



Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T 071 518 18 18
F 071 518 19 20

KvL/JPB 2006.036

TNO-rapport

Zicht op het gebruik van de JGZ-standaard Opsporing van Visuele Stoornissen 0-19 jaar

Een landelijk implementatieproject

Datum	mei 2006
Auteur(s)	M.A.H. Fleuren M.L. Verlaan H.W.M. van Velzen-Mol P. van Dommelen
Aantal pagina's	100
Aantal bijlagen	3
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnummer	011.80083/01.01

Alle rechten voorbehouden.

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

Indien dit rapport in opdracht werd uitgebracht, wordt voor de rechten en verplichtingen van opdrachtgever en opdrachtnemer verwezen naar de Algemene Voorwaarden voor onderzoekopdrachten 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.

© 2006 TNO

Auteurs:

M.A.H. Fleuren
M.L. Verlaan
H.W.M. van Velzen-Mol
P. van Dommelen

Projectnummer:

011.80083/01.01

ISBN:

ISBN-10: 90-5986-203-1

ISBN-13: 978-90-5986-203-1

Samenvatting

Ontwikkeling JGZ-standaarden

Om de kwaliteit van de zorg te verhogen worden sinds 1998 op aanwijzing van de minister van VWS standaarden voor de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) ontwikkeld én geïmplementeerd. In de JGZ-standaarden staan wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor de uitvoering van verschillende onderdelen van het Basistakenpakket JGZ. Voor de ontwikkeling van de JGZ-standaarden is de Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden (JAS) opgericht waarin de beroepsverenigingen en koepelorganisaties in de JGZ, het Ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en TNO Kwaliteit van Leven (coördinatie standaarden) vertegenwoordigd zijn. Een JGZ-standaard bestaat uit drie documenten: een boek met de wetenschappelijke onderbouwing; een samenvatting (dun boekje); een geplastificeerde kaart (beslisschema). De samenvatting en de geplastificeerde kaart zijn bedoeld voor de uitvoering in dagelijkse praktijk. Sinds 1998 zijn de volgende JGZ-standaarden verschenen: Vroegtijdige Opsporing van Gehoorstoornissen 0-19 jaar (1998), Opsporing van Visuele Stoornissen 0-19 jaar (2002), Methodiek Onderzoek Scoliose (2003) en Vroegtijdige Opsporing van Aangeboren Hartafwijkingen 0-19 jaar (2005).

Invoering JGZ-standaarden

Voor de landelijke invoering van de JGZ-standaarden is in 2002 het Samenwerkingsverband Implementatie opgericht, waarin de beroepsverenigingen en koepelorganisaties binnen de JGZ en TNO Kwaliteit van Leven (penvoerder) participeren. Binnen elke thuiszorginstelling, GGD en Stichting MOA is een coördinator / persoon gezocht die de invoering in de eigen organisatie begeleidt. De invoering van de JGZ-standaarden en de evaluatie ervan gebeurt op een systematische manier. Implementatie van vernieuwingen is een proces waarbij een aantal fasen wordt doorlopen: verspreiding, adoptie, implementatie en continuering. In elke fase kunnen complicaties optreden waardoor het proces stagneert. Verschillende determinanten spelen een rol die zijn onder te brengen naar kenmerken van de omgeving, de organisatie, de beoogde gebruiker van de vernieuwing en de vernieuwing zélf. Wil de invoering succesvol zijn, dan moet per fase worden onderzocht welke determinanten een rol spelen. Vervolgens kunnen invoerstrategieën daarop worden toegesneden. De JGZ-standaard Opsporing van Visuele Stoornissen is de eerste JGZ-standaard die op bovenstaande wijze is ingevoerd.

Doelstelling

Het doel van het project is tweeledig:

- a. de landelijke invoering van de JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen onder alle artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten.
- b. de evaluatie van het proces van invoering en het effect ervan op de mate van bereik, adoptie, gebruik en continuering van het gebruik van de standaard door artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten.

Vraagstellingen

1. In welke mate nemen thuiszorginstellingen, Stichtingen MOA en GGD'en deel aan de landelijk aangeboden implementatieactiviteiten?
2. Welke determinanten spelen een rol bij het (gaan) werken met de JGZ-standaard Visus?

3. Wat is de mate van verspreiding van de standaard onder JGZ-medewerkers?
4. Wat is de mate van adoptie van de standaard onder JGZ-medewerkers?
5. Wat is de mate van gebruik van de standaard onder JGZ-medewerkers?
6. In welke mate bewaken organisaties de continuering van het gebruik van de standaard?

Taakstellingen invoering

Voorafgaand aan de invoering werden specifieke taakstellingen vastgesteld voor de mate van verspreiding, adoptie en gebruik van de standaard onder JGZ-medewerkers in 2005:

- 80% is op de hoogte van het bestaan van de standaard
- op 70% van de werkplekken is het wetenschappelijke boek aanwezig
- 70% is in het bezit van de geplastificeerde kaart en de samenvatting.
- 80% onderschrijft de inhoud en de praktische bruikbaarheid van de standaard.
- 40% voert tenminste de helft van de kernrichtlijnen in de standaard uit

Methode

Determinantenanalyse

Normaal vindt voorafgaande aan de invoering van een JGZ-standaard een determinantenanalyse plaats. Tussen het uitkomen van de JGZ-standaard Visus en het vrijkomen van implementatiegelden zat ruim anderhalf jaar. Veel instellingen bleken in de tussentijd aan de slag te zijn gegaan met de invoering van de standaard. Daarom vond in het voorjaar van 2004 een inventarisatie plaats van uitvoeringsproblemen via een korte vragenlijst aan de managers / hoofden van alle thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA. Zij werden gevraagd in hun organisatie uitvoeringsproblemen breed te inventariseren.

Frequently Asked Questions (FAQ) en landelijke knelpuntendag

De uitvoeringsproblemen werden voorgelegd aan de samenstellers van de JGZ-standaard Visus. Zij maakten een document met Frequently Asked Questions (FAQ) met mogelijke oplossingen voor de uitvoeringsproblemen en antwoorden op vragen. In juni 2004 was er een landelijke bijeenkomst voor alle thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA, waarop de uitvoeringsproblemen en de FAQ werden besproken. Na goedkeuring door de beroepsverenigingen werd de FAQ vastgesteld en op de websites van de koepelorganisaties en beroepsverenigingen geplaatst.

Implementatiecoördinatoren en scholing

In 2004 werden alle GGD'en, thuiszorginstellingen en Stichtingen MOA gevraagd een persoon aan te stellen die de invoering van de JGZ-standaard Visus in de eigen organisatie kon begeleiden. Hiertoe werd landelijk een implementatiescholing georganiseerd. Er waren er twee scholingsbijeenkomsten (oktober 2004 en maart 2005) waarin algemene implementatieprincipes werden besproken, belemmerende en bevorderende factoren en invoerstrategieën. De coördinatoren maakten een plan van aanpak voor de invoering van de standaard in hun eigen organisatie.

Procesevaluatie

Er werd bijgehouden aan welke invoeractiviteiten de verschillende organisaties hadden deelgenomen en wat de redenen van niet-deelname waren.

Effectevaluatie

In de zomer van 2005 werd een vragenlijstonderzoek gehouden onder een representatieve steekproef van 655 artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten. Er

werd onder andere gevraagd of men de JGZ-standaard Visus kende en bezat. Ook werd gevraagd naar de inhoudelijke juistheid en praktische bruikbaarheid van de standaard en de voorwaarden voor het werken ermee. Vervolgens werd voor 19 kernelementen uit de standaard gevraagd in hoeverre men zich in staat achtte ze uit te voeren en bij welk deel van de kinderen men deze activiteit uitvoerde. Daarna werden vragen gesteld over de ondersteuning bij het gaan werken met de standaard en de continuering en monitoring van het gebruik van de standaard. Per kernelement werd onderzocht welke determinanten voor het gebruik ervan bepalend waren.

Resultaten

Determinantenanalyse

De gerapporteerde uitvoeringsproblemen waren divers, maar concentreerden zich op enkele kernelementen uit de standaard, namelijk het gebruik van de Landolt-C kaart met 3 jaar en 9 maanden, het niet standaard verrichten van een diepteziëntest, het alleen op indicatie verrichten van onderzoek naar kleurzin en het alleen op indicatie verrichten van visusonderzoek bij kinderen ouder dan 6 jaar. Enerzijds ging het om organisatorische problemen en anderzijds om principiële bezwaren ten aanzien van de adviezen in de standaard.

Procesevaluatie

In totaal namen 19 GGD'en (49%), 25 thuiszorginstellingen (45%) en 4 Stichtingen MOA deel aan de landelijke knelpuntendag in 2004. Aan de implementatiescholing in 2004 en 2005 namen 17 GGD'en (44%), 22 thuiszorginstellingen (39%) en 4 Stichtingen MOA deel. Als reden voor niet-deelname aan de scholing zeiden sommige organisaties al een ervaren coördinator te hebben. Van bijna 40% is reden van niet-deelname onbekend.

Effectevaluatie

In totaal werden 417 vragenlijsten teruggestuurd (64%).

Verspreiding In 2005 kende 90% van de JGZ-medewerkers de JGZ-standaard Visus. In totaal bezat 83% de samenvatting, 76% de geplastificeerde kaart en zei 58% te kunnen beschikken over het boek met de wetenschappelijke onderbouwing. Artsen waren beter op de hoogte van het bestaan van de standaard in vergelijking tot de verpleegkundigen en assistenten. Daarnaast waren ze vaker in het bezit van de standaard.

Adoptie Verreweg de meeste JGZ-medewerkers onderschreven de juistheid en bruikbaarheid van de standaard: 11 van de 13 stellingen werden door meer dan 80% van de JGZ-medewerkers onderschreven.

Gebruik Veertien van de 19 kernelementen in de standaard werden door meer dan 40% van de JGZ-medewerkers uitgevoerd bij (bijna) alle kinderen. De vijf kernelementen die door minder dan 40% van de JGZ-medewerkers bij (bijna) alle kinderen werden uitgevoerd, zijn:

- bij kinderen vanaf 3 jaar en 9 maanden voor de visusbepaling de Landolt-C-kaart gebruiken
- bij kinderen tot en met 5 jaar met onvoldoende visus de visusbepaling herhalen binnen 3 maanden
- bij kinderen van 6 jaar en ouder het visusonderzoek alleen verrichten op indicatie
- bij verstandelijk gehandicapte kinderen het visusonderzoek zo uitvoeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens
- bij verstandelijk gehandicapte kinderen de voor hen geschikte hulpmiddelen gebruiken

Ondersteuning en continuering Het merendeel van JGZ-medewerkers gaf aan dat er informatie was verstrekt en afspraken waren gemaakt over het werken met de JGZ-

standaard Visus. Bijna 60% van de JGZ-medewerkers had scholing gevolgd over het werken met de standaard, maar minder dan een derde had individuele begeleiding / coaching ontvangen bij het (gaan) werken met de standaard. Ongeveer 60% van de JGZ-medewerkers gaf aan dat het gebruik van de standaard werd bewaakt en gemonitord en 80% dacht dat het werken met de standaard blijvend zou zijn. De JGZ-medewerkers die werken met 0-4 jarigen gaven vaker aan dat er activiteiten ter ondersteuning en continuering van het gebruik van de standaard hadden plaatsgevonden in vergelijking met de JGZ-medewerkers die met 4-19 jarigen werken.

Determinanten van gebruik Voor vrijwel alle kernelementen in de standaard gold dat de mate waarin de JGZ-medewerker zich in staat voelde de activiteit uit te voeren (eigen-effectiviteitsverwachting), het gebruik bepaalde. Het aangrijpingspunt voor verbetering van het gebruik van de standaard ligt dan vooral ook bij activiteiten die de JGZ-medewerker beter in staat stelt deze kernelementen uit te voeren.

Conclusies

- Het is ongunstig dat er door het uitblijven van de financiering anderhalf jaar is verlopen tussen het verschijnen van de JGZ-standaard Visus en de start van de implementatieactiviteiten. Hierdoor kon voorafgaande aan de invoering geen determinantenanalyse worden verricht en op basis daarvan gerichte inhoudelijke scholing en gerichte invoerstrategieën ingezet worden die aangrepen op de meest kritieke determinanten.
- Een substantieel deel van de GGD'en, thuiszorginstellingen en Stichtingen MOA heeft deelgenomen aan een of meer implementatieactiviteiten om de invoering van de JGZ-standaard Visus (in de eigen organisatie) te bevorderen.
- Het is goed gelukt om de JGZ-standaard Visus te verspreiden onder de JGZ-medewerkers die een taak hebben bij de uitvoering van het visusonderzoek (taakstelling is deels gehaald).
- Verreweg de meeste JGZ-medewerkers zijn van mening dat de standaard inhoudelijk juist en volledig is (taakstelling is gehaald).
- Voor 14 van de 19 kernelementen in de JGZ-standaard Visus geldt dat zij door meer dan 40% van de JGZ-medewerkers worden uitgevoerd bij (bijna) alle kinderen (taakstelling is gehaald). Vooral de kernelementen die relatief 'nieuw' zijn bij het opsporen van visuele stoornissen worden door minder dan 40% van de respondenten bij (bijna) alle kinderen uitgevoerd.
- De voorwaarden voor het werken met de JGZ-standaard Visus worden door het merendeel van de respondenten als (ruim) voldoende beschouwd.
- Wanneer rekening wordt gehouden met de onderlinge samenhang tussen determinanten, blijkt dat de eigen-effectiviteitsverwachting voor 14 van de 19 kernelementen als kritieke determinant van het gebruik naar voren komt. Het gaat hier in de kern om vaardigheden waarover JGZ-medewerkers moeten kunnen beschikken om met de standaard te kunnen werken.
- Er zijn verschillen tussen disciplines wat betreft de kennisname van de standaard en het bezit ervan.
- Er zijn verschillen tussen JGZ-medewerkers die met 0-4 jarigen en zij die met 4-19 jarigen werken wat betreft het aantal activiteiten dat heeft plaatsgevonden ter ondersteuning van het gebruik van de standaard.

Aanbevelingen

- De JGZ-organisaties zouden naar aanleiding van de uitkomsten van het onderzoek gerichte verbeteracties moeten ondernemen om het gebruik van de standaard te bevorderen. In het rapport zelf is gedetailleerd beschreven om welke kernelementen het gaat. Aangezien de eigen-effectiviteitsverwachting de belangrijkste voorspeller

bleek van het gebruik van bijna alle kernelementen, moet het vooral gaan om activiteiten die de JGZ-medewerker beter in staat stellen deze kernelementen uit te voeren. Aanbevolen wordt hier via training en coaching aandacht aan te besteden. Dit zou onderdeel moeten zijn van het (bij)scholingsprogramma van de organisaties. Hiervoor zouden wel faciliteiten en financiering beschikbaar moeten komen.

- Het is wenselijk dat de JGZ-organisaties aandacht (blijven) schenken aan de ondersteuning van de invoering van de JGZ-standaarden in de eigen organisatie en aan de monitoring van het gebruik en de continuering ervan.
- Speciale aandacht zou besteed moeten worden aan de verspreiding van de standaarden onder verpleegkundigen en doktersassistenten.
- Het verdient aanbeveling het gebruik van de JGZ-standaarden op landelijk niveau continu te blijven evalueren c.q. monitoren. Dit strekt verder dan het eenmalige evaluatiemoment zoals in het onderhavige project.
- Het is aan te bevelen de opgedane expertise van het Samenwerkingsverband Implementatie verder in te zetten bij de invoering van andere JGZ-standaarden. De nu opgedane kennis en ervaring zou kunnen worden gecontinueerd en gecombineerd met andere reeds in gang gezette activiteiten (o.a. het Elektronisch Kinddossier, kwaliteitssystemen en inzet van het Centrum Jeugdgezondheid bij het RIVM).
- Een basisvoorwaarde voor het gebruik van de JGZ-standaarden is dat VWS het Samenwerkingsverband Implementatie hierin financieel en qua faciliteiten steunt. Een programmatische aanpak van zowel de ontwikkeling als de invoering van de JGZ-standaarden waarbij continue financiering is gegarandeerd, zal het proces van invoering niet alleen korter, maar ook efficiënter en naar verwachting goedkoper maken.

Samenwerking

Samenwerkingsverband Implementatie

- Z-org (Organisatie van zorgondernemers): Mw. Drs. J.F. Lim-Feijen (tot 1 november 2005), Mw. Drs. I. Steinbuch (vanaf 1 november 2005)
- GGD Nederland: Mw. Ir. S. Neppelenbroek, Dhr. J.C.M. van Wijngaarden
- Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN): Mw. Drs. I.A. van Eerdenburg-Keuning
- Landelijke Vereniging van Sociaal Verpleegkundigen (LVSV): Mw. R. Heinen
- Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen (LVW): Mw. J. Durieux (tot 1 maart 2005), Mw. J.H. Teerling, MANP (vanaf 1 juni 2005)
- Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA): Mw. Y. van Straten
- TNO Kwaliteit van Leven (TNO KvL) (penvoerder): Mw. Dr. M.A.H. Fleuren

Vanuit de werkgroep JGZ-standaard Opsporing van Visuele Stoornissen 0-19 jaar hebben meegewerkt:

- Mw. Drs. H.W.M. van Velzen-Mol (TNO KvL)
- Mw. Drs. I.A. van Eerdenburg-Keuning (AJN)
- Mw. K. Lantau (Stichting Tijdig Onderkennen van Visuele stoornissen (TOV))

Scholing implementatie

- Dhr. drs. O.R.W. de Jong (TNO KvL)
- Mw. dr. M.A.H. Fleuren (TNO KvL)

Coördinator ontwikkeling JGZ-standaarden

- Dhr. drs. J.A. de Wilde (tot 1 maart 2005), Mw. dr. M. Kamphuis (vanaf 1 maart 2005) (TNO KvL)

Adviseurs

- Dhr. drs. O.R.W. de Jong (TNO KvL)
- Dhr. dr. T.G.W.M. Paulussen (TNO KvL)

Financiering

Dit onderzoek is mede mogelijk gemaakt door ZonMw: Programma Preventie, projectnummer 24300033.



Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	17
1.1	Achtergrond ontwikkeling en invoering Standaarden Jeugdgezondheidszorg	17
1.2	Doelstelling.....	18
1.3	Model voor de invoering van vernieuwingen	18
1.3.1	Fasen in een innovatieproces	19
1.3.2	Analyse determinanten	19
1.3.3	Invoerstrategieën algemeen	20
1.3.4	Evaluatieonderzoek.....	21
1.4	Landelijke invoering JGZ-standaarden.....	21
1.4.1	Ondersteuningsstructuur van landelijk naar regionaal.....	21
1.4.2	Taken Samenwerkingsverband Implementatie	22
1.4.3	Taken implementatiecoördinatoren / stafmedewerkers	22
1.5	Vraagstellingen en specifieke taakstellingen	23
2	Methode: projectopzet en activiteiten.....	25
2.1	Inleiding.....	25
2.2	Verspreiden standaard en voorlichting	25
2.3	Determinantenanalyse.....	26
2.3.1	Vragenlijst.....	26
2.3.2	Frequently Asked Questions en landelijke knelpuntendag	27
2.4	Implementatiecoördinatoren invoering eigen instelling.....	28
2.4.1	Werving	28
2.4.2	Inhoud implementatiescholing en evaluatie.....	28
2.5	Invoerstrategieën.....	29
2.6	Helpdesk	29
2.7	Procesevaluatie	29
2.8	Effectevaluatie	29
3	Determinantenanalyse.....	31
3.1	Inleiding.....	31
3.2	Methode.....	31
3.3	Determinantenanalyse thuiszorginstellingen	31
3.3.1	Respons.....	31
3.3.2	Verspreiding geplastificeerde kaart en samenvatting	32
3.3.3	Scholing in uitvoering onderzoek visuele stoornissen conform de standaard	33
3.3.4	Uitvoeringsproblemen kernelementen / adviezen standaard.....	34
3.4	Determinantenanalyse GGD'en en Stichtingen MOA.....	38
3.4.1	Respons.....	38
3.4.2	Verspreiding geplastificeerde kaart en samenvatting	38
3.4.3	Scholing in uitvoering onderzoek visuele stoornissen conform de standaard	40
3.4.4	Uitvoeringsproblemen kernelementen / adviezen standaard.....	42
3.5	Beschouwing.....	47

4	Procevaluatie.....	49
4.1	Inleiding.....	49
4.2	Bereik instellingen en werving implementatiecoördinatoren	49
4.3	Evaluatie eerste scholingsdag implementatiecoördinatoren	51
4.3.1	Inleiding.....	51
4.3.2	Methode.....	51
4.3.3	Respons.....	51
4.3.4	Kennisoverdracht tijdens scholing.....	52
4.3.5	Eigen-effectiviteitsverwachting	52
4.3.6	Praktische voorwaarden om de standaard te kunnen invoeren	52
4.3.7	Inhoud scholing.....	53
4.3.8	Suggesties ter verbetering van de scholing.....	53
4.3.9	Beschouwing.....	54
4.4	Evaluatie tweede scholingsdag implementatiecoördinatoren	55
4.5	Voorlichting disciplines in zorgketen	55
5	Effectevaluatie.....	57
5.1	Inleiding.....	57
5.2	Methode.....	57
5.2.1	Meetinstrumenten en variabelen.....	58
5.2.2	Analyse	60
5.3	Respons.....	62
5.4	Verspreiding (vraagstelling 3)	64
5.4.1	Kennisname JGZ-standaard Visus.....	64
5.4.2	In bezit hebben JGZ-standaard Visus	64
5.4.3	Gelezen hebben JGZ-standaard Visus	65
5.5	Adoptie (vraagstelling 4)	65
5.6	Determinanten (vraagstelling 2)	67
5.7	Gebruik (vraagstelling 5).....	70
5.8	Continuering en monitoring van gebruik (vraagstelling 6).....	74
5.9	Determinanten van invloed op gebruik (vraagstelling 2).....	74
5.9.1	Reductie data (factoranalyses).....	74
5.9.2	Samenhang variabelen / determinanten (Spearman's Rank correlaties).....	75
5.9.3	Determinanten van invloed op gebruik kernelementen 0-4 jarigen (lineaire regressieanalyse)	77
5.9.4	Determinanten van invloed op gebruik kernelementen 4-19 jarigen (lineaire regressieanalyse)	80
5.9.5	Determinanten van invloed op gebruik kernelementen 0-19 jarigen (lineaire regressieanalyse)	83
5.10	Beschouwing.....	84

6	Conclusies en aanbevelingen.....	87
6.1	Inleiding.....	87
6.2	Procesevaluatie.....	87
6.3	Effectevaluatie.....	88
6.3.1	Verspreiding.....	88
6.3.2	Adoptie.....	88
6.3.3	Gebruik en continuering van gebruik.....	89
6.3.4	Determinanten van gebruik.....	91
6.4	Kanttekeningen.....	92
6.5	Aanbevelingen.....	94
7	Literatuur.....	99

Bijlage(n)

A Document met Frequently Asked Questions naar aanleiding van inventarisatie uitvoeringsproblemen

B Berekening aantal vragenlijsten per organisatie

C Tabellen

1 Inleiding

1.1 Achtergrond ontwikkeling en invoering Standaarden Jeugdgezondheidszorg

De Jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Nederland biedt preventieve zorg aan kinderen van 0-19 jaar en hun ouders/verzorgers. Deze zorg vindt plaats door thuiszorginstellingen, Gemeentelijke Gezondheidsdiensten (GGD'en) en door de Stichtingen Medische Opvang Asielzoekers (Stichtingen MOA). Om de kwaliteit van de geboden zorg te verhogen worden sinds 1998 op aanwijzing van de minister van VWS (een 20-tal) standaarden voor de Jeugdgezondheidszorg ontwikkeld én geïmplementeerd. In de JGZ-standaarden staan wetenschappelijk onderbouwde richtlijnen voor de uitvoering van verschillende onderdelen van het Basistakenpakket JGZ dat in gestandaardiseerde vorm aan elk kind in Nederland moeten worden aangeboden.

Voor de ontwikkeling van de JGZ-standaarden is de Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden (JAS) opgericht waarin de beroepsverenigingen en koepelorganisaties in de JGZ, het Ministerie van VWS, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en TNO Kwaliteit van Leven vertegenwoordigd zijn. De coördinatie van de ontwikkeling van de JGZ-standaarden is ondergebracht bij TNO Kwaliteit van Leven. De JAS adviseert welke standaarden ontwikkeld worden. De JGZ-standaarden worden ontwikkeld volgens een methodiek die gebaseerd is op de principes van evidence based richtlijn ontwikkeling (EBRO) (CBO 2005). Een werkgroep bestaande uit JGZ-medewerkers en vertegenwoordigers van aanpalende disciplines stelt een standaard op, op basis van uitgebreid literatuur onderzoek en een toetsing van de literatuur aan de huidige praktijk. Een eindconcept van de standaard wordt ter becommentariëring voorgelegd aan het JGZ-veld en aan vertegenwoordigers van verschillende aanpalende beroepsverenigingen. Een JGZ-standaard bestaat uit drie documenten: een boek met de wetenschappelijke onderbouwing van de standaard; een samenvatting (dun boekje) met de belangrijkste bevindingen van de standaard; een geplastificeerde kaart waarop de werkwijze in het kort (beslisschema) beschreven staat. De samenvatting en de geplastificeerde kaart zijn bedoeld voor de uitvoering in dagelijkse praktijk. Het boek is bedoeld als naslagwerk. De uitvoerige werkwijze van de ontwikkeling van de JGZ-standaarden is elders beschreven (Kamphuis, De Wilde 2006).

In 1998 werd de eerste JGZ-standaard Vroegtijdige Opsporing van Gehoorstoornissen 0-19 jaar gepubliceerd (Van Leerdam 1998). Op dat moment was er onvoldoende zicht op de attitude van JGZ-medewerkers ten aanzien van standaarden, de bestaande wijze van invoering van vernieuwingen in de JGZ en de randvoorwaarden hiervoor. Daarom werd in overleg met VWS besloten deze eerste JGZ-standaard over Gehoorstoornissen alleen te verspreiden en gelijktijdig onderzoek te doen naar factoren die de verspreiding en invoering van de JGZ-standaarden beïnvloeden. De belangrijkste bevindingen uit het onderzoek waren (Fleuren, Verlaan, De Jong e.a. 2002; Fleuren, de Jong, Filedt-Kok e.a.2002; Fleuren, De Jong, Verlaan e.a. 2004):

- a. het draagvlak onder JGZ-medewerkers om met standaarden te gaan werken is groot
- b. er is geen sterk ontwikkelde traditie en infrastructuur in de JGZ voor de invoering van standaarden
- c. binnen de thuiszorginstellingen en GGD'en ontbreekt kennis en expertise om de standaarden in te voeren en te borgen.

Op basis van deze uitkomsten en conform de wensen van het JGZ-veld werd een raamwerk ontwikkeld voor de invoering van de JGZ-standaarden (De Jong, Fleuren, Van Leerdam 2002). Voor de landelijke invoering van de JGZ-standaarden werd het Samenwerkingsverband Implementatie opgericht, waarin de beroepsverenigingen en koepelorganisaties binnen de JGZ en TNO Kwaliteit van Leven participeren. TNO Kwaliteit van Leven is penvoerder van het Samenwerkingsverband. In hoofdstuk 1.4 wordt de werkwijze van de landelijke invoering van de JGZ-standaarden uitvoerig beschreven.

In 2002 verscheen de JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen 0-19 jaar, hierna te noemen JGZ-standaard Visus (Van Velzen-Mol 2002). In 2005 verscheen de JGZ-standaard Vroegtijdige Opsporing van Aangeboren Hartafwijkingen 0-19 jaar (De Wilde 2005). Beide standaarden zijn/worden grotendeels conform het eerder genoemde raamwerk implementatie ingevoerd. De in 2003 verschenen JGZ-standaard Methodiek Onderzoek Scoliose werd nog niet ingevoerd, in afwachting van onderzoek dat aan moet tonen of screening op scoliose zinvol is (Wagenaar-Fischer 2003). Inmiddels heeft de NESCIOS studie (Nederlandse Evaluatiestudie van SCreening op ScolioSe) van het Erasmus MC aangetoond dat een dergelijke screening niet zinvol is (presentatie Symposium 'Evidence based JGZ 0-19 jaar', 13 februari 2006, Rotterdam).

1.2 Doelstelling

Het doel van het onderhavige project is tweeledig:

- a. De landelijke invoering van de JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen onder alle artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten die betrokken zijn bij de opsporing van visuele stoornissen bij 0-19 jarigen, opdat de standaard volledig en nauwkeurig wordt gebruikt.
- b. De evaluatie van het proces van de landelijke invoering en het effect ervan op de mate van bereik, adoptie, gebruik en continuering van het gebruik van de JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen door de artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten.

1.3 Model voor de invoering van vernieuwingen

Het invoeren van vernieuwingen in de (Jeugd)gezondheidszorg is een lastig proces, ook al is de vernieuwing bewezen effectief. Uit onderzoek blijkt dat innovatieprocessen vaak een grillig verloop hebben, soms stagneren of helemaal stoppen. De redenen hiervoor zijn verschillend: het draagvlak en de interesse in de organisatie zijn onvoldoende, de benodigde kennis en vaardigheden ontbreken, er zijn meer voorzieningen nodig dan verwacht of de opbrengst van de vernieuwing is niet zichtbaar op de korte termijn (Fleuren, de Jong, Verlaan e.a. 2004; Fleuren, Wiefferink, Paulussen 2004, 2006; Fleuren, Kamphuis, Van Velzen-Mol 2005).

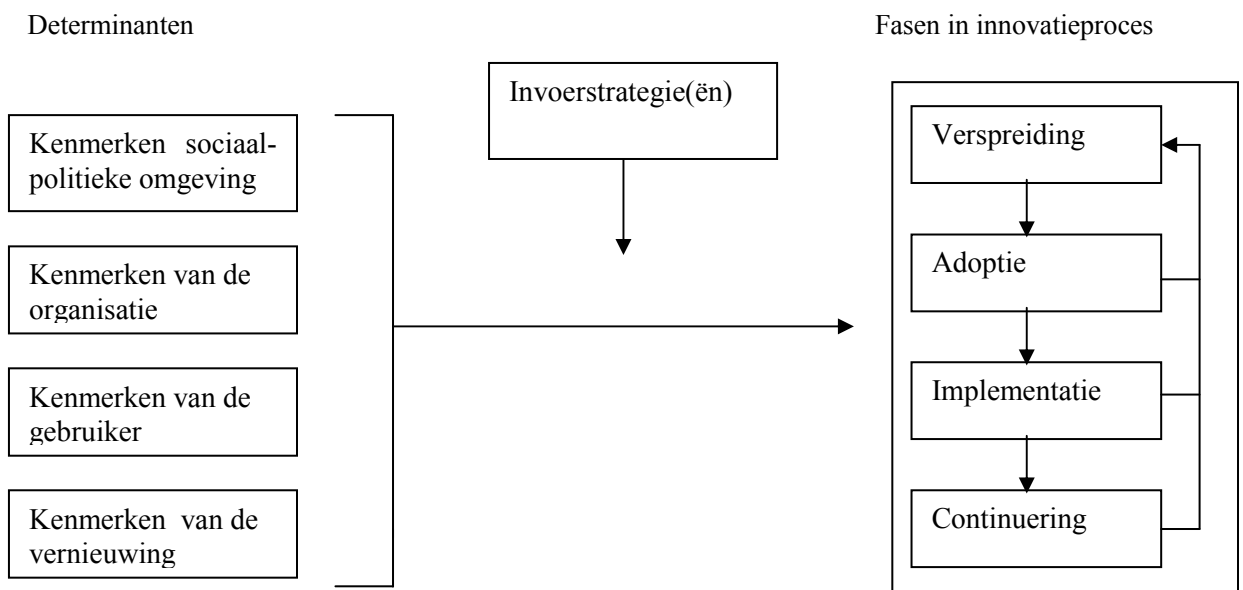
De JGZ-standaarden kunnen worden beschouwd als een vernieuwing omdat het werken met de standaarden voor de meeste JGZ-medewerkers een verandering in attitude en gedrag impliceert. De JGZ-standaarden dragen naar verwachting bij aan een doelmatige en effectieve gezondheidszorg, verminderen de variatie in handelen, bevorderen evidence-based medisch handelen en leiden tot verhoging van de opbrengst van de preventie. Deze verwachte effecten zullen echter *alleen* optreden wanneer de JGZ-standaarden daadwerkelijk worden gebruikt zoals bedoeld door de samenstellers, door alle artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten.

1.3.1 Fasen in een innovatieproces

Om de JGZ-standaarden te kunnen invoeren en het effect van de invoering te kunnen evalueren wordt gebruik gemaakt van een generiek model (figuur 1) dat is gebaseerd op verschillende implementatietheorieën en modellen (Fleuren, Wiefferink, Paulussen 2004, 2006). Als belangrijkste fasen in een innovatieproces worden onderscheiden: verspreiding, adoptie, implementatie en continuering. Toegepast op de JGZ-standaarden leidt de adoptiefase tot het besluit van de arts, verpleegkundige en doktersassistente om al dan niet volgens de JGZ-standaard te gaan werken. In de daaropvolgende fase (implementatie) probeert de arts, verpleegkundige of assistente volgens de standaard te werken en wordt duidelijk of deze in de dagelijkse praktijk toepasbaar is. Tenslotte is het de bedoeling dat de arts, verpleegkundige en assistente ook na verloop van tijd de standaard blijft gebruiken en dat deze onderdeel wordt van de dagelijkse routine. Dit wordt continuering genoemd.

Een vernieuwingsproces is niet lineair van aard. Een verpleegkundige kan bijvoorbeeld de JGZ-standaard Visus accepteren en besluiten ermee te gaan werken (adoptie). Maar in de dagelijkse praktijk blijkt dat sommige adviezen moeilijk uitvoerbaar zijn, bijvoorbeeld omdat ouders voortdurend vragen het onderzoek naar het zien van diepte te doen, waardoor de verpleegkundige bij nader inzien de bruikbaarheid van de standaard ter discussie stelt.

Figuur 1 Model voor het invoeren van vernieuwingen (Fleuren, Wiefferink, Paulussen 2004, 2006)



1.3.2 Analyse determinanten

In elke fase kunnen complicaties optreden waardoor het innovatieproces stagneert. In elke fase kunnen verschillende determinanten een rol spelen (figuur 1), die globaal in vier categorieën worden ondergebracht:

- Kenmerken van de sociaal-politieke omgeving: bijvoorbeeld wet- en regelgeving, financiering of patiëntkarakteristieken.
- Kenmerken van de organisatie: bijvoorbeeld besluitvormingsstructuur of personeelsverloop.
- Kenmerken van de beoogde gebruiker van de vernieuwing: bijvoorbeeld kennis en vaardigheden of ervaren steun van collega's.

- Kenmerken van de vernieuwing: bijvoorbeeld de praktische bruikbaarheid of het voordeel voor de gebruiker.

In het model speelt (de perceptie van) de intermediaire gebruiker een belangrijke rol omdat hij/zij voor een groot deel bepaalt in welke mate de vernieuwde zorg aan de 0-19 jarige geleverd wordt. Met de intermediaire gebruiker wordt degene bedoeld die geacht wordt met de vernieuwing te werken en waarbij een gedragsverandering wordt beoogd. Bij de JGZ-standaarden gaat het dus om artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten. Deze artsen, verpleegkundigen en assistenten werken niet geïsoleerd en maken deel uit van een organisatie. De thuiszorginstelling, GGD en Stichting MOA maakt weer deel uit van een bredere context waarin relaties zijn met bijvoorbeeld andere thuiszorginstellingen en huisartsen. Daarom is het van belang ook de kenmerken van de organisatie waarin de arts, verpleegkundige en assistente werkzaam is en de bredere sociaal-politieke context in ogenschouw te nemen.

Wil de invoering van een vernieuwing succesvol zijn, dan is het essentieel de determinanten daarvan te kennen (Paulussen 1994; Bartholomew, Parcel, Kok et. al. 2001; Fleuren, Wiefferink, Paulussen 2004, 2006). Alleen dan kan een invoerstrategie worden ontworpen (figuur 1) die aangrijpt op de relevant gebleken determinanten, opdat als gevolg de beoogde verspreiding, adoptie, implementatie en continuering wordt gerealiseerd. Het gaat dus om een determinantenanalyse voorafgaand aan de invoering van de vernieuwing bij de toekomstige gebruikers. Wanneer dit niet wordt gedaan, loopt men de kans een strategie in te zetten voor een niet-relevante determinant. Of er wordt een strategie ingezet die niet aangrijpt op de determinant (bijvoorbeeld scholing over gehoorstoornissen, terwijl het ontbreken van geluidsarme ruimtes op scholen het probleem is (Fleuren, Filedt-Kok, De Jong 2002)).

1.3.3 Invoerstrategieën algemeen

Er zijn veel verschillende indelingen van invoerstrategieën, bijvoorbeeld naar de theoretisch achtergrond (psychologie, economie, organisatiekunde etc.), naar de vorm (educatieve interventies, feedback en reminders, financiële prikkels) of naar het aangrijpingspunt (gericht op de patiënt, de zorgverlener, de organisatie, het systeem) (o.a. Bartholomew, Parcel, Kok e.a. 2001; Grol, Wensing 2001; Grimshaw, Thomas, MacLennan e.a. 2004).

In algemene zin kan gezegd worden dat bij de invoering van vernieuwingen het beste gebruik kan worden gemaakt van een combinatie van een top-down en een bottom-up benadering waarbij het creëren van draagvlak bij de gebruikers een belangrijke rol inneemt. In ieder geval gaat het om de volgende zaken (Paulussen 1994; Paulussen, Wiefferink 2003):

- Het ontwikkelen van effectieve en bruikbare materialen die de gebruikers voorzien van concrete en eenduidige handelingsvoorschriften. Het gaat hier dus onder andere om de verschillende onderdelen van een JGZ-standaard (ontwikkelingsfase).
- Het actief promoten van de vernieuwing, aangepast aan de omstandigheden van de arts, verpleegkundige en doktersassistente, via communicatie over de vernieuwing (adoptiefase). Gebruikers van een vernieuwing letten in dit stadium vooral op de praktische bruikbaarheid van de vernieuwing: Wat betekent de vernieuwing voor mij? Is de vernieuwing praktisch inpasbaar in mijn bestaande praktijk? Wat vinden collega's en kinderen/ouders ervan (sociale invloed)? Acht ik mezelf in staat met de vernieuwing te gaan werken (eigen-effectiviteitsverwachting)?
- Training en coaching bij het eerste gebruik van de vernieuwing en het vervolgebruik, aangepast aan de omstandigheden en het niveau van de gebruiker (implementatiefase). Het is belangrijk om ervoor te zorgen dat de eerste ervaring bij

het werken met de standaard positief is. Dit is belangrijk voor volgend gebruik. Training alleen is meestal niet voldoende. Tijdens de implementatiefase zullen zich vragen en problemen voordoen en is het belangrijk dat de gebruiker dan weet bij wie hij/zij daarvoor terecht kan. Een dergelijke voorziening kan vormgegeven worden door het aanstellen van een implementatiecoördinator.

- Bevorderen dat gebruikers ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaars ervaringen kunnen leren. Zorgen dat er support is op organisatieniveau, dat de vernieuwing in het beleid van de organisatie wordt opgenomen en het werken met de vernieuwing wordt gemonitord en geëvalueerd (continueringfase).
- Het inrichten van een ondersteuningsstructuur die de uitwisseling van informatie en de ondersteuning van landelijk niveau naar regionaal niveau mogelijk maakt.

