg de meeste respondenten (94%) vinden dat er wel activiteiten nodig zijn zoals voorlichting (54%), een centraal aanspreekpunt voor vragen (37%) en training voorafgaande aan de invoering (30%). In bijlage D (tabel 12) is weergegeven welke activiteiten er nu in de organisatie plaatsvinden en welke activiteiten men vindt dat er nodig zijn om ervoor te zorgen dat de standaard daadwerkelijk wordt gebruikt.

In tabel 8 zijn de problemen weergegeven die men ervaart bij het werken volgens de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. Bijna de helft van de respondenten ervaart het als een probleem dat men geen beschikking heeft (op scholen) over een geluidsarme omgeving waardoor het gehooronderzoek niet goed uitgevoerd kan worden. Dit wordt met name door GGD-medewerkers als een probleem ervaren (tabel 8). Daarnaast geeft meer dan een derde van de respondenten aan problemen te ervaren in het vervolgtraject. Dit laatste wordt met name door de OKZ-medewerkers als problematisch ervaren (tabel 8). Behalve de genoemde verschillen tussen de instellingen is er ook een verschil tussen disciplines waarbij artsen vaker aangeven dat de standaard niet aansluit bij de werkwijze in het vervolgtraject ($\chi^2(2)=12,1$, $p=0,02$), artsen en verpleegkundigen vaker vinden dat er geen zicht is op het vervolgtraject ($\chi^2(2)=18,7$, $p<0,00$) en assistenten vaker aangeven dat er geen geluidarme omgeving beschikbaar is en de standaard niet overeen komt met hoe in de praktijk de gehoortest wordt verricht (respectievelijk $\chi^2(2)=12,5$, $p=0,02$ en $\chi^2(2)=9,3$, $p=0,010$). Een deel van de respondenten gaf oplossingen voor de genoemde problemen. Deze zijn weergegeven in bijlage D, tabel 13.

Tabel 8 Overzicht van de problemen die men ervaart bij het werken volgens de standaard (n=252)*, in percentages †

Geen geluidsarme omgeving beschikbaar	48% a
Geen zicht op het vervolgtraject (huisarts, KNO-arts)	36% b
De standaard sluit niet goed aan bij de werkwijze van beroepsgroepen uit het vervolgtraject	23% c
De standaard komt niet overeen met hoe in de praktijk de gehoortest word verricht	15% d
De standaard is niet flexibel genoeg om aan te kunnen passen aan specifieke situaties	12%
De standaard is niet even bruikbaar voor de verschillende leeftijdsperiodes (0-4 jaar, 4-19 jaar)	5%
(Allochtone) ouders willen vaak geen verwijzing	1%
De standaard is niet uitvoerbaar bij allochtone kinderen, kinderen met een lage intelligentie en verstandelijk gehandicapten vanwege tijdgebrek	1%
Het drempelaudiogram duurt te lang voor jonge kinderen	1%
Door capaciteitsgebrek minder screening dan geadviseerd in de standaard	0,5%
Door capaciteitsgebrek komen de termijnen van de follow-up op losse schroeven te staan	0,5%
De tijd voor een drempelaudiogram ontbreekt	0,5%
De tijd ontbreekt om een verwijsbrief voor de huisarts te maken	0,5%
Er ontbreken criteria voor verwijzing	0,5%
Op het consultatiebureau is niet alle benodigde informatie aanwezig, bv. of het kind in zorg is	0,5%
De overdracht vanuit het zuigelingendossier naar het kleuterdossier	0,5%
Opheffen van het wijkgebouw	0,5%
Gemis dat er voor kinderen tussen 1,5 en 4 jaar geen gehoortest voorhanden is	0,5%

* Alleen de respondenten die de standaard kennen en geen leidinggevende zijn

a $\chi^2(1)=27,7$, $p<0,00$; GGD-medewerkers (60%) zeggen dit vaker dan OKZ-medewerkers (25%)

b $\chi^2(1)=14,5$, $p<0,00$; OKZ-medewerkers (52%) zeggen dit vaker dan GGD-medewerkers (28%)

c $\chi^2(1)=10,6$, $p=0,001$; OKZ-medewerkers (36%) zeggen dit vaker dan GGD-medewerkers (17%)

d $\chi^2(1)=12,4$, $p<0,00$; GGD-medewerkers (20%) zeggen dit vaker dan OKZ-medewerkers (4%)

† $\chi^2(1)=9,2$, $p=0,002$; respondenten die de standaard niet gebruiken (24%) zeggen dit vaker dan gebruikers (8%)

Op de vraag wat men de samenstellers van de standaard zou adviseren de volgende keer anders te doen reageerden 70 (28%) respondenten (bijlage D, tabel 14). Een deel van de suggesties had betrekking op de voorwaarden voor het werken met standaarden waarbij verreweg de meeste reacties betrekking hadden op het implementeren van de standaard zoals verplichte training en scholing, reminders, intercollegiale toetsing, overleg en afstemming met de beroepsgroepen uit het vervolgtraject, het doen van een haalbaarheidsanalyse vooraf en een evaluatie van het werken volgens de standaard. Andere suggesties hadden betrekking op de vormgeving en inhoud van toekomstige JGZ-standaarden waarbij het vaakst werd genoemd dat de standaard meer afgestemd zou moeten worden op de dagelijkse praktijk door bijvoorbeeld verpleegkundigen en artsen meer te betrekken bij de ontwikkeling en dat bij het uitkomen van de standaard een klein protocol gemaakt zou moeten worden (3-4 pagina's) dat makkelijk leesbaar is met aanwijzingen voor het uitvoeren van onderzoek. Tenslotte werden suggesties ter verbetering van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen genoemd. Een overzicht van alle genoemde suggesties staat in bijlage D, tabel 14.

4.4.5 JGZ-medewerker

In tabel 9 is weergegeven in hoeverre de respondenten zichzelf in staat achten tien belangrijke richtlijnen uit de standaard betreffende de zorg voor 0-4 jarigen uit te voeren. Het gaat hier alleen om respondenten die in de OKZ werken. Voor een groot deel van de richtlijnen acht meer dan 70% van de respondenten zich in staat deze uit te voeren. Richtlijnen die er in negatieve zin uitspringen hebben enerzijds betrekking op de overdracht naar de schoolarts van kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest en anderzijds op het ervoor zorgen dat ouders een verwijsadvies opvolgen. Voor deze richtlijnen geldt dat meer dan 40% van de respondenten zich hiertoe niet in staat acht.

Tabel 9 Overzicht van mensen binnen de OKZ die zeggen dat het hen waarschijnlijk tot zeker zal lukken om onderstaande richtlijnen uit de standaard op te volgen*, in percentages †

	Lukt
1. Bij alle kinderen tussen 9 en 15 maanden 3 keer Ewing / VWO of CAPAS af te nemen	87%
2. Bij ieder consult te letten op het gehoor op geleide van taal-, spraak-, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling	86%
3. Bevindingen van onderzoek in de overdracht naar de schoolarts te vermelden	92%
4. Bij alle kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest in de overdracht naar de schoolarts te vragen met 4,5 jaar een screeningsaudiogram te verrichten	49%
5. Bij alle kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest in de overdracht naar de schoolarts te vragen speciale aandacht te hebben voor de algehele ontwikkeling, inclusief gehoor	61%
6. Bij alle kinderen die onvoldoende hebben gescoord op het VWO of CAPAS III in de overdracht naar schoolarts te vragen speciale aandacht te hebben voor de algehele ontwikkeling, inclusief gehoor?	72%
7. Nagaan wat er met een verwijzing naar de huisarts is gebeurd	70% a
8. Een duidelijke vraagstelling in de verwijsbrief naar de huisarts te vermelden	84%
9. De bevindingen van eigen onderzoek in de verwijsbrief naar de huisarts te vermelden	89% b
10. Alle (ouders van) kinderen die een verwijsadvies hebben zover te krijgen dat ze dit advies daadwerkelijk opvolgen	57%

* Alleen de respondenten binnen de OKZ die de standaard kennen en die geen leidinggevende zijn (n=84)

a $\chi^2(1)=6,5$, $p=0,011$; artsen (83%) zeggen vaker dat dit lukt dan verpleegkundigen (56%)

b $\chi^2(1)=6,4$, $p=0,012$; artsen (97%) zeggen vaker dat dit lukt dan verpleegkundigen (78%)

† Er is geen verschil tussen respondenten die de standaard gebruiken en niet-gebruikers

In tabel 10 zijn elf belangrijke richtlijnen betreffende de zorg voor 4-19 jarigen weergegeven en de mate waarin de respondenten zichzelf in staat achten deze uit te voeren. Het betreft hier respondenten die bij een GGD werken. Voor ongeveer de helft van de richtlijnen achten de respondenten zich in staat (meer dan 70%) deze uit te voeren. Een substantieel deel van de respondenten acht zich niet in staat extra aandacht te besteden aan, of een audiogram te maken bij kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest of een onvoldoende CAPAS III / VWO hadden. Dit geldt eveneens voor wat betreft de richtlijnen om aan alle kinderen tussen 12 en 19 jaar voorlichting te geven over het gehoor en na te gaan wat er met een verwijzing naar de huisarts is gebeurd.

Tabel 10 Overzicht van mensen binnen de GGD die zeggen dat het hen 'waarschijnlijk tot zeker' zal lukken om onderstaande richtlijnen uit de standaard op te volgen*, in percentages †

	Lukt
1. Bij ieder consult te letten op het gehoor op geleide van taal-, spraak-, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling	68%
2. Bij alle kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest met 4,5 jaar een screeningsaudiogram te verrichten	55%
3. Bij alle kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest speciale aandacht te hebben voor de algehele ontwikkeling, inclusief gehoor	64%
4. Bij alle kinderen die onvoldoende hebben gescoord op het VWO of CAPAS III speciale aandacht te hebben voor de algehele ontwikkeling, inclusief gehoor	67%
5. Bij alle kinderen tussen 4,5 en 6 jaar een screeningsaudiogram af te nemen	91%
6. Bij kinderen tussen 6 en 12 jaar alleen op indicatie een gehoortest te verrichten	96%
7. Bij alle kinderen tussen 12 en 19 jaar minstens 1 keer voorlichting te geven over het gehoor	37%
8. Nagaan wat er met een verwijzing naar de huisarts is gebeurd	54%
9. Een duidelijke vraagstelling in de verwijsbrief naar de huisarts te vermelden	91% a
10. De bevindingen van eigen onderzoek in de verwijsbrief naar de huisarts te vermelden	93% b
11. Alle (ouders van) kinderen en jongeren die een verwijsadvies hebben zover te krijgen dat ze dit advies daadwerkelijk opvolgen	75%

* Alleen de respondenten binnen de OKZ die de standaard kennen en die geen leidinggevende zijn (n=168)

a $\chi^2(1)=7,1$, $p=0,029$; artsen (96%) zeggen vaker dat dit lukt dan doktersassistenten (79%)

b $\chi^2(1)=12,4$, $p=0,002$; artsen (99%) zeggen vaker dat dit lukt dan verpleegkundigen (90%) en doktersassistenten (81%)

† Er is geen verschil tussen respondenten die de standaard gebruiken en niet-gebruikers

4.5 Determinanten van gebruik

Om na te kunnen gaan welke determinanten (zie paragraaf 2.2.2 en 2.2.3) het gebruik van de standaard Gehoorstoornissen bepalen werden schalen geconstrueerd. Hiervoor werden factoranalyses verricht waarbij werd nagegaan of bijvoorbeeld de verschillende items die de acceptatie van JGZ-standaarden meten, als een samenhangend construct kunnen worden beschouwd. Bij deze analyses werden alleen de respondenten meegenomen die de JGZ-standaard Gehoorstoornissen kenden en geen leidinggevende zijn (n= 252). Factoranalyse wees uit dat de items die waren gebruikt voor de bepaling van de verschillende begrippen op een of meerdere factor(en) laadden. Na verwijdering van de laagladende items (<0,40) bleven er tien betrouwbare schalen over. De schalen zijn weergegeven in tabel 11.

