

TNO-rapport

KvL/B&G 2006.075

**Basisvoorwaarden voor implementatie en borging
van de standaarden Jeugdgezondheidszorg**

Datum	Oktober 2006
Auteur(s)	M.A.H. Fleuren O.R.W. de Jong
Opdrachtgever	ZonMw (projectnummer 8400.0002)
Projectnummer TNO	031.10055/01.01
Aantal pagina's	71 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	4

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

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

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

Samenvatting

Inleiding

Sinds 1998 worden 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 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 (TNO KvL) participeren. De invoering gebeurt aan de hand van het Raamwerk 'Verspreiding en implementatie JGZ-standaarden' dat door TNO KvL werd ontwikkeld. Inmiddels is redelijke ervaring opgedaan met de invoering van de JGZ-standaarden en blijken er in de praktijk problemen en lacunes voor te komen. ZonMw heeft aan TNO KvL gevraagd onderzoek te doen naar de basisvoorwaarden voor de implementatie en borging van de JGZ-standaarden.

Doelstelling

Het doel was enerzijds het inventariseren van de werkwijze bij implementatie van aanpalende beroepsorganisaties en organisaties binnen de jeugdzorg en jeugdhulpverlening en anderzijds de huidige invoering van de JGZ-standaarden kritisch te bekijken, om op basis daarvan aanbevelingen te doen voor de basisvoorwaarden voor de implementatie en borging van de JGZ-standaarden.

Methode

In het voorjaar van 2006 werden interviews gehouden met aanpalende beroepsgroepen en organisaties binnen de jeugdzorg en jeugdhulpverlening. Dit waren: het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG), de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (jeugdzorg) en PI Research (jeugdhulpverlening). Bij de opleidingsinstituten voor de JGZ werd nagegaan in hoeverre het onderwerp JGZ-standaarden deel uit maakt van het curriculum.

Binnen de JGZ werden de volgende geledingen geïnterviewd: de koepelorganisaties, hoofden JGZ bij GGD'en en thuiszorginstellingen, implementatiecoördinatoren JGZ-standaarden bij GGD'en, thuiszorginstellingen en Stichtingen MOA, alle beroepsverenigingen en het Centrum Jeugdgezondheid.

Resultaten en conclusies

- Kijkend naar organisaties buiten de JGZ blijken er vooral veel parallellen te zijn met de wijze van invoering van de JGZ-standaarden. De methodiek die ten grondslag ligt aan de invoering van de JGZ-standaarden blijkt solide en de huidige wijze van invoering kan zich meten met die van aanpalende beroepsgroepen en organisaties binnen de jeugdzorg en jeugdhulpverlening.
- De structurele weg naar de onderwijsinstellingen ontbreekt nog; alleen in de reguliere opleiding van artsen JGZ wordt op structurele wijze aandacht besteed aan de JGZ-standaarden.
- De respondenten die verschillende posities binnen de JGZ innemen zijn unaniem van mening dat de verspreiding en de initiële implementatie van de JGZ-standaarden redelijk tot goed verloopt. Het vervolgtraject na de initiële implementatie (inclusief de borging) en de evaluatie verlopen nog niet goed. Er zijn grote verschillen in tempo en intensiteit van de invoering van de JGZ-standaarden tussen organisaties. De verwachting is dat door de HKZ-certificering de monitoring

van het gebruik en de borging van de JGZ-standaarden op korte termijn steeds beter zal gaan lopen.

- Een eerste belangrijk knelpunt is dat het huidige beleidskader geen structurele financiering van de ontwikkeling en invoering van de JGZ-standaarden toelaat. Daardoor kunnen veel van de noodzakelijke activiteiten voor een goede invoering niet of maar deels uitgevoerd worden. Specifiek gaat het om scholing en coaching van JGZ-medewerkers bij het gebruik van de standaarden, verdere uitbouw van de infrastructuur voor de invoering van de standaarden, de monitoring en evaluatie van het gebruik van de standaarden door de jaren heen en terugkoppeling daarvan naar de individuele JGZ-organisaties en de ontwikkelaars. In feite ontbreken nu de mogelijkheden om de innovatiecyclus van ontwikkeling, invoering, evaluatie en bijstelling rond te maken.
- Een tweede belangrijk knelpunt is dat tot nu toe een landelijke regie ontbreekt, niet alleen ten aanzien van de invoering van de JGZ-standaarden, maar ook wat betreft andere vernieuwingen / veranderingen die op het JGZ-veld afkomen.