1.3.4 Evaluatieonderzoek

Het is van belang om begeleidend evaluatieonderzoek te doen naar de invoering van een vernieuwing. Wanneer de effecten van een JGZ-standaard bijvoorbeeld uitblijven dan is de vraag of de JGZ-standaard niet effectief was of dat de JGZ-standaard niet (goed) is ingevoerd. Daarom is het belangrijk om na te gaan of het resultaat van het innovatieproces voldoet aan de verwachtingen. Het gaat hierbij dus om onderzoek naar de mate van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering (effectevaluatie) in relatie tot de uitgevoerde determinantenanalyse en invoerstrategieën (procesevaluatie). Een evaluatie van het effect van de standaard (bijvoorbeeld betere opsporing van visuele stoornissen of minder gezondheidsschade) vergt een andersoortig onderzoek en maakt geen onderdeel uit van het onderhavige project.

1.4 Landelijke invoering JGZ-standaarden

1.4.1 Ondersteuningsstructuur van landelijk naar regionaal

Op basis van bovenstaand model voor het invoeren van vernieuwingen en de uitkomsten van het eerder genoemde onderzoek naar de invoering van de JGZ-standaarden (Fleuren, Verlaan, De Jong e.a. 2002; Fleuren, de Jong, Filedt-Kok e.a.2002; Fleuren, De Jong, Verlaan e.a. 2004) vinden ten behoeve van de landelijke invoering van de JGZ-standaarden een aantal activiteiten plaats (Fleuren 2005). Hiertoe is in 2002 op landelijk niveau het Samenwerkingsverband Implementatie opgericht dat bestaat uit de koepelorganisaties en beroepsverenigingen in de Jeugdgezondheidszorg en TNO Kwaliteit van Leven:

- Z-org (Organisatie van zorgondernemers)
- GGD Nederland
- Artsenvereniging Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
- Landelijke Vereniging van Sociaal Verpleegkundigen (LVSV)
- Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen (LVW)
- Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
- TNO Kwaliteit van Leven (TNO KvL) (penvoerder)

Op regionaal niveau, dat wil zeggen binnen elke thuiszorginstelling, GGD en Stichting MOA wordt een implementatiecoördinator / stafmedewerker gezocht die de invoering van de standaarden in de eigen organisatie begeleidt. GGD Nederland en Z-org verzoeken de instellingen een of twee personen 'aan te stellen' c.q. vrij te maken voor deze taak.

1.4.2 *Taken Samenwerkingsverband Implementatie*

Het Samenwerkingsverband Implementatie heeft de volgende taken, die in hoofdstuk 2 verder toegelicht zullen worden:

- Verspreiden van de standaarden en voorlichting geven aan thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA over de standaarden ter bevordering van de adoptie en implementatie (adoptiefase).
- Uitvoeren van determinantenanalyses (ontwikkelfase, adoptiefase en implementatiefase).
- 'Werven' van implementatiecoördinatoren / stafmedewerkers in de instellingen en het verzorgen van implementatiescholing voor deze coördinatoren (adoptiefase, implementatiefase).
- Adviseren over invoerstrategieën, o.a. inhoudelijke scholing over het onderwerp van de standaard (implementatiefase).
- Helpdesk / aanspreekpunt voor de organisaties, implementatiecoördinatoren / stafmedewerkers en individuele JGZ-medewerkers (adoptiefase, implementatiefase en continueringfase).
- Evaluatieonderzoek. Het gaat hier enerzijds om een procesevaluatie van de landelijke invoeringsactiviteiten, o.a. het bereik van de instellingen, het volgen van implementatiescholing door implementatiecoördinatoren, evaluatie van implementatiescholing, deelname aan inhoudelijke scholing. Anderzijds gaat het om een effectevaluatie naar de mate van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering van het gebruik van de JGZ-standaard.

Grofweg is de taakverdeling van de verschillende organisaties binnen het Samenwerkingsverband Implementatie als volgt: GGD Nederland en Z-org zorgen voor c.q. organiseren de verspreidings- en implementatieactiviteiten. TNO KvL voert de determinantenanalyse en het evaluatieonderzoek uit. De beroepsverenigingen adviseren en ondersteunen de verspreidings- en implementatieactiviteiten. Alle partijen vervullen de functie van helpdesk.

Het Samenwerkingsverband komt regelmatig bij elkaar. De frequentie is afhankelijk van de uit te voeren activiteiten, maar is minimaal twee keer per jaar. Daarnaast vindt er regelmatig bilateraal overleg plaats tussen de verschillende deelnemende partijen / personen.

1.4.3 *Taken implementatiecoördinatoren / stafmedewerkers*

De implementatiecoördinatoren / stafmedewerkers coördineren de invoering van de standaarden in de eigen afdeling en controleren het proces. Afgeleide taken van de coördinator zijn:

- Voorlichting en instructie over nieuwe en herziene standaarden in de afdeling (ook aan nieuwkomers).
- Bewaken dat iedere JGZ-medewerker inhoudelijke scholing ontvangt met betrekking tot de standaard.
- Begeleiding en coaching van individuele JGZ-medewerkers in de praktijk bij de initiële uitvoering van de standaard en continuering van de uitvoering.
- Bewaken dat de kwaliteit van de uitvoering wordt gemonitord, bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing.

1.5 Vraagstellingen en specifieke taakstellingen

De vraagstelling van het project zijn:

- 1 In welke mate nemen thuiszorginstellingen, Stichtingen MOA en GGD'en deel aan de door het Samenwerkingsverband Implementatie aangeboden implementatie-activiteiten?
- 2 Welke determinanten spelen een rol bij het (gaan) werken met de JGZ-standaard Visus?
- 3 Wat is de mate van verspreiding van de JGZ-standaard Visus onder artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten in 2005?
- 4 Wat is de mate van adoptie van de JGZ-standaard Visus onder artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten in 2005?
- 5 Wat is de mate van gebruik van de JGZ-standaard Visus onder artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten in 2005?
- 6 In welke mate bewaken en monitoren thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA de continuering van het gebruik van de JGZ-standaard Visus?

Grofweg kan er een onderscheid worden gemaakt naar een procesevaluatie (vraagstelling 1) en een effectevaluatie (vraagstelling 2 t/m 6).

De specifieke taakstellingen zijn:

- Ad 1 Geen specifieke taakstelling. Een afgeleide taakstelling is dat alle koepelorganisaties en beroepsverenigingen van de aanpalende disciplines in de zorgketen (huisartsen, medisch specialisten etc.) op de hoogte zijn van de standaard, en het belang onderschrijven voor de afstemming in de zorgketen. De taakstelling is dat in 2004 gesprekken hebben plaatsgevonden met alle relevante koepelorganisaties en beroepsverenigingen.
- Ad 2 Via het berekenen van de samenhang tussen determinanten en de uitkomstmaten wordt nagegaan welke determinanten relevant zijn voor het gebruik, waar mogelijk voor verschillende subgroepen (geen specifieke taakstelling).
- Ad 3 In 2005 is 80% van de betrokken JGZ-medewerkers (artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten) op de hoogte van het bestaan van de standaard; op 70% van de werkplekken is het boek met de wetenschappelijke onderbouwing aanwezig; 70% van de betrokken JGZ-medewerkers is in het bezit van de geplastificeerde kaart en de samenvatting.
- Ad 4 In 2005 onderschrijft 80% van de betrokken JGZ-medewerkers (artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten) de inhoud en de praktische bruikbaarheid van de JGZ-standaard Visus.
- Ad 5 In 2005 voert 40% van de betrokken JGZ-medewerkers (artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten), tenminste 50% van de kernrichtlijnen in de standaard uit. Deze taakstelling is gebaseerd op eerder onderzoek waaruit blijkt dat wanneer een vernieuwing alléén wordt verspreid, het gebruik zoals bedoeld door de ontwikkelaars rond de 10-15% ligt (Paulussen 1994; Fleuren, Verlaan, De Jong e.a. 2002).
- Ad 6 Nagegaan word in hoeverre de standaard is ingebed op instellingsniveau, bijvoorbeeld in het beleid, via periodieke evaluatie en een speciale coördinator / aanspreekpersoon. Geen specifieke taakstelling.

2 Methode: projectopzet en activiteiten

2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk worden de verschillende activiteiten met betrekking tot de invoering van de JGZ-standaard Visus beschreven analoog aan de taken van het Samenwerkingsverband Implementatie (zie hoofdstuk 1.4.2), te weten:

- Verspreiding standaard en voorlichting (2.2)
- Determinantenanalyse (2.3)
- Implementatiecoördinatoren invoering eigen instelling (2.4)
- Invoerstrategieën (2.5)
- Helpdesk (2.6)
- Procesevaluatie (2.7)
- Effectevaluatie (2.8)

Bij de beschrijving wordt zoveel mogelijk de chronologische volgorde aangehouden waarin de activiteiten plaatsvonden. Sommige activiteiten, zoals het geven van voorlichting over de (invoering van de) standaard, vinden ‘continu’ plaats en zullen daarom op verschillende plaatsen aan de orde komen. Het JGZ-veld is voortdurend in beweging en er vonden ten tijde van de invoering van de JGZ-standaard Visus reorganisaties en fusies plaats. Om die reden verschilt het aantal organisaties per beschreven activiteit. In tabel 1 wordt een overzicht gegeven van de verschillende activiteiten in de tijd ten behoeve van de invoering van de standaard en het (evaluatie)onderzoek.

Tabel 1 Overzicht van de verschillende activiteiten ten behoeve van de invoering van de JGZ-standaard Visus en het evaluatieonderzoek

Activiteit en onderzoek	2002		2003		2004		2005		Beschreven in hoofdstuk
	1 ^e helft	2 ^e helft	1 ^e helft	2 ^e helft	1 ^e helft	2 ^e helft	1 ^e helft	2 ^e helft	
Presentatie standaard congres	X								2.2
Verspreiding standaard		X	X						2.2
Landelijke informatiedag thuiszorg			X						2.2
Voorlichting / werving invoeractiviteiten				X	X	X	X		2 en 4
Determinantenanalyse					X				2.3 en 3
Landelijke knelpuntendag en FAQ					X	X			2.3 en 4
Scholing implementatiecoördinatoren						X	X		2.4 en 4
Procesevaluatie				X	X	X	X		2.7 en 4
Effectevaluatie							X	X	2.8 en 5

2.2 Verspreiden standaard en voorlichting

In juni 2002 werd de JGZ-standaard Visus tijdens het landelijke congres ‘Komt dat zien’ gepresenteerd en werd het eerste exemplaar overhandigd aan het Ministerie van VWS en ZonMw. Tijdens dit congres werd door het Ministerie van VWS een mondelinge toezegging gedaan voor financiering van de invoering van deze JGZ-standaard Visus. Toen in de maanden daarna duidelijk werd dat de financiering van de invoering onzeker was c.q. op zich zou laten wachten, besloten Z-org en GGD

Nederland de standaard alvast te verspreiden onder de thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA. In het najaar van 2002 inventariseerden Z-org en GGD Nederland hoeveel exemplaren iedere organisatie nodig had en dit aantal exemplaren werd begin 2003 aan alle organisaties gestuurd.

In maart 2003 (nog voordat ZonMw hiervoor financiën ter beschikking stelde) organiseerde Z-org een landelijke informatiebijeenkomst omdat de leden van Z-org de standaard al hadden ontvangen en ermee aan de slag wilden. In deze bijeenkomst is o.a. aandacht besteed aan de specifieke knelpunten bij de invoering van de standaard. Tevens werd een handreiking 'Invoering standaarden Jeugdgezondheidszorg' uitgereikt met tips en handvatten om de verspreiding en het gebruik van de standaard in de eigen instelling te bevorderen. De handreiking was samengesteld door TNO KvL. Deze handleiding stond / staat eveneens op de website van de AJN.

Na het beschikbaar komen van de financiën voor de implementatie stuurde GGD Nederland eind 2003 aan alle hoofden van GGD'en en Stichtingen MOA een brief met daarin onder andere informatie over het belang van het werken volgens de standaard, het belang van een systematische aanpak van de invoering van de standaard, de verschillende implementatieactiviteiten (waaronder inhoudelijke scholing en implementatiescholing voor implementatiecoördinatoren / stafmedewerkers) en de voordelen van een planmatige implementatieaanpak. GGD'en en Stichtingen MOA werden gevraagd een implementatiecoördinator aan te stellen en er werd geïnventariseerd of men gebruik wilde maken van de (gratis) implementatiescholing die voor deze coördinatoren werd georganiseerd.

Bij de brief zat tevens een projectbeschrijving met informatie over de standaard, de wijze van invoering, de betrokken organisaties bij de invoering, een tijdschema van de invoeractiviteiten en informatie over het evaluatieonderzoek. Deze informatie werd door GGD Nederland eveneens op Kennisnet geplaatst.

Als reactie op de brief bleek dat veel instellingen al min of meer aan de slag waren gegaan met de invoering van de standaard. Daarop besloot het Samenwerkingsverband Implementatie onder alle organisaties te inventariseren in hoeverre de standaard al werd gebruikt en welke uitvoeringsproblemen er waren (zie hoofdstukken 2.3 en 3).

Naar aanleiding van de determinantenanalyse werd door het Samenwerkingsverband Implementatie in juni 2004 een landelijke knelpuntendag georganiseerd (zie hoofdstukken 2.3 en 3). In het najaar van 2004 nodigden GGD Nederland en Z-org alle organisaties uit om deel te nemen aan een implementatiescholing (zie hoofdstukken 2.4 en 4).

2.3 Determinantenanalyse

2.3.1 Vragenlijst

Zoals beschreven in hoofdstuk 1.3.2 vindt idealiter voorafgaande aan de invoering van een JGZ-standaard een determinantenanalyse plaats onder de toekomstige gebruikers. Tussen het uitkomen van de JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen in het voorjaar van 2002 en het vrijkomen van de implementatiegelden in het najaar van 2003 zat ruim anderhalf jaar. Toen GGD Nederland de instellingen benaderde voor deelname aan de implementatieactiviteiten (zie 2.2) bleek dat veel instellingen in de tussentijd min of meer al aan de slag waren gegaan met de invoering van de standaard. Uit de reacties werd duidelijk dat er uitvoeringsproblemen waren en dat men hiervoor een oplossing wilde hebben. Het Samenwerkingsverband Implementatie heeft toen besloten hieraan gehoor te geven door een inventarisatie van uitvoeringsproblemen te doen onder

alle organisaties, dus ook onder thuiszorginstellingen. Dit in plaats van de determinantenanalyse die in het projectplan was opgenomen.

In het voorjaar van 2004 stuurde TNO KvL, in samenwerking met Z-org en GGD Nederland, een korte vragenlijst aan de managers / hoofden van alle thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA over uitvoeringsproblemen bij het werken met de JGZ-standaard Visus op instellingsniveau. Zij werden gevraagd in hun organisatie uitvoeringsproblemen breed te inventariseren en de vragenlijst namens de organisatie in te vullen. In hoofdstuk 3 worden de opzet en de resultaten van dit onderzoek beschreven.

2.3.2 *Frequently Asked Questions en landelijke knelpuntendag*

De uitkomsten van de inventarisatie van de uitvoeringsproblemen werden voorgelegd aan de samenstellers van de JGZ-standaard Visus. Zij maakten een document met Frequently Asked Questions (FAQ) met mogelijke oplossingen voor de ervaren uitvoeringsproblemen en antwoorden op de vragen vanuit het veld. De volledige tekst van de oorspronkelijke FAQ staat in bijlage 1. De Landelijke Werkgroep Visuele Stoornissen scherpt de FAQ aan indien de praktijk of onderzoek daar aanleiding toe geven.

In juni 2004 werd door het Samenwerkingsverband Implementatie een landelijke dag georganiseerd over de visusstandaard. De hoofden / managers van alle thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA werden aangeschreven met het verzoek de implementatiecoördinatoren c.q. de mensen die belast zijn met de invoering van de visusstandaard in hun organisatie hiervoor af te vaardigen. Voorafgaand werd hen de FAQ toegestuurd. Tijdens de bijeenkomst werd eerst kort verteld over algemene implementatieprincipes, het onderzoek naar aanleiding van het uitkomen van de eerste JGZ-standaard over Gehoorstoornissen, het ontstaan van het Samenwerkingsverband Implementatie en de functie, taken en activiteiten van het Samenwerkingsverband. Daarna werden de opzet en uitkomsten van de inventarisatie van de uitvoeringsproblemen besproken. Drie samenstellers van de standaard gaven een toelichting op de standaard en op de uitkomsten van de inventarisatie. De aanwezigen werden er nogmaals op gewezen dat iedere JGZ-medewerker die een taak heeft bij de opsporing van visuele stoornissen over een exemplaar van de standaard moet beschikken (dat wil zeggen in ieder geval de samenvatting en de geplastificeerde kaart) en zo nodig ook inhoudelijk nageschoold moet worden om te kunnen werken conform de standaard. Daarna vond er een 'discussie' plaats en werden 'tips' en oplossingen voor uitvoeringsproblemen uitgewisseld, niet alleen tussen de samenstellers van de standaard en de aanwezige JGZ-medewerkers, maar vooral ook tussen de JGZ-medewerkers onderling. Tot slot werd ingegaan op toekomstige activiteiten in het kader van de invoering van de visusstandaard, waaronder het aanbod tot scholing van implementatiecoördinatoren en het evaluatieonderzoek naar het gebruik van de standaard. Op basis van deze landelijke bijeenkomst werd de FAQ aangescherpt en uitgebreid. De FAQ werd vervolgens aan de beroepsverenigingen gestuurd en na goedkeuring vastgesteld en op de websites van de AJN, Z-org en GGD Nederland geplaatst. Evenals de diverse onderdelen van de JGZ-standaard Visus is ook de tekst van de FAQ te downloaden via de website van de AJN (<http://ajn.artsennet.nl>). De FAQ is ook te downloaden via de website van de Stichting Tijdig Onderkennen van Visuele stoornissen (<http://www.stichtingtov.nl>).

2.4 Implementatiecoördinatoren invoering eigen instelling

2.4.1 *Werving*

In september 2004 nodigden GGD Nederland en Z-org alle GGD'en, Stichtingen MOA en thuiszorginstellingen uit om deel te nemen aan een implementatiescholing over de Visusstandaard. Deze uitnodigingen werden verstuurd aan de directies c.q. het management. Tevens werden de uitnodigingen op naam verstuurd aan de GGD'en en Stichtingen MOA die aan GGD Nederland kenbaar hadden gemaakt over een implementatiecoördinator te beschikken. Voor de tweede scholingsdag werden alle coördinatoren die zich voor de eerste bijeenkomst hadden opgegeven op naam uitgenodigd door GGD Nederland en Z-org.

2.4.2 *Inhoud implementatiescholing en evaluatie*

Er waren er twee scholingsbijeenkomsten van ieder een dagdeel. De scholing werd verzorgd door implementatiedeskundigen vanuit TNO KvL. De inhoud van de scholing werd vastgesteld in samenspraak met GGD Nederland en Z-org. Tijdens de eerste bijeenkomst in oktober 2004 werden algemene implementatieprincipes besproken. Dit gebeurde aan de hand van het model voor het invoeren van vernieuwingen (hoofdstuk 1.3.1). Daarbij kwamen belemmerende en bevorderende factoren aan bod en strategieën die gericht zijn op het oplossen van de belemmeringen. Tevens werd beperkt geoefend met het bevorderen van de adoptie bij de medewerkers in de organisaties. Als afsluiting maakten de coördinatoren een (eerste aanzet voor een) plan van aanpak voor de invoering van de standaard in hun eigen organisatie. Tijdens de scholing wisselden de coördinatoren tips en plannen van aanpak uit.

Voorafgaande aan de scholing kregen de deelnemers de 'Handreiking Invoering Standaarden Jeugdgezondheidszorg' toegestuurd met tips voor de systematische invoering van de standaard. Ook kreeg men het document toegestuurd met Frequently Asked Questions (FAQ) dat naar aanleiding van het onderzoek naar invoeringsproblemen bij de standaard was gemaakt (bijlage 1). Omdat er behoefte bestond aan instrumenten om het gebruik van de standaard in de eigen organisatie te kunnen monitoren en evalueren werd door TNO KvL een beknopte vragenlijst gemaakt. De deelnemers kregen deze na afloop van de eerste scholingsdag via Z-org en GGD Nederland toegestuurd.

Het was de bedoeling dat men in de tussenliggende periode tot de tweede scholingsdag het plan van aanpak in de eigen organisatie zou uitvoeren. Tijdens de tweede bijeenkomst in maart 2005, werd de voortgang van de uitvoering van het plan van aanpak besproken: welke activiteiten zijn uitgevoerd, welke niet en wat zijn de redenen daarvoor. Hierbij werden ervaringen en tips uitgewisseld tussen de coördinatoren. Daarnaast kreeg men feedback vanuit de docent.

Na afloop van de eerste bijeenkomst in oktober 2004 ontvingen alle implementatiecoördinatoren een evaluatieformulier over de scholingsbijeenkomst. De tweede bijeenkomst in maart 2005 werd niet formeel via een vragenlijst geëvalueerd vanwege het geringe aantal deelnemers. In hoofdstuk 4 worden de opzet van evaluatie met betrekking tot de implementatiescholing en de resultaten ervan beschreven.

2.5 Invoerstrategieën

De diverse activiteiten ten behoeve van de invoering van de standaard zijn in bovenstaande paragrafen beschreven, zoals de ontwikkeling van aanvullende materialen (handleiding implementatie, FAQ), voorlichting, coaching en training (implementatiecoördinatoren) en onderzoek (determinantenanalyse).

2.6 Helpdesk

Niet alleen gedurende het hele project, maar ook nu nog na afloop fungeerde / fungeert het Samenwerkingsverband Implementatie als aanspreekpunt voor de organisaties, implementatiecoördinatoren / stafmedewerkers en individuele JGZ-medewerkers. Het gaat hierbij om diverse vragen en verzoeken zoals de vraag naar extra exemplaren van de standaard, toelichting op de standaard, oplossingen voor uitvoeringsproblemen, in contact willen komen met organisaties / JGZ-medewerkers die de Landolt-C uitvoeren bij kinderen van 3 jaar en 9 maanden, in contact willen komen met mensen die ervaring hebben met de uitvoering van het visusonderzoek bij verstandelijk gehandicapte kinderen etcetera.. Afhankelijk van bij wie de vraag of het verzoek binnenkomt wordt deze meteen afgehandeld, dan wel doorgestuurd en afgehandeld door andere mensen binnen of buiten het Samenwerkingsverband Implementatie. Tijdens de vergaderingen van het Samenwerkingsverband Implementatie werden / worden vragen en verzoeken die bij de diverse leden zijn binnengekomen gemeld. De organisaties en individuele JGZ-medewerkers werden / worden continu en via diverse kanalen gewezen op de helpdeskfunctie: onder andere door brieven van Z-org en GGD Nederland over landelijke implementatieactiviteiten, via de websites van Z-org en GGD Nederland, op landelijke bijeenkomsten en congressen, bij de scholing van de implementatiecoördinatoren, bij reguliere JGZ-scholingen over de JGZ-standaarden en in diverse publicaties.

2.7 Procesevaluatie

GGD Nederland en Z-org hielden bij aan welke activiteiten de verschillende organisaties hadden deelgenomen en wat de redenen waren om er niet aan deel te nemen. Het gaat hierbij om deelname aan de landelijke informatie- en knelpuntenbijeenkomst in maart 2003 (alleen voor thuiszorginstellingen), de landelijke knelpuntendag naar aanleiding van de determinantenanalyse in juni 2004 en de implementatiescholing in oktober 2004 en maart 2005. In maart 2005 werden de organisaties hiervoor schriftelijk benaderd. Ook wordt via de effectevaluatie (hoofdstuk 2.8) duidelijk in hoeverre de individuele JGZ-medewerkers op de hoogte zijn van de JGZ-standaard Visus en hoe de introductie binnen de organisatie heeft plaatsgevonden. In hoofdstuk 4 worden de resultaten van de procesevaluatie beschreven.

2.8 Effectevaluatie

Voor de effectevaluatie stonden twee meetmomenten gepland, namelijk in 2004 en 2005. Doordat de instellingen al aan de slag waren gegaan met de JGZ-standaard Visus kon er niet meer een zuivere meting van de invoeractiviteiten van het Samenwerkingsverband Implementatie plaatsvinden. Daarnaast was door de knelpuntenvragenlijst (zie 2.3) al aardig zicht gekregen op de mate van uitvoering conform de standaard. Het uitvoeren van twee rondes evaluatieonderzoek had volgens het Samenwerkingsverband Implementatie geringe meerwaarde en zou vooral een

belasting voor het veld betekenen. In overleg met ZonMw is daarom besloten maar één evaluatiemoment te laten plaatsvinden, namelijk in 2005.

In de zomer van 2005 werd een vragenlijstonderzoek gehouden onder een representatieve steekproef van 699 JGZ-medewerkers. De hoofden c.q. het management van alle thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA werden schriftelijk benaderd met de vraag de vragenlijsten uit te delen aan willekeurige artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten in hun organisatie.

De vragenlijst is gebaseerd op het model voor het invoeren van vernieuwingen (figuur 1, hoofdstuk 1) en op uitkomsten van diverse implementatieonderzoeken, waaronder het onderzoek naar de JGZ-standaard Gehoorstoornissen (Fleuren, Verlaan, De Jong 2002). De opzet van de vragenlijst, de variabelen die gemeten zijn om de vraagstellingen (hoofdstuk 1.5) te kunnen beantwoorden en de resultaten worden beschreven in hoofdstuk 5.

3 Determinantenanalyse

3.1 Inleiding

Idealiter vindt voorafgaande aan de invoering van een JGZ-standaard een determinantenanalyse plaats onder de toekomstige gebruikers. In hoofdstuk 2.3 is beschreven dat tussen het uitkomen van de JGZ-standaard Visus en het vrijkomen van de implementatiegelden ruim anderhalf jaar zat. Uit de reacties vanuit het veld bleek dat veel organisaties in de tussentijd min of meer al aan de slag waren gegaan met de invoering van de standaard. Daarnaast werd duidelijk dat er uitvoeringsproblemen waren waarvoor men een oplossing wilde hebben. Het Samenwerkingsverband Implementatie heeft toen, in overleg met ZonMw, besloten hieraan gehoor te geven door een inventarisatie van uitvoeringsproblemen te doen onder alle organisaties. Dit in plaats van de determinantenanalyse die in het projectplan was opgenomen.

Eerst wordt de methode beschreven (hoofdstuk 3.2) en vervolgens worden de bevindingen bij de thuiszorginstellingen (hoofdstuk 3.3) en de GGD'en en Stichtingen MOA's (hoofdstuk 3.4) besproken. Tot slot wordt een beschouwing gegeven van alle bevindingen en de vervolgvactiteiten (hoofdstukken 3.5 en 3.6).

3.2 Methode

In het voorjaar van 2004 stuurde TNO KvL, in samenwerking met Z-org en GGD Nederland, een korte vragenlijst aan de managers / hoofden van alle thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA over uitvoeringsproblemen bij het werken met de JGZ-standaard Visus op instellingsniveau. Zij werden gevraagd in hun organisatie uitvoeringsproblemen breed te inventariseren en de vragenlijst namens de organisatie in te vullen. De vragenlijst mocht ook ingevuld worden door degene die belast was met de invoering van de JGZ-standaard Visus.

Eerst werd gevraagd in hoeverre alle artsen, verpleegkundigen en assistenten de geplastificeerde kaart en samenvatting hadden ontvangen (allemaal / de meerderheid / een minderheid). Daarna of op iedere werkplek het boek met de wetenschappelijke onderbouwing aanwezig was (ja / nee) en wat de redenen waren indien dit niet het geval was. Vervolgens werd gevraagd of alle artsen, verpleegkundigen en assistenten geschoold waren om het onderzoek naar visuele stoornissen te kunnen uitvoeren conform de standaard (allemaal / de meerderheid / een minderheid). Als laatste werden de tien belangrijkste kernelementen / adviezen uit de standaard voorgelegd met de vraag in hoeverre men daarbij uitvoeringsproblemen ondervond (ja / nee) c.q. wat de redenen waren om daarvan af te wijken, en wat mogelijke oplossingen waren. Zes adviezen waren gericht op JGZ-medewerkers die met 0-4 jarigen werken en vier op JGZ-medewerkers die met 4-19 jarigen werken.

3.3 Determinantenanalyse thuiszorginstellingen

3.3.1 Respons

De vragenlijst werd verstuurd aan 60 thuiszorginstellingen, waarvan 53 een ingevulde lijst terugstuurden (respons 88%).

3.3.2 *Verspreiding geplastificeerde kaart en samenvatting*

Eerst werd gevraagd in hoeverre alle artsen, verpleegkundigen en assistenten de geplastificeerde kaart en samenvatting hadden ontvangen (tabel 1). Het merendeel van de organisaties zei dat alle artsen de geplastificeerde kaart en samenvatting hadden ontvangen. Wanneer rekening wordt gehouden met het feit dat ongeveer een derde van de organisaties aangaf dat verpleegkundigen geen functie hebben bij het opsporen van visuele stoornissen, dan zegt 54% van de organisaties dat alle verpleegkundigen de geplastificeerde kaart en samenvatting hebben ontvangen. Assistenten blijken in een zeer beperkt aantal organisaties een functie te hebben bij de opsporing van visuele stoornissen. In tabel 2 is weergegeven waarom niet alle artsen en verpleegkundigen de geplastificeerde kaart en samenvatting hebben ontvangen.

Iets meer dan de helft van de organisaties (55%) zei dat het boek met de wetenschappelijke onderbouwing op elke werkplek aanwezig is. In tabel 3 zijn de redenen weergegeven waarom dit niet overal het geval is.

Tabel 1 Mate waarin de organisaties (n=53) zeggen dat alle artsen, verpleegkundigen en assistenten de geplastificeerde kaart en samenvatting hebben ontvangen, in aantallen thuiszorg-instellingen (percentages)

	Artsen	Verpleegkundigen	Assistenten
Allemaal	41 (77%)	20 (38%)	2 (4%)
De meerderheid	2 (4%)	4 (8%)	-
Een minderheid	10 (19%)	13 (25%)	5 (9%)
N.v.t. geen functie bij opsporing visuele stoornissen	-	16 (30%)	46 (87%)

Tabel 2 Redenen waarom niet alle artsen en verpleegkundigen de geplastificeerde kaart en samenvatting hebben ontvangen, in aantallen thuiszorginstellingen

Redenen	Artsen	Verpleegkundigen
Nog niet geïmplementeerd (vanwege reorganisatie)	5	5
Besproken en opgenomen in handboek op alle locaties	-	2
Geen tijd	1	1
Per vestiging een exemplaar	1	1
Huisartsen werkend als CB-arts krijgen standaard niet want doen geen peuter-CB	1	-
Samenvatting was niet meer leverbaar / onvoldoende exemplaren aanwezig	1	1
Niet uitgedeeld vanwege knelpunt Landolt-C bij 3 jaar en 9 maanden	1	1
Wachten nog op geld voor de implementatie	-	1
Slechts enkele verpleegkundigen voeren visustest uit	-	1
Gerucht dat Basistakenpakket gaat veranderen; organisatie vond standaard mogelijkheid tot samenwerking met GGD, maar dit gaat moeizaam	-	1
Alleen de verwijscriteria gekregen	1	1
Reden onbekend	1	2

Tabel 3 Redenen waarom het boek met de wetenschappelijke onderbouwing niet op elke werkplek aanwezig is, in aantallen thuiszorginstellingen (n=23)

Redenen *	
Nog niet geïmplementeerd / wachten nog op geld	6
Alle CB-artsen hebben individueel het boek	5
Op alle teamlocaties aanwezig / op alle hoofdlocaties aanwezig	5
Op iedere werkplek is de geplastificeerde kaart en samenvatting aanwezig	1
Onvoldoende exemplaren	1
Huisartsen werkend als CB-arts kunnen voor scholing niet worden bereikt	1
Geen tijd	1
Reden onbekend	5

* meerdere antwoorden waren mogelijk

3.3.3 Scholing in uitvoering onderzoek visuele stoornissen conform de standaard

Van alle organisaties zei 76% dat scholing nodig was om het onderzoek naar visuele stoornissen conform de standaard uit te kunnen voeren. In tabel 4 is weergegeven in hoeverre de artsen, verpleegkundigen en assistenten zijn geschoold om volgens de standaard te gaan werken. Bij deze berekening zijn alleen de organisaties meegenomen waarin de artsen, verpleegkundigen en assistenten ook daadwerkelijk een functie hebben bij de opsporing van visuele stoornissen.

Tabel 4 Mate waarin de organisaties zeggen dat alle artsen (n=53), verpleegkundigen (n=37) en assistenten (n=7) zijn geschoold om volgens de standaard te werken, in aantallen thuiszorginstellingen (percentages)

	Artsen	Verpleegkundigen	Assistenten
Allemaal	26 (49%)	17 (45%)	1 (14%)
De meerderheid	11 (21%)	3 (8%)	-
Een minderheid	11 (21%)	14 (38%)	4 (57%)
Niet ingevuld	5 (9%)	3 (8%)	2 (29%)

In tabel 5 is weergegeven waarom niet alle artsen, verpleegkundigen en assistenten zijn geschoold.

Van de organisaties die aangaven dat alle artsen zijn geschoold, zeiden er zes dat de artsen nog niet geschoold waren met betrekking tot de Landolt-C en één organisatie zei dat de implementatie nog niet was voltooid.

Tabel 5 Redenen waarom niet alle artsen, verpleegkundigen en assistenten zijn geschoold, in aantallen thuiszorginstellingen

Redenen	Artsen	Verpleeg- kundigen	Assis- tenten
Later in dienst gekomen, afwezig tijdens scholing	5	1	
Scholing volgt nog	4	2	
Wordt nog niet gewerkt met de standaard c.q. met de Landolt-C	3	3	1
Deel artsen legt geen prioriteit bij scholing, geen sanctiemogelijkheden	2		
Wachten nog op implementatiegeld, dachten dat training geboden werd	2	2	1
Artsen met tijdelijk contract krijgen interne scholing en geen TOV-training	1		
Huisartsen werkend als CB-arts doen geen peuter-CB	1	1	1
Geen tijd	1	3	1
Interne problemen/fusie waardoor er nog geen tijd voor is vrijgemaakt	1		
We hebben een periode geen stafarts gehad	1		
Verpleegkundigen hebben geen direct uitvoerende rol		2	
Slechts enkele verpleegkundigen voeren visusonderzoek uit		2	
Reden onbekend	1	2	1

In tabel 6 is weergegeven door welke organisaties de scholing plaatsvond, dat wil zeggen intern of extern. Bij de artsen ging het soms om een interne scholing, uitgevoerd door een stafarts. Meestal was er voor de artsen echter een externe scholing die vrijwel altijd plaatsvond door de Stichting TOV (Tijdig Onderkennen van Visuele stoornissen) (n=29) en een enkele keer door een oogarts of orthoptiste van een academisch ziekenhuis (n=3) of via de applicatiecursus van TNO KvL (n=1) (meerdere antwoorden mogelijk).

Als het gaat om de scholing van de verpleegkundigen valt op dat deze meestal intern wordt verzorgd door een stafarts. Wat betreft de externe scholing werd hierbij vier keer de Stichting TOV genoemd en één keer een orthoptiste uit een academisch ziekenhuis. Het jaartal van de laatste scholing wisselde van 1998 tot heden (2004). De meeste organisaties gaven aan dat de laatste scholing tussen 2002 en heden (2004) plaatsvond.

Tabel 6 Soort organisatie van waaruit de scholing van de artsen (n=53), verpleegkundigen (n=37) en assistenten (n=7) plaatsvond, in aantallen thuiszorginstellingen (percentages)

	Artsen	Verpleegkundigen	Assistenten
Intern	9 (17%)	20 (54%)	2 (29%)
Extern	31 (58%)	5 (14%)	-
Zowel intern als extern	-		
Niet ingevuld	13 (25%)	12 (32%)	5 (71%)

3.3.4 Uitvoeringsproblemen kernelementen / adviezen standaard

Bij 1-2 maanden en bij 3-4 maanden VOV-test en Van Wiechenonderzoek verrichten

Op de vraag of er problemen zijn bij de uitvoering van het onderzoek bij 1-2 maanden en 3-4 maanden, antwoordden 48 organisaties (91%) ontkennend. De vijf organisaties (9%) die wel uitvoeringsproblemen ervaren, noemden de volgende problemen: (nieuwe) artsen zijn niet geschoold (n=1); onderzoek bij 1-2 maanden (doorvallend licht) wordt door huisartsen die als CB-arts werken soms niet uitgevoerd (n=1); soms huilen kinderen of houden hun ogen dicht (n=1); verpleegkundigen merken dat veel kinderen

niet volgen met de ogen en hun hoofd op de leeftijd van twee maanden, het verwijstraject is zeer strikt en dat veroorzaakt veel (onnodige) onrust bij ouders (n=1); het kost veel tijd om telkens het hele blok in te vullen, daarom registreren we 'VOV voldoende' als alles voldoende is en vullen het hele blok in als niet alles voldoende is (n=1).

Op de vraag of deze problemen oplosbaar zijn, werd ten aanzien van de scholing van nieuwe artsen gezegd dat het kostenplaatje voor de organisatie te hoog is. Ten aanzien van het volgen op de leeftijd van 2 maanden werd als oplossing genoemd dat er vooraf wordt gecommuniceerd tussen de verpleegkundige en CB-arts alvorens het kind naar de CB-arts verwezen wordt.

Bij 6-9 maanden en bij 14-24 maanden VOV-test verrichten

In totaal zeiden 46 organisaties (87%) geen problemen te ondervinden bij de uitvoering van het onderzoek bij 6-9 en 14-24 maanden. Zes organisaties (11%) noemden wel problemen en één organisatie beantwoordde deze vraag niet. De problemen waren: nieuwe artsen c.q. een deel van de artsen is hiervoor niet geschoold (n=2); geen ruimte voor extra consult bij 12 maanden als het onderzoek bij 9 maanden onvoldoende is (n=1); er vindt geen artsconsult plaats tussen 5,5 en 11 maanden (n=1); door vermindering van de contactmomenten is er slechts één contactmoment per periode en dat betekent veel extra indicatieconsulten (n=1); het VOV wordt door artsen uitgevoerd op de leeftijden van 9, 12 en 24 maanden (n=1).

Als oplossing voor de genoemde problemen vroeg één organisatie zich af of een consult bij 14 maanden ook goed is als het onderzoek bij 9 maanden onvoldoende blijkt. Ten aanzien van de scholing werd door een organisatie gezegd dat dit teveel kost. Een andere organisatie meldde dat huisartsen die als CB-arts werken geen scholing wilden volgen en dat daar geen sanctiemogelijkheden voor zijn; wanneer de huisartsen ermee ophouden is er geen vervanging.

Bij 3 jaar visusbepaling: APK of APK-TOV, eventueel LH-kaart

De visusbepaling op de leeftijd van 3 jaar werd in 23 organisaties door de arts gedaan (43%), in 19 organisaties door de verpleegkundige (36%) en in 10 organisaties door zowel de arts als de verpleegkundige (19%). Eén organisatie gaf aan dat deze richtlijn niet van toepassing is omdat er op deze leeftijd geen contactmoment is, maar wel bij 2 jaar en 9 maanden.