Tabel 11 Resultaten van de factoranalyses wat betreft de samenstelling van diverse schalen

Schaal	Alpha	Items
1. Acceptatie van JGZ-standaarden	0,81	2, 4 t/m 6 (hst. 4, tabel 2)
2. Bruikbaarheid van het boek	0,82	1 t/m 11 (bijlage D, tabel 4)
3. Bruikbaarheid van de plastic kaart	0,90	1 t/m 10 (bijlage D, tabel 5)
4. Voorwaarden voor gebruik JGZ-standaard		
Gehoorstoorissen	0,67	1, 3 t/m 7 (bijlage D, tabel 11)
5. Eigen-effectiviteitsverwachting OKZ-medewerkers m.b.t. diagnostiek	0,65	1 t/m 3 (hst. 4, tabel 9)
6. Eigen-effectiviteitsverwachting OKZ-medewerkers m.b.t. beleid bij kinderen die niet op het CB zijn geweest	0,82	4 t/m 6 (hst. 4, tabel 9)
7. Eigen-effectiviteitsverwachting OKZ-medewerkers m.b.t. verwijzing	0,75	8 t/m 10 (hst. 4, tabel 9)
8. Eigen-effectiviteitsverwachting GGD-medewerkers m.b.t. diagnostiek	0,73	2 t/m 7 (hst. 4, tabel 10)
9. Eigen-effectiviteitsverwachting GGD-medewerkers m.b.t. verwijzing	0,80	9 t/m 11 (hst. 4, tabel 10)
10. Ervaren sociale druk	0,88	4 items

Vier schalen bleken een samenhang te vertonen met de mate waarin de respondenten zeiden gebruik te maken van de standaard in de dagelijkse praktijk. Deze zijn: de bruikbaarheid van de kaart ($r=0,27$, $p=0,001$), de voorwaarden voor gebruik ($r=0,22$, $p=0,002$), de eigen-effectiviteitsverwachting van GGD-medewerkers m.b.t. diagnostiek ($r=0,22$, $p=0,021$) en de ervaren sociale druk ($r=0,49$, $p<0,001$). Deze correlaties zijn berekend over een wisselend aantal respondenten (pairwise deletion) dat varieerde voor de vier genoemde schalen tussen 115 en 184.

Via lineaire regressieanalyse is vervolgens nagegaan wat de invloed van deze schalen is op de mate van gebruik waarbij de instelling waarin men werkzaam is en discipline als confounders werden meegenomen. Deze analyse wees uit dat de eigen-effectiviteitsverwachting van de GGD-medewerkers niet in het model werd opgenomen. Daarnaast bleven, als gevolg van het feit dat de eigen-effectiviteitsverwachting alléén bij de GGD-medewerkers was gemeten, alle respondenten vanuit de OKZ in het model buiten beschouwing. Daarom werd besloten een regressieanalyse te verrichten waarin de 'eigen-effectiviteitsverwachting van de GGD-medewerkers m.b.t. diagnostiek' niet was opgenomen. Deze analyse wees uit dat de ervaren sociale druk een significante bijdrage levert aan de mate van gebruik van de standaard: hoe meer sociale druk men ervaart, hoe meer men zegt in de dagelijkse praktijk de standaard te gebruiken. Verder bleek de instelling waarin men werkt een confounder te zijn: het gerapporteerde gebruik onder GGD-medewerkers is lager dan onder OKZ-medewerkers. De resultaten van de regressieanalyse zijn weergegeven in tabel 12. De totale in het gebruik van de standaard verklaarde variantie van dit model is, gecorrigeerd voor overschatting, 0,28.

Tabel 12 Resultaten van de regressieanalyse op het gebruik van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen (n=100)

	B	Betrouwbaarheids- interval	p-waarde	verklaarde variantie
Ervaren sociale druk	0,16	0,09 – 0,22	0,00	0,21
Bruikbaarheid plastic kaart	0,14	-0,31 – 0,60	0,54	0,00
Voorwaarden voor gebruik	0,50	-0,26 – 1,26	0,19	0,02
Instelling	-0,37	-0,73 – 0,00	0,05	0,04
Discipline arts	0,23	-0,25 – 0,70	0,34	0,01
Discipline verpleegkundige	-0,19	-0,72 – 0,33	0,47	0,01
Constante	-0,27	-2,66 – 2,12	0,83	

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Conclusies

5.1.1 *Acceptatie van JGZ-standaarden*

Geconcludeerd kan worden dat er onder de JGZ-medewerkers een groot draagvlak bestaat om met standaarden te gaan werken. Men is bijna unaniem van mening dat de ontwikkeling van JGZ-standaarden een goede zaak is omdat men verwacht dat het werken volgens standaarden de kwaliteit van zorg ten goede zal komen. Toch vindt een aanzienlijk deel van de JGZ-medewerkers dat cliënten te verschillend zijn voor uniforme standaarden. Hiermee samenhangend geeft men aan niet altijd volgens de richtlijnen uit de standaard te werken wanneer men vindt dat voor een bepaald kind afwijken van de richtlijn juist legitiem is. Overigens is dit ook het uitgangspunt van alle JGZ-standaarden dat beredeneerd afwijken altijd mogelijk en soms noodzakelijk is.

5.1.2 *De verspreiding van JGZ-standaarden*

Geconcludeerd kan worden dat de JGZ-standaard Gehoorstoornissen niet goed verspreid is en dientengevolge in de praktijk nauwelijks wordt gebruikt. Drie jaar na dato is een substantieel deel van de JGZ-medewerkers nog steeds niet op de hoogte van het feit dat er een JGZ-standaard Gehoorstoornissen bestaat. Leidinggevend en artsen zijn over het algemeen goed op de hoogte van het bestaan van de standaard. Daarentegen weet slechts de helft van de verpleegkundigen en doktersassistenten van het bestaan van de standaard af.

De opzet om via de instelling de plastic kaarten onder de individuele medewerkers te verspreiden, is maar in beperkte mate geslaagd. Geconcludeerd kan worden dat de verspreiding van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen veelal op het managementniveau is blijven steken. Hoewel verreweg de meeste leidinggevend en op de hoogte zijn van het bestaan van de standaard en de plastic kaart in hun bezit hebben, beschikken de mensen die in de praktijk met de standaard moeten werken (artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten) niet over de plastic kaart. Ook hier valt op dat artsen vaker in het bezit zijn van de plastic kaart dan verpleegkundigen en doktersassistenten.

Los van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen blijkt de verspreiding van standaarden en protocollen in het algemeen, bij een derde van de organisaties niet systematisch te gebeuren. Over het algemeen beslist het hoofd van de afdeling of de leidinggevende of er met een protocol of standaard gewerkt gaat worden. Dit gebeurt vaak in samenspraak met stafartsen en stafverpleegkundigen. De werkvloer wordt hierin nauwelijks gekend, terwijl de werkvloer zélf aangeeft daarbij wel graag betrokken te worden omdat zij uiteindelijk degenen zijn die met een standaard of protocol moeten gaan werken en op basis van praktijkervaring het beste kunnen beslissen over de haalbaarheid ervan. Typerend hiervoor is misschien wel een uitspraak van een leidinggevende die zei: “De doktersassistenten zijn net geïnstrueerd om een audiogram te doen dat zit tussen een screeningsaudiogram en een drempelaudiogram. Daarom heb ik ze niet geïnformeerd over het bestaan van de standaard”. Als wordt gekeken naar de criteria waarop leidinggevend en beslissen om met een standaard of protocol te gaan werken, dan blijken dit de verwachte verbetering van kwaliteit van zorg te zijn, de praktische uitvoerbaarheid en de wetenschappelijke onderbouwing.

Hoewel de verspreiding in de praktijk via het hoofd of de leidinggevende niet optimaal verloopt, geeft het merendeel van de JGZ-medewerkers daar toch de voorkeur aan. Daarnaast wordt de verspreiding via landelijke organisaties, zoals GGD Nederland en het LC-OKZ, en via beroepsorganisaties voorgesteld. Wat betreft de verspreiding van de JGZ-standaarden vinden de JGZ-medewerkers dat iedereen die met de standaard moet gaan werken, ook een exemplaar moet krijgen. En verder vindt men dat iedereen die met de standaard te maken krijgt, dus ook de disciplines uit het vervolgtraject, daarvan op de hoogte gesteld moeten worden. Tenslotte vinden de JGZ-medewerkers het zeer ongelukkig dat de plastic kaart en het artikel pas twee jaar na het uitkomen van het boek zijn verschenen; dit zou bij toekomstige standaarden gelijktijdig moeten gebeuren.

5.1.3 *Belemmerende en bevorderende factoren bij implementatie*

Geconcludeerd kan worden dat de huidige vorm van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen onvoldoende geschikt is voor toekomstige standaarden. De JGZ-medewerkers vinden het boek een gedegen naslagwerk, maar als standaard ongeschikt omdat duidelijke en eenduidige richtlijnen ontbreken. Daarnaast vindt men de lay-out niet aantrekkelijk temeer daar belangrijke zaken niet in het oog springen. Wat de plastic kaart betreft vindt men eveneens de lay-out niet aantrekkelijk en vindt men dat belangrijke zaken niet in het oog springen. Bovendien vindt men het een minpunt dat door de vele verwijzingen de kaart niet bruikbaar is los van het boek. De toekomstige JGZ-standaarden zouden er volgens de JGZ-medewerkers als volgt uit moeten zien, willen ze aansluiten bij de dagelijkse praktijk: een samenvatting van de richtlijnen (een plastic kaart) met daarachter drie tot vier pagina's handleiding met praktische informatie over voorwaarden voor het afnemen van onderzoek, verwijscriteria en taken van de verschillende disciplines. Het boek met achtergrondinformatie kan blijven bestaan. Beide onderdelen (plastic kaart en boek) moeten echter, veel meer dan in de JGZ-standaard Gehoorstoornissen, heldere en eenduidige richtlijnen bevatten. Daarnaast vindt men dat de standaarden meer afgestemd zouden moeten worden op de dagelijkse praktijk van de JGZ-medewerker. Dit zou kunnen door artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten meer te betrekken bij de ontwikkeling van de standaarden.

Zoals eerder gezegd is het gebruik van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen in de dagelijkse praktijk erg laag; slechts een kwart van de JGZ-medewerkers zegt de standaard te gebruiken. Verreweg de belangrijkste reden hiervoor is dat men de standaard niet kent c.q. niet heeft gelezen. Van de JGZ-medewerkers die de standaard wel kennen en hebben gelezen, maakt een deel geen gebruik van de standaard omdat men gebruik maakt van een eigen protocol of het protocol van de NSDSK. Men vindt de JGZ-standaard Gehoorstoornissen in dat geval geen meerwaarde hebben.