Aanbevelingen

Het traject van invoering van de JGZ-standaarden nog vrij jong en in ontwikkeling. In die zin is er al veel bereikt en zijn onderstaande aanbevelingen vooral bedoeld om datgene wat is bereikt te bewaren, te onderhouden en te verbeteren.

- Er dient continue financiering beschikbaar te zijn voor de ontwikkeling, invoering en evaluatie van de JGZ-standaarden. Omdat de JGZ-standaarden onderdeel zijn van het wettelijk verplichte Basistakenpakket, zou de overheid (VWS) dit moeten financieren. Een eerste aanbeveling is om een financiële raming te maken van de kosten van alle activiteiten die ten behoeve van de ontwikkeling en invoering van de JGZ-standaarden nodig zijn.
- Er dient een landelijke regie te zijn bij de invoering van de JGZ-standaarden door een onafhankelijke organisatie. Het Centrum Jeugdgezondheid RIVM zal deze taak naar verwachting op zich nemen. Het is echter gewenst dat er afstemming plaatsvindt over de taakverdeling in de aansturing van de ontwikkeling en invoering van de JGZ-standaarden tussen VWS, ZonMw en het Centrum Jeugdgezondheid.
- Een derde aanbeveling is om op basis van het onderhavige onderzoek het Raamwerk Implementatie aan te scherpen en te herschrijven. Dit Raamwerk zou dan als een blauwdruk moeten dienen voor de invoering van de JGZ-standaarden voor de komende vijf jaar.

Opdrachtgever en financiering

Het Ministerie van VWS heeft ZonMw (werkgroep Standaarden Jeugdgezondheidszorg) opdracht gegeven dit project te initiëren. TNO Kwaliteit van Leven is door ZonMw benaderd voor de uitvoering van het project. Het project is gefinancierd door ZonMw, projectnummer 8400.0002.

Inhoudsopgave

	Samenvatting	2
	Opdrachtgever en financiering	4
1	Inleiding	6
1.1	Achtergrond implementatie JGZ-standaarden	6
1.2	Werkwijze landelijke implementatie JGZ-standaarden	6
1.3	Opdracht basisvoorwaarden implementatie en borging.....	8
2	Methode	10
2.1	Geraadpleegde organisaties buiten de Jeugdgezondheidszorg	10
2.2	Geraadpleegde organisaties / geledingen binnen de Jeugdgezondheidszorg	10
2.3	Interviewvragen	10
2.4	Analyses interviews	11
3	Resultaten interviews organisaties buiten de Jeugdgezondheidszorg	12
3.1	Inleiding	12
3.2	Beschrijving van respondenten	12
3.3	Innovatieproces	12
3.4	Context innovatieproces	18
3.5	Knelpunten en verbeterpunten	21
3.6	Adviezen invoering JGZ-standaarden.....	23
3.7	Opleidingsinstituten	25
4	Resultaten interviews binnen de Jeugdgezondheidszorg	26
4.1	Inleiding	26
4.2	Innovatieproces JGZ-standaarden.....	26
4.3	Knelpunten innovatieproces JGZ-standaarden	27
4.4	Knelpunten context innovatieproces JGZ-standaarden.....	31
4.5	Suggesties basisvoorwaarden innovatieproces JGZ-standaarden	34
4.6	Suggesties basisvoorwaarden context innovatieproces JGZ-standaarden	37
5	Conclusies en aanbevelingen	41
5.1	Inleiding	41
5.2	Vergelijking werkwijze invoering JGZ-standaarden met organisaties buiten de JGZ... 41	41
5.3	Invoering JGZ-standaarden.....	44
5.4	Kanttekeningen	48
5.5	Aanbevelingen	49
6	Literatuur	56
	Bijlage(n)	
	A Raamwerk voor de verspreiding en implementatie van JGZ Standaarden	
	B Interviewvragen aanpalende beroepsgroepen en organisaties binnen de jeugdzorg en jeugdhulpverlening (NHG, NVK, NIZW en PI Research) en respondenten	
	C Interviewvragen koepelorganisaties, Samenwerkingsverband implementatie en RIVM en respondenten	
	D Interviewvragen hoofden JGZ en implementatie-coördinatoren en respondenten	