Vrijwel alle organisaties zeiden dat de persoon die het onderzoek uitvoert hierin geschoold is. In 29 organisaties (58%) vond de scholing intern plaats, in 13 organisaties (26%) extern en in 8 organisaties (16%) zowel intern als extern. Eén organisatie gaf aan dat er geen scholing heeft plaatsgevonden en twee organisaties vulden deze vraag niet in. De interne scholing vond meestal door de stafarts of CB-arts plaats. De externe scholing vond meestal door de Stichting TOV plaats.

Als het gaat om problemen bij de uitvoering van deze activiteiten, gaven 25 organisaties (47%) aan dat er problemen waren. Eenentwintig organisaties (40%) gaven aan geen problemen te ondervinden en zeven organisaties (13%) vulden deze vraag niet in. In tabel 7 zijn de problemen weergegeven. In tabel 8 is weergegeven hoe de organisaties de problemen eventueel hebben opgelost.

Tabel 7 Problemen bij de uitvoering van de visusbepaling bij 3 jaar, in aantallen thuiszorginstellingen (n=25)

Problemen *	
Onderzoekruimte niet geschikt voor 5m kaart (dan doet verpleegkundige geen visusonderzoek)	9
Bij 3 jaar lukt dit onderzoek vaak niet waardoor meer extra consulten nodig zijn; extra consulten zijn vaak niet mogelijk vanwege overbelasting dienst	6
Verpleegkundigen doen dit onderzoek c.q. gaan dit in de toekomst doen	3
Geen tijd genoeg om visusbepaling + VOV te doen	1
Beschikbaarheid APK-TOV kaarten voor beide disciplines	1
Artsenconsult bij 2,5 en 3,5 jaar	1
Deel van de artsen is niet geschoold (wilde niet)	1
Verpleegkundigen bouwen langzaam ervaring op door geringe aantal kinderen dat ze onderzoeken	1
Geen eenduidige notering	1
APK-TOV-kaart hangt vaak op zicht zodat kind gelegenheid krijgt de plaatsjes al te onthouden	1
Op deze leeftijd geen contactmoment, wel bij 2 jaar en 9 maanden	1
Richtlijnen zijn niet allemaal logisch	1
Problemen nog niet bekend, gaan standaard nog invoeren	5
Reden onbekend	

* meerdere antwoorden waren mogelijk

Tabel 8 Oplossing problemen bij de uitvoering van de visusbepaling bij 3 jaar, in aantallen thuiszorginstellingen (n=25)

Oplossingen *	
Opnieuw proberen, zonodig doet arts bij 3 jaar visusbepaling; arts doet op indicatie visusbepaling	4
Scholing van verpleegkundige moet nog plaatsvinden als deze visusbepaling gaat doen	3
3 meter-kaart gebruiken	2
Zoeken naar vervangende locaties of locaties samenvoegen	2
APK-TOV-kaart gebruiken	2
Ruimte diagonaal gebruiken	2
Hebben zelf vragenlijst samengesteld met alarmsymptomen waardoor arts zonodig bij 3 jaar visusbepaling doet; hebben aanvullend protocol	2
Nieuwe richtlijn: visusbepaling gebeurt twee keer door verpleegkundige en derde keer door arts	1
Brildragende kinderen zijn een probleem	1
Geen oplossing genoemd	7

* meerdere antwoorden waren mogelijk

Bij 3 jaar en 9 maanden visusbepaling met Landolt-C-kaart

De visusbepaling op de leeftijd van 3 jaar en 9 maanden werd in 34 organisaties door de arts gedaan (64%), in 4 organisaties door de verpleegkundige (8%) en in 6 organisaties door zowel de arts als de verpleegkundige (11%). Negen organisaties (17%) beantwoordden deze vraag niet, maar gaven aan dat het gebruik van de Landolt-C-kaart nog niet is ingevoerd.

Het merendeel van de organisaties zei dat de persoon die het onderzoek uitvoert hierin geschoold is. In 18 organisaties (34%) vond de scholing intern plaats, in 11 organisaties (21%) extern en in 4 organisaties (8%) zowel intern als extern. Negen organisaties (17%) gaven aan dat er geen scholing heeft plaatsgevonden en elf organisaties (21%)

vulden deze vraag niet in. De interne scholing vond meestal door de stafarts of een CB-arts plaats en de externe scholing door de Stichting TOV.

Als het gaat om problemen bij de uitvoering van deze richtlijn, gaven bijna alle organisaties (n=51, 96%) aan dat er problemen waren. Slechts twee organisaties gaven aan dat er geen problemen waren. In tabel 9 zijn de problemen weergegeven. In tabel 10 is weergegeven hoe de organisaties de problemen eventueel hebben opgelost.

Tabel 9 Problemen bij de uitvoering van de visusbepaling bij 3 jaar en 9 maanden met behulp van de Landolt-C-kaart, in aantallen thuiszorginstellingen (n=51)

Problemen *	
Kinderen begrijpen deze kaart niet; taalbarrière; dit kost veel tijd; APK behouden; hebben zelf onderzoek gedaan en het lukt niet (bij 8 van de 10 sociaal zwakkere kinderen lukt het niet)	19
Onderzoekruimte is niet geschikt voor 5m kaart	15
Aanschaf materialen; beschikken nog niet over de Landolt-C; aanschaf kost veel geld	10
Nog niemand geschoold in de Landolt-C	6
We wachten resultaten landelijk onderzoek af over haalbaarheid bij deze leeftijd voordat we dit invoeren, tot die tijd APK	4
Nog altijd gebruik APK / APK-TOV	4
Landolt-C-kaart past niet in de lichtbak; problemen met de belichting	4
Twijfels over het nut van de Landolt-C	1
Standaard wordt als streng ervaren als het gaat om verwijzing zeker bij kinderen die bij herhaling niet willen en waarbij geen twijfels zijn en/of risicofactoren	1
Beschikken niet over de LH-kaart	1
Is nog onduidelijk wie contactmoment bij 3 jaar en 9 maanden gaat doen	1
Bij de helft van de artsen lukt het wel, bij de andere helft niet	1
Oogartsen vinden dat er onder de 5 jaar niet gescreend kan worden m.b.v. Landolt-C	1
Verpleegkundigen hebben weinig ervaring in dit onderzoek	1
Reden onbekend	1

* meerdere antwoorden waren mogelijk

Tabel 10 Oplossing problemen bij de uitvoering van de visusbepaling bij 3 jaar en 9 maanden met behulp van de Landolt-C-kaart, in aantallen thuiszorginstellingen (n=51)

Oplossingen *	
Bij niet lukken Landolt-C overgaan op APK	10
Bij niet lukken Landolt-C apart 4-jarigen bureau, doorschuiven in planning, in overleg met GGD oplossen	4
Probleem kleine ruimtes niet oplosbaar	4
Bij kleine ruimtes andere locaties zoeken	3
Bij niet lukken Landolt-C overgaan op LH-kaart	2
Verlichting met spotjes aanpassen, nieuwe lichtbakken kopen	2
Oplossing moet met management besproken worden	2
Werkgroep standaard moet gebruik Landolt-C heroverwegen	1
Bij kleine ruimtes APK-TOV gebruiken	1
In afwachting van invulling Basistakenpakket wordt met implementatie gewacht	1
In afwachting van verdere landelijke reactie wordt met de implementatie gewacht	1
Geen oplossing genoemd	26

* meerdere antwoorden waren mogelijk

Bij 5-6 jaar visusbepaling met Landolt-C-kaart

Slechts twee organisaties gaven aan dit onderzoek te doen. Het onderzoek gebeurde door de assistente. Deze was daar intern in geschoold. De organisaties gaven aan geen problemen te ervaren bij de uitvoering van dit onderzoek.

Dit advies en onderstaande drie adviezen zijn bedoeld voor JGZ-medewerkers die met 4-19 jarigen werken. Omdat het onderzoek onder thuiszorginstellingen plaatsvond is het logisch dat slechts een paar organisaties (die geïntegreerde zorg bieden van 0-19 jaar) deze vragen hebben beantwoord.

Bij leeftijd ouder dan 6 jaar visusonderzoek alleen op indicatie

Wederom slechts twee organisaties vulden deze vraag in. Ze gaven beiden aan dit onderzoek alleen op indicatie te doen.

Niet standaard het onderzoek naar kleurzin verrichten

Drie organisaties vulden deze vraag in en zeiden alle drie dit onderzoek niet te verrichten.

Niet standaard afnemen van diepteziëntest

Vier organisaties vulden deze vraag in en zeiden alle vier dit onderzoek niet te verrichten.

Andere uitvoeringsproblemen

Vier organisaties meldden andere knelpunten c.q. vragen die bij de andere onderwerpen nog niet aan bod zijn geweest. Deze zijn:

- Niet duidelijk op welke gronden Landolt-C geprefereerd wordt boven de APK, behalve dat visus beter te bepalen is.
- Er ontbreekt een landelijke stellingname door een onafhankelijk gremium over hoe vaak gecertificeerd moet worden.
- Welke kaart voldoet bij een ruimte van kleiner dan 5m?
- Als er een perfecte testafname is geweest bij 3 jaar, hoe belangrijk is dan een visustest met 4 jaar?
- In standaard op bladzijde 25 ontbreekt in schema de notaties 5/15 en respectievelijk 3/15 voor het linkeroog.
- Volgens onze informatie kun je een afstandsprobleem (minder dan 3 meter) niet met een spiegel oplossen. Klopt dat?
- Voor ons is onduidelijk hoe het implementatietraject wordt uitgevoerd. We dachten dat er een landelijke training zou komen en wachten nog hierop.

3.4 Determinantenanalyse GGD'en en Stichtingen MOA

3.4.1 Respons

De vragenlijst werd verstuurd aan 40 GGD'en en 6 MOA's, waarvan 36 organisaties een ingevulde lijst terugstuurden (respons 78%).

3.4.2 Verspreiding geplastificeerde kaart en samenvatting

Eerst werd gevraagd in hoeverre alle artsen, verpleegkundigen en assistenten de geplastificeerde kaart en samenvatting hadden ontvangen (tabel 11). Het merendeel van de organisaties zei dat alle artsen de geplastificeerde kaart en samenvatting hadden ontvangen. Wanneer wordt gecorrigeerd voor het feit dat in sommige organisaties verpleegkundigen en assistenten geen functie hebben bij het opsporen van visuele

stoornissen, dan zegt 62% en 55% van de organisaties dat respectievelijk alle verpleegkundigen en assistenten de geplastificeerde kaart en samenvatting hebben ontvangen. In tabel 12 is weergegeven waarom niet alle artsen en verpleegkundigen de geplastificeerde kaart en samenvatting hebben ontvangen.

Meer dan de helft van de organisaties (58%) zei dat het boek met de wetenschappelijke onderbouwing op elke werkplek aanwezig is. In tabel 13 zijn de redenen weergegeven waarom dit niet overal het geval is.

Tabel 11 Mate waarin de organisaties (n=36) zeggen dat alle artsen, verpleegkundigen en assistenten de geplastificeerde kaart en samenvatting hebben ontvangen, in aantallen GGD'en en MOA's (percentages)

	Artsen	Verpleegkundigen	Assistenten
Allemaal	26 (72%)	21 (58%)	16 (44%)
De meerderheid	5 (14%)	4 (11%)	3 (8%)
Een minderheid	5 (14%)	9 (25%)	10 (28%)
N.v.t. geen functie bij VOV	-	1 (3%)	4 (11%)
Niet ingevuld		1 (3%)	3 (8%)

Tabel 12 Redenen waarom niet alle artsen, verpleegkundigen en assistenten de geplastificeerde kaart en samenvatting hebben ontvangen, in aantallen GGD'en en MOA's

Redenen *	Artsen	Verpleeg- kundigen	Assis- tenten
Nieuwkomers krijgen wel protocol maar niet de plastic kaart, standaard beperkt gedrukt en niet meer verkrijgbaar	4	3	1
Nog niet geïmplementeerd; implementatie komt binnenkort			
Op elke locatie ligt de kaart, deze heeft men niet persoonlijk gekregen	2	1	3
Gebruiken eigen protocol vanwege deelname Ramses-onderzoek	1	1	1
Hebben eigen protocol aangepast aan de standaard; hebben eigen protocol gemaakt op basis van de standaard omdat we dat leesbaarder vinden	1	1	1
Hebben instructie gekregen, beslissing ligt bij arts, vormen team met de arts	1	3	3
Wel de kaart, maar niet de samenvatting, deze is besproken door een arts	1	1	3
Niet te bestellen begin 2003, noch bij AJN, GGD Nederland en uitgever	1	1	1
Reden onbekend		2	

* Meerdere antwoorden waren mogelijk

Tabel 13 Redenen waarom het boek met de wetenschappelijke onderbouwing niet op elke werkplek aanwezig is, in aantallen GGD'en en MOA's (n=15)

Redenen *	
Centraal / in dienst aanwezig, via documentatiecentrum en Internet beschikbaar	4
Ze hebben de kaart persoonlijk; iedereen heeft het protocol	2
Onvoldoende exemplaren; niet te bestellen bij AJN, GGD Nederland en uitgever	2
Op alle teamlocaties aanwezig	1
Implementatie komt binnenkort	1
Wel op de vaste locaties, maar niet in elke koffer van degenen die op scholen werken	1
We werken tot nu toe met eigen protocol	1
Reden onbekend	3

* meerdere antwoorden waren mogelijk

3.4.3 Scholing in uitvoering onderzoek visuele stoornissen conform de standaard

Van alle organisaties zeiden er 21 (58%) dat scholing nodig was om het onderzoek naar visuele stoornissen conform de standaard uit te kunnen voeren. In tabel 14 is weergegeven in hoeverre de artsen, verpleegkundigen en assistenten zijn geschoold om volgens de standaard te gaan werken. Bij deze berekening zijn alleen de organisaties meegenomen waarin de artsen, verpleegkundigen en assistenten ook daadwerkelijk een functie hebben bij de opsporing van visuele stoornissen. In tabel 15 is weergegeven waarom niet alle artsen, verpleegkundigen en assistenten zijn geschoold.

Tabel 14 Mate waarin de organisaties zeggen dat alle artsen (n=36), verpleegkundigen (n=35) en assistenten (n=32) zijn geschoold om volgens de standaard te werken, in aantallen GGD'en en MOA's (percentages)

	Artsen	Verpleegkundigen	Assistenten
Allemaal	16 (44%)	13 (37%)	17 (53%)
De meerderheid	6 (17%)	5 (14%)	4 (13%)
Een minderheid	11 (31%)	11 (31%)	5 (16%)
Niet ingevuld	3 (8%)	6 (17%)	6 (19%)

Tabel 15 Redenen waarom niet alle artsen, verpleegkundigen en assistenten zijn geschoold, in aantallen GGD'en en MOA's

Redenen	Artsen	Verpleeg- kundigen	Assis- tenten
Later in dienst gekomen, niet allemaal aanwezig	3	2	1
Standaard is geïmplementeerd c.q. men heeft er uitleg over gekregen en scholing werd niet nodig geacht, wordt al gewerkt volgens standaard	3	1	1
Geen scholing aangeboden	1		
Uitzendkrachten worden wel ingewerkt en krijgen protocol via jeugdarts	1	1	1
We gebruiken eigen protocol vanwege deelname Ramses-onderzoek	1	1	1
Standaard in ICT besproken en intern protocol wordt aangepast	1		
Verpleegkundigen doen geen visusonderzoek, verpleegkundigen doen alleen visusonderzoek bij PGO 13 jaar (dus niet conform standaard)		2	
Eerdere scholing TNO	1		1
Binnenkort vindt de scholing plaats	1	1	1
We staan niet achter de standaard	1	1	1
Niet alle GGD'en hebben MOA bij scholing betrokken	4	1	
Reden onbekend		6	2

In tabel 16 is weergegeven door welke organisaties de scholing plaatsvond, dat wil zeggen intern of extern. Bij de interne scholing van de artsen werd veelal niet aangegeven wie de scholing verzorgde. De externe scholing voor artsen vond vrijwel altijd plaats door TNO KvL (n=10) of door de Stichting TOV (n=2).

Wat betreft de externe scholing van de verpleegkundigen wordt zeven keer TNO KvL genoemd en twee keer de Stichting TOV. De scholing van de assistenten vond meestal extern plaats via TNO KvL (n=13). Daarnaast werden de stichting TOV (n=1) en Nederlands Instituut voor opleiding van Praktijk Assistenten (NIPA) genoemd (n=1). Het jaartal van de laatste scholing wisselde van 1995 tot heden (2004). De meeste organisaties gaven aan dat de laatste scholing tussen 2002 en heden (2004) plaatsvond.

Tabel 16 Soort organisatie van waaruit de scholing van de artsen (n=36), verpleegkundigen (n=35) en assistenten (n=32) plaatsvond, in aantallen GGD'en en MOA's (percentages)

	Artsen	Verpleegkundigen	Assistenten
Intern	15 (42%)	13 (37%)	7 (22%)
Extern	9 (25%)	8 (23%)	14 (44%)
Zowel intern als extern	1 (3%)	1 (3%)	1 (3%)
Niet ingevuld	11 (31%)	13 (37%)	10 (31%)

3.4.4 *Uitvoeringsproblemen kernelementen / adviezen standaard*

Bij 1-2 maanden en bij 3-4 maanden VOV-test en Van Wiechenonderzoek verrichten

Slechts een organisatie gaf aan dit onderzoek te doen. Als probleem hierbij werd aangegeven dat artsen met een nieuwe othoscoop moeten werken en dat deze nu al op veel plaatsen zoek was.

Dit advies en onderstaande drie adviezen zijn bedoeld voor JGZ-medewerkers die met 0-4 jarigen werken. Omdat het onderzoek onder GGD'en en Stichtingen MOA plaatsvond is het logisch dat slechts een paar organisaties (die geïntegreerde zorg bieden van 0-19 jaar) deze vragen hebben beantwoord.

Bij 6-9 maanden en bij 14-24 maanden VOV-test verrichten

Wederom één organisatie gaf aan dit onderzoek te doen. Hierbij werden geen problemen ervaren.

Bij 3 jaar visusbepaling: APK of APK-TOV, eventueel LH-kaart

Twee organisaties gaven aan de visusbepaling op de leeftijd van 3 jaar te doen. De ene organisatie gaf aan dat de arts dit onderzoek doet, die hierin intern geschoold was. Deze organisatie gaf aan problemen te ondervinden bij dit onderzoek, maar gaf niet aan welke problemen. De andere organisatie gaf aan dat na invoering van het Basistakenpakket dit onderzoek zal plaatsvinden door de verpleegkundige. De verpleegkundige wordt hierin (extern) geschoold door een orthoptist. Als verwacht probleem bij dit onderzoek werd vermeld dat een deel van de doelgroep de APK niet snapt. Als oplossing hiervoor droeg men aan dat ouders met kinderen van 2,5 jaar oefenen met de APK-plaatjes in het Groeiboekje.

Bij 3 jaar en 9 maanden visusbepaling met Landolt-C-kaart

De visusbepaling op de leeftijd van 3 jaar en 9 maanden werd door twee organisatie gedaan, door de verpleegkundige die hierin extern geschoold was door een orthoptist c.q. een stafarts. Een organisatie zei dat na invoering van het Basistakenpakket de arts dit onderzoek gaat doen. Als probleem bij de uitvoering van dit onderzoek werd door één organisatie aangegeven dat kinderen en ouders niet altijd snappen wat de bedoeling is. Als oplossing hiervoor heeft men een folder ontwikkeld van een 'C' waarmee ouders kunnen oefenen. Deze folder wordt meegegeven met 3 jaar of met de oproep. De andere organisatie gaf aan vanwege problemen met de Landolt-C-kaart de APK-TOV te gebruiken.

Bij 5-6 jaar visusbepaling met Landolt-C-kaart

Op de vraag wie de visusbepaling op 5-6 jarige leeftijd doet, werd als volgt geantwoord: de assistente (n=16, 44%), de assistente en arts (n=12, 33%), de arts en verpleegkundige (n=4, 11%), de arts (n=1, 3%), de verpleegkundige (n=1, 3%), de verpleegkundige en assistente (n=1, 3%) en de arts, verpleegkundige en assistente (n=1, 3%). Het merendeel van de organisaties (n=33, 92%) gaf aan dat deze persoon/personen geschoold is/zijn. In 13 gevallen (36%) vond de scholing extern plaats, in 16 gevallen (44%) intern en in 4 gevallen (11%) zowel intern als extern. De interne scholing vond meestal door een arts plaats. De externe scholing vond veelal via TNO KvL (n=12) plaats en/of via de Stichting TOV (n=3).

Als het gaat om problemen bij de uitvoering van het visusonderzoek op de leeftijd van 5-6 jaar, gaven 23 organisaties (64%) aan problemen hierbij te ondervinden. Tien

organisaties gaven aan geen problemen te ondervinden en drie organisaties beantwoordden de vraag niet. In tabel 17 zijn de problemen weergegeven. Eén organisatie gaf aan dat er geen uitvoeringsproblemen waren, maar dat men wel twijfelde aan bepaalde verwijscriteria. In tabel 18 is weergegeven hoe de organisaties de problemen eventueel hebben opgelost.

Tabel 17 Problemen bij de uitvoering van de visusbepaling bij 5-6 jaar, in aantallen GGD'en en MOA's (n=23)

Problemen *	
Bij veel kinderen lukt dit nog niet: bij allochtone kinderen, bij kinderen met ontwikkelingsachterstand, bij jonge kleuters	5
Ruimtes zijn niet geschikt (kleiner dan 5 meter)	2
Ogen doortesten tot 1.25 lukt vaak niet	2
Bij 2 regels verschil wordt in verband met het beleid van de oogartsen niet altijd verwezen, met name bij 1.25 en 0.8 (er wordt dan wel gecontroleerd) **	1
De TNO-stereotest wordt wel vaak afgenomen	1
Voeren Polaroid-test uit	1
Erg veel revisies extra door verder te gaan dan 1.0 namelijk tot 1.25	1
Lichthoeveelheid bij testen op scholen (nemen spot mee, maar niet duidelijk hoeveel Lux dat is)	1
Minderheid van medewerkers is bekend met de standaard	1
Weerstand dat niet op APK teruggevallen mag worden	1
Volgen eigen protocol in verband met deelname aan Ramsesonderzoek	1
Thuiszorg werkt niet volgens standaard en doet APK bij 3 jaar en 9 maanden waardoor controlecriteria voor onderzoek en follow-up moeilijk toepasbaar zijn	1
Testen 1.25 / 1.0	1
VOV onderzoek wordt niet altijd gedaan omdat assistente op school screent en kind niet altijd door arts wordt gezien	1
Assistenten hebben moeite met criterium 0.8 = goed	1
VOS: 0.8 / VOS 1.25 men vindt verwijzing van een kind dan overdreven **	1
Landolt-ringenkast komt niet helemaal overeen met landelijke Landolt-kaart	1
Reden onbekend	9

* meerdere antwoorden waren mogelijk

** Dit commentaar is in de FAQ (bijlage 1) verwerkt; de standaard is dus via de FAQ hierop aangepast

Tabel 18 Oplossing problemen bij de uitvoering van de visusbepaling bij 5-6 jaar, in aantallen GGD'en en MOA's (n=23)

Oplossingen *	
De APK gebruiken (en controle na 0,5 of 1 jaar)	2
Beide ogen testen tot 1.0	1
Normen visusstandaard aangepast aan onze eigen visusmeting	1
Polaroidtest opnemen in de standaard	1
We testen nu niet meer door tot 1.4	1
Nu op indicatie (dus bij 0.8 OD + 1.25 OS)	1
Op indicatie doen we toch LH-test	1
We hebben aanpassingen gemaakt i.v.m. tijdsinvestering	1
Zonodig op Hyvarinen-kaart terugvallen	1
Deel van het probleem is op te lossen door de standaard breed in te voeren	1
Door overleg met oogarts; nu alle verwijzingen goed volgen van de kleuter PGO en over half jaar evalueren met oogartsen in ICT-overleg	1
Thuiszorg gaat pilot met Landolt-C doen bij leeftijd van 3 jaar en 9 maanden	1
Scholing zal helpen dat assistenten geen moeite hebben met criterium 0.8 = goed	1
Geen oplossing genoemd	9

* meerdere antwoorden waren mogelijk

Bij leeftijd ouder dan 6 jaar visusonderzoek alleen op indicatie

Het merendeel van de organisaties (n=22, 61%) zei het visusonderzoek bij kinderen ouder dan 6 jaar alleen op indicatie te verrichten. In tabel 19 is weergegeven welke argumenten organisaties gaven om op dit punt van de standaard af te wijken. Van de organisaties die wel conform de standaard werkten op dit punt gaven vier organisaties aan dat dit onder protest gebeurt; men twijfelt of iedereen het volgt en ouders verwachten dit onderzoek. Een organisatie gaf aan dat men risicogroepen heeft gedefinieerd die wel frequent visusonderzoek krijgen. Een andere organisatie zei dat Voortgezet Speciaal Onderwijs een uitzondering is.

Tabel 19 Redenen om af te wijken van de richtlijn om bij 6 jaar en ouder alleen op indicatie visusonderzoek te verrichten, in aantallen GGD'en en MOA's (n=14)

Redenen *	
Standaard is op dit punt nog niet geïmplementeerd; jeugdartsen zijn via ICT hier nog mee bezig	2
Momenteel is visusonderzoek nog standaard onderdeel bij contactmomenten in groep 7 en klas 1	1
Criteria voor verrichten visusonderzoek op indicatie zijn onvoldoende scherp: nagaan van deze criteria weegt niet op tegen tijdsinvestering die het onderzoek vraagt	1
Standaard wijkt af van de NHG-standaard wat betreft verwijscriteria	1
We verrichten nog PVO in groep 7 en PGO in klas 2 met visustest (groep 8 is wel vervallen)	1
Deels, wij houden > 7 jaar aan i.v.m. uitvoering programma: veel kleuters zijn 6-7 jaar; de indicatiecriteria laten we gelden voor alle kleuters ouder dan 5 jr. (is kleuter < 5 jr. dan laten we de kleuter terugkomen bij onvoldoende visus	1
Wij doen nog steeds regulier visusonderzoek bij 9 jaar en 13 jaar: niet iedereen is ervan overtuigd dat afschaffen > 6jr geen 'delay' geeft. Vroeg ontdekken betekent gezondheidswinst. Met ingang van komend schooljaar doen we dit niet meer	1
Bij > 6 jaar zijn er ook bevindingen van visusproblemen, hoewel niet altijd direct gezondheidsprobleem, wel goed om tijdig te onderkennen en te weten	1
Bij elk kind wordt visus gemeten omdat onzeker is of de anamnese betrouwbaar is	1
Arts en assistente doen het visusonderzoek en dan kost het nauwelijks tijd	1
Refractie en myopieklachten worden pas laat herkend door kinderen / ouders	1
Slechte standaard	1

* meerdere antwoorden waren mogelijk

Niet standaard het onderzoek naar kleurzin verrichten

Drieëntwintig organisaties (64%) zeiden het onderzoek naar kleurzin niet te verrichten (conform de standaard). In tabel 20 staan de redenen die de dertien organisaties gaven om dit onderzoek wel te verrichten. Een organisatie die dit onderzoek niet verrichtte zei wel risicogroepen te hebben gedefinieerd namelijk kinderen die voornamelijk met gekleurd materiaal moeten werken en zeer moeilijk lerende kinderen. Een andere organisatie zei dat men wel de aanbeveling volgde maar vond dat het belang van kennis van kleurzin niet wordt onderkend in de standaard. Niet alleen voor de beroepskeuze, maar ook voor bijvoorbeeld de Cito-toets (speciale Cito-toets).

Tabel 20 Redenen om af te wijken van de richtlijn om geen onderzoek naar kleurzin te doen, in aantallen GGD'en en MOA's (n=13)

Redenen *	
Voor beroep en begrip van het gedrag van het kind is dit van belang. We verrichten dit onderzoek bij PVO groep 7 en nu nog in klas 2: leerlingen noemen klachten niet spontaan maar we komen het toch regelmatig tegen. Leerlingen zijn gebaat bij een betrouwbaar advies en dit kan helpen bij de studiekeuze. Goed om de mate van kleur onderscheidend vermogen te weten en zonodig voorlichting over te geven. Advisering mogelijk voor beroepsvoorlichting. Algemene ontwikkelingsmogelijkheid (screeningsinstrument) bij afname anamnese	4
Ouders en scholen vragen erom	2
Bij groep 2 wel in verband met vroegtijdige opsporing en adviezen	1
In huidige werkwijze is onderzoek naar kleurzin nog standaard onderdeel bij de contactmomenten in groep 7 en klas 1	1
Dit onderzoek heeft meerwaarde in het totale onderzoek	1
Een grote groep kinderen kan ongemak ondervinden door deze handicap (is sociaal geneeskundig aspect). Dit wordt vergeten bij de standaardontwikkeling	1
Wordt binnenkort geïmplementeerd	1
Als Basistakenpakket helemaal is ingevoerd, volgen wij deze aanbeveling	1
Slechte standaard	1

* meerdere antwoorden waren mogelijk

Niet standaard afnemen van diepteziëntest

Tweeëntwintig organisaties (61%) zeiden geen diepteziëntest af te nemen (conform de standaard). In tabel 21 staan de redenen die de veertien organisaties gaven om dit onderzoek wel te verrichten. Een organisatie die dit onderzoek niet verrichtte zei dit alleen te doen wanneer er verwezen moet worden of wanneer er specifieke problemen in de anamnese zijn. Een andere organisatie zei dit onderzoek alleen op indicatie te doen en toegevoegd aan het visusonderzoek van de arts.

Tabel 21 Redenen om af te wijken van de richtlijn om geen diepteziëntest af te nemen, in aantallen GGD'en en MOA's (n=14)

Redenen *	
Geeft extra informatie ook over het ontwikkelingsniveau, motoriek en ruimtelijk inzicht	3
Soms als visus niet lukt, lukt dit bij jonge kinderen nog wel	1
Op indicatie (dus bij 0.8 OD + 1.25 OS) diepteziëntest	1
Is vast onderdeel bij het onderzoek in groep 2 en verder op indicatie	1
Wordt standaard gedaan bij PGO groep 2 als aanvulling, niet als screening	1
Doen we nu alleen op indicatie	1
Bij kinderen jonger dan 6 jaar en OD en/of OS 0.65, dan aanvullend dieptezien. Indien test negatief, dan verwijzen	1
Heeft meerwaarde in het totale onderzoek	1
Test is snel en makkelijk uit te voeren en heeft als meerwaarde algemene ontwikkeling	1
Mogelijkheid tot screenen 'begrippen' beheersing bij het kind	1
Volgens jeugdartsen toch risico's en mogelijkheden t.b.v. kinderen < 8 jaar	1
Wordt binnenkort geïmplementeerd	1
Als Basistakenpakket helemaal is ingevoerd, volgen wij deze aanbeveling	1
Slechte standaard	1

* meerdere antwoorden waren mogelijk

Andere uitvoeringsproblemen

Vier organisaties meldden andere knelpunten c.q. vragen die bij de andere onderwerpen nog niet aan bod zijn geweest. Deze zijn:

- Nog geen informatie van GGD Nederland ontvangen, ondanks vraag
- Probleem in onze regio is dat het Kruiswerk het visusonderzoek op 3 jaar en 9 maanden met APK verricht. Hierdoor kloppen de verwijscriteria naar de GGD niet
- Organisatorisch is het moeilijk om bij elke bepaling van een gezichtsscherpte een onderzoek door een arts te laten verrichten
- De verwijscriteria zijn te ruim

3.5 Beschouwing

Uit de inventarisatie wordt duidelijk dat in 2004 het merendeel van de organisaties de invoering van de JGZ-standaard Visus min of meer ter hand heeft genomen, in afwachting van landelijke implementatieactiviteiten. Naar opgaaf van de organisaties zijn de geplastificeerde kaarten en samenvattingen verspreid onder het merendeel van de JGZ-medewerkers. Ervan uitgaande dat iedere JGZ-medewerker die een functie heeft bij het opsporen van visuele stoornissen over een exemplaar zou moeten beschikken, behoeft de verspreiding verbetering. Daarnaast blijkt dat slechts iets meer dan de helft van de organisaties aangeeft dat het boek met de wetenschappelijke onderbouwing op iedere werkplek beschikbaar is.

Driekwart van de thuiszorginstellingen en ruim de helft van de GGD'en en Stichtingen MOA zei dat scholing nodig was om het onderzoek naar visuele stoornissen conform de standaard uit te kunnen voeren. Naar opgaaf van de organisaties is het merendeel van de JGZ-medewerkers inhoudelijk geschoold in het visusonderzoek conform de standaard of gaat dat op korte termijn (niet nader gespecificeerd) gebeuren. Er is echter nog een substantiële groep JGZ-medewerkers die (nog) niet geschoold is om het onderzoek conform de standaard uit te kunnen voeren.

De gerapporteerde uitvoeringsproblemen waren divers, maar concentreerden zich op enkele kernelementen / adviezen uit de standaard, namelijk het gebruik van de Landolt-C kaart met 3 jaar en 9 maanden, het niet standaard verrichten van onderzoek naar kleurzin en alleen op indicatie visusonderzoek verrichten bij kinderen ouder dan 6 jaar en de dieptezien test afnemen.

De inventarisatie heeft als beperking dat slechts een of twee personen namens de organisatie hebben ingevuld in hoeverre de standaard is verspreid, medewerkers zijn geschoold en welke uitvoeringsproblemen er zijn. Dit beeld kan uiteraard gekleurd zijn door de perceptie van de invuller. Bovengenoemde bevindingen met betrekking tot de verspreiding van de standaard en scholing van de medewerkers moeten dan ook met de nodige voorzichtigheid worden geïnterpreteerd en geven slechts een indicatie. Andersoortig evaluatieonderzoek (zie hoofdstuk 5) is nodig om de werkelijke mate van verspreiding vast te stellen.

Het onderzoek was echter bedoeld om een overzicht te krijgen van uitvoeringsproblemen met betrekking tot de JGZ-standaard Visus. Los van de frequentie van vóórkomen, komt uit het onderzoek een vrij compleet beeld van alle uitvoeringsproblemen waar tijdens de landelijke invoeractiviteiten aandacht aan zou moeten worden besteed. Een eerste stap is om de gerapporteerde problemen voor te leggen aan de samenstellers van de standaard. Een tweede stap is om bovenstaande bevindingen en de reactie hierop van de samenstellers van de standaard terug te koppelen en te bespreken met de thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA. Afhankelijk van de uitkomst van deze bespreking zouden aanvullende invoerstrategieën ontwikkeld moeten worden. Tot slot moeten de bevindingen van bovengenoemde inventarisatie, de reactie van de samenstellers van de standaard en de uitkomst van de bespreking met de organisaties in de scholing van de implementatiecoördinatoren aan de orde komen.

3.6 Vervolgactiviteiten

De uitkomsten van bovenstaande inventarisatie van de uitvoeringsproblemen zijn voorgelegd aan de samenstellers van de JGZ-standaard Visus. Zij maakten een document met Frequently Asked Questions (FAQ) met mogelijke oplossingen voor de ervaren uitvoeringsproblemen en antwoorden op de vragen vanuit het veld. De volledige tekst van de FAQ staat in bijlage 1. In juni 2004 werd een landelijke dag georganiseerd voor alle thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA waarin onder andere de uitkomsten van bovenstaande inventarisatie en de FAQ werden besproken. Op basis van deze landelijke bijeenkomst werd de FAQ aangescherpt en uitgebreid. De FAQ werd vervolgens aan de beroepsverenigingen gestuurd en na goedkeuring vastgesteld en op de websites van de AJN, GGD Nederland en Z-org geplaatst (zie ook hoofdstukken 2.3.2 en 4).

4 Procesevaluatie

4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op **vraagstelling 1** (hoofdstuk 1.5), namelijk in hoeverre de verschillende GGD'en, thuiszorginstellingen en Stichtingen MOA hebben deelgenomen aan de implementatieactiviteiten die vanuit het Samenwerkingsverband Implementatie zijn aangeboden en wat de redenen zijn voor niet deelname (4.2). Ook wordt beschreven hoe een van de activiteiten, namelijk de scholing voor implementatiecoördinatoren, is geëvalueerd door de deelnemers (4.3 en 4.4). Als laatste wordt beschreven in hoeverre disciplines in de zorgketen (huisartsen, medisch specialisten etc.) op de hoogte zijn gebracht van het bestaan van de JGZ-standaard Visus (4.5).

4.2 Bereik instellingen en werving implementatiecoördinatoren

In het voorjaar van 2005 zetten GGD Nederland en Z-org in samenwerking met TNO KvL op een rij aan welke implementatieactiviteiten de verschillende organisaties hadden deelgenomen en zo niet, waarom niet (zie hoofdstuk 2.7). TNO KvL zette op een rij welke organisaties aan de determinantenanalyse (hoofdstuk 2.3) en de effectevaluatie (hoofdstuk 2.8) hadden meegedaan. Hierbij werd uitgegaan van de op dat moment (dus voorjaar 2005) 56 thuiszorginstellingen, 39 GGD'en en 6 Stichtingen MOA. Wanneer twee organisaties bijvoorbeeld in de periode na de landelijke knelpuntendag in 2004 waren samengegaan, werden de gegevens van beide 'oude' organisaties naast elkaar gelegd. In tabel 1 staat per soort organisatie wat de deelname aan de verschillende implementatieactiviteiten en onderzoek is.

Tabel 1 Deelname aan verschillende implementatieactiviteiten door thuiszorginstellingen (n=56), GGD'en (n=39) en Stichtingen MOA (n=6)

	Thuiszorginstellingen	GGD'en	Stichtingen MOA
Landelijke informatiebijeenkomst maart 2003	36 (64%)*	nvt	Nvt
Vragenlijst determinantenanalyse	50 (89%)	33 (85%)	3
Landelijke knelpuntendag juni 2004	25 (45%)*	19 (49%)	4
1 ^e dag implementatiescholing oktober 2004	22 (39%)	17 (44%)	4
2 ^e dag implementatiescholing maart 2005	4 (7%)	4 (10%)	2
Vragenlijst effectevaluatie	49 (88%)	34 (87%)	6

* Van 5 thuiszorginstellingen is niet bekend of ze aan de landelijke bijeenkomsten hebben deelgenomen

Er is nagegaan in hoeverre de organisaties hebben deelgenomen aan de implementatieactiviteiten. Als criterium is genomen: deelname aan een of beide landelijke bijeenkomsten én deelname aan een of beide scholingsdagen. In totaal hebben 12 GGD'en (31%), 19 thuiszorginstellingen (34%) en 3 Stichtingen MOA aan zowel een landelijke bijeenkomst als aan een scholing voor implementatiecoördinatoren deelgenomen. Daar staat tegenover dat 12 GGD'en (31%), 9 thuiszorginstellingen (16%) en 1 Stichting MOA aan geen enkele activiteit hebben deelgenomen. Van 5 van

deze 9 thuiszorgorganisaties was niet meer te achterhalen of ze aan een van de landelijke bijeenkomsten hadden deelgenomen.

Er is ook nagegaan in hoeverre de organisaties hebben deelgenomen aan onderzoek. Als criterium is genomen: deelname aan de determinantenanalyse én deelname aan de effectevaluatie. In totaal hebben 29 GGD'en (74%), 46 thuiszorginstellingen (82%) en 3 Stichtingen MOA aan beide onderzoeken deelgenomen. Daar staat tegenover dat 2 GGD'en en 3 thuiszorginstellingen aan geen enkele onderzoek hebben deelgenomen en van deze organisaties is op geen enkele manier bekend hoe men tegenover de JGZ-standaard Visus staat en in hoeverre deze wordt gebruikt.