Als het gaat om het navolgen van specifieke richtlijnen in de standaard, blijkt eenderde tot de helft van de OKZ-medewerkers zich niet in staat te achten de richtlijnen op te volgen die betrekking hebben op de overdracht naar de schoolarts van kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest. Een mogelijke reden hiervoor is dat de individuele JGZ-medewerker maar beperkt of geen zicht heeft op deze kinderen en ze niet individueel kan overdragen aan de schoolarts. Vaak gaan de dossiers van kinderen die geen gebruik hebben gemaakt van het consultatiebureau in bulk naar de GGD, samen met de kaarten van kinderen waar geen bijzonderheden mee waren. Verder blijkt bijna de helft van de OKZ-medewerkers zich niet in staat te voelen ervoor te zorgen dat de ouders een verwijzingsadvies opvolgen. Mogelijk speelt hier tijdgebrek om uitgebreid op de noodzaak tot verwijzing in te gaan, een rol. Daarnaast blijkt uit

onderzoek dat het systematisch natrekken van verwijzingen door veel JGZ-medewerkers niet als hun taak wordt beschouwd (Burgmeijer e.a. 1996). En in gevallen waarbij men het wel als taak beschouwt, blijkt het geen hoge prioriteit te hebben, mede als gevolg van de productiedruk.

Eenderde tot de helft van de GGD-medewerkers geeft aan zich niet in staat te achten speciale aandacht te hebben voor kinderen die niet op het consultatiebureau zijn verschenen en kinderen die onvoldoende hebben gescoord op het CAPAS-onderzoek / VWO. Mogelijk dat hier eveneens tijdgebrek een rol speelt, dan wel het beleid van de eigen afdeling om aan deze categorie kinderen geen extra tijd te besteden. Anderzijds is het denkbaar dat de individuele GGD-medewerker niet weet welke kinderen al dan niet op het consultatiebureau zijn verschenen, temeer daar veel OKZ-medewerkers aangeven zich niet in staat te voelen dit in de overdracht naar de schoolarts te melden. Duidelijk is wel dat deze kinderen hierdoor tussen wal en schip vallen. Ongeveer de helft van de GGD-medewerkers geeft aan zich niet in staat te voelen na te gaan wat er met een verwijzing naar de huisarts is gebeurd. Tijdgebrek om achter een verwijzing aan te gaan speelt hierbij mogelijk een rol. Tenslotte geeft maar liefst tweederde van de GGD-medewerkers aan zich niet in staat te voelen alle kinderen tussen 12 en 19 jaar voorlichting te geven over het gehoor. Een mogelijke oorzaak hiervan is dat men niet weet op welke wijze men voorlichting moet geven, mogelijk ten gevolge van het ontbreken van eenduidige informatie hierover.

Als het gaat om factoren die het gebruik van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen belemmeren, dan springen drie factoren in het oog. Ten eerste heeft men meestal geen beschikking over een geluidsarme omgeving waardoor het gehooronderzoek niet altijd goed uit te voeren is. Ten tweede zegt men geen zicht te hebben op het vervolgtraject omdat huisartsen en KNO-artsen veelal niet terugrapporteren. Hierdoor is niet duidelijk of het kind überhaupt bij de huisarts is geweest en ook niet wat er in het vervolgtraject is gebeurd, bijvoorbeeld behandeling. Een complicerende factor hierbij is dat huisartsen en KNO-artsen volgens andere standaarden of protocollen werken en in de regel minder strenge verwijscriteria toepassen. Met andere woorden, aan het uitgestippelde beleid van de JGZ-medewerker wordt geen vervolg gegeven. Tenslotte komen volgens de respondenten de richtlijnen uit de standaard niet overeen met hoe in de praktijk het gehooronderzoek wordt verricht. Reeds genoemd is het ontbreken van een geluidsarme omgeving waardoor in de praktijk bijvoorbeeld 20 of 25 dB als uitgangswaarde wordt genomen. Een ander punt is het ontbreken van tijd voor het verrichten van een volledig drempelaudiogram waardoor in de praktijk alleen de uitvallende waarden worden gedrempeld.

De JGZ-medewerkers vinden dat er meer aandacht en geld moet komen voor het geluidsarm maken van ruimtes op scholen waar het gehooronderzoek plaatsvindt. Wat betreft de problemen met het vervolgtraject vindt men dat er goed overleg moet plaatsvinden met huisartsen en KNO-artsen in de regio en dat er landelijk afstemming moet plaatsvinden met de bestaande standaarden en protocollen van de huisartsen en KNO-artsen. Een 'transmurale standaard' die gedragen wordt door alle beroepsgroepen is daarbij het ideaal.

Geconcludeerd kan worden dat de voorwaarden voor het werken met standaarden niet altijd optimaal zijn. Aspecten die door veel JGZ-medewerkers als onvoldoende worden ervaren zijn de ondersteuning vanuit de direct leidinggevende, de aanwezigheid van faciliteiten zoals materialen en ruimtes die nodig zijn om volgens een standaard te kunnen gaan werken, de beschikbare tijd en de feedback die men krijgt over de resultaten van het werken volgens de standaard. Wat betreft de JGZ-standaard

Gehoorstoonrissen vinden de JGZ-medewerkers dat deze niet zonder meer te gebruiken is door nieuwe JGZ-medewerkers zonder extra scholing op het gebied van gehoor en gehoorstoornissen. Verder merken de JGZ-medewerkers op dat de introductie van nieuwe standaarden of protocollen en de controle op het gebruik ervan minimaal is. Bijna de helft van de JGZ-medewerkers zegt dat er geen activiteiten plaatsvinden om het gebruik van standaarden te bevorderen. Volgens de JGZ-medewerkers zou er een scala aan implementatie-activiteiten moeten plaatsvinden om ervoor te zorgen dat standaarden gebruikt worden. Grofweg noemt men vier soorten activiteiten:

- 1 Bij alle standaarden moet een landelijk introductieprogramma gemaakt worden, evenals een toets waarmee het gebruik van de standaard kan worden vastgesteld c.q. bewaakt.
- 2 Diverse (scholings)activiteiten worden genoemd om het gebruik van de standaarden te stimuleren en te bewaken zoals voorlichting, theoretische scholing binnen de organisatie en training op de werkvloer voorafgaande aan de invoering, persoonlijke begeleiding (coaching), een centraal aanspreekpunt binnen de organisatie, reminders, intercollegiale toetsing en feedback over het effect bij de cliënten. Men stelt voor hierbij gebruik te maken van de bestaande netwerken voor scholing en training.
- 3 Alle beroepsgroepen uit het vervoltraject moeten betrokken worden bij het maken van de standaard en de introductie ervan.
- 4 Er dient onderzoek plaats te vinden zoals een proefimplementatie voorafgaande aan de introductie van de standaard en een evaluatie achteraf van de mate waarin men volgens de standaard handelt en wat de effecten hiervan zijn op de preventie van problemen.

Als alle bovengenoemde zaken in ogenschouw worden genomen zoals de acceptatie van standaarden, de mate waarin men het boek of de plastic kaart bruikbaar vindt of de mate waarin men zich in staat voelt de richtlijnen in de standaard uit te voeren, dan blijkt de sociale druk die men ervaart een belangrijke voorspeller te zijn van de mate waarin men zegt de standaard in de praktijk te gebruiken. Dit betekent dat JGZ-medewerkers die enerzijds denken dat hun omgeving verwacht dat ze volgens de standaard werken en anderzijds zich veel aantrekken van de mening van hun omgeving, over het algemeen vaker zeggen de standaard te gebruiken. Daarnaast blijkt dat de OKZ-medewerkers ook vaker zeggen de standaard te gebruiken.

5.1.4 *Kanttekeningen bij het onderzoek*

Bij het onderzoek kunnen enkele kanttekeningen gemaakt worden. Een eerste kanttekening is dat de respons lager is dan verwacht, met name onder artsen en verpleegkundigen binnen de OKZ. De uitval per discipline is echter gelijk verdeeld over de verschillende OKZ-instellingen. Dat wil zeggen dat de evenredige vertegenwoordiging naar organisatiegrootte niet in het geding is. Omdat er geen selectieve uitval is, vormen de respondenten een goede afspiegeling van de JGZ-populatie. Wel kan dit consequenties hebben voor statistische analyses. Kleinere aantallen geven een lager onderscheidingsvermogen en minder nauwkeurige schattingen. Aan de andere kant zijn alle organisaties voor deze studie aangeschreven, waardoor de overgebleven organisaties en disciplines een substantieel deel van de populatie vertegenwoordigen. We gaan er daarom van uit dat de gepresenteerde cijfers en analyse-uitkomsten de conclusies rechtvaardigen.

Een tweede kanttekening betreft de wijze waarop de mate van gebruik van de standaard is gemeten. Deze is vrij globaal gemeten omdat dit niet het doel van het onderzoek was. Als het gaat om de mate van gebruik in de dagelijkse praktijk (implementatie), dan

kunnen er diverse dimensies worden onderscheiden. Tillema (1989) maakt een onderscheid tussen de volgende dimensies:

- 1 Niveau van gebruik (niet-gebruik, volledig gebruik en aangepast gebruik)
- 2 Omvang van gebruik / completeness (hoeveel onderdelen worden gebruikt)
- 3 Frequentie van gebruik (hoe vaak wordt het gebruikt)
- 4 Intensiteit van gebruik (door hoeveel personen wordt het gebruikt)
- 5 Duur van gebruik (hoe lang wordt het gebruikt)
- 6 Conceptueel gebruik (doorwerking van vernieuwingsideeën in eigen opvattingen van de gebruiker).

In het onderhavige onderzoek is gevraagd naar het gebruik van de hele standaard. Daarbij gaf 24% van de respondenten aan vaak tot altijd volgens de standaard te werken. Deze vrij grove maat zegt echter weinig over de mate van gebruik van de afzonderlijke richtlijnen.

Een derde kanttekening die aansluit bij bovenstaande kanttekening is de manier waarop gevraagd is in hoeverre men volgens de standaard Gehoorstoornissen werkt en welke belemmerende en bevorderende factoren daarbij een rol spelen. Het ging hier om gerapporteerd gedrag. Uit onderzoek blijkt dat er een discrepantie bestaat tussen gerapporteerd gedrag en feitelijk gedrag dat bijvoorbeeld wordt gemeten via het registreren van het handelen of observaties. Doorgaans blijkt het gerapporteerde gedrag hoger te liggen dan het feitelijk gedrag (Grilli e.a. 1994, Gorton e.a. 1995, Montano e.a. 1995, Fleuren 1997). Dit zou betekenen dat het aantal JGZ-medewerkers (24%) dat zegt volgens de standaard Gehoorstoornissen te werken, in de praktijk lager is.

Een vierde kanttekening is dat de richtlijnen voor de 0-4 jarigen in de standaard Gehoorstoornissen nauwelijks afwijken van de huidige praktijk en ook de richtlijnen voor de 4-19 jarigen voor de meeste diensten niet fors afwijken van de huidige praktijk. Dit zou kunnen betekenen dat de respondenten die aangaven de standaard Gehoorstoornissen niet te kennen en dus ook niet te gebruiken, in praktijk mogelijk toch in zekere mate volgens de richtlijnen werken. Dit neemt niet weg dat wanneer nieuwe standaarden, waarbij de richtlijnen wél afwijken van de huidige praktijk, op dezelfde manier worden geïntroduceerd als de JGZ-standaard Gehoorstoornissen, het gebruik ervan om en nabij de 25% zal zijn.

Een laatste kanttekening is dat sommige respondenten denken dat ze niet volgens de richtlijnen werken, terwijl uit hun antwoorden blijkt dat dit in praktijk wel zo is. Een voorbeeld is het door de respondenten vaak genoemde niet voldoen aan de criteria voor screening, dan wel drempelaudiogram. Doordat zij geen volledig screeningsaudiogram afnemen, maar ook geen volledig drempelaudiogram, denken ze dat ze niet voldoen aan de standaard. Wat ze in feite echter doen is een screeningsaudiogram afnemen en meteen ter plekke een drempelaudiogram op die frequenties die uitvallen bij de screening. Dit is een invulling die wel degelijk binnen de criteria van de standaard past en daarmee voldoen ze, onbewust, wel aan de standaard.