1 Inleiding

1.1 Achtergrond implementatie JGZ-standaarden

In 1996 werd gestart met het ontwikkelen van Standaarden Jeugdgezondheidszorg (JGZ). De opdracht om een 20-tal JGZ-standaarden te ontwikkelen én te implementeren was afkomstig van het Ministerie van VWS (destijds Minister Borst). 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'ën ontbreekt kennis en expertise om de standaarden in te voeren en te borgen.

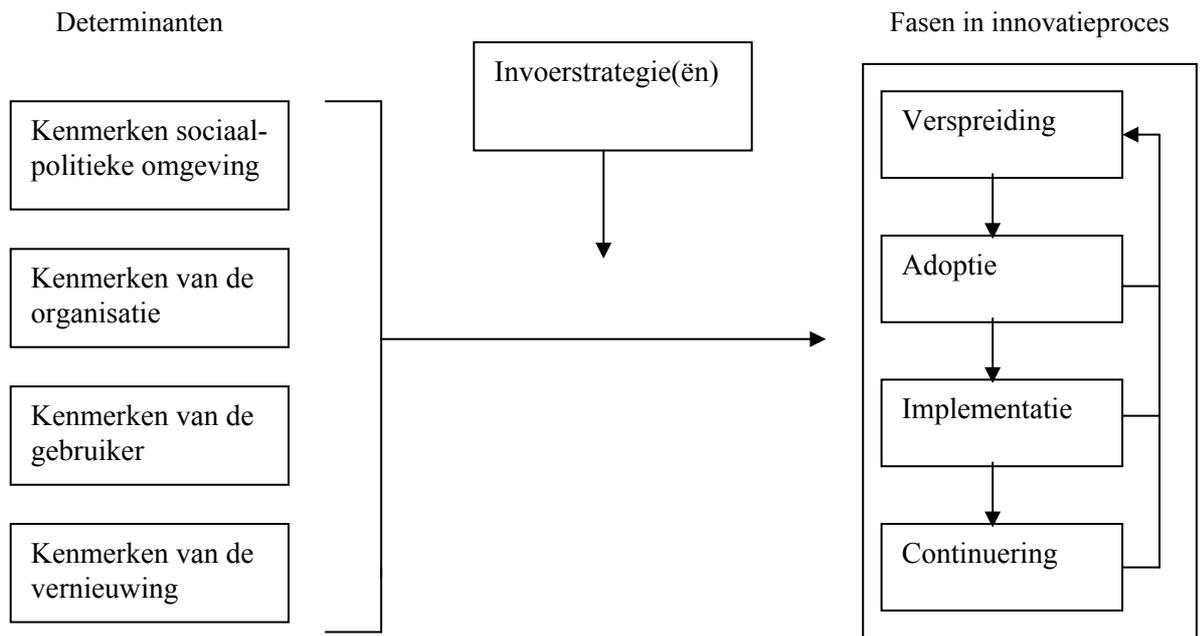
Op basis van deze uitkomsten en conform de wensen van het JGZ-veld ontwikkelde TNO Kwaliteit van Leven een Raamwerk voor de verspreiding en implementatie van de JGZ-standaarden (De Jong, Fleuren & Van Leerdam 2002) (Bijlage A).

1.2 Werkwijze landelijke implementatie JGZ-standaarden

Er wordt uitgegaan van een model voor de systematische invoering van vernieuwingen, dat gebaseerd is op verschillende theorieën en in de praktijk is uitgetest (Fleuren, Wiefferink & Paulussen 2004, 2006).