Eén GGD heeft noch aan de implementatieactiviteiten noch aan het onderzoek meegedaan.

Redenen niet-deelname landelijke bijeenkomsten

Er is niet nagevraagd waarom de organisaties niet hebben deelgenomen aan de landelijke bijeenkomsten in maart 2003 en juni 2004. Van 5 thuiszorginstellingen is onbekend of ze hieraan hebben deelgenomen. Naast de 19 GGD'en die aanwezig waren in juni 2004, hadden 4 GGD'en zich wel opgegeven, maar bleken op de dag zelf niet aanwezig te zijn.

Redenen niet-deelname 1^e scholingsdag implementatie

Vanuit de 56 thuiszorginstellingen namen 22 organisaties (39%) deel aan de eerste dag van de implementatiescholing met in totaal 22 personen. Als reden voor niet-deelname zeiden 8 organisaties (14%) al een ervaren coördinator te hebben, 1 organisatie (2%) gaf aan de standaard al geïmplementeerd te hebben met behulp van de Stichting TOV, 4 organisaties (7%) (allen met een ervaren coördinator) hadden zich wel opgegeven maar konden vanwege een treinstaking de bijeenkomst niet bijwonen en van 21 organisaties (38%) is onbekend waarom ze niet deelnamen.

Van de 39 GGD'en namen 17 organisaties (44%) deel aan de eerste dag van de implementatiescholing met in totaal 18 personen. Als reden voor niet-deelname zeiden 8 organisaties (21%) al een ervaren coördinator te hebben, 4 organisaties (10%) gaven aan de standaard al geïmplementeerd te hebben, 6 organisaties (15%) (waarvan 1 met een ervaren coördinator) hadden zich opgegeven maar konden vanwege een treinstaking de bijeenkomst niet bijwonen en van 4 organisaties (10%) is onbekend waarom ze niet deelnamen. Deze laatste 4 organisaties hebben naar eigen opgaaf geen coördinator.

Van de 6 Stichtingen MOA namen 4 organisaties deel aan de eerste dag van de implementatiescholing met in totaal 6 mensen. Eén organisaties gaf als reden van niet-deelname verhinderd te zijn die dag en de andere organisatie gaf aan dat de implementatie via de GGD gebeurde.

Redenen niet-deelname 2^e scholingsdag implementatie

Voor de tweede scholingsdag werden alle coördinatoren die bij de eerste bijeenkomst aanwezig waren of zich ervoor hadden opgegeven, op naam uitgenodigd door GGD Nederland en Z-org.

Vanuit de thuiszorginstellingen namen 4 organisaties deel aan de tweede bijeenkomst. Redenen voor niet deelname waren: wel belangstelling maar verhinderd die dag (7x), wel opgegeven maar niet geweest (3x), de implementatie is nog niet ver genoeg gevorderd (2x), de implementatie is al klaar (2x), geen interesse (2x), reden onbekend (6x).

Vanuit de GGD'en namen 4 organisaties deel aan de tweede scholingsdag (waarvan 1 die bij de eerste bijeenkomst zei de standaard al geïmplementeerd te hebben). Reden

voor niet-deelname waren: wel belangstelling maar verhinderd die dag (17x), geen interesse (2x), reden onbekend (1x).

Vanuit de Stichtingen MOA namen 2 organisaties deel aan de tweede scholingsdag. Eén organisatie had wel belangstelling maar was verhinderd die dag. Van een andere organisatie is de reden van niet-deelname onbekend.

4.3 Evaluatie eerste scholingsdag implementatiecoördinatoren

4.3.1 Inleiding

In september 2004 nodigden GGD Nederland en Z-org alle GGD'en, Stichtingen MOA en thuiszorginstellingen uit om deel te nemen aan een implementatiescholing over de Visusstandaard. Er waren twee scholingsbijeenkomsten van ieder een dagdeel. De inhoud van de scholing is uitvoerig beschreven in hoofdstuk 2.4. Tijdens de eerste bijeenkomst in oktober 2004 werden algemene implementatieprincipes besproken. Aan bod kwamen belemmerende en bevorderende factoren en strategieën die gericht zijn op het oplossen van de belemmeringen. Daarnaast maakten de coördinatoren een plan van aanpak voor de invoering van de standaard in hun eigen organisatie. Voorafgaande aan de scholing kregen de deelnemers de 'Handreiking Invoering Standaarden Jeugdgezondheidszorg' toegestuurd met tips voor de systematische invoering van de standaard en de FAQ (zie hoofdstuk 2.3.2 en bijlage 1). Tijdens de tweede bijeenkomst in maart 2005, werd de voortgang van de uitvoering van het plan van aanpak besproken. Hierbij werden ervaringen en tips uitgewisseld tussen de coördinatoren. Daarnaast kreeg men feedback van de docent.

4.3.2 Methode

Tijdens de bijeenkomst in oktober 2004 ontvingen alle implementatiecoördinatoren een evaluatieformulier over de scholingsbijeenkomst. Eerst werden er vier stellingen voorgelegd over de *kennis* die men had opgedaan over implementatie tijdens de scholing. Als tweede werden tien stellingen voorgelegd over de mate waarin men zich in staat voelde de implementatie in de eigen organisatie te begeleiden, de zogenaamde *eigen-effectiviteitsverwachting*. Daarna werd gevraagd in hoeverre men van plan was het implementatieplan dat tijdens de bijeenkomst was gemaakt in de organisatie in te voeren. Vervolgens werden tien *praktische voorwaarden* voorgelegd die de implementatie in positieve dan wel negatieve zin kunnen beïnvloeden. Daarna kwamen tien stellingen aan bod over de *inhoud van de scholing*. Hier werd ook gevraagd naar de bruikbaarheid van de 'Handreiking Invoering Standaarden Jeugdgezondheidszorg' en de FAQ die was gemaakt naar aanleiding van de knelpunteninventarisatie over de uitvoeringsproblemen met de Visusstandaard. Tot slot werd men gevraagd een *rapportcijfer* te geven voor de bijeenkomst en kon men opmerkingen over de scholing kwijt. Voor alle stellingen gold dat men zijn/haar antwoord kon aangeven op een 4-puntsschaal, variërend van 'helemaal mee oneens' tot 'helemaal mee eens'. De tweede bijeenkomst in maart 2005 werd niet formeel via een vragenlijst geëvalueerd vanwege het geringe aantal deelnemers (zie hoofdstuk 4.2).

4.3.3 Respons

In totaal vulden 24 van de 46 coördinatoren (52%) een bruikbaar evaluatieformulier in: 16 formulieren waren afkomstig van coördinatoren vanuit de GGD'en of Stichtingen MOA (respons is 67%) en 8 formulieren van coördinatoren vanuit de thuiszorginstellingen (respons is 36%). Van de 24 coördinatoren gaven er 19 aan

werkzaam te zijn als arts, 4 als verpleegkundige en 1 coördinator vulde in stafmedewerker te zijn, zonder verdere vermelding van de discipline.

4.3.4 *Kennisoverdracht tijdens scholing*

Het gemiddelde cijfer voor de stellingen over de kennisoverdracht was 3,0 (range 2,8 – 4,0). Dit betekent dat het merendeel van de coördinatoren het eens was met de stellingen dat ze voldoende kennis hadden opgedaan over hoe implementatieprocessen verlopen, welke belemmerende en bevorderende factoren er kunnen zijn en welke implementatiemethoden er zijn om de standaard in hun organisatie te kunnen implementeren. Ook was men het eens met de stelling te weten wat er van hen verwacht werd als implementatiecoördinator.

4.3.5 *Eigen-effectiviteitsverwachting*

Het gemiddelde cijfer voor de stellingen over de eigen-effectiviteitsverwachting was 2,9 (range 2,5 – 3,8). Dit betekent dat het merendeel van de coördinatoren het eens was met de stellingen zich in staat te voelen de standaard in de eigen organisatie in te voeren en de voortgang ervan te bewaken. De stellingen hadden enerzijds betrekking op het opstellen van een actieplan waaronder het bepalen van de factoren die een rol spelen in de eigen organisatie en het selecteren van daarbij aansluitende implementatiestrategieën. Anderzijds hadden de stellingen betrekking op het voorlichten van de medewerkers over de standaard en het begeleiden van de individuele medewerkers bij het werken volgens de standaard. Tot slot hadden enkele stellingen betrekking op de organisatie van randvoorwaarden en het bewaken van de voortgang van het werken met de standaard, waaronder bewaken dat iedere medewerker inhoudelijk geschoold wordt. Stellingen die er in negatieve zin uitsprongen waren de stellingen dat men zich in staat voelde alle medewerkers te overtuigen om volgens de standaard te gaan werken en alle zorgdisciplines in de verwijsketen op de hoogte te brengen van de invoering van de standaard; respectievelijk 9 (38%) en 11 (46%) coördinatoren waren het oneens met deze stellingen.

Op de vraag of men van plan was het actieplan zoals opgesteld tijdens de eerste scholingsdag daadwerkelijk uit te voeren, zeiden 12 coördinatoren (52%) binnen drie maanden te starten met de uitvoering. Drie coördinatoren (13%) gaven aan binnen een half jaar te zullen starten. Eén coördinator beantwoordde deze vraag niet. Acht coördinatoren zeiden niet van plan te zijn te starten. Als reden hiervoor gaven drie coördinatoren aan tijdens het opstellen van het actieplan tot de conclusie te zijn gekomen dat de standaard al geïmplementeerd was. Drie coördinatoren zeiden dat zij weliswaar de scholing volgden, maar dat iemand anders de werkelijke invoering zou doen (overdracht onder andere vanwege ontslag). Eén coördinator gaf aan dat de organisatie in een fusieproces zat en dat na de fusie de standaard in de 'nieuwe' organisatie ingevoerd zou worden.

4.3.6 *Praktische voorwaarden om de standaard te kunnen invoeren*

Het gemiddelde cijfer voor de stellingen over de aanwezigheid van voldoende praktische voorwaarden om de standaard te kunnen invoeren was 3,16 (range 2,2 – 4,0). Dit ging hierbij om zaken als kunnen beschikken over voldoende tijd en financiële middelen en of men kon beschikken over voldoende exemplaren van de standaard. Daarnaast ging het om de ondersteuning van de direct leidinggevende, de directie / het management van de organisatie en collega's. Stellingen die er in negatieve zin uitsprongen waren de stellingen dat men over voldoende tijd beschikte, er voldoende exemplaren waren van de geplastificeerde kaart en samenvatting om deze te kunnen

verspreiden en er voldoende financiële middelen waren: respectievelijk 12 (55%), 10 (46%) en 7 (33%) coördinatoren waren het oneens met deze stellingen. In positieve zin sprongen de stellingen over de steun door de direct leidinggevenden en de directie / het management eruit: respectievelijk 20 (87%) en 19 (83%) coördinatoren waren het (helemaal) eens met deze stellingen. Daarnaast waren de coördinatoren het eens met de stelling voldoende ondersteuning te krijgen van de artsen in de organisatie (100% mee eens), de verpleegkundigen (96% mee eens) en de doktersassistenten (87% mee eens).

4.3.7 *Inhoud scholing*

Het gemiddelde rapportcijfer over de scholing was 7,5 (range 6 – 9). Het gemiddelde cijfer voor de stellingen over de inhoud van de scholing was 2,9 (range 2,4 – 3,7). Dit betekent dat het merendeel van de coördinatoren het onder andere eens was met de stellingen dat de scholing bruikbaar was voor de implementatie in de eigen organisatie, men voldoende toegerust was om een actieplan te kunnen maken en er voldoende tijd besteed was aan het bespreken en beantwoorden van vragen. Alle 24 coördinatoren waren het eens met de stelling dat de scholing bruikbaar was voor de implementatie in de eigen organisatie. Echter vijftien coördinatoren (65%) waren het oneens met de stelling dat men voldoende praktisch had kunnen oefenen.

De presentatie door de docent werd als goed beoordeeld (gemiddelde cijfer is 3,3; range 3,0 – 4,0).

De Handreiking Invoering Standaarden Jeugdgezondheidszorg en het document Frequently Asked Questions werden over het algemeen als een bruikbaar hulpmiddel voor de implementatie van de standaard in de organisatie beschouwd (gemiddelde cijfer is 3,2; range 3,0 – 4,0).

4.3.8 *Suggesties ter verbetering van de scholing*

Achttien coördinatoren maakten opmerkingen over de scholing of gaven suggesties ter verbetering. Een deel van de opmerkingen ging over de organisatie van de scholing en een ander deel over de inhoud van de scholing.

Organisatie scholing

Wat betreft de organisatie van de scholing gaven drie coördinatoren aan dat GGD Nederland en Z-org in de toekomst ervoor zouden moeten zorgen dat de coördinatoren van de 0-4 jarigen en de coördinatoren van de 4-19 jarigen uit dezelfde regio samen uitgenodigd zouden moeten worden voor de scholing. Dit in verband met de afstemming. Drie coördinatoren merkten op dat de voorlichting door GGD Nederland en Z-org aan de hoofden over wat de implementatie precies inhoudt en wat de functie van de coördinator inhoudt, duidelijker had mogen zijn. Dit had kunnen voorkomen dat de vertegenwoordigers van de organisatie naar de scholing zijn gekomen die niet de juiste personen waren voor de implementatie, aldus deze coördinatoren. Eén coördinator merkte op dat de scholing als mosterd na de maaltijd kwam omdat er zo'n lange tijd zat tussen het uitkomen van de standaard en de scholing. Daarom was men zelf, onvoorbereid en zonder Handreiking Invoering Standaarden Jeugdgezondheidszorg, al aan de slag gegaan met de invoering.

Eén coördinator merkte op dat duidelijk in de uitnodigingsbrief had moeten staan dat er niet veel praktisch geoefend zou worden.

Eén coördinator stelde voor dat de deelnemers voorafgaand aan de scholing meer aan voorbereiding zouden kunnen doen. Daarnaast werd de suggestie gedaan de Handreiking Invoering Standaarden Jeugdgezondheidszorg en de FAQ digitaal aan te leveren zodat deze (in aangepaste vorm), gemakkelijk binnen de organisatie verspreid zouden kunnen worden.

Inhoud scholing

Wat betreft de inhoud van de scholing werd als belangrijkste verbeterpunt genoemd dat er meer ruimte moest zijn voor het praktisch oefenen. Dit werd door acht coördinatoren genoemd. Als punten voor verbetering werden genoemd:

- Meer ingaan op de concrete situatie binnen organisaties en deze diepgaander bespreken zodat er een concreter plan van aanpak kan worden gemaakt
- Meer praktisch oefenen met het analyseren van knelpunten en het creëren van draagvlak
- Meer tijd besteden aan het maken van een plan van aanpak
- Ingaan op hoe de inhoudelijke scholing voor de medewerkers opgezet moet worden
- Ingaan op hoe de afstemming tussen de zorg voor 0-4 jarigen en de zorg voor 4-19 jarigen geregeld kan worden
- Meer tijd voor uitwisseling van ervaringen tussen diverse organisaties die in verschillende fasen van het implementatieproces verkeren
- Meer aandacht voor de tijd die implementatie kost en voor de verschillende problemen waar men tegenaan kan lopen
- Meer tijd uittrekken voor de hele scholing, bijvoorbeeld een hele dag in plaats van een halve dag

Een ander inhoudelijk punt betrof de FAQ en de afwezigheid van (een van) de samenstellers van de standaard om op de FAQ toelichting te kunnen geven. Drie coördinatoren vonden het een gemis dat er niet inhoudelijk op de FAQ ingegaan kon worden. Eén van deze drie coördinatoren zei dat met name de vraag onbeantwoord is gebleven of de Landolt-C kaart een meerwaarde heeft boven de APK. Een andere coördinator vond het juist erg vervelend dat er inhoudelijke vragen kwamen over de FAQ omdat op voorhand duidelijk was dat de bijeenkomst daar niet voor was bedoeld en deze vragen al in een eerdere knelpuntenbijeenkomst (juni 2004) waren besproken.

Twee coördinatoren gaven aan dat de scholing voor hen juist niet veel nieuwe informatie bevatte. Eén van deze coördinatoren zei dat het toesturen van de Handreiking Invoering Standaarden Jeugdgezondheidszorg mogelijk ook voldoende was geweest. De andere coördinator zei dat het efficiënter was geweest de scholing op één dag te organiseren samen met de bespreking van de knelpunten / FAQ (knelpuntendag juni 2004). Dit ook in verband met de lange reistijd voor sommige coördinatoren.

Tot slot merkte een van de coördinatoren op dat het beter zou zijn in de FAQ een onderscheid te maken tussen inhoudelijke en praktische punten.

4.3.9 Beschouwing

Over het algemeen kan worden geconcludeerd dat de eerste scholingsdag positief is gewaardeerd, maar dat er meer behoefte was aan verdieping. Een duidelijk verbeterpunt dat de coördinatoren aangaven was de mogelijkheid tot het praktisch kunnen oefenen. Wanneer deze scholing bij de implementatie van volgende JGZ-standaarden opnieuw aangeboden wordt, is het zinvol eerst te inventariseren wat de coördinatoren zouden willen leren. Daarbij zou veel meer dan nu het geval was, niet alleen het overdragen van kennis, maar ook het oefenen van praktische vaardigheden aan bod moeten komen. De door de respondenten aangehaalde onderwerpen kunnen daarbij als leidraad dienen. Wanneer er meer ruimte komt voor het oefenen van praktische vaardigheden, zou de eerste scholingsdag uitgebreid kunnen worden van één naar twee dagleden. Dit laatste komt ook tegemoet aan de wensen van een deel van de respondenten.

Een tweede verbeterpunt betreft de organisatie van de scholing. Duidelijke communicatie over de inhoud van de scholing maar vooral ook voor wie de scholing is bedoeld, is wenselijk. Daarnaast is het aan te bevelen om binnen een regio zowel de

coördinatoren vanuit de zorg voor 0-4 jarigen als coördinatoren uit de zorg voor 4-19 jarigen gezamenlijk uit te nodigen (mits de standaard beide leeftijdsgroepen bestrijkt). Tot slot is het te overwegen één van de samenstellers van de standaard bij de implementatiescholing aanwezig te laten zijn voor het beantwoorden van inhoudelijke vragen. In het geval van de JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen was dit niet opportuun omdat er al een landelijke dag was georganiseerd over knelpunten in de uitvoering en een toelichting was gegeven op de FAQ. Mogelijk waren de coördinatoren die dit punt in de evaluatie meldden niet aanwezig op de landelijke knelpuntendag (juni 2004, zie hoofdstuk 2.3.2). Betere communicatie enerzijds over de verschillende implementatieactiviteiten naar de organisaties en anderzijds vanuit de organisaties naar de coördinatoren, kan dit probleem mogelijk in de toekomst voorkomen.

4.4 Evaluatie tweede scholingsdag implementatiecoördinatoren

Gezien de geringe deelname aan de tweede scholingsbijeenkomst werd deze niet formeel geëvalueerd door middel van een vragenlijst. Tijdens de bijeenkomst vertelden de aanwezigen over de voortgang van de invoering van de standaard binnen de eigen organisatie. Dit bleek zeer uiteenlopend te zijn. Sommige coördinatoren waren net begonnen met de invoering waarbij bijvoorbeeld de coördinator in gesprek was gegaan met de leidinggevende om een plan van actie te bespreken. Andere coördinatoren waren al wat verder gevorderd en hadden scholingen geregeld en knelpunten geïnventariseerd bij de invoering. Een enkele keer was de standaard al opgenomen in het kwaliteitssysteem van de organisatie en werd er al volgens de standaard gewerkt.

Vanuit de coördinatoren werden een aantal bespreekpunten aangedragen. Een van de punten was de landelijke evaluatie van het gebruik van de standaard door de diverse organisaties. Men wilde weten wanneer deze resultaten beschikbaar waren. Een coördinator gaf aan dat hij naar aanleiding van de eerste bijeenkomst het gebruik van de standaard in de eigen organisatie had geëvalueerd. Dit met behulp van het door TNO KvL aangereikte evaluatie-instrument. Verder werd opgemerkt dat het invoeren van de standaard lastig is nu er zoveel andere ontwikkelingen gaande zijn, waaronder het elektronische dossier. Een ander bespreekpunt was hoe om te gaan met partners in de regio zoals oogartsen. Er werd opgemerkt dat zij niet altijd op de hoogte zijn van de standaard die de JGZ gebruikt. Dit speelt volgens de coördinatoren op zowel regionaal als landelijk niveau. In dit verband vroeg men zich af of er nog exemplaren van de standaard beschikbaar waren.

Volgens de aanwezigen was de follow-up bijeenkomst zinvol. Met name het uitwisselen van elkaars ervaringen vond men zeer zinvol en leerzaam.

4.5 Voorlichting disciplines in zorgketen

Voor het gebruik van de JGZ-standaarden in algemene zin, is het van belang dat aanpalende disciplines in de zorgketen (huisartsen, medisch specialisten etc.) op de hoogte zijn van de standaard, en het belang onderschrijven voor de afstemming in de zorgketen. Op deze manier kan vervolg worden gegeven aan het door de JGZ-medewerker uitgestippelde beleid. In de periode 2002 tot 2005 vonden diverse activiteiten plaats om alle relevante koepelorganisaties en beroepsverenigingen op de hoogte te stellen van de JGZ-standaard Visus en te stimuleren dat zij de standaard onderschrijven.

Op landelijk niveau vindt er (regulier) overleg plaats tussen de AJN enerzijds en de Nederlandse Vereniging van Kinderartsen (NVK) en het Nederlands Huisartsen

Genootschap (NHG) anderzijds. Tijdens het landelijke congres in 2002 waarin de JGZ-standaard Visus werd gepresenteerd (hoofdstuk 2.2.) werd een voordacht gehouden door een vertegenwoordiger van het NHG waarin de NHG-standaard Refractieafwijkingen (destijds: Oogheelkundige Diagnostiek) en de JGZ-standaard Visus werden vergeleken. Tijdens de discussie werd gesproken over de noodzaak tot afstemming van beleid. Daarnaast hield een hoogleraar Oogheelkunde namens het Oogheelkundig Genootschap een lezing over de aansluiting van de standaard bij de werkwijze van de oogartsen.

In 2003 verscheen een artikel over de JGZ-standaard Visus in het Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde, bedoeld om disciplines in de zorgketen op de hoogte te stellen van de standaard (Van Velzen-Mol, Blankespoor, Wagenaar-Fischer e.a. 2003).

In de scholing voor implementatiecoördinatoren (hoofdstuk 2.4) werden de deelnemers gewezen op het belang van het maken van afspraken met huisartsen op lokaal niveau. Dit werd onder andere opgenomen in het plan van aanpak voor de invoering van de standaard in de eigen instelling. Verschillende organisaties hebben hier gevolg aan gegeven.

5 Effectevaluatie

5.1 Inleiding

Voor de effectevaluatie stonden twee meetmomenten gepland, namelijk in 2004 en 2005. Doordat de instellingen al aan de slag waren gegaan met de JGZ-standaard Visus kon er geen zuivere meting van de invoeractiviteiten van het Samenwerkingsverband Implementatie meer plaatsvinden. Daarnaast was door de knelpuntenvragenlijst in 2004 (zie hoofdstuk 3) al aardig zicht gekregen op de mate van uitvoering conform de standaard. Het uitvoeren van twee rondes evaluatieonderzoek had volgens het Samenwerkingsverband Implementatie geringe meerwaarde en zou vooral een belasting voor het veld betekenen. In overleg met ZonMw is daarom besloten maar één evaluatiemoment te laten plaatsvinden, namelijk in 2005.

In het oorspronkelijke projectplan was, naast een vragenlijstonderzoek, voorzien in een registratieonderzoek onder een deel van de JGZ-medewerkers. De achterliggende gedachte was dat bekend is dat gerapporteerd gedrag (via vragenlijsten) een systematische vertekening geeft in het werkelijke gebruik (Adams, 1999). Doorgaans blijkt het gerapporteerde gedrag fors hoger te liggen ($\pm 30\%$) dan wanneer het op objectieve wijze wordt vastgesteld. Uiteindelijk is in overleg met ZonMw afgezien van een dergelijk registratieonderzoek omdat zowel de vertegenwoordigers van de beroepsorganisaties, de ontwikkelaars van de standaard en Z-org en GGD Nederland (bij nader inzien) van mening waren dat het gebruik van de kernelementen van de standaard niet uit het JGZ-dossier te halen was. Daarnaast werd ingeschat dat de JGZ-medewerkers niet te motiveren zouden zijn voor een dergelijk registratieonderzoek waarbij het gebruik nog niet zuiver gemeten kon worden. Als alternatief is ervoor gekozen om via de vragenlijst het gebruik zo gedetailleerd mogelijk per kernelement van de standaard te meten en daarbij strenge criteria te hanteren voor de mate van gebruik (zie hoofdstuk 5.2.2).

5.2 Methode

In de zomer van 2005 werd een vragenlijstonderzoek gehouden onder een representatieve steekproef van 699 JGZ-medewerkers. De hoofden c.q. het management van alle thuiszorginstellingen (N=56), GGD'en (N=39) en Stichtingen MOA (N=6) werden schriftelijk benaderd met de vraag de vragenlijsten uit te delen aan willekeurige artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten in hun organisatie. In de vragenlijst zelf werd een onderscheid gemaakt of men werkzaam was met 0-4 jarigen, 4-19 jarigen of 0-19 jarigen. In bijlage 2 is beschreven welke criteria zijn gebruikt om het aantal vragenlijsten per organisatie en per discipline vast te stellen. Begin 2005 hadden GGD Nederland en Z-org de organisaties op de hoogte gesteld van het onderzoek met de vraag eraan deel te nemen. Ten tijde van het onderzoek werd tevens op de websites van de beroepsverenigingen en koepelorganisaties een korte uitleg gegeven over het onderzoek met de oproep eraan mee te werken.

Na zes weken werden alle organisaties gebeld waarvan nog geen enkele vragenlijst terug was. Er werd nagegaan waarom er nog geen vragenlijst terug was. Afhankelijk van het antwoord werd gevraagd of men de lijsten alsnog wilde invullen. Organisaties waarvan de helft van de vragenlijsten of minder terug waren, kregen na zes weken een schriftelijke reminder.

5.2.1 Meetinstrumenten en variabelen

De vragenlijst is gebaseerd op het model voor het invoeren van vernieuwingen (figuur 1, hoofdstuk 1) en op uitkomsten van diverse implementatieonderzoeken, waaronder het onderzoek naar de JGZ-standaard Gehoorstoornissen (Fleuren, Verlaan, De Jong 2002). Voordat de vragenlijst werd verstuurd werd deze voorgelegd aan alle deelnemers van het Samenwerkingsverband Implementatie. Daarnaast werd de lijst voorgelegd aan drie van de samenstellers van de standaard. Op basis van hun commentaar werd de definitieve vragenlijst gemaakt. Hierna volgt per vraagstelling (voor uitleg zie hoofdstuk 1.5) een beschrijving van de verschillende variabelen die zijn gemeten om de betreffende vraagstelling te kunnen beantwoorden.

Algemene gegevens

Gevraagd werd naar het type organisatie waar men werkte (thuiszorginstelling, GGD, Stichting MOA), met welke leeftijdscategorieën kinderen (0-4 jarigen, 4-19 jarigen, 0-19 jarigen) en in welke functie (arts, verpleegkundige, doktersassistente).

Verspreiding (vraagstelling 3)

Eerst werd gevraagd of men *op de hoogte* was van het bestaan van de JGZ-standaard Visus (ja / nee) en hoe men op de hoogte was geraakt. De respondenten die aangaven niet op de hoogte te zijn, vulden de vragenlijst niet verder in.

Voor alle drie de onderdelen van de standaard (boek, samenvatting en geplastificeerde kaart) werd 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 afzonderlijke onderdelen hadden *gelezen* (4-puntsschaal; ken het onderdeel niet, (nog) niet doorgelezen, oppervlakkig doorgelezen, volledig en grondig doorgelezen). Dezelfde vragen werden ook gesteld over de FAQ (zie hoofdstuk 2.3.2).

Adoptie (vraagstelling 4)

De respondenten konden via 13 stellingen (4-puntschaal; helemaal mee oneens tot helemaal mee eens) aangeven wat men vond van de *inhoudelijke juistheid en praktische bruikbaarheid* van de JGZ-standaard Visus. Voorbeelden zijn: 'De verschijnselen die wijzen op visuele stoornissen zijn in deze standaard juist beschreven' en 'In de standaard wordt helder aangegeven welke achtereenvolgende stappen van mij worden verwacht bij de signalering van visuele stoornissen'.

Determinanten (vraagstelling 2)

Op basis van eerder onderzoek naar de JGZ-standaarden en de uitkomsten van de knelpunteninventarisatie met betrekking tot het werken met de JGZ-standaard Visus (zie hoofdstuk 3) werd naar een selectie van determinanten gevraagd.

De respondenten konden via tien stellingen aangeven in hoeverre men de *voorwaarden* voor het werken met de JGZ-standaard voldoende vond (4-puntsschaal; ruim onvoldoende tot ruim voldoende). Het gaat dan om aspecten als de beschikbare tijd, faciliteiten, de ondersteuning van collega's of leidinggevenden en het beschikken over de juiste kennis of vaardigheden. Verdere vragen naar de randvoorwaarden worden hierna beschreven bij 'het gebruik'.

De respondenten konden aangeven in welke mate zij zich in staat achtten de belangrijkste activiteiten uit de JGZ-standaard Visus uit te voeren (4-puntsschaal; zeker niet tot zeker wel). Deze zogenaamde *eigen-effectiviteitsverwachting* blijkt een belangrijke voorspeller te zijn voor succesvolle implementatie (Paulussen 1994, Bartholomew, Parcel, Kok 2001). Drie auteurs van de JGZ-standaard Visus werden gevraagd onafhankelijk van elkaar aan te geven wat de essentiële adviezen/activiteiten

(kernelementen) uit de standaard zijn die de artsen, verpleegkundigen of assistenten in ieder geval moeten uitvoeren om visuele stoornissen effectief te kunnen opsporen. Voor de kinderen in de leeftijdscategorieën 0-4 jarigen werden acht activiteiten benoemd en voor de leeftijdscategorieën 4-19 jarigen negen activiteiten. Daarnaast werden twee activiteiten benoemd die betrekking hebben op het opsporen van visuele stoornissen bij gehandicapte kinderen.

De *ervaren sociale druk* blijkt eveneens een belangrijke voorspeller van succesvolle implementatie 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, doktersassistenten en ouders 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 aan te geven in hoeverre belangrijke disciplines binnen de organisatie en ouders verwachten dat men volgens de standaard zal werken (4-puntsschaal; zeker niet tot zeker wel). Het gaat hier om artsen, verpleegkundigen, doktersassistenten, de direct leidinggevende en ouders. Eveneens werd gevraagd voor al deze personen aan te geven in hoeverre men zich iets aantrekt van de mening van deze personen (4-puntsschaal; zeer weinig tot zeer veel). Door het vermenigvuldigen van de 'normative beliefs' met de 'motivation to comply' ontstaat de maat 'ervaren sociale druk'.

De eerder genoemde mate van adoptie en wijze van invoering van de standaard in de organisatie (zie gebruik) zullen ook als determinanten worden meegenomen.

Gebruik (vraagstelling 5)

Om het *gebruik* van de JGZ-standaard Visus te meten werden de respondenten gevraagd per kernactiviteit aan te geven bij welk deel van de kinderen men deze activiteit uitvoert (7-puntsschaal; bij geen enkel kind tot bij alle kinderen). In de vorige paragraaf is beschreven hoe de kernactiviteiten zijn vastgesteld.

Om na te gaan of er *communicatie* / *voorlichting* had plaatsgevonden ter introductie van de standaard, werden twee vragen gesteld. Er werd gevraagd of er informatie was verstrekt over het gebruik van de standaard binnen de organisatie (ja / nee), bijvoorbeeld over het doel of de effecten van de standaard op de kwaliteit van de zorg. Daarna werd gevraagd of er concrete afspraken waren gemaakt (mondeling of schriftelijk) over het werken volgens de standaard (ja / nee).

Om na te gaan of er *training* / *coaching* bij het eerste gebruik en vervolgebruik had plaatsgevonden werden drie vragen gesteld. Eerst werd gevraagd of men scholing / een cursus had gehad over het werken volgens de standaard (ja / nee). Vervolgens werd gevraagd of men *individuele begeleiding* / *coaching* kreeg bij het werken volgens de standaard (ja / nee). Ook werd gevraagd of er in de organisatie een persoon was die als taak heeft ondersteuning te bieden bij de invoering van de standaard en waarbij men met vragen over het werken met de standaard terecht kan (ja / nee). Als voorbeeld werd genoemd een stafmedewerker, implementatiecoördinator of centraal aanspreekpunt.

Er werden twee vragen gesteld over de *randvoorwaarden* ten tijde van de invoering van de standaard: of men voldoende tijd had gekregen om ingewerkt te raken (te weinig / voldoende) en of er binnen de organisatie formeel tijd en / of geld was ingeruimd voor het werken volgens de standaard (ja / nee).

Continuering en monitoring van gebruik (vraagstelling 6)

Er werden twee vragen gesteld die betrekking hadden op de *monitoring van het gebruik* van de standaard binnen de organisatie. Eerst werd gevraagd of en hoe het gebruik werd

gemonitord en bewaakt (open vragen met deels voorgedrukte antwoordcategorieën). Daarna werd gevraagd of het gebruik op een formele manier was geëvalueerd (ja / nee). Twee vragen hadden betrekking op de *continuering van het gebruik* van de standaard in de organisatie: hoe groot het deel van de nieuwe medewerkers was dat wordt ingewerkt in het gebruik van de standaard (5-puntsschaal; geen tot alle medewerkers) en hoe blijvend men dacht dat het werken volgens de standaard was in de organisatie (4-puntsschaal; misschien tot zeer blijvend).

5.2.2 Analyse

Berekening verschillen in respons

Met behulp van χ^2 -toetsen werd onderzocht of er een verschil in respons was tussen de verschillende soorten instellingen waarin de respondent werkzaam is, de grootte van de instellingen en de discipline waartoe de respondent behoort (arts, verpleegkundige, doktersassistente). Vervolgens werd bepaald of er een weging moest plaatsvinden voor de verschillende variabelen om te corrigeren voor het verschil in respons tussen deze subgroepen respondenten. Bij een geringe samenhang tussen de variabelen en de subgroepen werd er geen weging uitgevoerd.

Bepaling halen van taakstelling en bepaling kernelementen standaard

De taakstellingen (zie hoofdstuk 1.5) zijn gebaseerd op de totale groep respondenten. Een probleem bij het berekenen of aan deze taakstelling is voldaan, vormen de respondenten die aangeven niet op de hoogte zijn van het bestaan van de JGZ-standaard Visus. Het is niet zinvol hen vragen te stellen over de mate van adoptie, bezit van de standaard, mate van gebruik etcetera. De analyses zijn dan ook alleen uitgevoerd voor de respondenten die de standaard kennen.

Om te kunnen bepalen of de standaard is gevolgd, is het belangrijk om te weten welke respondenten welke kernelementen/activiteiten moeten uitvoeren. In de standaard staat omschreven welke kernactiviteiten door welke disciplines (artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten) uitgevoerd zouden moeten worden en deze indeling is bij de bepaling van het gebruik aangehouden (*eerste basisregel*). Voor sommige kernactiviteiten geldt echter dat ze door verschillende disciplines uitgevoerd kunnen worden, afhankelijk van hoe de taakverdeling binnen de organisaties is met betrekking tot het visusonderzoek. Voor deze kernactiviteiten werd per organisatie nagegaan welke discipline(s) in principe de betreffende activiteit zou(den) moeten uitvoeren. Als *tweede basisregel* werd gehanteerd dat een activiteit door een bepaalde discipline (bijvoorbeeld verpleegkundige) uitgevoerd moet worden wanneer meer dan 66% van de respondenten binnen één organisatie aangeeft dat het de taak is van deze discipline. Wanneer een respondent behorende tot deze discipline aankruiste dat de uitvoering van het kernelement 'niet van toepassing' was, kreeg deze respondent de score 'bij geen enkel kind uitgevoerd'. Als extra controle werd het databestand van de determinantenanalyse uit 2004 gebruikt waarin de hoofden JGZ hadden aangegeven welke kernelementen door welke disciplines binnen hun organisatie werden uitgevoerd.

Als *derde basisregel* werd gehanteerd dat wanneer een respondent aangaf zelf een taak te hebben bij de uitvoering van een kernactiviteit, deze ook werd meegenomen bij de bepaling van het gebruik. Wanneer bijvoorbeeld twee artsen en twee verpleegkundigen aangaven dat het onderzoek bij 3 jaar en 9 maanden door de verpleegkundigen wordt uitgevoerd, maar één arts zei daarnaast ook zelf het onderzoek uit te voeren, dan werd deze arts meegenomen in de analyses. Wanneer vervolgens deze arts aankruiste 'niet van toepassing' bij bijvoorbeeld het gebruik van de Landolt-C bij 3 jaar en 9 maanden,

dan kreeg deze arts de score ‘bij geen enkel kind uitgevoerd’. In tabel 1 staat welke disciplines welke kernactiviteiten moeten uitvoeren. Deze indeling werd ook gehanteerd bij de berekening van de eigen-effectiviteitsverwachting.

Het gebruik van de standaard werd ook op organisatieniveau bepaald. Dat wil zeggen dat binnen één organisatie werd nagegaan welk percentage van de disciplines die de kernactiviteit moeten uitvoeren dit bij (bijna) alle kinderen doet. Voor de berekening van het totale percentage is het gemiddelde genomen van alle percentages van de organisaties. Dit betekent dat elke organisatie dus even zwaar meetelt in het totale percentage.

Tabel 1 Uitvoerende discipline per kernelement

Leeftijdscategorie 0-4 jaar	Discipline
a. verwijzing bij negatieve score Van Wiechenonderzoek	arts
b. bij kinderen tot 3 jaar nagaan wat met verwijzing is gebeurd	arts en verpleegk.
c. bij kinderen > 3 jaar naast bepalen gezichtsscherpte ook aandacht aan: uitwendig aspect oog, pupil, pupilreacties, oogstand en binoculaire volgbewegingen	arts
d. bij afwijkende bevindingen uitwendig aspect oog of pupil(reacties) of oogstand of binoculaire volgbewegingen extra controleren of verwijzen	arts
e. bij kinderen > 3 jaar, maar jonger dan 3 jaar en 9 maanden vaststellen of score op visusbepaling, voldoende, onvoldoende dan wel twijfelachtig is	arts of verpleegkundige
f. bij kinderen > 3 jaar tot 3 jaar en 9 maanden, waarbij uitslag visusbepaling twijfelachtig is, visusbepaling herhalen	arts of verpleegkundige
g bij kinderen van ± 3 jaar en 9 maanden met visusverschil van 2 regels, onderzoek herhalen	arts of verpleegkundige
h bij kinderen > 3 jaar en 9 maanden voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken	arts of verpleegkundige
Leeftijdscategorie 4-19 jaar	
i. bij kinderen t/m 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 3 maanden	arts of verpl. of assist.
j. bij kinderen > 5 jaar voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken	arts of verpl. of assist.
k. bij kinderen > 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 6 maanden	arts of verpl. of assist.
l. kinderen verwijzen bij zelfde of slechtere visuswaarde bij herhalingsonderzoek	arts of verpl.
m. bij visusbepaling met Landolt-C-kaart, 1e oog doortesten tot visus van 1,25	arts of verpl. of assist.
n. bij kinderen > 6 jaar, visusonderzoek alleen verrichten op indicatie	arts of verpl. of assist.
o. onderzoek naar dieptezien achterwege laten	arts en verpl. en assist.
p. onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie	arts of verpl. of assist.
q. bij kinderen (van elders) zonder gegevens, voor 7 ^e jaar visusonderzoek doen	arts of verpl. of assist.
Alle leeftijdscategorieën	
r. bij verstandelijk gehandicapte kinderen onderzoek zo uitvoeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens	arts of verpl. of assist.
s. bij verstandelijk gehandicapte kinderen voor hen geschikte hulpmiddelen gebruiken	arts of verpl. of assist.