Bovenstaande kanttekeningen overziend kan gesteld worden dat het percentage van 24% van de respondenten dat aangeeft volgens de standaard Gehoorstoornissen te werken slechts een grove indicatie is. Om de werkelijke mate van gebruik te kunnen vaststellen is andersoortig onderzoek nodig.

5.2 Aanbevelingen

De resultaten van het onderzoek overziend is de eindconclusie dat het klimaat voor JGZ-standaarden erg gunstig is, maar dat de implementatie nog in de kinderschoenen staat. Het feit dat er met de JGZ-standaard Gehoorstoornissen nog nauwelijks wordt gewerkt, is dan ook niet een kwestie van onwil maar van onmacht. Er bestaat binnen de

JGZ geen sterk ontwikkelde traditie en infrastructuur voor de invoering van standaarden, in tegenstelling tot andere beroepsgroepen in de zorgsector, zoals huisartsen. Voor de effectieve implementatie van JGZ-standaarden is een dergelijke infrastructuur wel noodzakelijk. De inrichting ervan zal enige jaren vergen, terwijl op de korte termijn nieuwe JGZ-standaarden (onder andere JGZ-standaard Visuele stoornissen en JGZ-standaard Scoliose) verschijnen die verspreid en geïmplementeerd moeten worden. Uitgaande van de bevindingen van het onderhavige onderzoek en gebaseerd op enerzijds de suggesties van de JGZ-medewerkers en anderzijds bredere kennis, inzichten en ervaringen met betrekking tot implementatie, willen we aanbevelingen doen voor implementatie-activiteiten van toekomstige JGZ-standaarden. Het gaat hierbij om aanbevelingen ten aanzien van:

- a. de inhoud en vormgeving van toekomstige standaarden,
- b. de inrichting van een infrastructuur om effectieve implementatie te faciliteren,
- c. verspreidings- en implementatieactiviteiten,
- d. monitoringsactiviteiten en (evaluatie)onderzoek.

Doelstellingen implementatie JGZ-standaarden

De aanbevelingen gaan uit van de volgende doelstellingen met betrekking tot de implementatie van de JGZ-standaarden:

- 1 Alle betrokkenen (landelijke beroepsorganisaties, management thuiszorgorganisaties afdeling OKZ en management GGDen afdeling JGZ, uitvoerders te weten artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten) zijn op de hoogte van de standaard;
- 2 Alle betrokkenen onderschrijven het belang van het gebruik van de standaard voor de organisatie en de kwaliteit van zorg aan 0-19 jarigen en hun verzorgers;
- 3 Alle overige betrokken zorgdisciplines in de zorgketen (huisartsen, specialisten, paramedici, maatschappelijk werk, geestelijke gezondheidszorg etc.) zijn op de hoogte van de standaard en onderschrijven het belang voor de afstemming in de zorgketen;
- 4 Alle uitvoerders in de JGZ achten zich in staat, en zijn in staat de richtlijnen in de standaard uit te voeren;
- 5 Voor de uitvoering van de standaard zijn de benodigde faciliteiten beschikbaar;
- 6 De standaard wordt volledig en nauwkeurig door de uitvoerders uitgevoerd;
- 7 De kwaliteit van de uitvoering wordt nauwgezet gevolgd en bewaakt.

Inhoud en vormgeving JGZ-standaarden

- Het is aan te bevelen een vierde component aan de standaard toe te voegen, namelijk een handleiding van enkele pagina's met een toelichting op de voorwaarden voor het afnemen van het onderzoek, de verwijscriteria en de taken van de artsen, verpleegkundigen en assistenten. Samen met de plastic kaart vormt deze dan de basis voor het handelen in de dagelijkse praktijk.
- De richtlijnen in de standaard zouden helderder en eenduidiger geformuleerd moeten worden. Een voorbeeld van een multi-interpretabel advies is de richtlijn om 'tussen 12 en 19 jaar aandacht te besteden aan het gehoor in verband met beroepskeuze en gehoorstoornissen door lawaaibeschadiging'. Deze richtlijn zou helderder omschreven kunnen worden door aan te geven dat het gaat om voorlichting, waarbij tevens aangegeven wordt op welk moment deze voorlichting zou moeten plaatsvinden en wat de inhoud ervan zou moeten zijn.

Inrichting infrastructuur

De volgende maatregelen worden voorgesteld ten aanzien van het inrichten van een infrastructuur om effectieve implementatie te faciliteren:

- De oprichting van een Coördinatiepunt JGZ-standaarden in samenwerking met het LC-OKZ en GGD Nederland. Het is aan te bevelen dat de Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden (JAS) het Coördinatiepunt aanstuurt. Het Coördinatiepunt zou twee hoofdtaken moeten krijgen: de coördinatie van de ontwikkeling van JGZ-standaarden en de coördinatie van de invoering, de monitoring van de invoering en de kwaliteitsbewaking van de uitvoering van JGZ-standaarden. Het Coördinatiepunt zal tevens een adressenbestand moeten aanleggen en halfjaarlijks actualiseren, in het kader van de verspreiding van standaarden.
- Het is aan te bevelen dat bij elke afdeling OKZ (thuiszorginstellingen) en afdeling JGZ (GGDen) een speciale coördinator JGZ-standaarden wordt vrijgesteld. Dit is bij voorkeur een consultatiebureau-arts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Hoofdtak is de coördinatie van de invoering van standaarden in de eigen afdeling, inclusief de gedelegeerde taak met betrekking tot kwaliteitsbewaking en -bevordering. Afgeleide taken zijn de voorlichting en instructie over nieuwe standaarden in de eigen afdeling, voorlichting over herziene standaarden, begeleiding in de praktijk bij de uitvoering en kwaliteitsbewaking met behulp van de methodiek intercollegiale toetsing. Daarnaast zorgen de coördinatoren voor de lokale voorlichting over de standaard bij de betrokken zorgdisciplines in de zorgketen. Deze opzet bevordert het 'ownership' bij de afdelingen OKZ (thuiszorginstellingen) en JGZ (GGD-en). Door het landelijk Coördinatiepunt zou een handleiding moeten worden vervaardigd voor de lokale invoering van standaarden. Tevens ontvangen de plaatselijke coördinatoren een tweedaagse training, gebaseerd op de handleiding.
- Het is gewenst dat het Coördinatiepunt een Nieuwsbrief JGZ-standaarden ontwikkelt en verspreidt. Deze Nieuwsbrief geeft informatie over de stand van zaken bij de ontwikkeling en implementatie van standaarden voor de leiding en uitvoerders.

Verspreidings- en implementatieactiviteiten

Elke standaard zou moeten bestaan uit de volgende vier componenten: een plastic kaart, een korte handleiding voor de uitvoering, inclusief voorwaarden voor het afnemen van het onderzoek, de verwijscriteria en de taken voor artsen, verpleegkundigen en assistenten, een boek met de wetenschappelijke onderbouwing van de standaard en een artikel in (een) vaktijdschrift(en). De volgende verspreidings- en implementatieactiviteiten worden voorgesteld die zouden moeten plaatsvinden door, of onder regie van het Coördinatiepunt:

- alle uitvoerenden krijgen op naam de plastic kaart en de handleiding toegezonden;
- op alle werkplekken OKZ en JGZ is minimaal één boek beschikbaar;
- elke standaard wordt gepubliceerd in het Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg;
- elke standaard wordt aangekondigd in de bulletins van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG) en de Landelijke Federatie van Consultatiebureau-artsen-verenigingen (LFC), in het LC-OKZ-Nieuws en GGD-Nieuws;
- elke standaard wordt aangekondigd in de Nieuwsbrief JGZ-standaarden;
- in afwachting van een volledig ingerichte infrastructuur, worden ter introductie van de eerste standaarden landelijke symposia georganiseerd;
- voor elke standaard worden voor de uitvoerders lokale geaccrediteerde voorlichtings- en instructiebijeenkomsten georganiseerd. De duur van deze bijeenkomsten is afhankelijk van het type standaard en kan variëren tussen een halve en hele dag. De bijeenkomsten worden uitgevoerd door opgeleide arts- of verpleegkundige-instructeurs. Doelen zijn de informatieverstrekking over de inhoud en opzet van de standaard, inclusief verschillen tussen de huidige en nieuwe werkwijze, en de training in vaardigheden voor het gebruik van de standaard;

- voor de kwaliteitsbewaking- en bevordering is intercollegiale toetsing een adequate methodiek. Intercollegiale toetsing vindt geleidelijk ingang in de JGZ. De toetsing dient plaats te vinden door geschoolde en ervaren toetsgroepbegeleiders. De uitvoering wordt ondersteund door de lokale coördinatoren JGZ-standaarden. Zij zullen worden geschoold in het gebruik van intercollegiale toetsing. Op termijn zouden de coördinatoren opgeleid kunnen worden tot toetsgroepbegeleider.
- In de opleiding Arts Maatschappij en Gezondheid, profiel Jeugdgezondheidszorg, en in de overige betrokken beroepsopleidingen zou in de desbetreffende modules het onderwerp JGZ-standaarden moeten worden opgenomen. Het Coördinatiepunt zou in samenwerking met de Netherlands School of Public Health (NSPH), de overige betrokken opleidingsinstituten en TNO Preventie en Gezondheid de inhoud en opzet hiervan moeten vaststellen;
- Het Coördinatiepunt zou moeten stimuleren dat in het nascholingscircuit van de betrokken zorgdisciplines in de zorgketen de JGZ-standaarden als regulier onderwerp in de nascholing wordt opgenomen, in samenwerking met de lokale coördinatoren.

Monitoringsactiviteiten en (evaluatie)onderzoek

- Het is aan te bevelen om focusgroepinterviews te houden met medewerkers uit het veld zodra het eerste concept van een JGZ-standaard af is. De deelnemers aan de focusgroepinterviews geven hun visie op de standaard en met name over de randvoorwaarden voor het volgen van de standaard waaronder scholing. Mede op basis van deze gegevens kan de inhoud van de standaard aangescherpt worden en kan de scholing aangepast worden;
- Het is eveneens aan te bevelen om een proefimplementatie te houden zodra het laatste concept van de standaard af is. Hiermee wordt bedoeld dat een aantal JGZ-medewerkers een paar weken volgens de standaard probeert te werken. Daarbij wordt nagegaan welke richtlijnen ze volgen en wat de redenen zijn voor het wel / niet volgen van de richtlijnen. In tegenstelling tot de focusgroepinterviews waarbij men anticipeert op mogelijke belemmerende en bevorderende factoren, geeft een proefimplementatie een beeld van de werkelijke knelpunten die men in de praktijk tegenkomt bij het volgen van de standaard. Op basis van deze gegevens kan de inhoud van de standaard worden aangescherpt, kan de scholing worden aangepast en kan gezorgd worden dat ontbrekende faciliteiten voor het volgen van de standaard gerealiseerd worden. Uiteraard is het mogelijk de focusgroepinterviews en de proefimplementatie in tijd te combineren.
- In het kader van de monitoring van de uitvoering van JGZ-Standaarden is het aan te bevelen peilstations op te zetten. Het gaat hierbij om een tiental OKZ-afdelingen en JGZ-afdelingen die representatief zijn voor de JGZ. Jaarlijks voert het Coördinatiepunt peilingen uit over de mate waarin de standaarden worden gevolgd (implementatie en institutionalisatie). De peilingen zullen worden verricht door middel van (elektronische) registratie van het gebruik van de diverse richtlijnen uit de standaarden. Op basis van de uitkomsten van de registraties zal een selectie van de uitvoerders (artsen, verpleegkundigen en assistenten) die deelnemen aan de peilstations, worden geïnterviewd over de redenen van het wel / niet opvolgen van de richtlijnen in de standaard. De gegevens zijn bedoeld om de mate van implementatie / institutionalisatie van de diverse standaarden inzichtelijk te maken om op basis hiervan verbeteringsacties te ondernemen ter verhoging van de implementatie / institutionalisatie;
- Het is aan te bevelen jaarlijks een aantal interviews te houden met een beperkt aantal lokale coördinatoren. Dit genereert informatie over het verloop van de invoering en de ervaren problemen bij de uitvoering van de standaarden. Deze informatie kan

worden gebruikt bij het 'up-daten' van standaarden, alsmede voor acties ter verbetering van de uitvoering.