Implementatie van veranderingen is een proces waarbij een aantal fasen wordt doorlopen (zie figuur). Eerst moet de vernieuwing worden verspreid. Vervolgens zal de beoogde gebruiker (bijvoorbeeld zorgverlener) besluiten al dan niet met de vernieuwing te gaan werken (adoptie). Daarna probeert de gebruiker daadwerkelijk met de vernieuwing te werken en wordt duidelijk of deze in de praktijk uitvoerbaar is (implementatie). Tenslotte wordt het werken met de vernieuwing onderdeel van de dagelijkse routine (continuering). In elke fase kunnen er complicaties optreden waardoor de invoering stagneert. Deze zijn onder te verdelen naar kenmerken van de omgeving, de organisatie, de gebruiker en de vernieuwing zélf. Een vijfde categorie die toegevoegd kan worden zijn factoren met betrekking tot de randvoorwaarden (Fleuren, Wiefferink & Paulussen 2004) zoals financiering, materiële voorzieningen, of tijd. In feite bepalen deze factoren de context waarbinnen het invoerproces zich afspeelt (zie ook 2.4).

Wil de invoering succesvol zijn, dan betekent dit dat per fase inzicht moet bestaan in welke determinanten een rol spelen. Vervolgens kan de invoerstrategie daarop worden toegesneden. Monitoring en het begeleidende evaluatieonderzoek maakt duidelijk of het resultaat van het vernieuwingsproces uiteindelijk voldoet aan de verwachtingen.



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

1.2.1 Ondersteuningsstructuur van landelijk naar regionaal

Gebaseerd op bovenstaand generiek model voor de invoering van vernieuwingen vindt ten behoeve van de landelijke invoering van de JGZ-standaarden een aantal activiteiten plaats (Fleuren 2005; Fleuren, Verlaan, Van Velzen e.a. 2006). Aangrijpend op het knelpunt van het ontbreken van een infrastructuur voor de invoering van de JGZ-standaarden 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 (penvoerder):

- ActiZ (voorheen 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 (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 ActiZ verzoeken de instellingen een of twee personen 'aan te stellen' c.q. vrij te maken voor deze taak. Deze implementatiecoördinatoren kunnen daartoe een landelijk georganiseerde implementatiescholing ontvangen. De 'functie' van implementatiecoördinator en de implementatiescholing beoogt aan te grijpen op het knelpunt dat het binnen de JGZ-organisaties ontbreekt aan kennis en expertise om de standaarden goed in te kunnen voeren en te borgen.

Op het niveau van de individuele arts, verpleegkundige en doktersassistente vindt scholing en coaching plaats.

1.2.2 *Taken Samenwerkingsverband Implementatie*

Het Samenwerkingsverband Implementatie heeft grofweg de volgende taken:

- Verspreiden van de standaarden en voorlichting geven aan thuiszorginstellingen, GGD'en en Stichtingen MOA over de standaarden ter bevordering van de adoptie en implementatie.
- Uitvoeren van een determinantenanalyse voorafgaande aan het drukken en verspreiden van een standaard. Een dergelijke determinantenanalyse geeft zicht op: 1. de punten waarop de standaard eventueel nog bijgesteld moet worden voordat hij gepubliceerd wordt 2. de scholing die ontwikkeld moet worden zodat de artsen, verpleegkundigen en assistenten over de nodige kennis en vaardigheden beschikken om ermee te kunnen werken en 3. andere kritieke determinanten waarvoor invoerstrategieën ontwikkeld moeten worden.
- 'Werven' van implementatiecoördinatoren / stafmedewerkers in de instellingen en het verzorgen van implementatiescholing voor deze coördinatoren.
- Adviseren over invoerstrategieën, o.a. inhoudelijke scholing over het onderwerp van de standaard.
- Helpdesk / aanspreekpunt zijn voor de organisaties, implementatiecoördinatoren / stafmedewerkers en individuele JGZ-medewerkers.
- Evaluatieonderzoek. Het gaat hier enerzijds om een procesevaluatie van de landelijke invoeringsactiviteiten, o.a. het bereik van de instellingen, het volgen van implementatiescholing en 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.

1.2.3 *Taken implementatiecoördinatoren / stafmedewerkers*

Uit voorgaande blijkt dat het de bedoeling is dat de implementatiecoördinatoren / stafmedewerkers de invoering van de standaarden in de eigen afdeling coördineren en het proces controleren. 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.