Toetsing verschillen tussen disciplines en leeftijdsgroepen kinderen

Van de verschillende variabelen werden frequentieverdelingen gemaakt. Verschillen tussen enerzijds de discipline waartoe men behoort (arts, verpleegkundige of assistente) en anderzijds de groep kinderen waar men mee werkt (0-4 jarigen versus 4-19 jarigen) werden χ^2 -toetsen, Fischer's Exact-toetsen en ordinale regressieanalyses verricht.

Toetsing samenhang determinanten onderling en invloed op gebruik van standaard

Ter reductie van de data werden factoranalyses verricht (principale componenten analyse). Dit gebeurde voor de 'inhoudelijke juistheid en praktische bruikbaarheid van de standaard', de 'voorwaarden voor het werken met de standaard' en de 'ervaren sociale druk' (zie hoofdstuk 5.2.1). Laagladende items ($<0,40$) werden verwijderd. Vervolgens werd de betrouwbaarheid van de factor bepaald (Cronbachs alpha). Tenslotte werden de gemiddelde somscores berekend; voor elke respondent werd de som van de betreffende items op de schaal vastgesteld en gedeeld door het aantal betreffende items.

De mate waarin het gebruik van de standaard binnen de organisatie is gesteund werd berekend door de 'ja'-antwoorden op vijf vragen op te tellen: 1. informatie verstrekt over het gebruik van de standaard, 2. afspraken gemaakt over het werken met de standaard, 3. scholing gevolgd over het werken met de standaard, 4. individuele begeleiding/coaching gehad bij het werken volgens de standaard en 5. er is binnen de organisatie een persoon die als taak heeft ondersteuning te bieden bij het werken volgens de standaard (coördinator). De maximale score op deze samengestelde variabele is vijf.

In hoofdstuk 4.2 is beschreven aan welke implementatieactiviteiten de verschillende organisaties hebben deelgenomen en wat de redenen van niet-deelname waren. Er werd bepaald of er volgens opgaaf van de organisatie een implementatiecoördinator was (ja / nee / waarschijnlijk wel / geen coördinator, maar standaard is wel ingevoerd). Dit antwoord van de organisatie werd vergeleken met de antwoorden van de individuele respondenten binnen de organisatie. Er werd bepaald dat er sprake was van een coördinator als het merendeel van de respondenten ($> 50\%$) dit aangaf. Als het antwoord verdeeld was (50-50%) werd bepaald dat er geen eenduidig antwoord was.

Tenslotte werd nagegaan welke determinanten het gebruik van de JGZ-standaard Visus bepalen. Eerst werd de samenhang tussen de verschillende determinanten onderling en de mate van gebruik per kernelement nagegaan via Spearman Rank correlaties.

Het gaat dan om:

- de mate waarin de samenvatting van de standaard is gelezen
- de mate waarin de geplastificeerde kaart is gelezen
- de mening over de inhoudelijke juistheid van de standaard
- de mening over de praktische bruikbaarheid van de standaard
- de voorwaarden voor het werken met de standaard
- de eigen-effectiviteitsverwachting
- de ervaren sociale druk
- de mate van ondersteuning binnen de organisatie

Vervolgens werd voor elk kernelement via een lineaire regressieanalyse nagegaan in hoeverre bovengenoemde determinanten van invloed zijn op het gebruik van het betreffende kernelement. Eerst werd op respondentniveau nagegaan wat de invloed van de determinanten is en vervolgens werd rekening gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model).

Voor *alle* bovenbeschreven toetsen werden p-waarden van $p < 0,05$ beschouwd als statistisch significant.

5.3 Respons

Er werden 699 vragenlijsten verstuurd. Twee GGD'en gaven aan niet in aanmerking te komen voor het onderzoek omdat men een eigen werkwijze hanteerde bij het opsporen

van visuele stoornissen in verband met lopend onderzoek (GGD Rotterdam) of in overleg met de Inspectie (GGD Noord Kennemerland). Drie GGD'en en zes thuiszorginstellingen gaven aan dat de verpleegkundigen in hun organisatie geen taak hadden bij het opsporen van visuele stoornissen. Wanneer hiervoor gecorrigeerd wordt is het totaal uitgezette vragenlijsten 655. In totaal werden 417 van deze 655 vragenlijsten teruggestuurd (64%): de respons vanuit de GGD'en was 197 (65%), vanuit de thuiszorginstellingen 197 (67%) en vanuit de Stichtingen MOA 23 (41%). Een gedetailleerd overzicht van de respons is weergegeven in tabel 2.

Uit de telefonische navraag bij de niet-respondenten (zie hoofdstuk 5.2) bleek dat de meeste organisaties het prettig vonden dat op landelijk niveau een evaluatie plaatsvond zodat men niet zelf het wiel hoefde uit te vinden om het gebruik in de eigen organisatie te meten. Tegelijkertijd gaf men aan dat het meedoen aan onderzoek wel een groot beslag legde op de tijd van de JGZ-medewerkers en dat daarom niet alle vragenlijsten teruggestuurd zouden worden. Dat laatste is de belangrijkste reden dat de respons op 64% is uitgekomen en niet hoger.

Alle 6 aangeschreven Stichtingen MOA hebben lijsten teruggestuurd. Van de 39 aangeschreven GGD'en hebben 5 GGD'en geen enkele lijst teruggestuurd. Twee GGD'en vielen zoals gezegd af vanwege deelname aan onderzoek c.q. het hanteren van een eigen werkwijze (zie boven). Van drie andere GGD'en zijn uiteindelijk geen lijsten terug gekomen, ondanks de mondelinge toezegging ze wel in te vullen. Van de 56 aangeschreven thuiszorginstellingen hebben er 7 geen enkele lijst teruggestuurd. Twee instellingen gaven aan gefuseerd te zijn en vanuit de fusieorganisatie lijsten in te sturen (in feite hebben ze dus wel meegedaan). De overige 5 instellingen hebben ondanks mondelinge toezegging geen lijsten teruggestuurd.

Tabel 2 Overzicht van aantal ingevulde vragenlijsten per discipline en per organisatie, in aantallen (percentages)

	Artsen	Verpleegkundigen	assistenten
GGD	89 (79%)	43 (55%)	65 (58%)
Thuiszorg	114 (81%)	83 (54%)	n.v.t.
MOA	12 (60%)	11 (31%)	n.v.t.
Totaal	215 (78%)	137 (51%)	65 (58%)

In tabel 2 is te zien dat er geen verschil is in respons van artsen en verpleegkundigen tussen de GGD'en en de thuiszorginstellingen. Nagegaan werd of er een significant verschil in respons is tussen disciplines en de grootte van de organisatie (groot, middel en klein, zie bijlage 2). Er is een significant verschil tussen de respons van de artsen, de verpleegkundigen en de assistenten bij de GGD'en waarbij de respons onder artsen groter is ($\chi^2(2)=15,5$, $p<0,001$). Ook is er een significant verschil tussen de respons van de artsen en de verpleegkundigen bij de thuiszorginstellingen, waarbij de respons onder artsen groter is ($\chi^2(1)=24,1$, $p<0,001$). Ook voor de Stichtingen MOA geldt dat er een significant verschil is in respons, waarbij de respons onder artsen groter is ($\chi^2(1)=4,6$, $p=0,032$). Zowel bij de thuiszorginstellingen als bij de GGD'en is er geen significant verschil tussen de respons van kleine, middelgrote en grote organisaties ($\chi^2(2)=2,9$, $p=0,2$). Aan de hand van het verschil in respons tussen de disciplines is er een weging opgesteld. Deze weging trekt de grootte van de respons tussen artsen, verpleegkundigen en assistenten binnen de GGD'en en ook tussen artsen en verpleegkundigen binnen een thuiszorginstelling gelijk. De frequentieverdelingen voor de verschillende variabelen werden zowel met als zonder weging bekeken. Aangezien het verschil tussen de

resultaten met of zonder weging minimaal was, is er besloten om voor de rest van het rapport alleen de resultaten zonder weging te laten zien.

5.4 Verspreiding (vraagstelling 3)

5.4.1 Kennisname JGZ-standaard Visus

Van alle 417 respondenten zeggen er 375 (90%) op de hoogte te zijn van het bestaan van de JGZ-standaard Visus. Van deze 375 respondenten werken 191 respondenten met 0-4 jarigen (183 in thuiszorginstellingen en 8 in GGD'en), 175 met 4-19 jarigen (157 in GGD'en en 18 in MOA's) en 9 met 0-19 jarigen (4 in GGD'en en 5 in MOA's).

De artsen blijken vaker op de hoogte te zijn van de standaard (99%) dan de verpleegkundigen (81%) en assistenten (78%) ($\chi^2(2) = 41,27$; $p < 0,001$).

☛ Het percentage respondenten dat op de hoogte is van het bestaan van de standaard ligt boven de gehanteerde taakstelling van 80% (zie hoofdstuk 1.5)

5.4.2 In bezit hebben JGZ-standaard Visus

Van alle 417 respondenten (inclusief degenen die de standaard niet kennen) zegt 83% in het bezit te zijn (zelf en/of de afdeling) van de samenvatting, 76% van de geplastificeerde kaart en 58% van het boek met de wetenschappelijke onderbouwing. Van alle respondenten zegt 26% in het bezit te zijn (zelf en/of de afdeling) van de FAQ.

☛ Het percentage respondenten dat de samenvatting en de geplastificeerde kaart bezit ligt boven de gehanteerde taakstelling van 70%. Het bezit van het boek (op de werkplek) ligt onder de gehanteerde taakstelling van 70% (zie hoofdstuk 1.5).

Wanneer alleen gekeken wordt naar de 375 respondenten die op de hoogte zijn van het bestaan van de standaard zegt 93% in het bezit te zijn (zelf en/of de afdeling) van de samenvatting, 85% van de geplastificeerde kaart en 65% van het boek met de wetenschappelijke onderbouwing. Van alle respondenten zegt 30% in het bezit te zijn (zelf en/of de afdeling) van de FAQ.

Het percentage respondenten dat zegt zélf de verschillende onderdelen van de standaard te bezitten is uiteraard lager: 67% bezit zélf de samenvatting, 64% de geplastificeerde kaart, 30% het boek en 18% de FAQ.

Er werd nagegaan of er verschillen waren in antwoord tussen de respondenten van verschillende disciplines (arts, verpleegkundige of assistente) en tussen respondenten die werken met 0-4 jarigen werken of met 4-19 jarigen, wat betreft het bezit van de verschillende onderdelen van de standaard (χ^2 -toets en logistische regressie analyse). Artsen geven vaker aan dat ze zelf of de afdeling in het bezit zijn van de samenvatting, de kaart, het boek en de FAQ (alle $p < 0,02$). De respondenten die met 0-4 jarigen werken bleken vaker in het bezit te zijn van het boek (72% versus 59% voor respondenten 4-19 jarigen ($\chi^2(1) = 6,5$, $p < 0,01$). Dit verschil blijft bestaan als er gecorrigeerd wordt voor het verschil in discipline (logistische regressie analyse; $OR = 0,56$ (95%BI=0,34-0,92)).

De meeste respondenten zeggen via het hoofd van de afdeling/leidinggevende (41%) of via een stafarts/stafverpleegkundige (38%) op de hoogte te zijn geraakt van het bestaan van de standaard. Een gedetailleerd overzicht van wie /via welk kanaal men op de hoogte is geraakt staat in bijlage 3, tabel 1.

5.4.3 Gelezen hebben JGZ-standaard Visus

Van de 375 respondenten die de standaard kennen, zegt 81% de samenvatting te hebben gelezen, 82% de geplastificeerde kaart en 48% het boek met de wetenschappelijke onderbouwing (zie tabel 3). De FAQ is beduidend minder bekend bij de respondenten en is door 24% van de respondenten gelezen.

Tabel 3 Mate waarin de respondenten die de JGZ-standaard Visus kennen de verschillende onderdelen hebben gelezen, in percentages (n=375)

	Volledig en grondig gelezen	Oppervlakkig gelezen	Nog niet gelezen	Kent dit onderdeel niet
Samenvatting	47	34	5	14
Geplastificeerde kaart	66	16	6	12
Boek	20	28	21	31
FAQ	16	8	9	68

Er werd nagegaan of er verschillen waren in antwoord tussen de respondenten van verschillende disciplines (arts, verpleegkundige of assistente) en de respondenten die met 0-4 jarigen werken en zij die met 4-19 jarigen werken wat betreft de mate waarin men de verschillende onderdelen van de standaard heeft gelezen (ordinale regressie-analyse). De artsen hebben alle onderdelen van de standaard beter gelezen dan de verpleegkundigen en assistenten (alle $p < 0,02$). Verder bleken de respondenten die met 0-4 jarigen werken de samenvatting en het boek grondiger te hebben gelezen (resp. $p=0,004$ en $p=0,001$). De respondenten die met 4-19 jarigen werkten bleken daarentegen de FAQ grondiger te hebben gelezen ($p=0,03$). Dit verschil blijft bestaan na correctie voor de verschillende disciplines.

5.5 Adoptie (vraagstelling 4)

Alleen voor de respondenten die zeiden de samenvatting of de geplastificeerde kaart of het boek te hebben gelezen (n=337), is nagegaan wat hun mening is over de inhoudelijke juistheid en praktische bruikbaarheid van de JGZ-standaard Visus. Het percentage respondenten dat de categorie 'weet niet' heeft ingevuld is vrij groot (tabel 4). Dit komt mogelijk doordat de respondenten verschillende onderdelen van de standaard niet (goed) hebben gelezen en zich geen oordeel kunnen vormen over de betreffende stelling. Om die reden zijn in tabel 4 ook de percentages weergegeven (cursief) wanneer deze groep buiten beschouwing wordt gelaten. Nadere analyse wees uit dat voor alle stellingen geldt dat de antwoordcategorie 'weet niet' significant vaker (factor 2 tot 4) is ingevuld door de verpleegkundigen en assistenten in vergelijking tot de artsen (χ^2 toets of Fisher's exact toets, alle $p < 0,05$). Wanneer naar deze cursieve percentages wordt gekeken, springen er twee stellingen in negatieve zin uit, dat wil zeggen dat minder dan 80% van de respondenten het ermee eens is. Slechts 52% onderschrijft de stelling dat door te werken volgens de standaard er merkbaar meer kinderen worden opgespoord met visuele stoornissen en 32% onderschrijft de stelling dat de standaard niet genoeg aansluit bij de werkwijze van beroepsgroepen uit het vervolgtraject (omgekeerde vraagstelling).

☛ Het percentage respondenten dat de inhoud en praktische bruikbaarheid van de standaard onderschrijft ligt voor 11 van de 13 stellingen boven de gehanteerde taakstelling van 80% (zie hoofdstuk 1.5)

Tabel 4 Mate waarin de respondenten het met de uitspraken over de juistheid en bruikbaarheid van de JGZ-standaard Visus eens zijn, in percentages. Cursief gedrukt (na de schuine streep) de percentages exclusief de respondenten die 'weet niet' hebben ingevuld

	(helemaal mee eens	(helemaal) mee oneens	Weet niet
a. De verschijnselen van visuele stoornissen zijn juist beschreven	85 / 99	1	14
b. De lijst van verschijnselen van visuele stoornissen is volledig	65 / 88	9	27
c. De adviezen m.b.t. anamnese en onderzoek zijn juist	79 / 94	6	16
d. De adviezen m.b.t. anamnese en onderzoek zijn volledig	63 / 81	15	23
e. De adviezen m.b.t. verwijscriteria zijn juist	82 / 91	8	11
f. De adviezen m.b.t. verwijscriteria zijn volledig	66 / 82	14	20
g. De standaard geeft helder aan gegeven welke achtereenvolgende stappen worden verwacht bij de signalering van visuele stoornissen	95 / 98	2	2
h. De standaard sluit goed aan bij hoe ik gewend ben te werken bij de opsporing van visuele stoornissen	81 / 85	15	5
i. De standaard is te ingewikkeld om prettig mee te kunnen werken*	8	89 / 92	3
j. Door te werken volgens de standaard worden merkbaar meer kinderen opgespoord met visuele stoornissen	32 / 52	30	38
k. De standaard geeft houvast in het dagelijkse werk	87 / 91	9	5
l. De standaard draagt bij aan vroegtijdige signalering visuele stoornissen	87 / 95	5	9
m. Deze standaard sluit niet genoeg aan bij werkwijze van beroepsgroepen uit vervolgtraject*	22	47 / 68	31

* Dit betreft negatief geformuleerde items

Er werd nagegaan of er verschillen waren in antwoord tussen de disciplines (artsen, verpleegkundigen en assistenten) (χ^2 toets of Fisher's exact toets). In vergelijking met de verpleegkundigen en assistenten bleken de artsen het vaker *oneens* te zijn met de uitspraken dat de lijst van verschijnselen volledig is (b), de adviezen m.b.t. anamnese en onderzoek volledig zijn (d), de adviezen m.b.t. verwijscriteria volledig zijn (f) en dat de standaard goed aansluit bij hoe men gewend is te werken (h). De verpleegkundigen bleken in vergelijking met de artsen en assistenten het vaker *oneens* te zijn met de uitspraak dat door het werken volgens de standaard er merkbaar meer kinderen worden opgespoord met visuele stoornissen (j).

Er werd nagegaan of er verschillen waren in antwoord tussen de respondenten die met 0-4 jarigen werken en zij die met 4-19 jarigen werken (ordinaire regressieanalyse). De respondenten die met 4-19 jarigen werken bleken het vaker *oneens* te zijn met de uitspraken dat de verschijnselen van visuele stoornissen juist zijn beschreven (a), de lijst van verschijnselen volledig is (b), de adviezen m.b.t. anamnese en onderzoek juist zijn (c), de adviezen m.b.t. anamnese en onderzoek volledig zijn (d), de adviezen m.b.t. verwijscriteria juist zijn (e), de adviezen m.b.t. verwijscriteria volledig zijn (f), de standaard goed aansluit bij hoe men gewend is te werken (h), door te werken volgens de standaard er merkbaar meer kinderen worden opgespoord met visuele stoornissen (j) en dat de standaard bijdraagt aan vroegtijdige signalering visuele stoornissen (l). De respondenten die met 0-4 jarigen werken bleken het vaker *oneens* te zijn met de uitspraak dat de standaard niet aansluit bij de werkwijze van beroepsgroepen uit het vervolgtraject (m).

5.6 Determinanten (vraagstelling 2)

In tabel 5 staan de antwoorden van de respondenten op de stellingen over de voorwaarden voor het werken met de JGZ-standaard Visus. Twee aspecten worden door minder dan 80% van de respondenten als (ruim) voldoende beoordeeld. Voor het kunnen werken volgens de JGZ-standaard Visus worden de beschikbare consulttijd als de grootte van de werkruimte door respectievelijk 72 % en 71% van de respondenten als (ruim) voldoende beoordeeld.

Tabel 5 Mate waarin de respondenten vinden dat bepaalde voorwaarden voor het werken met de JGZ-standaard Visus (ruim) voldoende zijn, in percentages (n varieert van 348 tot 357)

	(ruim) voldoende
a. Beschikbare consulttijd	72
b. Grootte van de werkruimte (i.v.m. afstand visuskaarten)	71
c. Hoeveelheid licht in werkruimte	81
d. Beschikbaarheid van de benodigde visuskaarten	92
e. Beschikbaarheid van overige materialen	88
f. Ondersteuning van collega's	97
g. Ondersteuning van direct leidinggevende	87
h. Medewerking van kinderen/jongeren	88
i. Kennis waarover u beschikt	97
j. Vaardigheden waarover ik beschik	98

Er werd nagegaan of er verschillen waren in antwoord tussen de disciplines (artsen, verpleegkundigen en assistenten) (χ^2 toets of Fisher's exact toets). Voor een deel van de uitspraken was dit niet mogelijk, omdat bijna alle respondenten aan hebben gegeven dat de voorwaarden (ruim) voldoende zijn. De spreiding is dan onvoldoende om verschillen aan te kunnen tonen. In vergelijking met de verpleegkundigen en assistenten bleken de artsen het vaker *oneens* te zijn met de uitspraken dat de beschikbare consulttijd voldoende is (a), de beschikbaarheid van de benodigde visuskaarten voldoende is (d) en de medewerking van de kinderen voldoende is (h).

Er werd nagegaan of er verschillen waren in antwoord tussen de respondenten die met 0-4 jarigen werken en zij die met 4-19 jarigen werken (χ^2 toets of Fisher's exact toets). De respondenten die met 0-4 jarigen werken bleken het vaker *oneens* te zijn met de uitspraken dat de beschikbare consulttijd voldoende is (a), de beschikbaarheid van de benodigde visuskaarten voldoende is (d), de ondersteuning van de direct leidinggevende voldoende is (g) en de medewerking van kinderen/jongeren voldoende is (h). De respondenten die met 4-19 jarigen werken, bleken het vaker *oneens* met de uitspraak dat de hoeveelheid licht in de werkruimte voldoende is (c). Als we de categorieën 'ruim (on)voldoende' en '(on)voldoende' niet samenvoegen, maar alle categorieën van 'ruim onvoldoende' tot 'ruim voldoende' als oplopend beschouwen, dan blijkt met ordinale regressie analyse dat de respondenten die met 0-4 jarigen werken het ook vaker *oneens* zijn met de uitspraken dat de kennis waarover men beschikt voldoende is (i) en de vaardigheden waarover men beschikt voldoende zijn (j). Ook zien we dan dat de verpleegkundigen het vaker dan de artsen *oneens* zijn met de uitspraak dat de kennis waarover men beschikt voldoende is (i).

In tabel 6 staan de antwoorden van de respondenten op de vraag in hoeverre men denkt dat het lukt (eigen-effectiviteitsverwachting) om de kernactiviteiten in de standaard uit

te voeren. De volgende kernelementen springen er in negatieve zin uit, dat wil zeggen dat minder dan 40% van de respondenten zegt dat het hen zeker niet / waarschijnlijk niet lukt ze bij alle kinderen uit te voeren:

- bij kinderen vanaf 3 jaar en 9 maanden voor de visusbepaling de Landolt-C-kaart gebruiken (h)
- onderzoek naar dieptezien achterwege laten (n)
- bij verstandelijk gehandicapte kinderen het visusonderzoek zo uitvoeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens (38%) (r)
- bij verstandelijk gehandicapte kinderen de voor hen geschikte hulpmiddelen gebruiken (s)

Opmerkelijk is dat 71% van de JGZ-medewerkers die werken met 0-4 jarigen zegt zich zeker niet / waarschijnlijk niet in staat te voelen de Landolt-C kaart te gebruiken bij kinderen vanaf 3 jaar en 9 maanden.

Tabel 6 Mate waarin men zich in staat voelt de kernelementen van de standaard uit te voeren, in percentages *

Leeftijdscategorie 0-4 jaar	Zeker wel	Waar-schijnlijk wel	Waar-schijnlijk niet / zeker niet
a. verwijzing bij negatieve score Van Wiechenonderzoek	32	57	11
b. bij kinderen tot 3 jaar nagaan wat met verwijzing is gebeurd	25	53	22
c. bij kinderen > 3 jaar naast bepalen gezichtsscherpte <u>ook</u> aandacht aan: uitwendig aspect oog, pupil, pupilreacties, oogstand en binoculaire volgbewegingen	38	29	33
d. bij afwijkende bevindingen uitwendig aspect oog of pupil(reacties) of oogstand of binoculaire volgbewegingen extra controleren of verwijzen	52	45	2
e. bij kinderen > 3 jaar, maar jonger dan 3 jaar en 9 maanden vaststellen of score op visusbepaling, voldoende, onvoldoende danwel twijfelachtig is	38	45	16
f. bij kinderen > 3 jaar tot 3 jaar en 9 maanden, waarbij uitslag visusbepaling twijfelachtig is, visusbepaling herhalen	45	41	14
g. bij kinderen van \pm 3 jaar en 9 maanden met visusverschil van 2 regels, onderzoek herhalen	38	49	13
h. bij kinderen > 3 jaar en 9 maanden voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken	9	19	72
Leeftijdscategorie 4-19 jaar			
i. bij kinderen t/m 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 3 maanden	35	38	27
j. bij kinderen > 5 jaar voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken	64	28	8
k. bij kinderen > 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 6 maanden	64	31	5
l. kinderen verwijzen bij zelfde of slechtere visuswaarde bij herhalingsonderzoek	74	25	1
m. bij visusbepaling met Landolt-C-kaart, 1e oog doortesten tot visus van 1,25	54	28	19
n. bij kinderen > 6 jaar, visusonderzoek alleen verrichten op indicatie	45	22	32
o. onderzoek naar dieptezien achterwege laten	34	17	49
p. onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie	50	17	33
q. bij kinderen (van elders) zonder gegevens, voor 7 ^e jaar visusonderzoek doen	32	47	21
Alle leeftijdscategorieën			
r. bij verstandelijk gehandicapte kinderen onderzoek zo uitvoeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens	8	53	39
s. bij verstandelijk gehandicapte kinderen voor hen geschikte hulpmiddelen gebruiken	10	46	45

* Het aantal respondenten varieert van 126 tot 200 en heeft te maken met het aantal respondenten dat deze kernactiviteit moet uitvoeren, zie ook tabel 9

Er werd nagegaan of er verschillen waren in antwoord tussen de disciplines (artsen, verpleegkundigen en assistenten) (ordinale regressieanalyse). In vergelijking met de artsen bleken de verpleegkundigen zich beter in staat te voelen bij kinderen tussen 3 jaar en 3 jaar en 9 maanden de uitslag van de visusbepaling vast te stellen (e) en bij kinderen tussen 3 jaar en 3 jaar en 9 maanden waarbij uitslag twijfelachtig is de visusbepaling te herhalen (f).

In vergelijking met de artsen bleken de assistenten zich beter in staat te voelen bij kinderen t/m 5 jaar met een onvoldoende visus de bepaling te herhalen binnen 3 maanden (i), bij kinderen > 5 jaar voor de visusbepaling de Landolt-C-kaart te

gebruiken (j), bij kinderen > 6 jaar het visusonderzoek alleen te verrichten op indicatie (n), het onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie te doen (p) en bij verstandelijk gehandicapte kinderen de voor hen geschikte hulpmiddelen te gebruiken (s)
 In vergelijking met de artsen bleken zowel de verpleegkundige als de assistenten zich beter in staat te voelen het onderzoek naar diepteziën achterwege laten (o).

In tabel 7 is weergegeven in hoeverre de respondenten denken dat relevante anderen (leiding, artsen, verpleegkundigen, assistenten en ouders) verwachten dat men volgens de JGZ-standaard Visus werkt (normative beliefs). In tabel 8 is weergegeven hoeveel men zich aantrekt van de mening van deze relevante anderen (motivation to comply). Uit tabel 7 blijkt dat er binnen de organisaties een algemene verwachting is dat men volgens de JGZ-standaard Visus werkt. Maar ook denkt een zeer groot deel van de JGZ-medewerkes dat ouders verwachten dat men volgens de standaard werkt. Uit tabel 8 blijkt dat men zich over het algemeen veel aantrekt van zowel de mening van andere medewerkers in de organisatie als ook van de mening van ouders wat betreft het werken volgens de JGZ-standaard Visus.

Tabel 7 Mate waarin men denkt dat relevante anderen verwachten dat men werkt volgens de JGZ-standaard Visus, in percentages

Verwachten deze personen dat men werkt volgens de standaard?	Waarschijnlijk / zeker wel
a. Artsen binnen de afdeling	96
b. Verpleegkundigen binnen de afdeling	95
c. (Dokters)assistenten binnen de afdeling	89
d. De direct leidinggevende	95
e. Ouders van kinderen / jongeren	81

Tabel 8 Mate waarin men zich iets aantrekt van de mening van relevante anderen, in percentages

Hoeveel trekt men zich aan van de mening van deze personen?	Veel / zeer veel
a. Artsen binnen de afdeling	95
b. Verpleegkundigen binnen de afdeling	77
c. (Dokters)assistenten binnen de afdeling	55
d. De direct leidinggevende	82
e. Ouders van kinderen / jongeren	72

5.7 Gebruik (vraagstelling 5)

In tabel 9 is per kernactiviteit in de standaard weergegeven hoeveel procent van de individuele respondenten die de activiteit zouden moeten uitvoeren, de activiteit bij (bijna) alle kinderen zegt uit te voeren. Tevens is op organisatieniveau weergegeven hoeveel procent van de organisaties deze kernactiviteit bij (bijna) alle kinderen uitvoert. Voor de berekening van het gebruik op organisatieniveau is het gemiddelde genomen van alle percentages van de organisaties. Dit betekent dat elke organisatie dus even zwaar meetelt in het totale percentage.

Op individueel niveau springen in negatieve zin de volgende vijf kernactiviteiten eruit, dat wil zeggen dat ze door minder dan 40% van de respondenten bij (bijna) alle kinderen worden uitgevoerd:

- bij kinderen vanaf 3 jaar en 9 maanden voor de visusbepaling de Landolt-C-kaart gebruiken (h)
- bij kinderen tot en met 5 jaar met onvoldoende visus de visusbepaling herhalen binnen 3 maanden (i)
- bij kinderen van 6 jaar en ouder het visusonderzoek alleen verrichten op indicatie (n)
- bij verstandelijk gehandicapte kinderen het visusonderzoek zo uitvoeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens (r)
- bij verstandelijk gehandicapte kinderen de voor hen geschikte hulpmiddelen gebruiken (s)

Bovengenoemde vijf kernactiviteiten springen er ook op organisatieniveau in negatieve zin uit, dat wil zeggen dat ze door minder dan 40% van de organisaties worden uitgevoerd bij (bijna) alle kinderen. Daarnaast voert minder dan 40% van de organisaties het onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie uit bij (bijna) alle kinderen (p).

Als wordt gekeken naar de kernactiviteiten (a t/m h, r en s) die in de leeftijdsgroep van 0-4 jaar moeten worden uitgevoerd, dan worden zeven van de tien kernactiviteiten (70%) door meer dan 40% van de respondenten uitgevoerd.

Als wordt gekeken naar de kernactiviteiten (i t/m s) die in de leeftijdsgroep van 4-19 jaar moeten worden uitgevoerd, dan worden eveneens zeven van de elf kernactiviteiten (64%) door meer dan 40% van de respondenten uitgevoerd.

☛ Voor de 0-4 jarigen en voor de 4-19 jarigen wordt respectievelijk 70% en 64% van de kernactiviteiten in de standaard door meer dan 40% van de JGZ-medewerkers uitgevoerd bij (bijna) alle kinderen. Dit ligt boven de gehanteerde taakstelling dat 40% van de betrokken JGZ-medewerkers (artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten), tenminste 50% van de kernrichtlijnen in de standaard uitvoert (zie hoofdstuk 1.5)

Tabel 9 Mate waarin de kernelementen van de standaard worden uitgevoerd op individueel niveau en op organisatieniveau, in percentages (totaal aantal respondenten dat deze kernactiviteit moet uitvoeren en waarover het percentage is berekend)

Leeftijdscategorie 0-4 jaar	Percentage dat hieraan voldoet	
	Individueel niveau (totaal waarover gepercenteerd)	Organisatie niveau (totaal waarover gepercenteerd)
a. verwijzing bij negatieve score Van Wiechenonderzoek	42 (n=120)	42 (n=51)
b. bij kinderen tot 3 jaar nagaan wat met verwijzing is gebeurd	47 (n=194)	47 (n=52)
c. bij kinderen > 3 jaar naast bepalen gezichtsscherpte ook aandacht aan: uitwendig aspect oog, pupil, pupilreacties, oogstand en binoculaire volgbewegingen	55 (n=123)	59 (n=51)
d. bij afwijkende bevindingen uitwendig aspect oog of pupil(reacties) of oogstand of binoculaire volgbewegingen extra controleren of verwijzen	86 (n=124)	88 (n=53)
e. bij kinderen > 3 jaar, maar jonger dan 3 jaar en 9 maanden vaststellen of score op visusbepaling, voldoende, onvoldoende danwel twijfelachtig is	71 (n=180)	73 (n=52)
f. bij kinderen > 3 jaar tot 3 jaar en 9 maanden, waarbij uitslag visusbepaling twijfelachtig is, visusbepaling herhalen	83 (n=180)	83 (n=52)
g. bij kinderen van ± 3 jaar en 9 maanden met visusverschil van 2 regels, onderzoek herhalen	72 (n=156)	70 (n=53)
h. bij kinderen > 3 jaar en 9 maanden voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken	19 (n=155)	17 (n=53)
Leeftijdscategorie 4-19 jaar		
i. bij kinderen t/m 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 3 maanden	23 (n=171)	27 (n=41)
j. bij kinderen > 5 jaar voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken	93 (n=172)	93 (n=41)
k. bij kinderen > 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 6 maanden	52 (n=171)	59 (n=41)
l. kinderen verwijzen bij zelfde of slechtere visuswaarde bij herhalingsonderzoek	72 (n=128)	71 (n=40)
m. bij visusbepaling met Landolt-C-kaart, 1e oog doortesten tot visus van 1,25	67 (n=171)	69 (n=41)
n. bij kinderen > 6 jaar, visusonderzoek alleen verrichten op indicatie	34 (n=167)	30 (n=41)
o. onderzoek naar diepteziën achterwege laten	49 (n=176)	47 (n=39)
p. onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie	43 (n=169)	38 (n=41)
q. bij kinderen (van elders) zonder gegevens, voor 7 ^e jaar visusonderzoek doen	57 (n=169)	60 (n=41)
Alle leeftijdscategorieën		
r. bij verstandelijk gehandicapte kinderen onderzoek zo uitvoeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens	21 (n=169)	18 (n=41)
s. bij verstandelijk gehandicapte kinderen voor hen geschikte hulpmiddelen gebruiken	8 (n=168)	6 (n=41)

Er werd nagegaan of er verschillen waren in antwoord tussen de disciplines (artsen, verpleegkundigen en assistenten) (χ^2 -toets). De artsen bleken in vergelijking met de

verpleegkundigen en assistenten vaker het onderzoek bij gehandicapte kinderen zo uit te voeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens (r).

Als het gaat om communicatie/voorlichting binnen de organisatie over het werken met de JGZ-standaard Visus, zegt 78% van de respondenten dat er informatie is verstrekt over het gebruik van de standaard. Verder zegt 86% dat er concrete afspraken (mondeling of schriftelijk) zijn gemaakt over het werken met de standaard.

Van de respondenten zegt 57% scholing / een cursus te hebben gevolgd over het werken volgens de JGZ-standaard Visus. Daarnaast geeft 13% aan wel scholing te hebben gevolgd over het opsporen van visuele stoornissen, maar niet specifiek over het werken met de JGZ-standaard Visus.

De respondenten die werkzaam zijn met de 0-4 jarigen hebben vaker scholing gevolgd (vanuit een externe organisatie of van iemand uit de eigen organisatie) dan de respondenten die werkzaam zijn met de 4-19 jarigen ($\chi^2(1)=13,9$, $p<0,001$). Daarnaast hebben de verpleegkundigen vaker scholing gevolgd (64%) dan de assistenten (57%) en artsen (50%) ($\chi^2(2)=6,30$, $p=0,04$).

Als het gaat om individuele begeleiding / coaching bij het werken volgens de standaard, zegt 70% van de respondenten dat er binnen de organisatie een persoon is (geweest) die als taak heeft ondersteuning te bieden bij de invoering en waarbij men met vragen terecht kan.

Er is nagegaan of er een verschil was in antwoord tussen de respondenten die met 0-4 jarigen werken en zij die met 4-19 jarigen werken wat betreft het hebben (of hebben gehad) van een implementatiecoördinator (χ^2 -toets). Dit bleek het geval te zijn ($\chi^2=5,6(1)$, $p=0,02$). De respondenten die met 0-4 jarigen werken geven vaker aan dat er een coördinator aanwezig is (of is geweest) dan de respondenten die met 4-19 jarigen werken. Ook was er verschil in antwoord wat betreft de mate van ondersteuning in de organisatie: respondenten die met 0-4 jarigen werken gaven aan meer ondersteuning te hebben gekregen (gemiddeld 3,23 versus 2,79 voor de respondenten 4-19 jarigen) (variantie-analyse). Verder hebben we onderzocht of er verschil in antwoord was tussen de artsen, verpleegkundigen en assistenten (χ^2 -toets). De verpleegkundigen en assistenten geven vaker aan (beide 86%) dat er een coördinator aanwezig is (of is geweest) dan de artsen (74%).

Verder zegt 28% van de respondenten individuele begeleiding / coaching te hebben gekregen bij het werken volgens de standaard. De respondenten die werkzaam zijn met de 0-4 jarigen hebben vaker individuele begeleiding gekregen dan de respondenten die werkzaam zijn met de 4-19 jarigen ($\chi^2(1)=24,5$, $p<0,001$). Wat betreft de randvoorwaarden ten tijde van de invoering van de standaard geeft 67% van de respondenten aan voldoende tijd te hebben gekregen om ingewerkt te raken in het werken met de standaard. Op de vraag of er formeel tijd en/of geld is ingeruimd voor het werken volgens de standaard zegt 9% van de respondenten dat dit tijdelijk zo was, 18% zegt dat dit voor langere tijd was en 40% zegt het niet te weten. De respondenten die werken met kinderen van 0 tot 4 jaar geven vaker aan dat er formeel tijd en/of geld wordt ingeruimd voor het werken met de standaard dan de respondenten die werken met kinderen van 4-19 jaar ($\chi^2(1)=5,15$, $p=0,023$). De assistenten geven het vaakst aan dat er tijd en/of geld wordt ingeruimd (70%), daarna de verpleegkundigen (57%) en het minst door de artsen (37%) ($\chi^2(2)=11,6$, $p=0,003$).

Van 70 organisaties is het bekend of er een implementatiecoördinator aanwezig is. Van deze 70 organisaties geven 58 organisaties aan dat er een coördinator aanwezig is, 4 dat

er waarschijnlijk wel een coördinator aanwezig is, 3 dat er geen coördinator aanwezig is, maar dat de standaard wel is ingevoerd en 5 dat er geen coördinator aanwezig is. In 79% van de organisaties die aangeeft dat ze zeker wel een coördinator hebben, geeft het merendeel van de respondenten aan dat er binnen hun organisatie een coördinator aanwezig is (of is geweest). Van de artsen en verpleegkundigen die werkzaam zijn in een organisatie die aangeeft dat er een coördinator aanwezig is, geeft 84% aan een coördinator te hebben (of hebben gehad) en 100% van de assistenten. Van de respondenten werkzaam met 0-4 jarigen in de organisaties met een coördinator geeft 89% aan dat er een coördinator aanwezig is t.o.v. 83% van de respondenten die werkzaam zijn met 4-19 jarigen.