- Tenslotte is het gewenst dat er een driejaarlijkse schriftelijke evaluatie onder een representatieve steekproef van JGZ-medewerkers plaatsvindt. Het gaat daarbij om de evaluatie van het functioneren van het Coördinatiepunt JGZ-standaarden, de lokale coördinatoren, de verspreidings- en implementatieactiviteiten en de voorwaarden voor het werken met de standaarden.

6 Literatuur

Assema P. van, Mesters I., Kok G. Het focusgroep-interview: een stappenplan. Tijdschrift Sociale Gezondheidszorg 1992;70(7):431-437.

Burgmeijer RJF, Filedt Kok-Weimar T, Van Geenhuizen YM, De Jager AM. Op weg naar volwassenheid. Evaluatie jeugdgezondheidszorg 1996. Leiden / Maarssen: TNO Preventie en Gezondheid / KPMG, 1997.

Delamothe T. Wanted: guidelines that doctors will follow. Implementation is the problem. BMJ 1993;307(6898):218.

Fleuren MAH. Managing (imminent) miscarriage in primary health care. An evaluation of the (imminent) miscarriage guideline of the Dutch College of General Practitioners by general practitioners, midwives, obstetricians and patients. Thesis. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997.

Fleuren M, Wijkkel D, De Haan M, Grol R, Sips F. Feasibility of guidelines for the management of threatened miscarriage in general practice / family medicine. Eur J Gen Pract 1998;4:11-17.

Fleuren MAH. Waarom worden standaarden in de praktijk niet gevolgd en wat valt eraan te doen? Huisarts en Wetenschap 1998;41(11):511-514.

Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulusssen TGW. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Rapport in voorbereiding. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.

Forrest D, Hoskins A, Hussey R. Clinical guidelines and their implementation. Postgrad Med J 1996;72:19-22.

Fullan MG. The new meaning of educational change. London: Cassell Educational Limited, 1991.

Gorton TA, Cranford CO, Golden WE, Walls RC, Pawelak JE. Primary care physicians' response to dissemination of practice guidelines. Arch Fam Med 1995;4:135-142.

Grilli R, Lomas J. Evaluating the message: the relationship between compliance rate and the subject of practice guideline. Med Care 1994;32:202-213.

Grimshaw J, Freemantle N, Wallace S, Russell I, Hurwitz B, Watt I, Long A, Sheldon T. Developing and implementing practice guidelines. Qual in Health Care 1995;4(1):55-64.

Grol RTPM, Everdingen JJE van, Casparie AF. Invoering van richtlijnen en veranderingen. Utrecht: De Tijdstroom, 1994.

Grol R. Beliefs and evidence in changing clinical practice. British Medical Journal 1997;315(7105):418-421.

Grol R, Wensing M, red. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2001.

Hirasing RA, Leerdam FJM van, Zaal MA van. Methodiek voor de ontwikkeling van JGZ-standaarden. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1998.

Leerdam FJM van, red. JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

Leerdam FJM van. De standaard 'Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar' van de Jeugdgezondheidszorg. Ned Tijdschr Geneeskd 2000;144(13):598-601.

Logan J, Graham ID. Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. Science Communication 1998;20:227-246.

Montano DE, Phillips WR. Cancer screening by primary care physicians: A comparison of rates obtained from physician self-report, patient survey and chart audit. Am J of Public Health 1995;85:795-800.

Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg. Standaarden advisering borstvoeding. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1997.

Pathman DE, Konrad TR, Freed GL, Freeman VA, Kock GG. The awareness-to-adherence model of the steps to clinical guideline competence. The use of pediatric vaccine recommendations. Med Care 1996;34:873-89.

Paulussen TGW. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Thesis. Maastricht: University of Maastricht, 1994.

Rogers EM. Diffusion of innovations. New York: The Free Press, 1995.

Thomson R, Lavender M, Madhok R. How to ensure that guidelines are effective. BMJ 1995;311(6999):237-242.

Tillema HH, Koster AJ, Batenburg TA van. Aanbod en gebruik van onderwijsverzorging. Een exploratieve studie naar factoren die het gebruik van producten en diensten vanuit de onderwijsverzorgingsinstellingen beïnvloeden. Groningen: Instituut voor Onderwijsonderzoek Rijksuniversiteit Groningen, 1989.

Vries H. de, Dijkstra M, Kuhlman P. Self-efficacy: The third factor besides attitude and subjective norm as a predictor of behavioral intentions. Health Education Research 1988;3:273-282.

Wensing M, Grol R. Single and combined strategies for implementing changes in primary care: a literature review. Int J Qual Health Care 1994;115-132.

Wensing M, Splunteren P van, Hulscher M., Grol R. Praktisch nieuw. Implementatie van vernieuwingen in de gezondheidszorg. Assen: Van Gorcum, 2000.

ZorgOnderzoek Nederland. Met het oog op toepassing. Den Haag: ZorgOnderzoek Nederland, 1998.

A Deelnemers Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden

De JAS bestaat uit deskundigen en betrokkenen bij de Jeugdgezondheidszorg zoals:

- GGD Nederland
- Inspectie voor de GezondheidsZorg (IGZ)
- Landelijk Centrum Ouder- en KindZorg (LC-OKZ)
- Landelijke Federatie van Consultatiebureau-artsen verenigingen (LFC)
- Landelijke Vereniging Sociaal Verpleegkundigen (LVSV)
- Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (VWS)
- Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG) (adviserend lid)
- Netherlands School of Public Health (NSPH)
- Nederlandse Vereniging voor JeugdGezondheidszorg (NVJG)
- TNO Preventie en Gezondheid (TNO PG)
- Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) (adviserend lid)
- Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen, sectie Jeugdgezondheidszorg (LVW)

B Vragen aan deelnemers ter voorbereiding focusgroepinterview

De doelstelling van het onderzoek is om inzicht te krijgen in de factoren die de verspreiding en invoering van standaarden in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) bevorderen of belemmeren. In het focusgroepinterview wordt de JGZ-standaard 'Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar' als voorbeeld genomen om deze factoren in kaart te brengen. Daarnaast komen zijdelings de verspreiding en het gebruik van andere standaarden en protocollen aan de orde, bijvoorbeeld de wijze waarop het Van Wiechenschema destijds in uw organisatie is ingevoerd. Het gesprek vindt plaats aan de hand van een aantal vragen. Deze betreffen:

Mening over de opzet en vorm van de standaard

- 1 Wat is uw algemene indruk van de standaard?
- 2 Is de indeling duidelijk (inhoudsopgave, index, verwijzingen)?
- 3 Is het taalgebruik helder en begrijpelijk? Worden er geen abstracte termen gebruikt zoals bijvoorbeeld adequaat lichamenlijk onderzoek? Is het taalgebruik wel / niet vaag (meestal, soms, kan wenselijk zijn)? Zijn de gebruikte termen helder (technisch jargon)?
- 4 Is de lay-out duidelijk? Springen de belangrijke zaken in het oog?
- 5 Is het aantal literatuurverwijzingen te veel / te weinig?
- 6 Is de standaard goed wetenschappelijk onderbouwd?
- 7 Zijn de werkwijze en de verschillende stappen duidelijk beschreven?
- 8 Sluit de standaard aan bij het kennisniveau van de verschillende disciplines?

Mening over de inhoud van de standaard

- 1 Wat zijn in het algemeen de voordelen van standaarden voor u?
- 2 Heeft u het idee dat standaarden een aanvulling zijn bij het uitvoeren van uw werkzaamheden?
- 3 Bent u het eens met de voorgestelde werkwijze in de standaard Gehoorstoornissen? Zo nee, waarom niet?
- 4 Handelt u volgens de voorgestelde werkwijze (waarom wel / niet)?
- 5 Helpt de standaard tot een beter verwijstraject (vanuit de JGZ naar de huisarts / vanuit de huisarts naar de specialist)?
- 6 Is er ruimte voor eigen inbreng (laat de standaard dit toe)?
- 7 Heeft u wat aan de standaard, bent u anders gaan handelen?
- 8 Wat hebben kinderen en ouders aan de standaard?
- 9 Roept de standaard vragen op? Zo ja, welke?
- 10 Wat mist u in de standaard?
- 11 Zijn de uitzonderingen voldoende uitgewerkt en duidelijk?
- 12 Zijn er nadelige gevolgen door met de standaard te gaan werken?

Verspreiding

- 1 Kende u de standaard (boek, kaart, artikel)? Heeft u de standaard gelezen (boek, kaart, artikel)?
- 2 Heeft u / de organisatie de standaard?
- 3 Hoe bent u op de hoogte gebracht van het bestaan van de standaard?
- 4 Hoe gaat het normaal in uw instelling wanneer er een standaard / protocol etc. wordt verspreid?
- 5 Wie beslist dat in de organisatie (top down / bottom-up)?

- 6 Op welke criteria wordt beslist (relevantie, aansluiting bij bestaande normen, waarden en routines, wetenschappelijk gehalte)?
- 7 Wanneer een standaard wordt verspreid, is er dan een duidelijk aanspreekpunt in de organisatie?
- 8 Hoe zou de verspreiding in de organisatie het best kunnen worden uitgevoerd (via leidinggevenden, persoonlijk op naam, via tijdschrift, elektronisch etc.)?

Gerichte activiteiten om het gebruik van standaarden te bevorderen

- 1 Welke activiteiten (gerichte instructie, voorlichting, scholing) hebben in de eigen organisatie plaatsgevonden c.q. zijn nodig om ervoor te zorgen dat alle gebruikers (OKZ / GGDen) de standaard daadwerkelijk gaan gebruiken? Wat waren of zijn daarbij de knelpunten?
- 2 Zijn bij de invoering de volgende randvoorwaarden gerealiseerd: draagvlak bij collega's, draagvlak en steun van leidinggevenden / directie, genoeg tijd voor scholing, genoeg geld voor scholing, voldoende faciliteiten zoals apparatuur en ruimtes?
- 3 Wat moest er in de organisatie veranderd worden om de werkwijze te laten aansluiten bij de standaard?
- 4 Werkt iedereen nu op dezelfde wijze volgens de standaard?
- 5 Hoe wordt het (goed) gebruik van de standaard in de eigen organisatie bewaakt c.q. verbeterd?
- 6 Past de standaard in een kwaliteitssysteem?
- 7 Vindt er toetsing van het gebruik plaats (interviews en begeleiding, toetsgroepen, casuïstiekbesprekingen)?
- 8 Welke knelpunten worden ervaren in het gebruik van de standaard. Gehoorstoornissen en welke oplossingen zijn of kunnen daarvoor worden bedacht?