De JGZ-standaarden Opsporing Visuele Stoornissen (Van Velzen-Mol 2002) en Opsporing van Aangeboren Hartafwijkingen (De Wilde 2005) zijn grotendeels conform het Raamwerk ingevoerd. De JGZ-standaard Secundaire Preventie Kindermishandeling die naar verwachting begin 2007 zal verschijnen, wordt eveneens conform het Raamwerk 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).

1.3 **Oprichting basisvoorwaarden implementatie en borging**

Inmiddels is redelijke ervaring opgedaan met de invoering van de JGZ-standaarden en blijken er in de praktijk problemen en lacunes van diverse aard voor te komen. Op 17 mei 2005 ontving ZonMw (werkgroep Standaarden Jeugdgezondheid) van VWS een

opdrachtbrief voor het uitzetten van een traject voor de methodiekontwikkeling voor de regionale implementatie standaarden in de jeugdgezondheidszorg. Alvorens tot een methodiekontwikkeling over te gaan, heeft ZonMw aan TNO Kwaliteit van Leven gevraagd als eerste fase onderzoek te doen naar de basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de JGZ-standaarden. Te denken valt aan voorwaarden op het niveau van kennis, attitude, gedrag, communicatie, scholingsmogelijkheden in bijvoorbeeld de CAO, materiele condities of personeelsbeleid.

Enerzijds wordt buiten de jeugdgezondheidszorg gekeken naar de implementatie en borging van standaarden om daarna de vertaalslag naar de jeugdgezondheidszorg te kunnen maken. Anderzijds wordt de huidige wijze van invoering aan een kritische blik onderworpen bij betrokken partijen (hoofden JGZ, implementatiecoördinatoren, koepelorganisaties en het Samenwerkingsverband Implementatie). Daarbij zal ook gebruik worden gemaakt van de uitkomsten van het evaluatieonderzoek naar de invoering van de JGZ-standaard Visus (Fleuren, Verlaan, Van Velzen e.a. 2006).

2 Methode

2.1 Geraadpleegde organisaties buiten de Jeugdgezondheidszorg

In het voorjaar van 2006 werden interviews gehouden met aanpalende beroepsgroepen en organisaties binnen de jeugdzorg en jeugdhulpverlening, die standaarden/protocollen c.q. interventies en programma's ontwikkelen en invoeren. Dit waren:

- het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG)
- de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK)
- Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW) (jeugdzorg)
- PI Research (jeugdhulpverlening)

Het NHG, NIZW en PI Research kennen al een lange traditie van invoering van standaarden, interventies en programma's. De NVK staat nog vrij in het begin van het traject van richtlijninvoering. Voor de Jeugdgezondheidszorg zijn de ervaringen van het NHG en de NVK leerzaam vanwege hun focus op de ontwikkeling en invoering van *standaarden*, daar waar bij het NIZW en PI Research de focus meer ligt op interventies en programma's. Een punt van verschil is dat zowel het NHG als de NVK zich vooral richten op individuele en vrij autonome professionals. Bij de invoering van de JGZ-standaarden gaat het om professionals die werkzaam zijn in *organisaties*. De invoering van vernieuwingen in organisaties kent andersoortige drempels (Fleuren, Wiefferink & Paulussen 2004). Op dat punt kan vooral geleerd worden van de ervaringen van het NIZW en PI Research die veelal implementeren in organisaties en de bredere context daarvan.

Naast de interviews werden schriftelijke bronnen geraadpleegd.

Bij de opleidingsinstituten (TNO Kwaliteit van Leven, NSPOH, enkele Hogescholen) voor de jeugdgezondheidszorg werd nagegaan in hoeverre het onderwerp JGZ-standaarden deel uit maakt van het curriculum.

2.2 Geraadpleegde organisaties / geledingen binnen de Jeugdgezondheidszorg

Binnen de Jeugdgezondheidszorg werden, eveneens in het voorjaar van 2006, de volgende geledingen/organisaties/personen geïnterviewd:

- koepelorganisaties GGD Nederland en ActiZ
- hoofden JGZ bij GGD'en thuiszorginstellingen
- implementatiecoördinatoren JGZ-standaarden bij GGD'en, thuiszorginstellingen en Stichtingen MOA (dit betreft de coördinatoren die bekend zijn naar aanleiding van de invoering van de JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen en die ook de implementatiescholing hierover hebben gevolgd)
- beroepsverenigingen van jeugdartsen, verpleegkundigen en doktersassistenten
- Centrum Jeugdgezondheid/RIVM

2.3 Interviewvragen

Bij de interviews werd een onderscheid gemaakt naar vragen. De aanpalende beroepsgroepen en organisaties binnen de jeugdzorg en jeugdhulpverlening werden gevraagd naar hun werkwijze, de onderbouwing ervan, de infrastructuur voor de invoering, knelpunten en oplossingen bij de invoering en borging, en de basisvoorwaarden voor implementatie die ook de JGZ in acht zou moeten nemen.