5.8 Continuering en monitoring van gebruik (vraagstelling 6)

Op de vraag of en hoe het gebruik van de JGZ-standaard Visus wordt gemonitord en bewaakt, zegt 32% dat dit gebeurt via werkoverleg, 26% via intercollegiale toetsing / werkoverleg, 7% via casuïstiekbespreking, 10% via de direct leidinggevende en 12% noemt nog een andere manier (via bijscholing, de kwaliteitsmedewerker, de coördinator implementatie, via evaluatie). Verder zegt 17% van de respondenten dat het gebruik niet wordt gemonitord en bewaakt en 22% zegt dit niet te weten.

Het werken met de standaard is volgens 15% van de respondenten al op een formele manier is geëvalueerd in de organisatie (bijvoorbeeld door een vragenlijst of groepsgesprek) en 30% zegt dat de ervaringen op informele wijze zijn besproken.

Als het gaat om de continuering van het gebruik van de standaard in de organisatie zegt 80% dat het werken volgens de standaard (zeer) blijvend is. Er is geen verschil te zien in antwoord tussen de verschillende disciplines ($\chi^2(2)=3,31$, $p=0,21$). Wel zien we dat respondenten werkzaam met 0-4 jarigen vaker aangeven dat het werken volgens de standaard (zeer) blijvend is dan de respondenten werkzaam met 4-19 jarigen ($\chi^2(1)=12,9$, $p<0,001$). Verder zegt 74% van de respondenten dat alle / de meerderheid van de nieuwe medewerkers wordt ingewerkt in het gebruik van de standaard. De verpleegkundigen en assistenten geven vaker aan dat alle of de meerderheid van de nieuwe medewerkers wordt ingewerkt dan de artsen ($\chi^2(2)=12,65$, $p=0,002$). Er is geen verschil te zien in antwoord tussen de respondenten werkzaam met de 0-4 jarigen en de respondenten werkzaam met de 4-19 jarigen.

5.9 Determinanten van invloed op gebruik (vraagstelling 2)

5.9.1 Reductie data (factoranalyses)

Om na te kunnen gaan welke determinanten (zie hoofdstuk 5.2) het gebruik van de JGZ-standaard Visus bepalen werden via factoranalyses schalen geconstrueerd. In een factoranalyse worden alle onderlinge relaties tussen een (groot) aantal variabelen bestudeert om deze te kunnen samenvatten of te reduceren tot een aantal factoren of dimensies. Vervolgens werd de betrouwbaarheid van de factor bepaald (via Cronbach's alpha). Deze maat is afhankelijk is van het aantal items: hoe meer items, hoe hoger alpha dient te zijn wil er sprake zijn van een betrouwbare schaal. Bij de factoranalyses werden alleen de respondenten meegenomen die de JGZ-standaard Visus kenden ($n=375$). Voor de factoranalyse met betrekking tot de inhoudelijke juistheid en praktische bruikbaarheid van de standaard werden de respondenten uitgesloten die de standaard niet kenden, geen enkel onderdeel hadden gelezen of de antwoordcategorie 'weet niet' hadden ingevuld.

Factoranalyse wees uit dat de items die waren gebruikt voor de bepaling van de verschillende begrippen op één of meerdere factor(en) laadden. Na verwijdering van de laagladende items ($<0,40$) bleven er 4 betrouwbare schalen over. De schalen zijn weergegeven in tabel 10.

Tabel 10 Resultaten van de factoranalyses wat betreft de samenstelling van diverse schalen

Schaal	Alpha	Items
1. Inhoudelijke juistheid JGZ-standaard Visus	0,88	a t/m f (tabel 3)
2. Praktische bruikbaarheid JGZ-standaard Visus	0,76	g, h, j t/m l (tabel 3)
3. Voorwaarden voor gebruik JGZ-standaard Visus	0,77	a t/m j (tabel 4)
4. Ervaren sociale druk*		
- Ervaren verwachtingen relevante anderen in organisatie	0,93	a t/m d (tabel 6)
- Bereidheid zich aan deze verwachtingen te conformeren	0,75	a t/m d (tabel 7)

* Vermenigvuldiging van ervaren verwachtingen en bereidheid zich hieraan te conformeren, geeft de ervaren sociale druk weer (zie hoofdstuk 5.2.1).

Er werd nagegaan of er verschillen waren in antwoord tussen de respondenten die met 0-4 jarigen werken en zij die met 4-19 jarigen werken en tussen de verschillende disciplines (variantie-analyse). De respondenten die met 0-4 jarigen werken scoorden hoger op de 'inhoudelijke juistheid van de standaard' (gemiddeld 19,5 versus 18,1 voor 4-19 jarigen) en de 'praktische bruikbaarheid van de standaard' (gemiddeld 15,6 versus 14,5 voor 4-19 jarigen). Dat wil zeggen dat ze de standaard vaker als inhoudelijk juist en praktisch bruikbaar beoordeelden in de 0-4 jarigenzorg. De respondenten die met 4-19 jarigen werken scoorden daarentegen hoger op de 'voorwaarden voor gebruik' (gemiddeld 27,6 versus 26,1 voor 0-4 jarigen). Dat wil zeggen dat ze de voorwaarden voor gebruik van de standaard vaker als (ruim) voldoende beoordeelden. We zien geen significant verschil tussen de artsen, verpleegkundigen en assistenten op de 'inhoudelijke juistheid van de standaard' en de 'praktische bruikbaarheid van de standaard', maar wel op de voorwaarden voor gebruik van de standaard. De assistenten scoorden het hoogst (gemiddeld 27,7), de verpleegkundigen scoorden iets lager (gemiddeld 27,1) en de artsen scoorden het laagst (gemiddeld 26,5). Er zijn geen verschillen tussen respondenten werkzaam met 0-4 jarigen en 4-19 jarigen wat betreft scores op ervaren sociale druk. Voor de verschillende disciplines zien we wel een significant verschil. Wederom geldt dat de assistenten het hoogst scoorden (gemiddeld 13,0), de verpleegkundigen iets lager (gemiddeld 11,5) en de artsen het laagst (gemiddeld 10,3). Dat wil zeggen dat de assistenten meer sociale druk ervaren.

5.9.2 Samenhang variabelen / determinanten (Spearman's Rank correlaties)

Voor de volgende determinanten is de onderlinge samenhang en de samenhang met de mate van gebruik van de verschillende kernelementen uit de standaard berekend:

- mate waarin de samenvatting van de standaard is gelezen (3-puntsschaal)
- mate waarin de geplastificeerde kaart is gelezen (3-puntsschaal)
- mening over de inhoudelijke juistheid van de standaard (gemiddelde somscore, range 1-4)
- mening over de praktische bruikbaarheid van de standaard (gemiddelde somscore, range 1-4)
- mening over voorwaarden voor werken met de standaard (gemiddelde somscore, range 1-4)
- eigen-effectiviteitsverwachting (4-puntsschaal)

- ervaren sociale druk (gemiddelde somscore, range 1-16)
- mate van ondersteuning binnen de organisatie (5-puntsschaal)
- mate van gebruik (7-puntsschaal)

In bijlage 3 (tabellen 2 t/m 20) is beschreven wat de samenhang is. Omdat er 19 kernelementen zijn, verschilt de samenhang met de mate van gebruik per kernelement. Om in algemene zin iets te kunnen zeggen over de samenhang is in tabel 11 een indeling gemaakt naar hoogte van de correlaties en bij hoeveel kernelementen een correlatie werd gevonden.

Tabel 11 Sterkte en consistentie correlaties tussen determinanten en uitvoering 19 kernelementen

		Gebruik	Eigen-effect.	Samenv. gelezen	Kaart gelezen	Juistheid standaard	Bruikbaarheid standaard	Voorwaarden gebruik	Sociale druk
Eigen-effect.	Laag medium hoog totaal	4 10 4 95%							
Samenv. gelezen	Laag medium hoog totaal	9 47%	5 26%						
Kaart gelezen	Laag medium hoog totaal	6 32%	2 11%	10 9 100%					
Juistheid	Laag medium hoog totaal		1 5%						
Bruikbaarheid	Laag medium hoog totaal	3 16%	3 2 26%			19 100%			
Voorwaarden	Laag medium hoog totaal	1 5%	4 2 32%		1 3 21%	2 9 58%	11 58%		
Sociale druk	Laag medium hoog Totaal	5 26%	4 2 32%		2 11%	19 100%	19 100%	10 53%	
Ondersteuning	Laag medium hoog totaal	7 37%	4 21%	18 95%	15 4 100%		5 26%	15 3 95%	10 53%

Laag = correlaties (<0,3 - 0,3); medium = correlaties (0,3 - <0,5); hoog = correlaties (0,5 - <0,7)

Totaal = percentage van de 19 kernelementen waarbij deze correlatie werd gevonden; vet gedrukt zijn medium en hoge correlaties die bij meer dan 50% van de kernelementen zijn gevonden

Wanneer als criterium voor consistentie in samenhang wordt aangehouden dat bij minstens 10 van de 19 kernelementen (> 53%) een correlatie aanwezig dient te zijn en

vervolgens wordt gekeken naar medium tot hoge correlaties, springen de volgende samenhangen eruit:

- eigen-effectiviteitsverwachting en gebruik van de kernelementen
- kaart gelezen en samenvatting gelezen
- mening juistheid standaard en mening bruikbaarheid standaard
- mening voorwaarden voor gebruik en mening juistheid standaard
- sociale druk en mening juistheid standaard
- sociale druk en mening bruikbaarheid standaard.

Wanneer speciaal wordt gekeken naar het krijgen van ondersteuning in de organisatie bij het gebruik van de standaard, dan blijkt dat dit met vrijwel alle determinanten correleert en ook met de mate van gebruik van de standaard. Echter de correlaties zijn laag.

De samenhang tussen de eigen-effectiviteitsverwachting en de mate van gebruik consistent is zeer consistent. In bijlage 3 (tabel 21) is sterkte van de correlaties tussen deze twee variabelen overzichtelijk weergegeven (tabel 21).

Verder zijn er verschillen in gevonden correlaties tussen de kernelementen die uitgevoerd dienen te worden voor de 0-4 jarigen en de kernelementen die uitgevoerd dienen te worden voor de 4-19 jarigen (zie bijlage 3, tabellen 2 t/m 20). In de volgende paragraaf wordt per kernelement besproken welke determinanten van invloed zijn.

5.9.3 *Determinanten van invloed op gebruik kernelementen 0-4 jarigen (lineaire regressieanalyse)*

Via lineaire regressieanalyse is nagegaan welke determinanten die univariaat correleerden met het gebruik van de standaard, na samenvoeging in één model, een significante invloed hebben op het gebruik van iedere kernelement afzonderlijk. De letter bij het kernelement verwijst naar tabel 6.

Kernelement a: 'verwijzing bij negatieve score Van Wiechenonderzoek'

Een betere eigen-effectiviteitsverwachting ($p < 0,001$) en een betere ondersteuning ($p < 0,05$) zorgen voor een significant betere uitvoering van het verwijzen bij een negatieve score van het Van Wiechen-onderzoek. Daarnaast bestaat er een (lineaire) relatie tussen eigen-effectiviteitsverwachting en ondersteuning ($p < 0,05$). Hoe meer er wordt ondersteund, hoe groter de eigen-effectiviteitsverwachting is. Na het samenvoegen van beide factoren in een multivariaat model waarin we rekening houden met clustering binnen organisaties ('respondenten uit een organisatie kunnen vaak dezelfde principes/ideeën delen en dus kan het verschil tussen organisaties wat groter zijn dan binnen een organisatie; in het multilevel model wordt hier rekening mee gehouden') zien we dat alleen de eigen-effectiviteitsverwachting een significant effect heeft op de uitvoering (tabel 12).

Tabel 12 Resultaten van de lineaire regressieanalyse (gestandaardiseerde Beta, t-waarde en p-waarden) van significante univariate determinanten op de uitvoering van kernelement 'verwijzing bij negatieve score Van Wiechenonderzoek'

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,329	3,561	0,001*
Ondersteuning	0,112	1,212	0,228

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement b: 'bij kinderen tot 3 jaar nagaan wat met verwijzing is gebeurd'

Een betere eigen-effectiviteitsverwachting ($p < 0,001$) en het lezen van de samenvatting ($p < 0,05$) zorgen voor een significant betere uitvoering van het nagaan wat er met de verwijzing van het kind (tot 3 jaar) is gebeurd. De relatie tussen het lezen van de samenvatting en het gebruik is echter wel matig (correlatie van 0,17). Na het samenvoegen van beide factoren in één model zien we dat alleen de eigen-effectiviteitsverwachting een significant effect heeft op de uitvoering ($p < 0,001$) (tabel 13).

Tabel 13 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement 'bij kinderen tot 3 jaar nagaan wat met verwijzing is gebeurd'

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,397	5,519	<0,001*
Samenvatting gelezen	0,136	1,894	0,060

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement c: 'bij kinderen > 3 jaar naast bepalen gezichtsscherpte ook aandacht aan: uitwendig aspect oog, pupil, pupilreacties, oogstand en binoculaire volgbewegingen'

Een betere eigen-effectiviteitsverwachting ($p < 0,01$) zorgt voor een significant betere uitvoering van het aandacht besteden aan uitwendig aspect oog, pupil, pupilreacties, oogstand en binoculaire volgbewegingen, naast het bepalen van de gezichtsscherpte bij kinderen die ouder zijn dan 3 jaar. Ook als we rekening houden met clustering binnen organisaties blijft dit effect bestaan.

Kernelement d: 'bij afwijkende bevindingen uitwendig aspect oog of pupil(reacties) of oogstand of binoculaire volgbewegingen extra controleren of verwijzen'

Een betere eigen-effectiviteitsverwachting ($p < 0,001$) en een betere ondersteuning ($p < 0,05$) zorgen voor een significant betere uitvoering van het extra controleren of verwijzen van kinderen met een afwijkende uitwendig aspect oog of pupil(reacties) of oogstand of binoculaire volgbewegingen. Na het samenvoegen van beide factoren in één model zien we dat beide factoren een significant effect behouden op de uitvoering (tabel 14).

Tabel 14 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement 'bij afwijkende bevindingen uitwendig aspect oog of pupil(reacties) of oogstand of binoculaire volgbewegingen extra controleren of verwijzen'

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,220	2,437	0,016*
Ondersteuning	0,190	2,101	0,038

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement e: 'vanaf 3 jaar maar jonger dan 3 jaar en 9 maanden vaststellen of de score op de visusbepaling voldoende, onvoldoende danwel twijfelachtig is'

Een betere eigen-effectiviteitsverwachting ($p < 0,001$) en het lezen van de samenvatting en de kaart ($p < 0,05$) zorgen voor een significant betere uitvoering van het vaststellen of

de score op de visusbepaling voldoende, onvoldoende danwel twijfelachtig is bij kinderen vanaf 3 jaar, maar jonger dan 3 jaar en 9 maanden. Het lezen van de samenvatting en de kaart zijn sterk gerelateerd aan elkaar (correlatie van 0,59). Na het samenvoegen van de drie factoren in één model zien we dat eigen-effectiviteitsverwachting en het lezen van de samenvatting een significant effect behouden op de uitvoering (tabel 15).

Tabel 15 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement ‘vanaf 3 jaar maar jonger dan 3 jaar en 9 maanden vaststellen of de score op de visusbepaling voldoende, onvoldoende danwel twijfelachtig is’

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,230	3,100	0,002*
Samenvatting gelezen	0,226	2,609	0,010*
Kaart gelezen	-0,027	-0,311	0,756

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement f: ‘herhalen van de visusbepaling bij een twijfelachtige uitslag bij kinderen vanaf 3 jaar, tot 3 jaar en 9 maanden’

Eigen-effectiviteitsverwachting en een sociale norm zijn matig, maar wel significant, gecorreleerd met het herhalen van de visusbepaling bij een twijfelachtige uitslag bij kinderen tussen 3 jaar en 3 jaar en 9 maanden (correlatie rond de 0,25). Na het samenvoegen van beide factoren in een multivariaat model waarin we rekening houden met clustering binnen organisaties zien we dat beide factoren geen effect meer hebben op de uitvoering (tabel 16).

Tabel 16 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement ‘herhalen van de visusbepaling bij een twijfelachtige uitslag bij kinderen vanaf 3 jaar, tot 3 jaar en 9 maanden’

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,026	0,238	0,813
Sociale druk	0,128	1,178	0,242

Kernelement g: ‘bij kinderen van 3 jaar en 9 maanden met visusverschil van 2 regels, onderzoek herhalen’

Een betere eigen-effectiviteitsverwachting ($p < 0,01$) zorgt voor een significant betere uitvoering van het herhalen van het onderzoek bij kinderen van 3 jaar en 9 maanden met een visusverschil van 2 regels. Ook als we rekening houden met clustering binnen organisaties blijft dit effect bestaan.

Kernelement h: ‘bij kinderen > 3 jaar en 9 maanden voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken’

Een betere eigen-effectiviteitsverwachting, het lezen van de samenvatting en de ondersteuning ($p < 0,001$) zorgen voor een significant betere uitvoering van het gebruik van de Landolt-C-kaart bij kinderen vanaf 3 jaar en 9 maanden. Vooral de eigen-effectiviteitsverwachting heeft een sterke correlatie met de uitvoering (correlatie van 0,69). Het hebben van ondersteuning hangt samen met de eigen-effectiviteitsverwachting en het lezen van de samenvatting. Na het samenvoegen van de

factoren in een multivariaat model waarin we rekening houden met clustering binnen organisaties zien we dat alleen eigen-effectiviteitsverwachting een significant effect blijft houden (tabel 17).

Tabel 17 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement 'bij kinderen > 3 jaar en 9 maanden voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken'

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,739	11,660	<0,001*
Samenvatting gelezen	0,111	1,750	0,083
Ondersteuning	0,007	0,105	0,917

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

5.9.4 Determinanten van invloed op gebruik kernelementen 4-19 jarigen (lineaire regressieanalyse)

Kernelement i: 'bij kinderen t/m 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 3 maanden'

Eigen-effectiviteitsverwachting en voorwaarden voor gebruik zijn matig, maar wel significant, gecorreleerd met het herhalen van de visusbepaling binnen 3 maanden bij kinderen tot en met 5 jaar (beide correlaties < 0,3). Na het samenvoegen van beide factoren in een multivariaat model waarin we rekening houden met clustering binnen organisaties zien we dat alleen eigen-effectiviteitswaarde invloed heeft op de uitvoering (tabel 18).

Tabel 18 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement 'bij kinderen t/m 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 3 maanden'

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,247	2,926	0,004*
Voorwaarden voor gebruik	-0,030	-0,360	0,719

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement j: 'bij kinderen > 5 jaar voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken'

Eigen-effectiviteitsverwachting, kaart gelezen, bruikbaarheid van de standaard en sociale druk verbeteren het gebruik van de Landolt-C-kaart bij kinderen vanaf 5 jaar. Dit effect houdt echter geen stand in een multivariaat model waarin we rekening houden met clustering binnen organisaties (tabel 19).

Tabel 19 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement ‘bij kinderen > 5 jaar voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken’

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,066	0,513	0,610
Kaart gelezen	-0,007	-0,054	0,957
Bruikbaarheid standaard	0,183	1,296	0,200
sociale druk	0,183	1,289	0,203

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement k: ‘bij kinderen > 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 6 maanden

Eigen-effectiviteitsverwachting en bruikbaarheid van de standaard hebben invloed op het uitvoeren van het kernelement ‘herhalen van de visusbepaling binnen 6 maanden bij kinderen vanaf 5 jaar’, maar ook hier geldt dat gecorrigeerd voor clustering in een multivariaat model deze invloed niet meer significant is (tabel 20).

Tabel 20 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement ‘herhaling van de visusbepaling binnen 6 maanden bij kinderen vanaf 5 jaar’

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,207	1,936	0,056
Bruikbaarheid	0,138	1,289	0,201

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) verdwijnt significant effect

Kernelement l: ‘kinderen verwijzen bij zelfde of slechtere visuswaarde bij herhalingsonderzoek’

Eigen-effectiviteitsverwachting en samenvatting gelezen hebben een matige correlatie (0,24 en 0,20 respectievelijk). Het lezen van de samenvatting blijft significant in het multilevel model (tabel 20).

Tabel 21 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement ‘kinderen verwijzen bij zelfde of slechtere visuswaarde bij herhalingsonderzoek’

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,148	1,659	0,100
Samenvatting gelezen	0,263	2,940	0,004*

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement m: ‘bij visusbepaling met Landolt-C-kaart, 1e oog doortesten tot visus van 1,25’

Eigen-effectiviteitsverwachting en ondersteuning hebben een effect op de uitvoering van het kernelement ‘bij visusbepaling met Landolt-C-kaart, 1e oog doortesten tot visus van 1,25’. Het lezen van de samenvatting en de kaart correleert matig (correlatie=0,23)

met het gebruik van dit kernelement. De eigen-effectiviteitsverwachting en ondersteuning blijven significant in het multilevel model (tabel 22).

Tabel 22 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement ‘bij visusbepaling met Landolt-C-kaart, 1e oog doortesten tot visus van 1,25’

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,357	4,895	<0,001*
Samenvatting gelezen	0,051	0,622	0,535
Kaart gelezen	0,057	0,701	0,484
Ondersteuning	0,215	2,945	0,004*

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement n: ‘bij kinderen > 6 jaar, visusonderzoek alleen verrichten op indicatie’

Zowel een betere eigen-effectiviteitsverwachting als een betere ondersteuning zorgt voor een significante verbetering in de uitvoering van het visusonderzoek alleen op indicatie bij kinderen ouder dan 6 jaar (tabel 23).

Tabel 23 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement ‘bij kinderen > 6 jaar, visusonderzoek alleen verrichten op indicatie’

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,422	5,741	<0,001*
Ondersteuning	0,153	2,084	0,039*

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement o: ‘onderzoek naar diepteziën achterwege laten’

Eigen-effectiviteitsverwachting, het lezen van de samenvatting, de bruikbaarheid van de standaard en de ondersteuning zijn allemaal significant gecorreleerd met de uitvoering van kernelement ‘onderzoek naar diepteziën achterwege laten’, maar alleen de relatie tussen eigen-effectiviteitsverwachting en de uitvoering houdt stand in het multilevel model. Hoe beter hoger de eigen-effectiviteit hoe vaker het onderzoek naar diepteziën achterwege wordt gelaten (tabel 24).

Tabel 24 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement ‘onderzoek naar diepteziën achterwege laten’

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,711	8,627	<0,001*
Samenvatting gelezen	-0,45	-0,544	0,588
Bruikbaarheid standaard	0,060	0,743	0,460
Ondersteuning	0,005	0,067	0,947

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement p: 'onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie'

Hoe beter de eigen-effectiviteitsverwachting, hoe vaker het onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie wordt uitgevoerd. Daarnaast geldt dat het lezen van de kaart invloed heeft op dit kernelement (tabel 25).

Tabel 25 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement 'onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie'

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,645	8,110	<0,001*
Kaart gelezen	0,185	2,315	0,023*
Bruikbaarheid standaard	0,093	1,154	0,252

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement q: 'bij kinderen (van elders) zonder gegevens, voor 7^e jaar visusonderzoek doen'

Voor het kernelement kernelement 'bij kinderen (van elders) zonder gegevens, voor 7^e jaar visusonderzoek doen' geldt dat dit wordt beïnvloed door de eigen-effectiviteitsverwachting (tabel 26).

Tabel 26 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement 'bij kinderen (van elders) zonder gegevens, voor 7^e jaar visusonderzoek doen'

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,499	6,905	<0,001*
Ondersteuning	-0,095	-1,313	0,191

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

5.9.5 Determinanten van invloed op gebruik kernelementen 0-19 jarigen (lineaire regressieanalyse)

Kernelement r: 'bij verstandelijk gehandicapte kinderen onderzoek zo uitvoeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens'

Sociale druk heeft een significant effect op het kernelement 'bij verstandelijk gehandicapte kinderen onderzoek zo uitvoeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens' (tabel 27).

Tabel 27 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement 'bij verstandelijk gehandicapte kinderen onderzoek zo uitvoeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens'

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,225	1,834	0,072
Samenvatting gelezen	-0,0233	-0,162	0,872
Kaart gelezen	0,115	0,839	0,405
sociale druk	-0,286	-2,272	0,027*

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

Kernelement s: 'bij verstandelijk gehandicapte kinderen voor hen geschikte hulpmiddelen gebruiken'

Sociale druk heeft ook een lineaire relatie met het gebruiken van voor verstandelijk gehandicapte kinderen geschikte hulpmiddelen, maar dit houdt niet stand in het multivariaat multilevel model. Bij dit kernelement is eigen-effectiviteitsverwachting weer van belang. Hoe beter de eigen-effectiviteitsverwachting, hoe beter de uitvoering (tabel 28).

Tabel 28 Resultaten van de lineaire regressieanalyse op de uitvoering van kernelement 'bij verstandelijk gehandicapte kinderen voor hen geschikte hulpmiddelen gebruiken'

	Beta	t	p-waarde
Eigen-effectiviteitsverwachting	0,303	2,338	0,023*
Kaart gelezen	0,157	1,216	0,229
sociale druk	-0,146	-1,119	0,268

* als rekening wordt gehouden met clustering binnen organisaties (multilevel model) blijft effect significant

5.10 Beschouwing

Uit het vragenlijstonderzoek onder een representatieve steekproef van JGZ-medewerkers komt naar voren dat in 2005 verreweg de meeste JGZ-medewerkers de JGZ-standaard Visus kennen. Daarnaast blijken deze JGZ-medewerkers de juistheid en bruikbaarheid van de standaard te onderschrijven. Het percentage JGZ-medewerkers dat de standaard kent en onderschrijft valt binnen de vooraf vastgestelde taakstelling. Er zijn wel verschillen tussen disciplines waarbij opvalt dat de artsen beter op de hoogte zijn van het bestaan van de standaard in vergelijking tot de verpleegkundigen en assistenten. Daarnaast zijn ze vaker in het bezit van de standaard en hebben ze de standaard ook beter gelezen. Ervan uitgaande dat iedere JGZ-medewerker die een functie heeft bij het opsporen van visuele stoornissen over een exemplaar van de standaard zou moeten beschikken, kan de verspreiding op dit punt nog verbeteren.

Hoewel uit de determinantenanalyse (hoofdstuk 3) veel uitvoeringsproblemen naar voren kwamen, worden in het vragenlijstonderzoek de voorwaarden voor het werken met de JGZ-standaard Visus door het merendeel van de JGZ-medewerkers als (ruim) voldoende ervaren. Deze resultaten hoeven elkaar niet te bijten. In de determinantenanalyse is vooral getracht zicht te krijgen op het soort uitvoeringsproblemen en niet zozeer op de frequentie van vóórkomen. Daarnaast zijn er in de tijd tussen de determinantenanalyse en het vragenlijstonderzoek enkele activiteiten ingezet om de uitvoeringsproblemen te ondervangen. Het gaat dan om de landelijke informatiebijeenkomst, het uitkomen van de FAQ en de scholing van de implementatiecoördinatoren (zie hoofdstuk 4).

Uit het onderzoek blijkt dat de informatievoorziening aan de individuele JGZ-medewerker over het werken met de JGZ-standaard Visus redelijk goed was en hierover meestal afspraken zijn gemaakt. Tevens kan geconcludeerd worden dat op het punt van begeleiding / coaching van de individuele JGZ-medewerkers bij het werken volgens de standaard, nog ruimte voor verbetering is. Dit geldt ook voor de continuering en de monitoring van het gebruik van de standaard. Opvallend is dat de JGZ-medewerkers die

werken met 0-4 jarigen voor vrijwel alle activiteiten die gaan over de ondersteuning bij de invoering van de standaard en over de continuering van het gebruik, aangeven dat zij vaker hebben plaatsgevonden in vergelijking met de JGZ-medewerkers die met 4-19 jarigen werken

Kijkend naar het gebruik van de verschillende kernelementen van de JGZ-standaard Visus kan geconstateerd worden dat dit ook binnen de vooraf vastgestelde taakstelling ligt. Veertien van de 19 kernelementen worden door meer dan 40% van de JGZ-medewerkers uitgevoerd bij (bijna) alle kinderen. Tegelijkertijd laten deze resultaten zien dat er nog veel ruimte voor verbetering van het gebruik van de standaard is. Echter vergeleken met de situatie waarin een standaard alleen verspreid wordt en vergeleken met andere implementatieprojecten, kan dit resultaat als goed beschouwd worden.

Wanneer gekeken wordt naar de determinanten van het gebruik van de standaard, blijkt met name de eigen-effectiviteitsverwachting van de JGZ-medewerker het gebruik te bepalen. Het aangrijpingspunt voor verbetering van het gebruik van de standaard ligt dan vooral ook bij activiteiten die de JGZ-medewerker beter in staat stelt deze kernelementen uit te voeren. Het is aan te bevelen hier via training en coaching aandacht aan te besteden.

In het volgende hoofdstuk wordt uitgebreid ingegaan op de implicaties van de gevonden resultaten.

6 Conclusies en aanbevelingen

6.1 Inleiding

Het doel van het project landelijke implementatie JGZ-standaard Opsporing van Visuele Stoornissen 0-19 jaar was tweeledig:

- De invoering van de standaard onder alle artsen, verpleegkundigen en dokterassistenten waarbij op landelijk niveau een aantal activiteiten werden georganiseerd ter bevordering van de invoering.
- Een evaluatie van het proces van de invoering en een evaluatie van het effect ervan op de mate van bereik, adoptie, gebruik van de standaard en de continuering van het gebruik door artsen, verpleegkundigen en dokterassistenten.

In dit hoofdstuk worden eerst conclusies getrokken met betrekking tot het proces van invoering (6.2) en met betrekking tot het effect op het gebruik van de standaard (6.3). Vervolgens zal worden ingegaan op de kanttekeningen bij het onderzoek (6.4). Het hoofdstuk wordt afgesloten met aanbevelingen voor de invoering van andere JGZ-standaarden en het onderzoek daarnaar (6.5).

6.2 Procesevaluatie

Het is erg ongunstig dat er door het uitblijven van de financiering, anderhalf jaar is verlopen tussen het verschijnen van de JGZ-standaard Visus en de start van de implementatieactiviteiten. Ten eerste kon hierdoor geen determinantenanalyse verricht worden voorafgaande aan de verspreiding van de JGZ-standaard Visus. Dit heeft als nadeel dat er geen gerichte inhoudelijke scholing en geen gerichte invoerstrategieën ontwikkeld konden worden die aangrepen op de meest kritieke determinanten. Ten tweede bleek dat een deel van de organisaties de invoering van de standaard al ter hand had genomen voordat er landelijke activiteiten uitgezet konden worden. Dit is het proces van invoering waarschijnlijk niet ten goede gekomen. Een deel van de organisaties liet weten in deze anderhalf jaar uitvoeringsproblemen te zijn tegengekomen en op basis daarvan sommige onderdelen van de standaard nu niet uit te voeren. Het is achteraf lastiger te interveniëren op een eenmaal genomen adoptie- en implementatiebeslissing (zie ook 6.4).

Geconcludeerd kan worden dat een substantieel deel van de GGD'en, thuiszorginstellingen en Stichtingen MOA heeft deelgenomen aan een of meer implementatieactiviteiten om de invoering van de JGZ-standaard Visus (in de eigen organisatie) te bevorderen. Vanuit het streven dat op termijn alle organisaties een of meer geschoolde implementatiecoördinatoren zouden moeten hebben, valt het aantal deelnemers aan de landelijke implementatiescholing tegen. Aangezien voor een groot deel van de organisaties de reden van niet-deelname onbekend is, is het lastig om uitspraken over de oorzaak ervan te doen. Dat een deel van de organisaties de invoering al ter hand had genomen en mogelijk (met wisselend succes) al had afgesloten, zal zeker een rol hebben gespeeld. Een deel van de organisaties gaf aan een ervaren coördinator te hebben.

De scholing van de implementatiecoördinatoren werd positief geëvalueerd en leek in een behoefte van de deelnemers te voorzien. In dat opzicht is het jammer dat GGD Nederland en Z-org geen extra scholingsdata konden bieden aan de deelnemers die de

tweede scholingsdag verhinderd waren, maar toch graag de implementatiescholing wilden bijwonen. Hoewel de scholing positief werd geëvalueerd, was er wel behoefte aan het meer kunnen oefenen van praktische vaardigheden.

6.3 Effectevaluatie

6.3.1 *Verspreiding*

Geconcludeerd kan worden dat het vrij goed is gelukt om de JGZ-standaard Visus te verspreiden onder de JGZ-medewerkers die een taak hebben bij de uitvoering van het visusonderzoek. Van de ondervraagde JGZ-medewerkers weet 90% dat de standaard bestaat, bezit 83% de samenvatting van de standaard en 76% de geplastificeerde kaart. Deze percentages liggen boven de taakstelling die voorafgaande aan de invoering werd vastgesteld. Het streven dat op iedere werkplek een boek met de onderbouwing van de standaard aanwezig is, is maar deels gelukt; 58% van de ondervraagden geeft aan dat dit het geval is.

Hoewel verreweg de meeste JGZ-medewerkers op de hoogte zijn van het bestaan van de JGZ-standaard Visus en de belangrijkste onderdelen bezitten, zijn er verschillen tussen de afzonderlijke disciplines. Een vijfde van de verpleegkundigen en doktersassistenten weet namelijk niet dat de standaard bestaat. Daarnaast blijkt dat in vergelijking tot de artsen, de verpleegkundigen en dokterassistenten minder vaak de onderdelen van de standaard bezitten en ze slechter hebben gelezen. Dit betekent dat een substantieel deel van de JGZ-medewerkers die geacht worden met de standaard te werken niet over de benodigde materialen beschikt. Verder blijkt dat de medewerkers die met 0-4 jarigen werken vaker in het bezit zijn van de standaard en de standaard beter hebben gelezen.

Een mogelijke verklaring voor het verschil in verspreiding tussen de disciplines die zowel uit de determinantanalyse als het vragenlijstonderzoek naar voren komt, is dat sommige organisaties de standaard alleen onder de artsen hebben verspreid. De verpleegkundigen en doktersassistenten kregen in die gevallen dan vaak een afgeleid protocol of mondelinge instructie van de artsen over het werken met de standaard. Uiteraard hoeft deze manier van verspreiding geen direct effect te hebben op het werken volgens de standaard, hoewel het onderzoek aantoont dat er wel een zwak verband is. Vanuit de ontwikkelaars van de standaard is het echter uitdrukkelijk de bedoeling dat alle disciplines die een taak hebben bij het opsporen van visuele stoornissen een exemplaar van de standaard ontvangen. Geconcludeerd kan worden dat de verspreiding op deze punten nog kan verbeteren.

6.3.2 *Adoptie*

Geconcludeerd kan worden dat verreweg de meeste JGZ-medewerkers die de JGZ-standaard Visus kennen en hebben gelezen van mening zijn dat de standaard inhoudelijk juist en volledig is. Ook vinden verreweg de meeste JGZ-medewerkers de JGZ-standaard Visus bruikbaar. Het percentage respondenten dat het met de stellingen over de juistheid en bruikbaarheid eens is, ligt voor 11 van de 13 stellingen boven de taakstelling. Toch zijn er ook punten van aandacht. Zo onderschrijft een derde van de JGZ-medewerkers dat de standaard niet genoeg aansluit bij de werkwijze van de beroepsgroepen uit het vervolgtraject. De NHG-standaard Refractieafwijkingen voor de huisartsen wijkt op sommige punten af van de JGZ-standaard, bijvoorbeeld de leeftijd voor verwijzing naar een opticien / optometrist. Mogelijk verklaart dit dat veel JGZ-medewerkers de standaard niet vinden aansluiten bij het beleid van andere disciplines.

Vanuit het oogpunt van continuïteit van zorg en eenduidigheid naar de ouders is dit niet wenselijk.

Er is geen verschil in oordeel over de JGZ-standaard Visus tussen de disciplines, maar wel tussen medewerkers die met 0-4 jarigen werken en zij die met 4-19 jarigen werken. Deze laatste groep medewerkers bleek het minder eens te zijn met de stellingen over de juistheid en bruikbaarheid van de standaard. Dit valt mogelijk te verklaren uit het feit dat vooral voor de 4-19 jarigen de standaard ‘nieuwe’ adviezen bevat ten opzichte van de werkwijze die men gewend was. Veel organisaties vonden het een verarming om het visusonderzoek na het 6^e levensjaar alleen op indicatie te verrichten. Dit gold ook voor de adviezen het onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie te verrichten en het onderzoek naar diepteziën achterwege te laten. Daarnaast wordt vooral de TNO-diepteziëntest in de praktijk als ‘leuk om te doen’ ervaren door JGZ-medewerkers en wordt ook als zodanig door ouders gewaardeerd.

6.3.3 *Gebruik en continuering van gebruik*

Geconcludeerd kan worden dat 14 van de 19 kernelementen van de JGZ-standaard Visus door meer dan 40% van de JGZ-medewerkers worden uitgevoerd bij (bijna) alle kinderen en dat daarmee de taakstelling is gehaald. Enkele zaken vallen hierbij op. Ten eerste worden de kernelementen die gaan over het visusonderzoek bij verstandelijk gehandicapte kinderen door slechts een tiende tot een vijfde van de JGZ-medewerkers uitgevoerd bij (bijna) alle kinderen. De vraag laat zich stellen waarom dit zo is. Het onderzoek geeft daar slechts ten dele antwoord op (zie ook 6.3.4). Mogelijk is deze vraag verkeerd geïnterpreteerd door de respondenten in de zin van dat men geen / nauwelijks verstandelijk gehandicapte kinderen ziet waardoor men heeft aangekruist ‘bij geen enkel kind’. Vaak is er een specifieke JGZ-medewerker die het visusonderzoek bij verstandelijk gehandicapte kinderen doet. Daarnaast blijken veel JGZ-medewerkers zichzelf niet in staat achten het onderzoek bij verstandelijk gehandicapte kinderen goed uit te voeren. En mogelijk ziet men voor zichzelf geen taak hierin. In dat laatste geval zou er vanuit de organisaties meer aandacht voor deze groep kinderen moeten komen. De ontwikkelaars van de standaard hebben aangegeven dit onderdeel bij een herziening van de standaard beter te willen uitwerken en een prominentere plaats te geven in de standaard.

Ten tweede valt op dat juist de kernelementen die relatief ‘nieuw’ zijn ten opzichte van de huidige werkwijze bij het opsporen van visuele stoornissen, door minder dan 40% van de respondenten bij (bijna) alle kinderen wordt uitgevoerd. Het gaat hier om het gebruik van de Landolt-C kaart bij de leeftijd van 3 jaar en 9 maanden, bij kinderen ouder dan 6 jaar het visusonderzoek alleen op indicatie verrichten en het onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie verrichten. Op zich is dit niet verwonderlijk omdat het aanleren van nieuwe vaardigheden (bij o.a. het gebruik van de Landolt-C kaart) enige tijd vergt. Daarnaast leert de implementatiepraktijk dat het achterwege laten van handelingen (visusonderzoek bij kinderen ouder dan 6 jaar en het onderzoek naar kleurzin) vaak nog lastiger is. Uit het determinantenonderzoek in 2004 bleek dat veel organisaties problemen rapporteerden bij het uitvoeren van deze kernelementen. Enerzijds waren organisaties het op deze punten niet eens met de standaard omdat men bijvoorbeeld vond dat het onderzoek naar kleurzin en het visusonderzoek bij kinderen ouder dan 6 jaar een meerwaarde heeft (zie ook vorige paragraaf). Anderzijds werden praktische uitvoeringproblemen gemeld zoals het niet kunnen beschikken over een ruimte waarin een afstand van 5 meter tot de Landolt-C kaart gerealiseerd kan worden en het niet lukken van dit onderzoek bij deze leeftijdsgroep (zie ook 6.3.4).