C Berekening aantal vragenlijsten per organisatie

Bij het vaststellen van het aantal vragenlijsten per organisatie werd rekening gehouden met de volgende punten:

- Om een goede afspiegeling te krijgen werd gekozen voor een evenredige vertegenwoordiging naar organisatiegrootte. Hiervoor werden de organisaties per type instelling (OKZ of GGD) ingedeeld in drie groepen: klein, middelgroot en groot.
- De vragenlijsten waren alleen bedoeld voor medewerkers die zich met het gehoor(onderzoek) bezighielden.
- Er werd rekening gehouden met een non-respons van 30%.
- De berekening van de aantallen was gebaseerd op de intentie bij een schatting van het 95% betrouwbaarheidsinterval van een percentage, een intervalbreedte van ongeveer 10% te krijgen.

Uitgaande van bovenstaande werden de hoofden c.q. leiding van de afdelingen OKZ gevraagd zélf een vragenlijst in te vullen en de overige vragenlijsten uit te delen aan hun medewerkers. Voor grote OKZ-afdelingen was dit aan willekeurig 5 artsen en 5 verpleegkundigen. Voor middelgrote OKZ-afdelingen aan willekeurig 3 artsen en 3 verpleegkundigen. Voor kleine OKZ-afdelingen aan willekeurig 1 arts en 1 verpleegkundige.

Een zelfde procedure werd gehanteerd voor de hoofden c.q. leiding van alle afdelingen JGZ. Zij werden verzocht zélf een vragenlijst in te vullen. Aan grote GGDen werd gevraagd aan willekeurig 5 artsen, 5 verpleegkundigen en 5 doktersassistenten een lijst te geven. Voor middelgrote GGDen aan willekeurig 4 artsen, 3 verpleegkundigen en 3 doktersassistenten. Voor kleine GGDen aan willekeurig 2 artsen, 1 verpleegkundige en 2 doktersassistenten.

In totaal werden 809 vragenlijsten verstuurd.

D Tabellen

Tabel 1 Overzicht van de kanalen via welke men op de hoogte raakt van het bestaan van een standaard / protocol (1^e kolom) en hoe men vindt dat dit beter geregeld zou kunnen worden (n=453)

	Nu op hoogte	Idealiter op hoogte
Landelijke organisatie (LVT, LC-OKZ, GGD-Nederland etc.)	35% a e	33%
Eigen beroepsorganisatie (NVJG, LFC, LVSV, VVVN etc.)	38% b f	23%
Hoofd afdeling / leidinggevende / stafarts / stafverpleegkundige	66% g	84%
Collega	32% c h	11%
Congres / bij- en nascholing	34% i	22%
Nieuwsbrief	12% d j	25%
Tijdschrift	27% k	8%
Werkgroep 'protocollen' binnen instelling	1%	1%
Opleiding TNO	1%	
NSDSK	0,5%	
Werkgroep standaard 'Visus'	0,5%	
Internet / computer	0,5%	1%
Werkoverleg		1%
Introductiebijeenkomst / scholing op maat		0,5%
Iedereen persoonlijk toesturen		0,5%

a $\chi^2(1)=32,6$, $p<0,00$; OKZ-medewerkers (50%) noemen dit vaker dan GGD-medewerkers (35%)

b $\chi^2(1)=5,4$, $p=0,02$; GGD-medewerkers (42%) noemen dit vaker dan OKZ-medewerkers (31%)

c $\chi^2(1)=31,9$, $p<0,00$; GGD-medewerkers (43%) noemen dit vaker dan OKZ-medewerkers (17%)

d $\chi^2(1)=11,4$, $p=0,01$; OKZ-medewerkers (18%) noemen dit vaker dan GGD-medewerkers (8%)

e $\chi^2(3)=121,0$, $p<0,00$; leidinggevenden (86%) noemen dit vaker dan artsen (32%), verpleegkundigen (27%) of doktersassistenten (6%),

f $\chi^2(3)=118,7$, $p<0,00$; leidinggevenden (57%) en artsen (65%) noemen dit vaker dan verpleegkundigen (17%) en doktersassistenten (6%)

g $\chi^2(3)=88,8$, $p<0,00$; verpleegkundigen (86%) en dokterassistenten (81%) noemen dit vaker dan leidinggevenden (29%) en artsen (57%)

h $\chi^2(3)=17,6$, $p=0,01$; artsen (45%) noemen dit vaker dan verpleegkundigen (27%), doktersassistenten (30%) en leidinggevenden (21%)

i $\chi^2(3)=17,3$, $p=0,01$; artsen (46%) noemen dit vaker dan verpleegkundigen (30%), doktersassistenten (20%) en leidinggevenden (34%)

j $\chi^2(3)=26,2$, $p<0,00$; verpleegkundigen (23%) noemen dit vaker dan leidinggevenden (10%), artsen (7%) en doktersassistenten (4%)

k $\chi^2(3)=68,9$, $p<0,00$; leidinggevenden (35%) en artsen (47%) noemen dit vaker dan verpleegkundigen (15%) en doktersassistenten (3%)

Tabel 2 Verschillen tussen instellingen en disciplines wat betreft kennisname van, bezit van en het hebben gelezen van de standaard en het gebruik in de dagelijkse praktijk (n=453)

	Instelling		Discipline			
	OKZ	GGD	Leiding	Arts	Verpleegkundi ge	Assistente
Kennisname	68%	74%	94%	89%	52%	53% d
Bezit boek	46%	65% a	82%	74%	36%	41% e
Bezit plastic kaart	54%	62%	84%	71%	42%	44% f
Bezit artikel	50%	63% b	83%	80%	30%	43% g
(Redelijk) goed gelezen boek	16%	19% c	25%	32%	8%	4% c
(Redelijk) goed gelezen kaart	40%	40%	61%	54%	27%	18% h
(Redelijk) goed gelezen artikel	32%	28%	56%	48%	10%	6% i
Gebruik vaak tot altijd	26%	23%	-	39%	15%	13% k

a $\chi^2(3)=16,1$, $p<0,00$

b $\chi^2(3)=7,3$, $p=0,007$

c $\chi^2(3)=49,7$, $p<0,00$; er is sprake van een interactie-effect tussen instelling en discipline: alleen bij GGDen blijken leidinggevenden (31%) en artsen (38%) het boek beter te hebben gelezen dan verpleegkundigen (2%) en doktersassistenten (4%), bij de OKZ is een dergelijk effect niet waarneembaar

d $\chi^2(3)=83,1$, $p<0,00$

e $\chi^2(3)=72,2$, $p<0,00$

f $\chi^2(3)=54,6$, $p<0,00$

g $\chi^2(3)=104,4$, $p<0,00$

h $\chi^2(3)=53,9$, $p<0,00$

i $\chi^2(3)=96,5$, $p<0,00$

k $\chi^2(2)=31,3$, $p<0,00$

Tabel 3 Punten waarop men systematisch afwijkt van de standaard, in aantallen (n=47)*

<i>Richtlijnen voor 0-4 jarigen</i>	
Als de huisarts na VWO geen verdere verwijzing nodig vindt, hou ik extra spraak / taal in de gaten	2
Als bij een negatieve CAPAS III de huisarts een afwachtend beleid kiest, hou ik de vinger aan de pols wat betreft de ontwikkeling	1
Bij 2 keer CAPAS onvoldoende en zorgelijke anamnese verwijs ik meteen naar de huisarts	1
Indien er bij 9 maanden tot 4 jaar vermoedens van gestoorde taal, spraak en communicatie zijn, verwijs ik niet altijd naar de KNO-arts met name als de CAPAS positief was	1
Bij 1 keer onvoldoende en 1 of 2 keer afgemeld, dan toch testen tussen 12 en 13 maanden	1
Bij CAPAS III onvoldoende en goede taal- en spraakontwikkeling bij 2 jaar afwachten, dus geen verder onderzoek	1
Als CAPAS I negatief is én in de familieanamnese slechthorendheid / doofheid voorkomt én er twijfel is bij de ouders, dan verwijs ik direct naar het audiologisch centrum, ook als het om één oor gaat	1
Bij onvoldoende CAPAS III maar een goede spraakontwikkeling, wordt de schoolarts niet om specifieke aandacht gevraagd	1
Sneller verwijzen indien er ook gedragsproblematiek is die in verband staat met gehoorstoornis	1
Als de huisarts geen stappen onderneemt op CAPAS III en het kind goed gaat praten, onderneem ik niks	1
<i>Richtlijnen voor 4-19 jarigen</i>	
Een drempelaudiogram doen wij niet want kost teveel tijd, als drempelaudiogram screenen wij alleen	4
Verwijzingscriteria zijn in de praktijk te streng, minder snel verwijzen	4
Onderzoeksruiden op scholen zijn niet ideaal vanwege lawaai	3
Bij adolescenten vindt geen gehooronderzoek plaats want dat is niet wetenschappelijk onderbouwd	3
Niet haalbaar om binnen drie maanden een audiogram te herhalen vanwege tijdgebrek	2
Het drempelaudiogram duurt te lang voor kinderen met concentratiestoornissen en bij jonge kinderen	2
We doen een screeningsaudiogram op 20 dB met een drempelbepaling vanwege tijdgebrek	2
Verwijscriterium bij meer dan 30 dB op drie frequenties etc.: behandelaars in de eerste lijn gaan niet mee met deze criteria	2
We gebruiken eigen protocol voor het audiogram	2
Na een afwijkend CAPAS vindt er standaard bij 4-jarigen een gehooronderzoek plaats	1
Follow-up na verwijzing is afhankelijk van medewerking van huisarts en / of KNO-arts	1
Vanwege de niet optimale screeningsomstandigheden worden controle- en verwijscriteria meestal hoger gekozen	1
Op de afdeling wordt nog standaard een audiogram gemaakt tijdens het PGO	1
Bij begrepen gehoorvermindering geen controle meer uitvoeren en vertrouw ik erop dat dit van tijdelijke aard is	1
Overdracht van 0-4 jaar naar 4-19 jaar vindt door de verpleegkundige plaats	1
Het aangeven gebeurt niet via handopsteken maar soms via een drukknop en soms via 'ja' zeggen	1
Als CAPAS III onvoldoende is de schoolarts vragen extra aandacht te hebben voor het gehoor vind ik onzin omdat ik de CB-arts het kind nog drie jaar heeft gezien en heus wel een idee heeft gehad van de ontwikkeling en dientengevolge heeft gehandeld	1
Geen screeningsaudiogram, maar direct een drempelaudiogram	1
Nooit een audiogram bij 4,5 jaar tenzij dit door de arts wordt gevraagd	1
Indien er geen jeugdarts aanwezig is vindt verwijzing naar de huisarts plaats in overleg met de ouders	1
Ik voer geen controle uit op de huisarts of specialist, als ik verwezen heb is het hun verantwoordelijkheid, bovendien ontbreekt de tijd daarvoor	1
De verwijzing gaat altijd naar de jeugdarts die vervolgens een uitgebreide anamnese afneemt	1
Bij Speciaal Basis Onderwijs / Speciaal Voortgezet Onderwijs andere criteria	1
's Winters verwijs ik niet alle kinderen met 3 x 30 dB of 2 x 35 dB, na drie keer onvoldoende	1
Termijn controles ook afhankelijk van locatiegebondenheid arts, maar bij belaste anamnese wordt langer onder controle gehouden	1
<i>Wij audiometreeren tot en met 6000 Hertz</i>	

* Alleen de respondenten die zeggen 'soms' tot 'altijd' in de dagelijkse praktijk gebruik te maken van de standaard en geen leidinggevende zijn; meerdere antwoorden waren mogelijk

Tabel 4 Overzicht van mensen die het met uitspraken over de opzet en vorm van het groene boek (helemaal) eens zijn (n=62)*,†

	(helemaal) mee eens
De indeling van het boek is duidelijk	91%
Het taalgebruik is begrijpelijk en eenduidig	95%
De gebruikte begrippen zijn helder	91%
De lay-out is aantrekkelijk	82%
Belangrijke zaken springen in het oog	76%
De werkwijze en verschillende stappen zijn duidelijk beschreven	91%
Het boek is eenduidig wat betreft adviezen m.b.t. opsporen gehoorstoornissen	83%
Het boek is wetenschappelijk onderbouwd	93%
Het boek geeft voldoende praktische achtergrondinformatie	93%
Het boek verheldert de tekst op plastic kaart voldoende	89%
Het boek is behulpzaam bij het opsporen van gehoorstoornissen	93%

* Alleen de respondenten die zeggen het boek (redelijk) goed te hebben gelezen en geen leidinggevende zijn

† Geen verschil tussen respondenten die de standaard gebruiken en niet-gebruikers

Tabel 5 Overzicht van mensen die het met uitspraken over de opzet en vorm van de plastic kaart (helemaal) eens zijn (n=134)*

	(helemaal) mee eens
De indeling van de kaart is duidelijk	91%
Het taalgebruik is begrijpelijk en eenduidig	92%
De gebruikte begrippen zijn helder	88%
De lay-out is aantrekkelijk	78%
Belangrijke zaken springen in het oog	84% **
De verschillende stappen zijn duidelijk beschreven	86%
Het is duidelijk welk onderzoek / welke actie bij iedere leeftijd hoort	94%
Het is duidelijk welke acties nodig zijn n.a.v. uitkomsten onderzoek	87%
De verwijzingen op de kaart zijn duidelijk	88% **
De kaart is ook bruikbaar los van het boek	83%
De kaart is behulpzaam bij het opsporen van gehoorstoornissen	87%

* Alleen de respondenten die zeggen de kaart (redelijk) goed te hebben gelezen en geen leidinggevende zijn

** Respondenten die de standaard gebruiken zijn het hier vaker mee eens dan niet-gebruikers, χ^2 -toets, $p < 0,05$

Tabel 6 Overzicht van mensen die het met uitspraken over de opzet van het artikel (helemaal) eens zijn (n=92)*,†

	(helemaal) mee eens
De inhoud van artikel is duidelijk	100%
Het artikel verheldert de tekst op de plastic kaart	92%
Het artikel is behulpzaam bij het opsporen van gehoorstoornissen	93%

* Alleen de respondenten die zeggen het artikel (redelijk) goed te hebben gelezen en geen leidinggevende zijn

† Geen verschil tussen respondenten die de standaard gebruiken en niet-gebruikers

Tabel 7 Zaken die men mist in het boek, punten van kritiek en suggesties ter verbetering, in aantallen (n=19)*

<i>Punten van kritiek</i>	
Boek is niet overzichtelijk; er ontbreekt een duidelijk schema	6
Het boek is te uitgebreid; teveel informatie erom heen, alleen voor ingewijden interessant	4
Een index ontbreekt voor zoeken op alfabetische volgorde; inhoudsopgave is onoverzichtelijk	3
Interpretatie van trommelvliezen en langer bestaande trommelvliesperforatie ontbreekt	2
Onderbouwing is impliciet en soms onvoldoende actueel / verouderd	2
Teveel goed / niet goed, in de praktijk spelen ook andere factoren mee zoals individuele verschillen	2
Sluit niet aan bij criteria van de KNO-arts / huisarts	1
Je doet gehoorcontroles indien er afwijkingen binnen spraakgebied zijn	1
Ontbreken van een lijst met beroepen die bij afwijkend gehoor ontraden moeten worden	1
Meer aandacht voor vervolgsbeleid na signaleringsfase	1
Wat te doen met onvoldoende gehoor bij (alleen) 6000 Hz (buiten spraakgebied)?	1
Cyclisch proces is niet duidelijk	1
Interpretatie van wat een afwijkend audiogram is, is in de praktijk lastig	1
Onduidelijk wat nu precies gehoorsverlies is	1
Teveel verwijzingen waar de huisarts niets mee doet	1
Voor de leeftijd vanaf 4 jaar zijn de richtlijnen te algemeen	1
De testsituatie voor een audiogram is niet conform de praktijk	1
Jezelf testen of alle tonen op 15 dB hoorbaar zijn: wie zegt dat je zelf geen (tijdelijke) gehoorsvermindering hebt?	1
Een afwijkend audiogram herhalen tot het genormaliseerd is, is niet uitvoerbaar	1
<i>Suggesties ter verbetering</i>	
Heldere korte handleiding maken, met een samenvatting van een aantal pagina's	4
Meer schematisch, overzichtelijker maken	3
Minder tekst tussen haakjes	1
Trefwoordenindex opnemen	1
Frequenties buiten het spraakgebied in het boek opnemen	1
Uitgebreider noemen van de standaarden van de huisartsen en KNO-artsen	1
Opnemen wat te adviseren bij vermoeden van perceptieve doofheid	1
Onderbouwing van de adviezen expliciet noemen	1
Bij exact volgen van de richtlijnen heb je een groot percentage controles / verwijzingen	1
Wanneer bij een herhaald audiogram het resultaat hetzelfde is, of is verbeterd, dan niet verwijzen; bij verslechtering wel verwijzen.	1
Nieuwe ontwikkelingen als neonatale gehoorscreening in het boek opnemen	1

* Alleen de respondenten die zeggen het boek (redelijk) goed te hebben gelezen en geen leidinggevende zijn; meerdere antwoorden waren mogelijk

Tabel 8 Zaken die men mist op de plastic kaart, punten van kritiek en suggesties ter verbetering, in aantallen (n=38)*

<i>Punten van kritiek</i>	
Lay-out kan duidelijker: moeilijk te zien wanneer controle nodig is en wanneer verwijzing; belangrijke zaken springen niet in het oog; er staat teveel op de kaart; leest niet snel; duurt lang voordat je door hebt wat er staat; onoverzichtelijk; alleen deel 0-4 jarigen is duidelijk	18
Te weinig uitgewerkt zoals het verschil tussen een screenings- en drempelaudiogram en het verschil tussen actie A en B	4
Onduidelijk door wie welke actie ondernomen moet worden en wie verantwoordelijk is	2
Screenings- / drempelaudiogram beter uitleggen en wanneer de een of de ander nodig is	2
Advies ontbreekt over te nemen acties bij verlies buiten spraakgebied	1
Advies ontbreekt over te nemen acties bij familiale doofheid terwijl gehoor bij kind goed is	1
Wanneer eerste onderzoek (4-19 jarigen) onvoldoende is, dan meteen verwijzen, anders blijf je controleren	1
Wat te doen wanneer er geen volledige serie onderzoeken is afgenomen doordat het kind bijvoorbeeld pas met 1 jaar komt?	1
Hoe gaan wij om met allochtonen of kinderen met een laag IQ?	1
Soms is de CAPAS afgeschaft. Wat dan te doen?	1
Zonder achtergrondinformatie of bekendheid met materie is de kaart onduidelijk	1
Arts moet aanwezig zijn om lichamelijke aspecten te beoordelen	1
Controle na 6 weken lukt vaak niet in de praktijk	1
Er wordt telkens verwezen naar het boek, zonder boek is de kaart niet bruikbaar	1
Succes hangt af van de vraag of de acties uitgevoerd worden	1
Criteria voor controle en verwijzing ontbreken	1
Drempelaudiogram duurt veel te lang, zeker voor kinderen die slecht horen	1
Kaart is makkelijk kwijt te raken	1
Overdracht zorgwijze is niet helder	1
Sommige punten komen meerdere keren voor / overlappen elkaar	1
Te specialistisch voor gebruik in de regio	1
Huisartsen verwijzen niet verder als er geen klachten zijn en ook veel KNO-artsen wachten af	1
We doen een middenweg tussen screenings- en drempelaudiogram waarbij alleen de uitvallende waarden worden gedrempeld	1
Geen kritiek, kaart is prima	3
<i>Suggesties ter verbetering</i>	
Lay-out duidelijker: letters weglaten en de actie erachter zetten; vervolgactie op één blad zetten; criteria voor verwijzing niet achter elkaar noemen maar puntsgewijs; verwijzing naar hoofdstukken in boek weglaten; verwijzingen 1,2 en 3 weglaten	6
Goede introductie in de organisatie	2
Alleen de uitvallende waarden bij het screeningsaudiogram drempelen	2
Aangeven wie welke actie moet ondernemen en wie verantwoordelijk is	1
Als stroomdiagram weergeven	1
Verskil tussen screenings- en drempelaudiogram uitleggen	1
Advies over wat te doen wanneer er geen volledige serie onderzoeken is afgenomen doordat het kind bijvoorbeeld pas met 1 jaar komt?	1
Geen suggesties	5

* Alleen de respondenten die zeggen de plastic kaart (redelijk) goed te hebben gelezen en geen leidinggevende zijn; meerdere antwoorden waren mogelijk

Tabel 9 Punten waarop men het oneens is met de voorgestelde werkwijze in de standaard, in aantallen (n=20)*

Het drempelaudiogram is moeilijk	3
We doen een screeningsaudiogram op 20 dB met een drempelbepaling	2
Verwijscriteria zijn in de praktijk te streng	2
Een drempelaudiogram is m.i. niet betrouwbaar te maken in scholen en het GGD-gebouw vanwege lawaai	2
Te pietluttige criteria	1
Bij een intrede-onderzoek bij een kind van > 6 jaar liever wel een audiogram verrichten	1
Bij het aangeven van het kind door middel van handopsteken moet je het kind aankijken, dat is een praktisch probleem	1
Bij een onvoldoende CAPAS standaard een audiogram doen met 4,5 jaar. Dit zorgt voor veel extra onderzoek. Is dit wetenschappelijk voldoende onderbouwd dat dit iets oplevert?	1
Er wordt steeds gesproken over een leeftijd vanaf 4-5 jaar, mag 4 jaar zijn wat mij betreft	
Preventieve logopedie in groep 1 ontbreekt in het geheel	1
Er bestaat gevaar voor een vicieuze cirkel van onderzoek – controle – controle	1
4,5 - 6 jaar teveel controlemomenten, praktisch niet uitvoerbaar in de regio	1
Criteria t.a.v. dB liggen erg laag, dan wordt er te veel verwezen m.i.	1
Logistieke en capaciteitsproblemen verderop in het traject	1
Als CAPAS III negatief is en het kind niet onderzocht is door een KNO-arts en het kind met 4 jaar goed praat volgens de ouders, onderneem ik geen verdere stappen	1
Kinderen met te lage concentratie krijgen deze werkwijze niet opgebracht (duurt te lang)	1

* Alleen de respondenten die zeggen het boek en / of de plastic kaart en / of het artikel (redelijk) goed te hebben gelezen en geen leidinggevende zijn; meerdere antwoorden waren mogelijk

Tabel 10 Overzicht van mensen die vinden dat onderstaande voorwaarden voor het werken volgens standaarden / protocollen in het algemeen, doorgaans (ruim) voldoende zijn (n=453)