Ten derde is opmerkelijk dat slechts een vijfde van de respondenten aangeeft bij kinderen tot en met 5 jaar met onvoldoende visus, de bepaling binnen 3 maanden te

herhalen. Een mogelijke verklaring voor het feit dat men niet binnen 3 maanden de bepaling kan herhalen is de overdracht tussen 0-4 jaar en 4-19 jaar: er zit een tijdsverloop tussen het constateren van een onvoldoende visustest en de daadwerkelijke overdracht. Bovendien verzorgen veel GGD'en de onderzoeken per school. In dat geval volgt het herhalingsonderzoek pas als de school aan de beurt is voor het PGO groep 2 en de schoolarts toch al op de school aanwezig is. Dit kan variëren in tijd tussen 1 maand en 9 maanden. Een andere mogelijke verklaring is de werkdruk. Bij een vol programma is mogelijk alleen tijd voor het vaste PGO en is er dus geen ruimte om speciaal naar de betreffende school terug te komen voor het herhalingsonderzoek.

De determinantenanalyse uit 2004 laat zien welke uitvoeringsproblemen precies spelen voor diverse kernelementen van de JGZ-standaard Visus. Daarnaast geeft het vragenlijstonderzoek uit 2005 antwoord op de vraag welke determinanten kritiek zijn voor de uitvoering per kernelement. In paragraaf 6.3.4 wordt hier verder op ingegaan.

Geconcludeerd kan worden dat de informatievoorziening over het werken met de JGZ-standaard Visus redelijk goed was: vier van de vijf JGZ-medewerkers geven aan dat er informatie is verstrekt en er afspraken zijn gemaakt over het werken met de standaard. Tevens kan geconcludeerd worden dat op het punt van begeleiding / coaching bij het (in)werken volgens de standaard nog (veel) ruimte voor verbetering is. Zo geeft maar tweederde van de JGZ-medewerkers aan voldoende tijd te hebben gekregen om ingewerkt te raken, zegt de helft specifieke scholing te hebben gekregen en zegt een kwart individuele begeleiding / coaching te hebben gehad. Het is bekend dat voorlichting, scholing, training / coaching en het uitwisselen van ervaringen van belang zijn, wil het gebruik van een vernieuwing succesvol zijn (zie hoofdstuk 1.3). Wanneer gekeken wordt naar de scores op de eigen-effectiviteitsverwachting met betrekking tot de uitvoering van de verschillende kernelementen, dan zijn deze voor een deel van de kernelementen erg laag. In de kern gaat het bij de eigen-effectiviteitsverwachting om vaardigheden. Training en (individuele) coaching spelen een belangrijke rol hierin (zie ook 6.3.4).

Hoewel de focus van het onderzoek niet lag op de continuering van het gebruik van de JGZ-standaard Visus, zijn er aanwijzingen dat ook hier nog ruimte voor verbetering is. Mogelijk hebben niet alle respondenten zicht op de activiteiten ter bevordering van de continuering van het gebruik, maar een vijfde van de respondenten is er niet zeker van dat het werken met de standaard blijvend is en een kwart geeft aan dat niet alle nieuwe medewerkers worden ingewerkt in het gebruik van de standaard. Ook als het gaat om de monitoring en het bewaken van het gebruik van de standaard geeft bijna 40% van de respondenten aan dat dit niet het geval is c.q. men dit niet weet. De respondenten die zeggen dit niet te weten zijn in dit geval ook van belang, omdat idealiter de uitvoerenden feedback zouden moeten krijgen over (de effecten van) het werken volgens de standaard.

Bovenstaande punten steken af tegen het feit dat 70% van de respondenten zegt dat er binnen de organisatie een persoon is (geweest) die als taak heeft ondersteuning te bieden bij de invoering van de JGZ-standaard Visus en waarbij men met vragen terecht kan (implementatiecoördinator). Het is niet duidelijk in hoeverre deze personen daadwerkelijk hebben getracht de JGZ-medewerkers te coachen bij het werken met de standaard, wat de kwaliteit daarvan was en wat de redenen zijn waarom het eventueel niet is gelukt. Ook is niet duidelijk in hoeverre men activiteiten heeft ondernomen om het gebruik van de standaard te bewaken en te monitoren. De

implementatiecoördinatoren die de landelijke implementatiescholing hebben gevolgd hadden dit wel in hun ‘takenpakket’ staan. Daarnaast zijn er organisaties die niet naar de landelijke implementatiescholing zijn geweest maar wel aangaven een dergelijke coördinator te hebben. Van deze coördinatoren is onduidelijk of ze activiteiten als coaching en bewaking van het gebruik van de standaard tot hun ‘taak’ rekenen. Mogelijk hebben coördinatoren gedacht dat hun taak erop zit als iedereen geschoold is. Aandacht voor het onderhoud is (nog) niet zo gebruikelijk binnen de JGZ-cultuur.

Opvallend is dat de JGZ-medewerkers die werken met 0-4 jarigen voor vrijwel alle activiteiten die gaan over de ondersteuning bij de invoering van de JGZ-standaard Visus en over de continuering van het gebruik, aangeven dat zij vaker hebben plaatsgevonden in vergelijking met de JGZ-medewerkers die met 4-19 jarigen werken. Aangezien vrijwel alle JGZ-medewerkers die met 0-4 jarigen werken in dienst zijn van thuiszorginstellingen, zou kunnen worden geconcludeerd dat de ondersteuning bij de invoering van de JGZ-standaard Visus beter is geweest bij thuiszorginstellingen in vergelijking tot de GGD'en en stichtingen MOA. Vanwege het kleine aantal stichtingen MOA was het niet mogelijk op dit punt een onderscheid te maken tussen GGD'en en Stichtingen MOA. Een mogelijke verklaring is dat het aantal onderzoeken dat uitgevoerd wordt bij 0-4 jarigen, in vergelijking met 4-19 jarigen, een groter onderdeel vormt van de werkzaamheden van thuiszorginstellingen dan bij GGD'en en MOA-stichtingen. Prioriteiten en tijdverdeling kunnen daardoor anders liggen.

6.3.4 *Determinanten van gebruik*

Geconcludeerd kan worden dat de voorwaarden voor het werken met de JGZ-standaard Visus als (ruim) voldoende worden beschouwd door de respondenten. Toch vond een deel van de JGZ-medewerkers de beschikbare consulttijd en de grootte van de werkruimte (in verband met de afstand tot de visuskaarten) niet voldoende. De JGZ-medewerkers die met 4-19 jarigen werken waren positiever over de voorwaarden voor het werken met de standaard. Verder waren de assistenten en verpleegkundigen positiever over de voorwaarden in vergelijking met de artsen. Een mogelijke verklaring hiervoor is dat vrijwel alle organisaties hun assistenten naar de TNO-scholing voor doktersassistenten sturen. De assistenten waarderen deze scholing zeer positief in de zin van dat ze zich daarna goed in staat voelen het visusonderzoek uit te voeren.

Voor de kernelementen die door weinig mensen werden uitgevoerd (o.a. het gebruik van de Landolt-C kaart) is nagegaan of dit te maken had met de voorwaarden voor het gebruik. Er was geen relatie tussen het oordeel over de afzonderlijke stellingen over de voorwaarden en het gebruik van de kernelementen.

Wanneer rekening wordt gehouden met de onderlinge samenhang tussen determinanten en clustering binnen organisaties, kan geconcludeerd worden dat de eigen-effectiviteitsverwachting voor 14 van de 19 kernelementen als kritieke determinant van het gebruik naar voren komt. Hoe hoger de eigen-effectiviteitsverwachting, hoe hoger het gebruik van het kernelement is. Bij de eigen-effectiviteitsverwachting gaat het in de kern om vaardigheden waarover mensen moeten kunnen beschikken om met de standaard te kunnen werken. Daarnaast komen de mate waarin het gebruik van de standaard wordt ondersteund (3 keer), het hebben gelezen van de kaart of samenvatting (3 keer) en de ervaren sociale druk (1 keer) naar voren als kritieke determinanten. Hoe meer ondersteuning, hoe beter de kaart / samenvatting is gelezen en hoe meer sociale druk, hoe hoger het gebruik van het kernelement. Dit zijn tevens de aangrijpingspunten voor verbetering van het gebruik van de verschillende kernelementen (voor details per kernelement, zie hoofdstuk 5.9.3).

Hoewel de mate van ondersteuning niet meer significant gerelateerd is aan de mate van gebruik wanneer rekening wordt gehouden met andere determinanten, is er univariaat met vrijwel elk kernelement een zwak, maar significant verband. Het gaat hier onder andere om het hebben van een implementatiecoördinator en het krijgen van individuele coaching. In die zin kan worden geconcludeerd dat het krijgen van ondersteuning potentieel een positief effect heeft op het gebruik van de standaard.

6.4 Kanttekeningen

Idealiter vindt voorafgaande aan de invoering van een JGZ-standaard een determinantenanalyse plaats onder de toekomstige gebruikers. Een dergelijke analyse geeft grofweg zicht op punten waarop de standaard eventueel bijgesteld moet worden, inhoudelijke scholing die ontwikkeld moet worden en andere kritieke determinanten waar tijdens de landelijke invoering aandacht aan moet worden besteed. Vanwege het uitblijven van de financiering voor de invoering is een dergelijke analyse niet voorafgaande aan de invoering gebeurd. Getracht is dit te ondervangen door op het moment dat veel organisaties al met de standaard probeerden te werken, alsnog een analyse te doen naar uitvoeringsproblemen. Via een landelijke informatiebijeenkomst, het uitbrengen van een FAQ en via de implementatiecoördinatoren is getracht de organisaties te voorzien van mogelijke oplossingen voor de ervaren problemen. Toch zal deze gang van zaken consequenties hebben gehad voor de adoptie en het gebruik van de standaard. Een goed voorbeeld is het lage gebruik van de Landolt-C kaart bij kinderen van 3 jaar en 9 maanden. Vanaf de publicatie van de standaard is er vanuit het veld forse kritiek geweest op deze aanbeveling. Een deel van de kritiek betreft het niet kunnen beschikken over een geschikte ruimte van 5 meter. Het grootste deel van de kritiek betreft echter het niet lukken van dit onderzoek bij deze leeftijdsgroep. Tegelijkertijd maakt het onderzoek duidelijk dat het een deel van de organisaties wel lukt het onderzoek uit te voeren bij alle kinderen. Deze organisaties meldden wel dat het veel tijd kostte om er ervaring mee op te doen. Eenmaal ingewerkt, bleek het onderzoek bij het gros van de kinderen te lukken. Wanneer op basis van een determinantenanalyse voorafgaande aan de invoering dit punt naar voren was gekomen, had enerzijds op landelijk niveau een gerichte training ontwikkeld kunnen worden en anderzijds had aan de organisaties kenbaar gemaakt kunnen worden dat men ruime tijd moest uittrekken om de medewerkers hiermee ervaring te laten opdoen. Het is bekend dat het succes van het initiële gebruik van groot belang is voor het vervolggebruik. Veel organisaties hebben serieus geprobeerd de Landolt-C kaart bij 3 jaar en 9 maanden in te voeren. Maar omdat dit (vanwege ontbreken van training en coaching) niet succesvol was, heeft men besloten deze kaart niet verder te gebruiken. Een landelijke informatiebijeenkomst en een FAQ zijn niet de geschikte methoden om daaraan achteraf iets te veranderen.

Het niet kunnen doen van een zuivere voormeting van de werkwijze bij de opsporing van visuele stoornissen (doordat de instellingen al met de standaard zijn gaan werken) en het louter beschikken over een eindmeting heeft consequenties voor de beantwoording van de onderzoeksvragen. Het is daardoor niet mogelijk goed na te gaan wat het effect van de implementatieactiviteiten is geweest. Dit is zoveel mogelijk ondervangen door in de (cross-sectionele) eindmeting na te gaan welke determinanten relevant zijn voor het gebruik via het berekenen van de samenhang tussen determinanten en de uitkomstmaten, waar mogelijk voor verschillende subgroepen.

De respons van 64% is matig, maar is vergelijkbaar met ander onderzoek binnen de JGZ (Crone, Verlaan, Willemsen e.a. 2001; Fleuren, De Jong, Verlaan e.a. 2004). De

vraag is in hoeverre hieraan enige betekenis moet worden gehecht wat betreft de uitkomsten van het onderzoek, omdat alle organisaties voor deze studie zijn aangeschreven, waardoor de deelnemende organisaties en disciplines een substantieel deel van de populatie vertegenwoordigen.

Responsanalyse wees uit dat er geen verschil is in respons naar organisatiegrootte en daarmee is de evenredige vertegenwoordiging naar organisatiegrootte niet in het geding. Wel is er een verschil in respons tussen disciplines, maar een weging die de respons tussen de disciplines gelijk trekt, bleek nauwelijks verschillen te geven in resultaten. Wel kan dit consequenties hebben voor statistische analyses. Kleinere aantallen geven een lager onderscheidingsvermogen en minder nauwkeurige schattingen. Bovenstaande in ogenschouw nemend lijken de respondenten een goede afspiegeling te vormen van de JGZ-populatie en we gaan er daarom vanuit dat de gepresenteerde cijfers en analyse-uitkomsten de conclusies rechtvaardigen.

Het gebruik van de standaard is via een vragenlijst gemeten. Het gaat 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 via observaties. Doorgaans blijkt het gerapporteerde gedrag hoger te liggen dan het feitelijk gedrag (Adams, Soumerai, Lomas e.a. 1999). Dit zou betekenen dat het aantal JGZ-medewerkers dat zegt volgens de kernelementen van de standaard te werken in de praktijk lager is. Om na te gaan of er inderdaad sprake is van een discrepantie, was een registratieonderzoek gepland onder een deel van de respondenten die ook een vragenlijst invulden. Het bleek echter niet mogelijk het gebruik van de standaard op een betrouwbare manier uit het dossier te halen. Om toch een reëel beeld te krijgen van het gebruik is hier in de vragenlijst zo gedetailleerd mogelijk naar gevraagd. Daarnaast werden er zeer strenge criteria aangelegd voor het gebruik van de standaard, waarbij ook nog diverse dimensies werden gecombineerd zoals de omvang van gebruik (hoeveel onderdelen worden gebruikt), de frequentie van gebruik (bij hoeveel kinderen de standaard wordt gebruikt) en de intensiteit van gebruik (door hoeveel JGZ-medewerkers de standaard wordt gebruikt) (Fleuren, Wiefferink, Paulussen 2004, 2006). We denken dat hierdoor de mate van gebruik zoals gevonden in dit onderzoek vrij reëel is en misschien in de praktijk voor sommige kernelementen zelfs nog hoger ligt.

Er is een discrepantie in resultaten tussen de determinantenanalyse in 2004 en het vragenlijstonderzoek in 2005. Hoewel de vraagstelling anders was ('Ervaart u uitvoeringsproblemen?' versus 'Voert u het kernelement uit?') lijken organisaties in 2004 vaker te zeggen het onderzoek bij kinderen vanaf 6 jaar en ouder alleen op indicatie te verrichten, het onderzoek naar dieptezien achterwege te laten en het onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie te verrichten. In aansluiting op bovenstaand punt hangt dit waarschijnlijk samen met de manier van vragen waarbij het onderzoek in 2005 een nauwkeuriger beeld heeft opgeleverd van het werkelijke gebruik. Daarnaast werd de vragenlijst in 2004 door de managers / hoofden ingevuld. Het is goed denkbaar dat er een discrepantie is tussen het beleid dat de managers / hoofden uitzetten (en waarvan men veronderstelt dat dit wordt uitgevoerd) en wat er feitelijk op de werkvloer gebeurt. Overigens waren de organisaties in 2004 veel negatiever over het gebruik van de Landolt-C kaart dan in 2005.

De respondenten die de standaard niet kenden zijn niet meegenomen bij het bepalen van de mate van adoptie en de mate van gebruik van de standaard. Het betreft 10% van de respondenten. Wanneer al deze respondenten de inhoud en bruikbaarheid van de

standaard niet zouden onderschrijven, zou de adoptie lager zijn en daarmee onder de taakstelling komen. Het is echter niet reëel te veronderstellen dat al deze mensen de inhoud en bruikbaarheid niet zouden onderschrijven. Voor de mate van gebruik ligt dit genuanceerder. Het is mogelijk dat de respondenten die aangaven de standaard niet te kennen, in praktijk mogelijk toch in zekere mate volgens de kernelementen werken. Dit zou het geval kunnen zijn voor die kernelementen die niet fors afwijken van de huidige praktijk. Voor de ‘nieuwe’ elementen zou het gebruik mogelijk lager kunnen liggen dan nu gemeten. Het gaat dan met name om het gebruik van de Landolt-C kaart bij 3 jaar en 9 maanden, bij kinderen ouder dan 6 jaar het visusonderzoek alleen op indicatie verrichten, het onderzoek naar dieptezien achterwege laten en het onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie verrichten. Of het gebruik van deze kernelementen precies 10% lager is, is lastig te zeggen omdat we ook zagen dat met name verpleegkundigen en doktersassistenten vaak niet zelf de standaard bezitten maar via de artsen op de hoogte worden gesteld van wat er van hen verwacht wordt. Mogelijk dat een deel van deze medewerkers daarom heeft aangegeven de standaard niet te kennen, maar dat deze medewerkers in praktijk toch volgens de standaard werken.

6.5 Aanbevelingen

Op basis van bovenstaande conclusies en rekening houdend met de kanttekeningen bij het onderzoek doen we enkele aanbevelingen. De aanbevelingen zijn geformuleerd analoog aan de fasen van een invoeringsproces en zeggen dus niets over de mate van prioritering.

Hoewel de **bekendheid van de JGZ-standaard Visus** zeer hoog is en ook boven de taakstelling ligt, blijft een punt van aandacht de **verspreiding** onder de afzonderlijke disciplines. Evenals bij de JGZ-standaard Gehoorstoornissen blijkt ook nu weer dat artsen beter op de hoogte zijn van het bestaan van de standaard dan verpleegkundigen en doktersassistenten en dat ze de standaard ook vaker bezitten. Dit blijft een punt van zorg omdat het de bedoeling is dat alle disciplines die een taak hebben bij het opsporen van visuele stoornissen een exemplaar van de standaard ontvangen. Dit is niet alleen een punt van aandacht voor de JGZ-organisaties zelf, maar ook voor het Samenwerkingsverband Implementatie, de beroepsverenigingen en de opleidingsinstituten.

- Het is aan te bevelen dat, voor zover dit nog niet is gebeurd, de opleidingen in het curriculum aandacht besteden aan de ontwikkeling en invoering van JGZ-standaarden.
- Daarnaast wordt aanbevolen dat de beroepsverenigingen al haar leden gericht wijzen op de publicaties van nieuwe en herziene standaarden. Op die manier raken mogelijk meer verpleegkundigen en doktersassistenten op de hoogte van de standaarden en kunnen zij binnen hun eigen organisatie de gang van zaken met betrekking tot verspreiding, scholing etc. aan de orde stellen.
- Het onderzoek laat ook zien dat medewerkers die met 4-19 jarigen werken minder vaak de standaard bezitten en deze slechter hebben gelezen. Op dit punt is een extra inspanning nodig vanuit de GGD'en en Stichtingen MOA, omdat vrijwel alle JGZ-medewerkers 4-19 jaar in de steekproef in deze organisaties werken.

Het **gebruik van de kernelementen** valt binnen de vooraf vastgestelde taakstelling. Toch is het gebruik van de diverse kernelementen voor verbetering vatbaar en dat geldt niet alleen voor de kernelementen die relatief ‘nieuw’ zijn ten opzichte van de bestaande praktijk. De taakstelling dat 40% de helft van de kernelementen gebruikt bij

(bijna) alle kinderen is reëel met wat verwacht kan worden in vergelijking met andere vernieuwingsprocessen (o.a. Crone, Verlaan, Willemsen e.a. 2001; Paulussen 1994). Ten opzichte van de situatie waarin een standaard alleen verspreid wordt, is 40% gebruik een enorme verbetering. Tegelijkertijd betekent dit dat een substantieel deel van de kinderen niet de zorg krijgt zoals geadviseerd in de standaard. Vanuit het oogpunt van kwaliteit van zorg en reductie van de variatie in handelen, betekent dit dat er nog veel verbetering nodig is.

- Aanbevolen wordt dat het Samenwerkingsverband Implementatie, in casu GGD Nederland en Z-org, de organisaties feedback geeft over het werken met de standaard naar aanleiding van het onderhavige onderzoek.
- De JGZ-standaarden zijn onderdeel van de kwaliteitssystemen binnen de JGZ-organisaties. Hieruit voortvloeiend wordt (als het goed is) het gebruik van de standaarden binnen de organisatie besproken en worden gerichte verbeteracties ondernomen. De uitkomsten van het (onderhavige en toekomstige) landelijke evaluatieonderzoek naar het gebruik van de JGZ-standaarden kunnen daarbij gebruikt worden. Maar deze gegevens zouden ook centraal (landelijk) verzameld en vergeleken moeten worden.
- Hoewel het onderzoek niet met dit oogmerk is opgezet, bevat het huidige databestand niet alleen gegevens over het gebruik van de JGZ-standaard Visus binnen de eigen organisaties, maar ook referentiegegevens van andere organisaties. Het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM heeft tot taak de ontwikkeling, implementatie en herziening van standaarden te coördineren. Informatie met betrekking tot gebruik en aanpassing van standaarden kan hier centraal verzameld worden. Vervolgens kan van daaruit het initiatief worden genomen voor herziening van standaarden.
- De meest in het oog springende kernelementen waarbij de uitvoering verbetering behoeft zijn het gebruik van de Landolt-C kaart bij 3 jaar en 9 maanden en het herhalen van de visusbepaling binnen 3 maanden bij kinderen tot en met 5 jaar. Daarnaast gaat het om het opsporen van visuele stoornissen bij verstandelijk gehandicapte kinderen. In het rapport zelf is gedetailleerd aangegeven op welke punten verbetering mogelijk is.
- Aangezien de eigen-effectiviteitsverwachting de belangrijkste voorspeller bleek van het gebruik van bijna alle kernelementen, moet het bij het verhogen van het gebruik vooral gaan om activiteiten die de JGZ-medewerker beter in staat stellen deze kernelementen uit te voeren. Aanbevolen wordt hier via training en coaching aandacht aan te besteden. Dit moet onderdeel zijn van het (bij)scholingsprogramma van de organisaties. Hiervoor zouden wel faciliteiten en financiering beschikbaar moeten komen. De training / coaching zou moeten bestaan uit een aantal onderdelen:
 - Informatie geven over het doel en de achtergrond van de standaard en de scholing zoals de kennis en kritische vaardigheden die nodig zijn bij het werken volgens de kernelementen.
 - Kennisoverdracht en het voordoen van de kritische vaardigheden. Het gaat hierbij onder andere om verschillen tussen de huidige en nieuwe werkwijze, en training in de kritische vaardigheden.
 - Oefening van de vaardigheden met feedback.
 - Coaching in de praktijk bij het (gaan) werken met de kernelementen. Wanneer de veranderingsdoelen voor de individuele JGZ-medewerkers in de praktijk te hoog gegrepen blijken, worden deze samen met de trainer / coach bijgesteld.
 - Het krijgen van feedback over de effecten van het werken volgens de standaard.
- In aansluiting op bovenstaande verdient het aanbeveling dat het gebruik en de invoering van de JGZ-standaarden behalve in de opleiding voor jeugdartsen ook in de reguliere opleidingen van de andere beroepsgroepen in de JGZ opgenomen wordt.

Uit het onderzoek bleek dat **ondersteuning bij de invoering** een positief effect heeft op het gebruik van de standaard.

- De rol / functie van ‘implementatiecoördinator’ of aandachtspersoon die de invoering in de instelling ter hand neemt, zou (nieuw) leven ingeblazen moeten worden. Dergelijke personen kunnen een belangrijke rol spelen bij de invoering van de standaard en bij de bewaking van het gebruik ervan. Aanbevolen wordt dat het Samenwerkingsverband Implementatie, in casu GGD Nederland en Z-org, extra inspanningen doet om ervoor te zorgen dat enerzijds alle GGD’en, Stichtingen MOA en thuiszorginstellingen een of twee ‘implementatiecoördinatoren’ aanstellen en laten scholen en dat ze anderzijds extra inspanningen doen om het netwerk aan coördinatoren (verder) op te bouwen en actief te onderhouden. Juist de uitwisseling van kennis en ervaringen tussen coördinatoren c.q. instellingen heeft een meerwaarde voor het gebruik van de standaarden. Omdat de scholing van de coördinatoren deels betrekking heeft op het invoeren van innovaties in het algemeen, kunnen de coördinatoren deze kennis en ervaring ook gebruiken bij de invoering van andersoortige vernieuwingen binnen hun organisatie. Het idee is dat de organisaties op deze manier door de jaren heen verdergaande kennis en ervaring opbouwen met de invoering van vernieuwingen. Dit sluit aan bij de aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek naar de invoering van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. Uiteraard gaat het niet om het creëren van een nieuwe functie. Er dient aangesloten te worden bij de bestaande structuur en cultuur in een organisatie. In organisaties waar de invoering goed verloopt en bijvoorbeeld is ingebed in het bestaande kwaliteitssysteem, hoeven geen ‘implementatiecoördinatoren’ te worden aangesteld.
- De ‘taakomschrijving’ van dergelijke ‘coördinatoren’ kan gehandhaafd blijven zoals bij opzet van het onderhavige project:
 - Voorlichting en instructie over nieuwe en herziene standaarden in de afdeling, ook aan nieuwkomers.
 - Bewaken dat iedere JGZ-medewerker inhoudelijke scholing ontvangt met betrekking tot de standaard.
 - Begeleiding en coaching van individuele JGZ-medewerkers in de praktijk bij de initiële uitvoering van de standaard en continuering van de uitvoering.
 - Bewaken dat de kwaliteit van de uitvoering wordt gemonitord, bijvoorbeeld via intercollegiale toetsing.
- Speciale aandacht zou besteed moeten worden aan het opzetten van ondersteuningsactiviteiten bij GGD’en en Stichtingen MOA omdat de JGZ-medewerkers die met 4-19 jarigen werken nog minder ondersteuning hadden gekregen dan de medewerkers die met 0-4 jarigen werken.
- Het is aan te bevelen dat de scholing van de implementatiecoördinatoren wordt uitgebreid van twee dagdelen naar 2 dagen en dat er verdieping plaatsvindt wat betreft het kunnen oefenen van praktische vaardigheden met de invoering in de eigen organisatie. Dit naar aanleiding van de evaluatie van de huidige scholing. Geëvalueerd moet worden of deze uitgebreidere scholing beter voldoet, ook in de zin van betere invoering van de standaard in de organisatie.
- Eveneens naar aanleiding van de evaluatie van de huidige scholing zouden GGD Nederland en Z-org goede en tijdige informatie moeten geven over de inhoud van de scholing en de scholingsdata, zodat zoveel mogelijk mensen in de gelegenheid zijn de scholing te volgen.
- Daarnaast wordt aanbevolen criteria te formuleren voor deelnemers aan de implementatiescholing. Deze criteria zullen mede opgesteld kunnen worden aan de hand van de uitkomsten van het project ‘regionale implementatie’, waarin de

invoering en inbedding van het gebruik van de JGZ-standaarden verder onderzocht wordt.

Uit de telefonische navraag onder de organisaties die weinig / geen vragenlijsten hadden ingevuld bleek dat de meeste organisaties het prettig vonden dat er op **landelijk** niveau **evaluatieonderzoek** plaatsvond.

- Het verdient aanbeveling het gebruik van de JGZ-standaarden op landelijk niveau continu te blijven evalueren c.q. monitoren. Dit strekt verder dan het eenmalige evaluatiemoment zoals in het onderhavige project en zoals dat zal plaatsvinden bij de JGZ-standaard Aangeboren Hartafwijkingen. Eén van de aanbevelingen naar aanleiding van het onderzoek naar de invoering van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen was het opzetten van 'peilstations'. Deze aanbeveling is nog steeds actueel. Het idee is om bij een aantal organisaties die representatief zijn voor de JGZ, jaarlijks het gebruik van de kernelementen in de standaarden te meten. Hierbij zou zoveel mogelijk gebruik moeten worden gemaakt van het Elektronisch Kinddossier dat de komende jaren ingevoerd wordt. Op basis van de uitkomsten zal een selectie van de artsen, verpleegkundigen en assistenten die deelnemen aan de peilstations, worden geïnterviewd over de redenen van het wel / niet opvolgen van de kernelementen in de standaard. De gegevens zijn bedoeld om de mate van gebruik en continuering van het gebruik van de diverse standaarden inzichtelijk te maken, om op basis hiervan verbeteringsacties te ondernemen ter verhoging van het gebruik.
- Daarnaast is het wenselijk dat er driejaarlijks een evaluatie onder een representatieve steekproef van JGZ-medewerkers plaatsvindt, conform het onderhavige onderzoek naar de JGZ-standaard Visus om het gebruik van de standaarden in alle JGZ-organisaties te evalueren.
- Naast een evaluatie van het gebruik van de standaarden verdient het aanbeveling (op termijn) ook het effect van de standaard te evalueren (bijvoorbeeld betere opsporing van visuele stoornissen of minder gezondheidsschade). Een kosteneffectiviteitsanalyse waarbij de gezondheidswinst wordt gezien in relatie tot zowel de ontwikkelingskosten van een standaard als de invoerkosten, verdient eveneens aanbeveling.
- In aansluiting op bovenstaande is het aan te bevelen jaarlijks een aantal interviews te houden met een beperkt aantal implementatiecoördinatoren. Dit genereert informatie over de implementatiescholing, het verloop van de invoering in de eigen instelling 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.

Bovenstaande **conclusies en aanbevelingen overziend** kunnen de resultaten van het project op twee manieren geïnterpreteerd worden. Eén manier is vrij somber met als conclusie dat hoewel aan de taakstellingen is voldaan, een deel van de landelijk voorgenomen implementatieactiviteiten niet uitgevoerd kon worden, de JGZ-organisaties maar deels activiteiten hebben uitgevoerd om de invoering te ondersteunen en per saldo het gebruik van enkele kernelementen uit de standaard vrij laag is. Maar een tweede, optimistisch perspectief is dat er weliswaar nog veel werk te verrichten valt, maar dat het project hiervoor veel positieve aanknopingspunten geeft. Er is immers grotendeels aan de taakstelling voldaan. Het is de eerste JGZ-standaard die landelijk op systematische wijze getracht is in te voeren, waarbij een deel van de geplande activiteiten vanwege het uitblijven van financiering niet gerealiseerd konden worden. Veel van de in gang gezette activiteiten zullen in de komende jaren verder ontwikkeld worden en hun beslag moeten krijgen.

- Het is aan te bevelen de opgedane expertise van het Samenwerkingsverband Implementatie daarvoor in te zetten. Wanneer de nu opgedane kennis en ervaring van het Samenwerkingsverband Implementatie gecontinueerd en gecombineerd zou kunnen worden met andere reeds in gang gezette activiteiten (o.a. het Elektronisch Kinddossier, kwaliteitssystemen en inzet van het Centrum Jeugdgezondheid bij het RIVM), zien wij de invoering en het gebruik van de toekomstige JGZ-standaarden met vertrouwen tegemoet.
- Een basisvoorwaarde voor het gebruik van de JGZ-standaarden is dat VWS het Samenwerkingsverband Implementatie hierin financieel en qua faciliteiten steunt. Dit conform eerdere aanbevelingen naar aanleiding van onderzoek en onderzoeksvoorstellen naar de invoering van JGZ-standaarden. Een programmatische aanpak van zowel de ontwikkeling als de invoering van de JGZ-standaarden waarbij continue financiering is gegarandeerd, zal het proces van invoering niet alleen korter, maar ook efficiënter en naar verwachting goedkoper maken.

7 Literatuur

ADAMS AS, SOUMERAI SB, LOMAS J, ROSS-DEGNAND D. Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. *Int J Qual Health Care* 1999;11:187-192.

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

CBO Kwaliteitsinstituut voor de Gezondheidszorg. *Evidence-based Richtlijnontwikkeling. Handleiding voor werkgroepleden*. Utrecht: CBO, 2005.

CRONE MR, VERLAAN M, WILLEMSSEN MC, SOELEN P van, REIJNEVELD SA, PAULUSSEN TGWM. *De continuering van gebruik van het voorlichtingsprogramma "Roken? Niet waar de kleine bij is"*. Leiden TNO Preventie en Gezondheid, 2001. Publ. nr. 01.194

FLEUREN MAH, VERLAAN ML, JONG ORW de, FILEDT KOK-WEIMAR TL, LEERDAM FJM van, RADDER JJ. *Implementatie van standaarden in de Jeugdgezondheidszorg*. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002. Publ. nr. 02.044

FLEUREN MAH, JONG ORW de, FILEDT KOK-WEIMAR TL, LEERDAM FJM van. *Implementatie van standaarden in de jeugdgezondheidszorg*. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz* 2002;34:11-3.

FLEUREN MAH, JONG ORW de, VERLAAN ML, LEERDAM FJM van, FILEDT KOK-WEIMAR TL, RADDER J. *Belemmerende en bevorderende factoren bij de invoering van standaarden in de jeugdgezondheidszorg*. *TSG Tijdschr Gezondheidswetenschappen* 2004;82, 42-49.

FLEUREN MAH, WIEFFERINK CH, PAULUSSEN TGWM. *Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study*. *Int J Qual Health Care* 2004;16:107-23.

FLEUREN MAH, KAMPHUIS M, VELZEN-MOL HWM van. *Determinantenanalyse JGZ-Standaard Opsporing van aangeboren hartafwijkingen*. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2005. Publ.nr. 05.061

FLEUREN MAH. *Implementatie*. In: Boudewijnse HB, Lokven van EM, Oskam E, red. *Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg*. Assen: Van Gorcum, 2005:pp.105-11.

FLEUREN MAH, WIEFFERINK CH, PAULUSSEN TGWM. *Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview*. *TSG Tijdschr Gezondheidswetenschappen*, 2006;84:160-167.

GRIMSHAW JM, THOMAS RE, MACLENNAN G, FRASER C, RAMSAY CR, VALE L, WHITTY P, ECCLES MP, MATOWE L, SHIRAN L, WENSING M, DIJKSTRA R, DONALDSON C. Effectiveness and efficiency of guideline dissemination and implementation strategies. *Health Technol Assess*, 2004;8(6)iii-iv, 1-72.

GROL R, WENSING M. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier 2001.

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

KAMPHUIS M, WILDE JA de. Methodiek ontwikkeling en implementatie van JGZ-standaarden. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, (in bewerking, 2006).

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

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

PAULUSSEN T, WIEFFERINK K. Implementatie is geen vanzelfsprekendheid. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz* 2003;35:68-71.

VELZEN-MOL HWM van, red. JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen 0-19 jaar. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.

VELZEN-MOL HW VAN, BLANKESPOOR MN, WAGENAAR-FISCHER MM, LEERDAM FJ van. De standaard 'Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar' van de jeugdgezondheidszorg. *Nederlands Tijdschr Geneesk* 2003; 147: 2012-2017.

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.

WAGENAAR-FISCHER MM, red. JGZ-standaard Methodiek Scoliose. Standaard in ontwerp, 2003.

WILDE JA de, red. JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2005.

A Document met Frequently Asked Questions naar aanleiding van inventarisatie uitvoeringsproblemen

Dit is de tekst van de oorspronkelijke FAQ uit 2004. De Landelijke Werkgroep Visuele Stoornissen scherpt de FAQ aan indien de praktijk of onderzoek daar aanleiding toe geven. De meest actuele versie van de FAQ staat op de website van de AJN.

Frequently Asked Questions

Behorend bij de JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen 0-19 jaar

Mw. H.W.M. van Velzen-Mol, arts M&G
Mw. I.A. van Eerdenburg-Keuning, arts M&G
Mw. V.K. Lantau, orthoptiste

September 2004

Inleiding

Deze FAQ is opgesteld naar aanleiding van een knelpuntenanalyse door TNO PG met betrekking tot de uitvoering van de JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen 0-19 jaar binnen de thuiszorginstellingen, GGD'en en MOA's in Nederland en de landelijke bijeenkomst van 23 juni 2004 hierover. De FAQ is gemaakt door leden van de werkgroep Standaard Opsporing Visuele Stoornissen 0-19 jaar en beoordeeld en geaccordeerd door het Samenwerkingsverband Implementatie JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen 0-19 jaar. In dit Samenwerkingsverband Implementatie participeren: Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT); GGD Nederland; Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN); Landelijke Vereniging van Sociaal Verpleegkundigen (LVSV); Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen (LVW); Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA) en TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG).

Inhoudsopgave:

- Algemeen
 - Hoe kom ik in het bezit van de JGZ-standaard? blz. 2
 - Hoe kom ik aan de kennis om de JGZ-standaard te gebruiken? blz. 2
 - Consequenties van niet geschoold willen worden? blz. 2
 - Opleidingsniveau voor visusbepaling blz. 2
- Visusbepaling, voorwaarden
 - Onderzoeksruijnte minder dan 5 meter blz. 2
 - Visusbepaling middels spiegels blz. 2
 - Verlichting blz. 2
 - Contrast blz. 2
 - Verschil tussen de 3 meter (APK-TOV) en de 5 meter (APK) kaart blz. 3
 - Gebruik Landolt C-kaart op afstand minder dan 5 meter blz. 3
 - De symbolen van Landolt-C zijn niet opgenomen in het groeiboekje blz. 3
 - Waarom mag de visuskaart niet in het zicht hangen blz. 3
 - Beschikbaar stellen visuskaarten blz. 3
 - Verkrijgbaarheid visuskaarten, afdekbrillen e.d. blz. 3
 - Aanschaf visuskaarten kostbaar blz. 3
 - Landolt C-kaart past niet op lichtkast blz. 3
- Visusbepaling, uitvoering
 - Het oog dicht laten houden? blz. 3
 - Visusbepaling in een aparte zitting? blz. 3
 - Visusbepaling met 3 jaar door verpleegkundige, moet er dan VOV door arts worden gedaan? blz. 3
 - Visusbepaling met 3 jr goed, moet herhaling met 3 jr 9 mnd? blz. 4
 - Meerwaarde Landolt C-kaart bij 3 jaar 9 maanden blz. 4
 - Mag APK of APK-TOV op 3 jaar en 9 maanden? blz. 4
 - Visusbepaling met Landolt C-kaart op 5 – 6 jaar blz. 4
 - Doortesten tot 1,25 blz. 4
 - VOV op leeftijd 5 – 6 jaar blz. 4
 - Visusbepaling ná het 6^e jaar, waarom niet?, indicatie? blz. 4
 - Visusbepaling bij brildragende kinderen blz. 5
 - Notatie visus waarden blz. 5
- Visusbepaling, follow-up en verwijzing
 - Beleid bij mislukken visusbepaling blz. 5
 - Controle en verwijscriteria bij 3jr 9 mnd indien APK-TOV gebruikt blz. 5
 - Visus waarde 0,8 beiderzijds goed? blz. 5
 - Visus verschil 1,25 en 0,8 verwijzen? blz. 5
 - Grenzen gebruik verwijscriteria tussen 3 jr. 9 mnd en 5 jaar blz. 5
 - Verwijzing door wie? blz. 6
- TNO dieptezien test blz. 6
- Polaroid test blz. 6
- Kleurenzin, indicatie? blz. 6
- Voetnoten op de kaart bij de standaard blz. 6
- VOV vragen blz. 7

ALGEMEEN

Hoe kom ik in het bezit van de JGZ-standaard?

- De meeste organisaties zijn in het bezit van de kaart, de samenvatting (handleiding) en het boek.
- In principe hoort iedereen die een taak heeft bij het opsporen van visuele stoornissen de kaart en de handleiding te hebben.
- Op dit moment alleen nog beschikbaar middels downloaden van de website AJN via www.artsenet.nl. doorklikken naar AJN (onder participanten): JGZ standaarden aanklikken. Men moet wel over voldoende download capaciteit beschikken en acrobat reader.
- Wanneer het eigen dienstprotocol aangepast is aan de standaard en binnen de dienst voor iedereen beschikbaar dan is verspreiding kaart en handleiding niet nodig voor iedereen.

Hoe kom ik aan de kennis om de JGZ-standaard te gebruiken?

- Door middel van scholing.
- Stichting TOV en TNO-PG verzorgen scholing
- Onderling samenwerken tussen GGD en Thuiszorg kan hierin bijdragen ten aanzien van het gebruik van de Landolt-C kaart.

Welke consequenties zijn er indien de uitvoerenden niet geschoold willen worden?

- Deze situatie is onwenselijk in het kader van het leveren van kwaliteit in de beroepsuitoefening.

Opleidingsniveau visusbepaling?

- Minimaal MBO niveau, vanwege het betrouwbaar en reproduceerbaar uitvoeren van de visus bepaling. Voor de jonge kinderen is zelfs HBO niveau aan te bevelen.

VISUSBEPALING voorwaarden

De onderzoekruimte bedraagt minder dan 5 meter.

- Uitgangspunt is **5 meter**. Op deze afstand kan een meer nauwkeurige visuswaarde worden bepaald. De **Landolt-C** is een volgens het Snellen principe genormeerde kaart en alleen te gebruiken op 5 meter.
- Denk aan praktische oplossingen als kamer diagonaal gebruiken, wisselen van onderzoekruimte, kasten verplaatsen, alternatieve ruimte, openzetten deur, afspraken met GGD etc. Bij onderzoek op school kan overleg met schoolleiding en ouderraad tot een oplossing leiden.
- In Harmonisering Kwaliteit Zorginstellingen (HKZ) komen ook voorwaarden van ruimten ed. en hierover zal met de Vereniging Nederlandse Gemeenten (VNG) worden gecommuniceerd.
- Indien 5 meter echt niet haalbaar is kan men de APK-TOV op 3 meter gebruiken op de leeftijd van **3 jaar**.

Visusbepaling middels spiegels in kleinere ruimten

- Geen spiegel gebruiken
- Uit een klein onderzoek op het consultatie bureau is gebleken dat de resultaten van visusbepaling onbetrouwbaar zijn. Voor oudere kinderen is hier over niets bekend.

Verlichting

- Minimaal noodzakelijke verlichting is duidelijk in de standaard aangegeven met daarbij hoe dit kan worden bereikt middels lichtbak, lichtkast (draagbaar beschikbaar) of 2 spots van 100 watt schuin aan weerszijden van de kaart.

- Bij onderzoek op school is ook hier weer overleg en uitleg aan schoolteam en ouders van belang om voorwaarden te scheppen voor een goed onderzoek.

Contrast, hoe belangrijk is dit voor het opnemen van een goede visus?

- Contrast is belangrijk om een juiste visuswaarde te kunnen bereiken. Bij een goed verlichte visuskaart in een matig verlichte ruimte zal het kind geattendeerd worden op de plaatjes/symbolen die worden aangegeven.

Wat is het verschil tussen de 3 meter (APK-TOV) en de 5 meter (APK) visuskaart?

- De APK, bedoeld voor 5 meter, geeft op een kortere testafstand (< 5 meter) geen waarden aan die voldoen aan de norm. Met de APK-TOV kaart is dit wél mogelijk op 3 meter.

Mag de Landolt C-kaart ook op een testafstand minder dan 5 meter worden gebruikt?

- Nee! Op deze wijze kan geen goede Snellen visuswaarde, die aan de norm voldoet, worden gevonden.

Waarom zijn de symbolen van de Landolt C-kaart niet in het groeiboekje opgenomen?

- In de onlangs nieuw verschenen versie van het groeiboekje zijn de symbolen van de Landolt C-kaart opgenomen.

Waarom mag een visuskaart niet in het “zicht” hangen?

- Omdat een leereffect kan optreden indien “slimme” kinderen geregeld op de kaart kijken. Ook om verkleuring van de kaart tegen te gaan (geldt niet voor de transparante versie). Oplossing is om de kaart om te draaien, een transparante versie van de lichtbak te halen of te “blinderen”.

Zijn er visuskaarten beschikbaar gesteld?

- Alle organisaties moeten de visuskaarten zelf aanschaffen.

Waar zijn de visuskaarten, afdekbrillen e.d. verkrijgbaar?

- Visuskaarten en de “Leidse”afdekbrillen zijn verkrijgbaar bij firma’s voor medische instrumenten. Let hierbij op dat de visuskaart voldoet aan de TNO eisen.
- Mobiele lichtkast met Landolt-C verkrijgbaar bij Mediodst, Leigraafseweg 29, 6983 BR Doesburg, tel: 0313-479026

Afdekbrillen en hygiëne

- Gebruik van afdekbil bij hoofdluis kan, de brillen zijn wasbaar. Over de kans van overdracht zijn geen cijfers beschikbaar.
- Vooraf informeren naar het voorkomen van hoofdluis in de klas / op school en dan een andere bril gebruiken en ouders informeren is een goede manier om overdracht zoveel mogelijk te voorkomen.

De aanschaf van de visuskaart(en) is kostbaar.

- De noodzakelijke onderzoeksmaterialen moeten in het kader van kwaliteitsbeleid aangeschaft worden.

De Landolt C-kaart past niet op de lichtkast.

- Passend transparant verkrijgbaar

VISUSBEPALING, uitvoering

Mag de begeleider van het kind 1 oog dichthouden?

- Dit wordt ten zeerste afgeraden. Een hand van de begeleider heeft als risico dat kinderen door de vingers “gluren”, met als gevolg een zgn. stenopeïsche opening waardoor de visuswaarde zal toenemen. Het verdient de voorkeur goed afdek materiaal te gebruiken.

Mag de visusbepaling in een aparte zitting worden gedaan?

- Het is aan de organisatie zelf om daar een beslissing in te nemen. Als regel zal de visusbepaling als onderdeel van het algeheel onderzoek plaatsvinden en binnen het tijdsbestek van onderzoek vallen.

Als de visusbepaling op 3 jaar door de wijkverpleegkundige gedaan wordt moet dan ook V.O.V. door de cb-arts worden gedaan?

- Indien de visusbepaling op 3 jarige leeftijd goed is, én V.O.V. in de voorliggende periode geen bijzonderheden aangaf is V.O.V. door de cb-arts niet nodig. (De standaard geeft wel aan dat tijdens visusbepaling ook aandacht moet worden besteed aan etc)
- In de herziene uitgave van de visusstandaard zal dit worden aangepast.

Als de visusbepaling op 3 jaar goed is, waarom moet het dan op 3jr. 9 maanden worden herhaald?

- De visusbepaling is een ontwikkelingsonderzoek. Het kan zijn dat de visuswaarde nog achteruit gaat, met als gevolg kans op amblyopie. Bovendien kan rond de leeftijd van 4 jaar een meer exacte waarde van de visus (Snellen visuswaarde) worden bepaald.
- De incidentie van amblyopie in de periode van 3 tot 4 jaar is niet bekend; bovendien moet nog nader onderzocht worden of het kosten-effectief is om opnieuw visusbepaling te doen rond de leeftijd 3 jr 9 maanden of dat wellicht alléén visusbepaling op de leeftijd van 3 jr 9 maanden voldoende is.

Visusbepaling op 3jr 9 maanden met Landolt-C kaart, meerwaarde Landolt-C kaart?, mag de APK of APK-TOV dan?

- Op deze leeftijd moet men streven naar het gebruik van de Landolt-C kaart. Men gaat anders voorbij aan de normale visusontwikkeling bij het kind en gebruikt een onderzoeksmethode die niet voldoende aansluit bij de ontwikkeling.
- Hoewel een uitslag van beiderzijds 0,5 voldoende is, zullen juist visusverschillen met doortesten opgespoord kunnen worden.
- De Landolt-C kaart kost meer tijd op deze leeftijd, maar je test dan ook verder dan 0,5. Het vergelijkbare uiterste bereik van de APK ($5/5 = 0,5$) op de Landolt-C kaart.
- Is Landolt-C écht niet realiseerbaar dan is visusbepaling eventueel met behulp van de APK-TOV als alternatief mogelijk, maar moet dan op 5 meter worden uitgevoerd.
- Overleg tussen thuiszorginstelling en GGD om tot een oplossing te komen.
- Mensen met ervaring het werken met de Landolt-C kaart kunnen behulpzaam zijn bij de training van mensen die nog onervaren zijn in het werken met deze kaart.
- Diverse thuiszorginstellingen geven aan al te werken met de Landolt-C kaart en uit persoonlijke ervaring wordt aangegeven dat op 3 jaar en 9 maanden de Landolt-C kaart uitvoerbaar is met betrouwbaar resultaat bij $\frac{3}{4}$ van de kinderen.

Visusbepaling op 5 -6 jaar met Landolt-C kaart, lukt niet, taalbarrière

- Op deze leeftijd moet de Landolt-C kaart gebruikt worden. Een alternatief is er niet. Het is bovendien de laatste keer dat deze kinderen worden onderzocht.
- Voor (ernstig) verstandelijk gehandicapte kinderen kan een uitzondering gemaakt worden. Visusbepaling vindt plaats m.b.v. de voor het ontwikkelingsniveau geschikte kaart en afstand.
- Met behulp van een voorbeeldkaart kunnen kinderen de uitsparing aanwijzen in de diverse richtingen. Ook een muizenspelletje kan het onderzoek verduidelijken (kind vertelt aan welke kant de muis uit het holletje kruipt).
- Scholing, ervaring en motivatie van de onderzoeker maken dit onderzoek wel mogelijk. Onderzoek bij 2000 leerlingen in groep 2 laat zien dat bij 98,1 % de Landolt-C met succes, dus met een betrouwbaar resultaat, is uit te voeren.

Doortesten tot 1,25

- Het doel is het opsporen van visusverschillen van 2 regels of meer bij een visus van hoger dan 0,5. Lukt dit niet dan is afhankelijk van de leeftijd gelijke visus van 0,5 of beter (3 jaar 9 maanden) of 0,8 of beter (5 jaar en ouder) voldoende.
- Tijdens de bijeenkomst is een alternatieve oplossing aangegeven: Test het rechter oog tot 1,0. Is de uitslag rechts 1,0 en komt men links maximaal tot 0,8 keer dan terug naar het rechter oog en nu doortesten tot 1,25.

VOV bij 5 – 6 jaar niet altijd gedaan, arts niet aanwezig

- Bij onvoldoende visus moet bij controle of voor verwijzing VOV worden gedaan. Hierbij gaat het om zowel de ooginspectie als de binoculaire volgbewegingen. De monoculaire volgbewegingen zijn in dit geval niet nodig omdat deze een indicatie voor de visus zijn en die is al gemeten.

Visusbepaling vanaf 7 jaar (ná het 6^e jaar): waarom niet meer gedaan?, indicatie?.

- Na deze leeftijd ontstaat nog zelden amblyopie.
- Screeningsonderzoek naar refractieafwijkingen is niet noodzakelijk. Er is geen leeftijd aan te geven waarop dit voor de totale bevolkingsgroep effectief gedaan zou moeten worden.
- Uitvoeren visusbepaling vanaf 7 jaar (ouder dan 6 jaar) is niet verkeerd, maar kost wel tijd.
- Indicaties voor visusbepaling vanaf 7 jaar (ouder dan 6 jaar) zijn nog niet duidelijk te geven. Op dit moment wordt er onderzoek naar gedaan.
- Blijkt uit resultaten van het onderzoek dat indicaties navragen meer tijd kost dan het onderzoek van een totale groep dan zullen ook de negatieve effecten van onderzoek van een totale groep (opticien wil graag verkopen, oogarts consult kost geld) hierbij moeten worden betrokken.

Moet de visusbepaling ook bij brildragende kinderen worden uitgevoerd?

- Ja! Met bril
- Op deze wijze kan gekeken worden of een optimale visuswaarde wordt bereikt.
- Eventueel kan een kind (her)verwezen worden.

Notering visus waarden, eenduidig?, verschil breuken en decimalen?

- Jazeker!
- Bij gebruik van de plaatjeskaart (APK of APK-TOV) wordt, volgens afspraak, de notatie in breuken aangegeven.
- Bij gebruik van de Landolt C-kaart wordt de visuswaarde in decimalen genoteerd.

VISUSBEPALING, follow-up en verwijzing

Welk beleid wordt gehanteerd indien de visusbepaling niet lukt?

- Dit is afhankelijk van de leeftijd en het testinstrument.
- Op de leeftijd 3 jaar mbv (APK-(TOV) kaart: kind retour binnen 3 maanden.
- Op de leeftijd 3 jaar 9 maanden mbv Landolt C-kaart, dan de APK-TOV kaart op 5 meter testafstand.
- Leeftijd 3 jaar 9 maanden mbv APK-TOV kaart op 5 meter: kind retour binnen 3 maanden of afhankelijk van afspraken met de schoolgezondheidszorg: hier eerder oproepen (binnen 3 maanden).

Hoe komen we aan de controle en verwijscriteria voor visusbepaling op 3jr 9 maanden indien de APK-TOV kaart wordt gebruikt.

- Het schema staat afgedrukt in het boek Oogheelkundige Screening, uitvoering en achtergronden, Uitgeverij Van Gorcum, Assen, april 1998, blz. 32 ISBN 90-232-3353-0
- Deze zijn niet in de standaard opgenomen omdat bepaling van de visuswaarde met de Landolt-C wordt aanbevolen.

Is een visuswaarde aan ieder oog van 0,8 goed?

- Een visus van 0,8 aan zowel rechter- als linkeroog is goed bij kinderen op de leeftijd van 5-6 jaar, omdat de visus nog niet bij ieder kind volledig uitgerijpt is. Bij 3 jaar 9 maanden is 0,5 van ieder oog voldoende.

Visus verschil van 1,25 en 0,8 verwijzen?

- Het verdient aanbeveling dit verwijscriterium aan te passen in de zin van eerst nogmaals controleren (zeker wanneer het onderzoek door doktersassistente of verpleegkundige gedaan wordt en geen verder VOV onderzoek kan worden gedaan)
- In geval van twijfel eerst herhalen.
- Bij herhaling eenzelfde uitslag verwijzen.
- In de herziene uitgave van de standaard zal dit worden opgenomen.

Grenzen bij gebruik follow-up en verwijscriteria in de leeftijd tussen 3 jr. 9 mnd en 5 jaar

- Gebruik in ieder geval vanaf de leeftijd van 4 jr. 6 mnd de criteria zoals deze geformuleerd zijn voor 5 jarigen.
- Tussen 3 jr. 9 mnd en 4 jr. 6 mnd kunnen de criteria zoals deze geformuleerd zijn voor 3 jr. 9 mnd worden gebruikt. Hou daarbij vooral goed de algehele ontwikkeling van het kind in de gaten en gebruik je gezonde verstand.

Verwijzing door wie?

- In principe zal de arts verwijzen, deze is verantwoordelijk, maar kan taken delegeren zeker daar waar direct moet worden verwezen op basis van de uitslag van de visusbepaling.
- Denk aan de voorwaarden voor gedelegeerde taken.

TNO DIEPTEZIEN TEST

- Niet geschikt als screeningsinstrument.
- Verwijzing vindt in de praktijk op basis van de uitslag van de (afwijkende) visuswaarden plaats.
- Mogelijke uitzondering een jong kind waarbij getwijfeld wordt aan de uitkomst van de APK, maar hierbij kan follow-up middels herhaalde visusbepaling ook.
- Oogartsen en orthoptisten gebruiken de test wel, maar diagnostisch.

POLAROID TEST

- De Polaroid test onderzoekt suppressie
- De Polaroid test is de plaatjes van de APK kaart. De vergelijkbare visuswaarde van de APK 5/5 is ten opzichte van de Landolt-C is maximaal 0,5
- De ontwikkeling van de visus is al verder dan 0,5 en het gebied 0,5 tot 1,0 uit de Landolt-C wordt niet onderzocht.
- Inmiddels is er een vergelijkend onderzoek gedaan bij 2000 kinderen dat deze verschillen bevestigd. Resultaten van vervolg onderzoek naar de kinderen die onvoldoende scoorden bij de Landolt-C, maar positief bij de Polaroid moeten nog worden gedaan. (Scriptie in kader van de opleiding bij TNO-PG van A.A. Bishesar, mei 2004)

KLEURENZIN, op indicatie?

- Kleurenzin stoornis komt voornamelijk bij jongens voor.
- Nauwelijks nog beroepen die eisen stellen ten aanzien van intacte kleurzin
- De relatie van een afwijkende Ishihara en toekomstige problemen is zeker niet lineair. De test geeft geen inzicht in de problemen die het individu, zal ondervinden met de gestoorde kleurenzin.
- De ARBO diensten hanteren diverse verschillende testen afhankelijk van het beroep, allen gericht op de praktijk van dat beroep.
- Het standaardonderzoek op kleurzin levert zelden een nieuwe bevinding op (meestal zijn er klachten of vermoedens).
- Het is voldoende om de kleurzin op indicatie te onderzoeken (fam. belasting, op vraag van kind, ouders of school).
- Scriptie onderzoek van Sanne Berkhout in het kader van de opleiding bij TNO-PG bevestigen dit.
- Belangrijke aanbeveling is wel aandacht aan kleurenzin en de eventuele problemen die dit kan hebben voor de individuele leerling in de opleiding tot leerkracht en in de contacten met leerkrachten.

Voetnoten

De voetnoten op de kaart bij de standaard moeten als volgt worden gewijzigd:

- **Op blz. 1: geen wijzigingen**
- **Op blz. 2 : de voetnoot in het blok voor de leeftijd van 3 jaar en 9 maanden achter 2 regels verschil ► Herhalen moet worden gewijzigd van 5 naar 3.**
- **Op blz. 3: in voetnoot 5 onderaan de bladzijde moet het gedeelte “binnen 3 maanden (kinderen t/m 5 jaar)” worden geschrapt**

Wilt u dit wijzigen op de kaarten in uw bezit.

Het verdient aanbeveling in het eigen dienst protocol een kopie van de kaart op te nemen en deze vooraf te wijzigen.

FAQ VOV

ALGEMEEN

Zie visusbepaling.

Laatste regel m.b.t. uitvoering niveau kan vervallen.

VOV voorwaarden

Wordt het onderzoeksmateriaal (oogspiegel, fixatielichtje en kleine speelgoedpoppetjes) beschikbaar gesteld?

- Alle organisaties moeten het onderzoeksmateriaal zelf aanschaffen. Tot de basisuitrusting van de arts zal veelal een oogspiegel en fixatielichtje behoren. Overleg tot aanschaf zelf met je organisatie bespreken.

Waar is het onderzoeksmateriaal verkrijgbaar?

- Oogspiegels en fixatielichtjes zijn verkrijgbaar bij firma's voor medische instrumenten.
- Kleine speelgoedpoppetjes in de (betere) speelgoedzaken/warenhuizen.

Waarom mag het onderzoeksmateriaal (poppetjes) niet in het "zicht" liggen?

- Omdat de kinderen het "nieuwte" al gezien hebben nog voordat ermee wordt gewerkt. Oplossing is het materiaal in de zak te steken of verdekt neer te leggen.

Een lage kruk voor de onderzoeker is niet aanwezig. Mag het onderzoek ook plaatsvinden op een gewone stoel?

- Het gaat erom het onderzoek uit te voeren op ooghoogte met het kind. Met behulp van een lage kruk is dit de meest gunstige situatie. Op de knieën is een alternatief. Bij gebruik van een gewone stoel moet wel erg voorover worden gebogen, is slecht voor de rug en wordt daarom niet aanbevolen.

VOV, uitvoering

Waarom moet het onderzoek met doorvallend licht herhaald worden indien dit bij het eerste bezoek voldoende is?

- Het kan zijn dat een stoornis zich alsnog ontwikkelt. Het oog is op 4 weken oud nog erg klein en soms kan een (zich ontwikkelende) stoornis worden gemist.

Mag de begeleider van het kind 1 oog dichthouden tijdens het uitvoeren van de monoculaire volgbewegingen?

- Dit wordt ten zeerste afgeraden. Een hand van de begeleider heeft als risico dat het oog niet volledig wordt afgedekt, waardoor geen goede indruk wordt verkregen van het volgen van één oog. De praktijk wijst uit dat een getrainde cb-arts de monoculaire volgbewegingen goed zal kunnen uitvoeren.

Mag het onderzoek, op ooghoogte, op de aankleedtafel worden uitgevoerd?

- Indien het kind nog niet kan zitten zal het onderzoek, liggend, op tafel plaatsvinden. Vanaf 6 maanden wordt aanbevolen V.O.V. op schoot van de begeleider uit te voeren. Op deze wijze kan het kind goed worden vastgehouden en heeft het veel minder bewegingsvrijheid. Ook de onderzoeker heeft op deze wijze de mogelijkheid alle onderdelen goed uit te voeren.

Kan van de onderzoeksvolgorde worden afgeweken?

- Volgorde van het protocol wordt aanbevolen. De arts die V.O.V. goed in de vingers heeft kan zonder moeite aangeven waarom en in welk geval (incidenteel) van het protocol wordt afgeweken.

Indien V.O.V., uitgevoerd op 14 maanden, voldoende is kan dan tot leeftijd 3 jaar (eerste visusbepaling) worden gewacht?

- Ja. Formeel ligt het V.O.V. binnen 14 en 24 maanden. Het zou in de praktijk kunnen voorkomen dat er 22 maanden tussen V.O.V. en een eerste visusbepaling ligt.

VOV bij 5 – 6 jaar niet altijd gedaan, arts niet aanwezig

- Bij onvoldoende visus moet bij controle of voor verwijzing VOV worden gedaan. Hierbij gaat het om zowel de ooginspectie als de binoculaire volgbewegingen. De monoculaire volgbewegingen zijn in dit geval niet nodig omdat deze een indicatie voor de visus zijn en die is al gemeten.

V.O.V., follow-up en verwijzing**Welk beleid wordt gehanteerd indien V.O.V. niet lukt?**

- De V.O.V. moet herhaald worden binnen 6 weken. Indien dan wederom twijfel is moet het kind verwezen worden.

Moet een ptosis altijd worden verwezen?

- Ja, indien de pupilopening niet vrij is. Wanneer de pupilopening zichtbaar is en het V.O.V. onderzoek voldoende, met name de monoculaire volgbewegingen (vanaf circa 6 maanden) vlot en soepel verlopen kan een afwachterende houding worden aangenomen. Een goede follow-up is noodzakelijk.

B 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 is gekozen voor een evenredige vertegenwoordiging naar organisatiegrootte. Hiervoor zijn de organisaties per type instelling (thuiszorg, GGD of Stichting MOA) ingedeeld in drie groepen: klein, middelgroot en groot. Omdat het gros van de organisaties nog geen geïntegreerde zorg biedt (0-19 binnen één organisatie), is ervoor gekozen de berekening te baseren op aantallen binnen de genoemde organisaties. In de vragenlijst zélf wordt een onderscheid gemaakt naar of men werkt met 0-4 jarigen, 4-19 jarigen of 0-19 jarigen.
- De vragenlijsten zijn alleen bedoeld voor medewerkers die zich met het visus(onderzoek) bezighielden.
- De omvang van de steekproef is gebaseerd op eerder onderzoek naar de JGZ-standaarden (Fleuren, Verlaan, De Jong 2002)
- Er is rekening gehouden met een verwachte respons van 50%.
- De berekening is gebaseerd op de intentie om bij een schatting van het 95% betrouwbaarheidsinterval van een percentage van 40%, een intervalbreedte van ongeveer 15% te krijgen.

Uitgaande van bovenstaande zijn de hoofden c.q. managers van de afdelingen JGZ gevraagd de vragenlijsten uit te delen aan hun medewerkers.

Aan grote thuiszorginstellingen is gevraagd aan willekeurig 4 artsen en 6 verpleegkundigen een lijst te geven. Voor middelgrote thuiszorginstellingen aan willekeurig 3 artsen en 3 verpleegkundigen. Voor kleine thuiszorginstellingen aan willekeurig 1 arts en 2 verpleegkundige.

Aan grote GGD'en is gevraagd aan willekeurig 5 artsen, 5 verpleegkundigen en 5 doktersassistenten een lijst te geven. Voor middelgrote GGD'en aan willekeurig 3 artsen, 2 verpleegkundigen en 3 doktersassistenten. Voor kleine GGD'en aan willekeurig 2 artsen, 1 verpleegkundige en 2 doktersassistenten.

Aan de grote Stichtingen MOA is gevraagd aan willekeurig 6 artsen en 8 verpleegkundigen een lijst te geven. Voor middelgrote Stichtingen MOA aan willekeurig 3 artsen en 6 verpleegkundigen. Voor kleine Stichtingen MOA aan willekeurig 2 artsen en 4 verpleegkundige.

In totaal zijn 699 vragenlijsten verstuurd: 313 aan thuiszorginstellingen, 330 aan GGD'en en 56 aan Stichtingen MOA.

C Tabellen

Tabel 1 Overzicht van kanaal via welke men op de hoogte is geraakt van het bestaan van de JGZ-standaard Visus (n=375)

	percentage
Hoofd afdeling / leidinggevende	41
Stafarts / stafverpleegkundige	38
Congres / bij- en nascholing	29
Beroepsvereniging (AJN, LVSV, LVW, NVDA)	24
Landelijke organisatie (Z-org, GGD Nederland)	17
Coördinator standaarden	9
Intranet / Kennisnet	5
Tijdschrift	4
Intern informatieblad	3
Overig	9
Interne scholing / intercollegiale toetsing (8x)	
Collega (7x)	
Opleiding Jeugdarts TNO KvL (7x)	
Intern overleg (4x)	
Applicatiecursus CB-arts TNO (2x)	
Scholing TOV (1x)	
Kwaliteitsfunctionaris (1x)	
Collega in werkgroep die standaard maakte (1x)	
N.a.v. deze vragenlijst (1x)	

Tabel 2 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement a: 'verwijzing bij negatieve score Van Wiechenonderzoek' (n varieert tussen 40 en 125)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,35 **	–							
samenv gelezen			–						
kaart gelezen		0,23*	0,55 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,56 **	–			
voorwaarden				0,33 **			–		
sociale druk					0,40 **	0,47**		–	
ondersteuning	0,20 *	0,27 *	0,28 **	0,38 **			0,34 **		–

* p< 0,05

** p< 0,01

Tabel 3 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement b: 'bij kinderen tot 3 jaar nagaan wat met verwijzing is gebeurd' (n varieert tussen 51 en 199)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,43 **	–							
samenv gelezen	0,17 *		–						
kaart gelezen			0,56 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,61 **	–			
voorwaarden		0,23 **					–		
sociale druk					0,35 **	0,48 **		–	
ondersteuning		0,25 **	0,16 *	0,22 **		0,24 **	0,24 **		–

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabel 4 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement c: 'bij kinderen > 3 jaar naast bepalen gezichtsscherpte ook aandacht aan: uitwendig aspect oog, pupil, pupilreacties, oogstand en binoculaire volgbewegingen' (n varieert tussen 40 en 125)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,65 **	–							
samenv gelezen		0,28 **	–						
kaart gelezen			0,55 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,56 **	–			
voorwaarden				0,33 **			–		
sociale druk					0,40 **	0,47 **		–	
ondersteuning			0,28 **	0,38 **			0,34 **		–

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabel 5 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement d: ‘bij afwijkende bevindingen uitwendig aspect oog of pupil(reacties) of oogstand of binoculaire volgbewegingen extra controleren of verwijzen’ (n varieert tussen 40 en 125)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,33 **	–							
samenv gelezen		0,22 *	–						
kaart gelezen			0,55 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,56 **	–			
voorwaarden		0,31 **		0,33 **			–		
sociale druk					0,40 **	0,47 **		–	
ondersteuning	0,20 *		0,28 **	0,38 **			0,34 **		–

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabel 6 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement e: 'bij kinderen > 3 jaar, maar jonger dan 3 jaar en 9 maanden vaststellen of score op visusbepaling, voldoende, onvoldoende danwel twijfelachtig is' (n varieert tussen 46 en 181)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,28 **	–							
samenv gelezen	0,19 **		–						
kaart gelezen	0,16 *		0,52 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,59 **	–			
voorwaarden							–		
sociale druk					0,33 *	0,43 **		–	
ondersteuning			0,16 *	0,21 **		0,21 *	0,24 **		–

* p < 0,05

** p < 0,01

Tabel 7 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement f: 'bij kinderen > 3 jaar tot 3 jaar en 9 maanden, waarbij uitslag visusbepaling twijfelachtig is, visusbepaling herhalen'(n varieert tussen 46 en 181)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,24 **	–							
samenv gelezen		-0,20 *	–						
kaart gelezen			0,52 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,59 **	–			
voorwaarden							–		
sociale druk	0,25 *				0,33 *	0,43 **		–	
ondersteuning			0,16 *	0,21 **		0,21 *	0,24 **		–

* p< 0,05

** p< 0,01

Tabel 8 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement g: 'bij kinderen van ± 3 jaar en 9 maanden met visusverschil van 2 regels, onderzoek herhalen' (n varieert tussen 45 en 157)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,34 **	–							
samenv gelezen			–						
kaart gelezen			0,56 **	–					
juistheid		0,22 *			–				
bruikbaarheid		0,23 *			0,56 **	–			
voorwaarden		0,19 *					–		
sociale druk		0,35 **		0,23 *	0,39 **	0,44 **		–	
ondersteuning			0,24 **	0,28 **		0,25 **	0,26 **		–

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabel 9 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement h: 'bij kinderen > 3 jaar en 9 maanden voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken'(n varieert tussen 45 en 154)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,69 **	–							
samenv gelezen	0,23 **		–						
kaart gelezen			0,56 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid		0,30 **			0,56 **	–			
voorwaarden		0,22 *					–		
sociale druk				0,23 *	0,39 **	0,44 **		–	
ondersteuning	0,26 **	0,30 **	0,24 **	0,28 **		0,25 *	0,26 **		–

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabel 10 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement i: 'bij kinderen t/m 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 3 maanden'(n varieert tussen 64 en 169)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,28 **	–							
samenv gelezen			–						
kaart gelezen			0,47 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,68 **	–			
voorwaarden	-0,16 *				0,26 *	0,28*	–		
sociale druk					0,39 **	0,46 **	0,21 *	–	
ondersteuning			0,18 *	0,19 *			0,16 *		–

* p< 0,05

** p< 0,01

Tabel 11 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement j: 'bij kinderen > 5 jaar voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken' (n varieert tussen 64 en 170)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,34 **	–							
samenv gelezen			–						
kaart gelezen	0,16 *		0,47 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid	0,28 **	0,23 *			0,68 **	–			
voorwaarden					0,26 *	0,28 *	–		
sociale druk	0,23 *	0,26 **			0,39 **	0,46 **	0,21 *	–	
ondersteuning			0,18 *	0,19 **			0,16 *		–

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabel 12 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement k: 'bij kinderen > 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 6 maanden' (n varieert tussen 64 en 169)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,16 *	–							
samenv gelezen			–						
kaart gelezen			0,47 **	–					
juistheid		0,22 *			–				
bruikbaarheid	0,21 *	0,21 *			0,68 **	–			
voorwaarden		0,25 **			0,26 **	0,28*	–		
sociale druk					0,39 **	0,46 **	0,21 *	–	
ondersteuning			0,18 *	0,19 *			0,16 *		–

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabel 13 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement I: 'kinderen verwijzen bij zelfde of slechtere visuswaarde bij herhalingsonderzoek' (n varieert tussen 50 en 121)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,24 **	–							
samenv gelezen	0,20 *		–						
kaart gelezen			0,41 **	–					
juistheid		0,25 *			–				
bruikbaarheid					0,67 **	–			
voorwaarden		0,29**		0,19 *		0,29*	–		
sociale druk		0,24 *			0,34 **	0,44 **		–	
ondersteuning				0,31 **					–

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabel 14 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement m: 'bij visusbepaling met Landolt-C-kaart, 1e oog doortesten tot visus van 1,25' (n varieert tussen 64 en 170)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,49 **	–							
samenv gelezen	0,23 **		–						
kaart gelezen	0,23 **	0,18 *	0,47 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,68 **	–			
voorwaarden					0,26 **	0,28 *	–		
sociale druk					0,39 **	0,46 **	0,23 *	–	
ondersteuning	0,24 **		0,18 *	0,19 **			0,19 *	0,20 *	–

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabel 15 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement n: 'bij kinderen > 6 jaar, visusonderzoek alleen verrichten op indicatie' (n varieert tussen 64 en 165)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,45 **	–							
samenv gelezen			–						
kaart gelezen			0,47 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,68 **	–			
voorwaarden					0,26 **	0,28 *	–		
sociale Druk		0,24 *			0,39 **	0,46 **	0,21 *	–	
ondersteuning	0,17 *	0,24 **	0,18 *	0,20 **			0,16 *		–

* p< 0,05

** p< 0,01

Tabel 16 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement o: 'onderzoek naar diepte zien achterwege laten' (n varieert tussen 65 en 174)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,59 **	–							
samenv gelezen	0,17 *		–						
kaart gelezen			0,50 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid	0,26 *				0,68 **	–			
voorwaarden					0,27 **	0,28 *	–		
sociale druk		0,19 *			0,39 **	0,46 **	0,22 *	–	
ondersteuning	0,17 *		0,22 **	0,22 **			0,16 *	0,18 *	–

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabel 17 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement p: 'onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie' (n varieert tussen 64 en 170)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,49 **	–							
samenv gelezen			–						
kaart gelezen	0,15 *		0,47 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid	0,27 **				0,68 **	–			
voorwaarden					0,26 **	0,28 *	–		
sociale druk		0,39 **			0,39 **	0,46 **	0,21 *	–	
ondersteuning		0,16 *	0,18 *	0,19 *			0,16 *		–

* p< 0,05

** p< 0,01

Tabel 18 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement q: 'bij kinderen (van elders) zonder gegevens, voor 7e jaar visusonderzoek doen' (n varieert tussen 64 en 167)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,58 **	–							
samenv gelezen		-0,16 *	–						
kaart gelezen			0,47 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,68 **	–			
voorwaarden					0,26 *	0,28 *	–		
sociale druk					0,39 **	0,46 **	0,21 *	–	
ondersteuning	-0,24 **		0,18 *	0,19 **			0,16 *		–

* p < 0,05

** p < 0,01

Tabel 19 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement r: 'bij verstandelijk gehandicapte kinderen onderzoek zo uitvoeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens' (n varieert tussen 55 en 167)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,39 **	–							
samenv gelezen	0,20 **		–						
kaart gelezen	0,21 **		0,47 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,68 **	–			
voorwaarden					0,26 **	0,28 *	–		
sociale druk	-0,24 *				0,39 **	0,46 **	0,21 *	–	
ondersteuning			0,18 *	0,19 **			0,16 *		–

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Tabel 20 Correlaties tussen determinanten onderling en mate van uitvoering kernelement s: ‘bij verstandelijk gehandicapte kinderen voor hen geschikte hulpmiddelen gebruiken’ (n varieert tussen 64 en 166)

	gebruik	eigen-effect.	samenv. gelezen	kaart gelezen	juistheid standaard	bruikbaarheid standaard	voorwaarden gebruik	sociale druk	ondersteuning
eigen-effect.	0,29 **	–							
samenv gelezen		-0,22 *	–						
kaart gelezen	0,17 *		0,47 **	–					
juistheid					–				
bruikbaarheid					0,68 **	–			
voorwaarden					0,26 **	0,28 *	–		
sociale druk	-0,23 *				0,39 **	0,46 **	0,21 *	–	
ondersteuning			0,18 *	0,20 **			0,16 *		–

* p< 0,05

** p< 0,01

Tabel 21 Sterkte en consistentie correlaties tussen eigen-effectiviteitsverwachting en de mate van uitvoering van de kernelementen*.

Correlatie	Activiteit
0.2-0.3 (laag)	<p>e. bij kinderen > 3 jaar, maar jonger dan 3 jaar en 9 maanden vaststellen of score op visusbepaling, voldoende, onvoldoende danwel twijfelachtig is</p> <p>f. bij kinderen > 3 jaar tot 3 jaar en 9 maanden, waarbij uitslag visusbepaling twijfelachtig is, visusbepaling herhalen</p> <p>i. bij kinderen t/m 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 3 maanden</p> <p>k. bij kinderen > 5 jaar met onvoldoende visus, bepaling herhalen binnen 6 maanden</p> <p>l. kinderen verwijzen bij zelfde of slechtere visuswaarde bij herhalingsonderzoek</p>
0.3-0.5 (medium)	<p>a. verwijzing bij negatieve score Van Wiechenonderzoek</p> <p>b. bij kinderen tot 3 jaar nagaan wat met verwijzing is gebeurd</p> <p>d. bij afwijkende bevindingen uitwendig aspect oog of pupil(reacties) of oogstand of binoculaire volgbewegingen extra controleren of verwijzen</p> <p>g bij kinderen van ± 3 jaar en 9 maanden met visusverschil van 2 regels, onderzoek herhalen</p> <p>j. bij kinderen > 5 jaar voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken</p> <p>m. bij visusbepaling met Landolt-C-kaart, 1e oog doortesten tot visus van 1,25</p> <p>n. bij kinderen > 6 jaar, visusonderzoek alleen verrichten op indicatie</p> <p>p. onderzoek naar kleurzin alleen op indicatie</p> <p>r. bij verstandelijk gehandicapte kinderen onderzoek zo uitvoeren, dat er duidelijkheid is over hun visuele vermogens</p> <p>s. bij verstandelijk gehandicapte kinderen voor hen geschikte hulpmiddelen gebruiken</p>
0.5-0.7 (hoog)	<p>c. bij kinderen > 3 jaar naast bepalen gezichtsscherpte <u>ook</u> aandacht aan: uitwendig aspect oog, pupil, pupilreacties, oogstand en binoculaire volgbewegingen</p> <p>h bij kinderen > 3 jaar en 9 maanden voor visusbepaling Landolt-C-kaart gebruiken</p> <p>o. onderzoek naar dieptezien achterwege laten</p> <p>q. bij kinderen (van elders) zonder gegevens, voor 7^e jaar visusonderzoek doen</p>

* Op individueel niveau bekeken