	(ruim) voldoende
Beschikbare tijd	69% a e
Faciliteiten zoals apparatuur, materialen of werkruimte	76%
Ondersteuning van collega's	92%
Ondersteuning van direct leidinggevende	78% c f
Medewerking van cliënten	97% b
Feedback over effecten / resultaten van het werken volgens standaarden	41% d
Kennis waarover u beschikt	95%
Vaardigheden waarover u beschikt	97%

a $\chi^2(1)=12,9$, $p<0,00$; GGD-medewerkers (76%) zeggen dit vaker dan OKZ-medewerkers (60%)

b $\chi^2(1)=12,9$, $p<0,00$; GGD-medewerkers (98%) zeggen dit vaker dan OKZ-medewerkers (95%)

c $\chi^2(2)=8,5$, $p=0,015$; doktersassistenten (88%) zeggen dit vaker dan artsen (71%) en verpleegkundigen (74%)

d $\chi^2(3)=34,6$, $p<0,00$; verpleegkundigen (51%) en doktersassistenten (63%) zeggen dit vaker dan leidinggevendenden (24%) en artsen (29%)

e $\chi^2(1)=4,4$, $p=0,037$; respondenten die de standaard gebruiken (80%) zeggen dit vaker dan niet-gebruikers (66%)

f $\chi^2(1)=6,07$, $p=0,014$; respondenten die de standaard gebruiken (87%) zeggen dit vaker dan niet-gebruikers (72%)

Tabel 11 Overzicht van mensen die vinden dat onderstaande voorwaarden voor het werken volgens de JGZ-standaard Gehoorstoornissen doorgaans (ruim) voldoende zijn (n=252)*,†

	(ruim) voldoende
Beschikbare tijd	77%
Faciliteiten zoals apparatuur, materialen of werkruimte	74%
Ondersteuning van collega's	88% a
Ondersteuning van direct leidinggevende	71% b
Medewerking van cliënten	95%
Kennis waarover u beschikt	95% c
Vaardigheden waarover u beschikt	99%

* Alleen de respondenten die de standaard kennen en die geen leidinggevende zijn

† Er is geen verschil tussen disciplines en instellingen

a $\chi^2(1)=5,3$, $p=0,022$; respondenten die de standaard gebruiken (93%) zeggen dit vaker dan niet-gebruikers (82%)

b $\chi^2(1)=9,5$, $p=0,002$; respondenten die de standaard gebruiken (81%) zeggen dit vaker dan niet-gebruikers (61%)

c $\chi^2(1)=7,4$, $p=0,007$; respondenten die de standaard gebruiken (100%) zeggen dit vaker dan niet-gebruikers (92%)

Tabel 12 Overzicht activiteiten die in de organisatie plaatsvinden om ervoor te zorgen dat de JGZ-standaard Gehoorstoornissen wordt gebruikt en activiteiten die men nodig acht (n=252)*

	Vindt nu plaats	Is nodig
Geen activiteiten	44%	6%
Voorlichting	27% **	54%
Training voorafgaande aan de invoering	10% **	30%
Persoonlijke begeleiding (coaching)	8% ***	13%
Centraal aanspreekpunt voor vragen	12% ***	37%
Feedback over effect bij cliënten	4%	21%
Reminders	3%	23%
Overleg in discipline / team	10%	6%
Alleen verspreiding	1%	
Werkgroep protocollen	3%	
Intercollegiale toetsing	4%	4%
Kwaliteitsproject / opnemen in kwaliteitshandboek	1%	1%
Scholing	1%	
Protocol aanpassen / afspraken maken	2%	3%
Evaluatie na invoering	1%	
Intervisie / casuïstiek bespreking	1%	1%
Audits		3%
Aansluiten bij vervoltraject / feedback vanuit vervoltraject		4%
Management erachter krijgen / draagvlak creëren		2%
Inwerken nieuwe medewerkers		2%
Tijd investeren		1%

* Alleen de respondenten die de standaard kennen en die geen leidinggevende zijn; meerdere antwoorden waren mogelijk

** Respondenten die de standaard gebruiken noemen dit vaker dan niet-gebruikers, χ^2 -toets, $p<0,001$

*** Respondenten die de standaard gebruiken noemen dit vaker dan niet-gebruikers, χ^2 -toets, $p<0,05$

Tabel 13 Oplossingen die de respondenten aandragen voor de ervaren problemen bij het werken volgens de standaard, in aantallen* (n=74)

<i>Geen geluidsarme omgeving beschikbaar</i>	
Geluidsarme ruimte moet beschikbaar gesteld worden; muur- en deurisolatie	8
Zo min mogelijk testen buiten de vaste locatie / aangepaste ruimte	3
Bij twijfel herhaling op een rustig moment of controle bij de GGD	2
Bij een lawaaierige ruimte 20 dB of 25 dB in plaats van 15 dB als uitgangspunt nemen	2
Indien haalbaar voor de ouders, dan testen bij de GGD	2
Als het speelkwartier is even wachten met gehooronderzoek	1
<i>Geen zicht op het vervolgtraject</i>	
Meer tijd om achter vervolgtraject aan te gaan, ouders te motiveren	7
Kind rechtstreeks verwijzen naar de KNO-arts en de CB-arts de controle laten doen	3
Voorgedrukte formulieren maken voor de verwijzing naar de huisarts of KNO-arts	2
Na verwijzing de ouders bellen om na te gaan wat er met de verwijzing is gebeurd	2
Bij twijfel ouders opnieuw verwijsbrief meegeven en een extra taal- en spraakconsult	1
<i>Standaard sluit niet aan bij werkwijze vervolgtraject</i>	
Goed overleggen met huisartsen en KNO-artsen in de regio en afstemmen met bestaande protocol van de huisarts en KNO-arts	12
Een nieuwsbrief verstrekken aan alle huisartsen en KNO-artsen in de regio (inclusief het artikel en de standaard) met het verzoek dat zij de standaard ook volgen; motiveren	10
Landelijk meer aandacht geven aan het protocol bij de huisartsen en KNO-artsen	4
Komen tot één landelijke standaard voor alle beroepsgroepen; komen tot dezelfde inzichten	2
Te snel en te veel verwijzen zorgt voor afwijzing bij de huisarts	1
De huisarts bijscholen over de JGZ-standaard Gehoorstoornissen	1
Betere acceptatie van consultatiebureau personeel door het vervolgtraject	1
<i>De standaard is niet even bruikbaar voor alle leeftijdsgroepen / kinderen</i>	
Gehooronderzoek aanpassen op het niveau van de kinderen, dus soms geen drempelaudiogram afnemen	2
Bij allochtone kinderen de leerkracht erbij betrekken, frequenter controleren en intensievere uitleg	1
Bij kinderen die zeker door de KNO-arts behandeld moeten worden een huisbezoek afleggen	1
Bij verstandelijk gehandicapte kinderen fluisterspraak toepassen en verwijzing naar het audiologisch centrum	1
Individueel bekijken wat de juiste aanpak is voor dat kind en die ouders	1
De jeugdarts moet ook zijn eigen verwijscriteria erbij betrekken	1
Methodes ontwikkelen voor het consultatiebureau om kinderen ouder dan 13 maanden te kunnen testen	1
<i>Divers</i>	
Meer personeel en betere financiering van de GGD in deze gemeente	1
Elk dossier bij vertrek vanuit de OKZ screenen en voor elk kind vanuit de OKZ een overdracht naar het schoolteam maken omdat artsen en verpleegkundigen het kunnen vergeten	1

* Alleen de respondenten die de standaard kennen en geen leidinggevende zijn

Tabel 14 Suggesties ter verbetering bij volgende JGZ-standaarden, in aantallen* (n=89)

<i>Suggesties ter verbetering voorwaarden voor het werken met JGZ-standaarden</i>	
Zorgen voor een duidelijk implementatietraject: implementatie binnen alle instelling afspreken; implementatie verbeteren met verplichte training en scholing waarbij de standaard ook praktisch wordt toegelicht, uiteraard geaccrediteerd; implementatie zoals bij VOV: theoretische scholing binnen de organisatie en individuele scholing op de werkvloer en een centraal deskundige collega verantwoordelijk stellen voor controle van het kwaliteitsniveau; reminders; intercollegiale toetsing	18
Voorafgaand aan het maken van de standaard de beroepsgroepen uit het vervolgtraject erbij betrekken en herhaald en systematisch bespreken en afstemmen op standaarden uit het vervolgtraject; alle huisartsen en KNO-artsen persoonlijk aanschrijven en de plastic kaart met korte toelichting sturen; afspraken maken over terugrapportage	8
Één moment van invoering voor heel Nederland van zowel de standaard als de plastic kaart en bekend maken aan alle betrokken beroepsgroepen, dus ook verpleegkundigen en assistenten	8
Er moet landelijk geld worden vrijgemaakt door bestuurders om standaarden te kunnen volgen: er moet meer tijd zijn om herhalingsonderzoek te doen of onderzoek op verzoek, staffuncties moeten niet worden wegbezuinigd en standaarden moeten overeenkomen met het basispakket	5
Het doen van onderzoek: breed proefonderzoek doen, haalbaarheidanalyse vooraf; evaluatie achteraf; registratie of men volgens de standaard werkt en wat de effecten hiervan zijn op de preventie van problemen	4
De terugrapportage standaardiseren in overleg met de verschillende beroepsgroepen	
Leidinggevenden meer bij de JGZ-standaard betrekken zodat zij deze kunnen implementeren, meer ondersteuning vanuit het management	3
De JGZ moet rechtstreeks kunnen verwijzen, JGZ kan beter verwijzen en dit ontlast de huisarts ook nog eens	3
<i>Suggesties JGZ-standaarden algemeen</i>	
De praktische uitvoerbaarheid laten meewegen; de standaard aanpassen aan de reële praktijk waar tijd voor onderzoek gering is en de werkomstandigheden minimaal, verpleegkundigen en artsen meer betrekken bij de ontwikkeling, concept-standaard door de praktijk laten beoordelen en kritiekpunten meenemen in de definitieve versie	8
Meteen bij het uitkomen van de standaard een klein protocol maken (3-4 pagina's) dat makkelijk leesbaar is met zaken over het uitvoeren van onderzoek en enkele voorbeelden (casuïstiek)	5
Denken aan de risicogroepen en meer alternatieven bieden voor specifieke / afwijkende situaties	3
Plastic kaart nog duidelijker en eenvoudiger	3
De standaard wetenschappelijk onderbouwen, nu geen 'standaard' maar 'richtlijn'	3
Zorg dat duidelijk is wat de kwaliteitswinst is	1
Opnemen van een trefwoordenindex	1
Dunner boekje met duidelijke samenvatting voorin	1
Een ordner meeleveren waarin de standaarden passen en waar van buitenaf is te zien wat er in zit c.q. hoort	1
Duidelijk aangeven wanneer controle en wanneer verwijzing	1
Net zoveel aandacht besteden aan de voorlichting van ouders en huisartsen als aan het onderzoek zelf	1
<i>Suggesties ter verbetering JGZ-standaard Gehoorstoornissen</i>	
Alle kleuters zo vroeg mogelijk screenen op gehoor want tussen 4,5-6 jaar is te laat; beschikbaar komen van een instrument voor de screening bij 3-jarigen	2
Als CAPAS III onvoldoende is, is dat geen reden om de schoolarts in te schakelen want de CB-arts heeft het kind 3 jaar onder controle gehad en heeft wel een idee van de ontwikkeling	1
De term 'bedreiging voor de ontwikkeling' is te ruim op te vatten	1
Huisartsen vinden dat wij te voorzichtig zijn en laten kinderen bijvoorbeeld niet meer terugkomen ter controle na antibioticum en wij zien ze dan ook niet meer	1
Zorgen dat iedereen dezelfde audiometer heeft	1
Goed samengesteld, ga zo door	6

* Alleen de respondenten die de standaard kennen en geen leidinggevende zijn