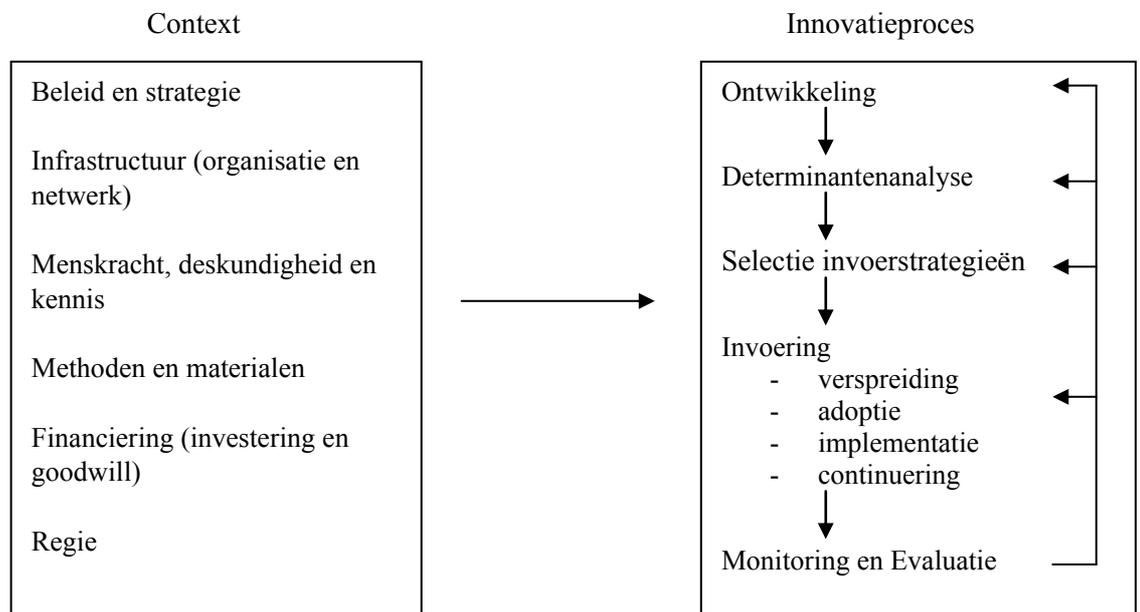
De koepelorganisaties, het Samenwerkingsverband Implementatie en het Centrum Jeugdgezondheid/RIVM werden vooral gevraagd naar knelpunten bij de huidige wijze van invoering en borging, de rollen en taken van diverse partijen wat betreft de regie over en de uitvoering van de implementatie, monitoring en evaluatie van het gebruik van de standaarden.

De hoofden JGZ en de implementatiecoördinatoren werden vooral gevraagd naar de concrete wijze van invoering en borging, belemmeringen daarbij en basisvoorwaarden om de verspreiding en invoering onder alle disciplines in de organisatie te optimaliseren. In bijlagen B tot en met D zijn de vragen per doelgroep beschreven.

2.4 Analyses interviews

Van alle interviews werden verslagen gemaakt. Deze verslagen werden ter correctie en aanvulling aan de respondenten voorgelegd.

De interviewvragen zijn gebaseerd op het model voor de invoering van vernieuwingen (figuur 1), de huidige wijze van invoering van de JGZ-standaarden en de infrastructuur daarvoor. Modelmatig kan het proces als volgt worden weergegeven. In het rechter blok staat het cyclische innovatieproces van de JGZ-standaarden (Fleuren, Wiefferink & Paulussen 2004, Fleuren 2005). Het model voor de invoering van de JGZ-standaarden (figuur 1), is hier onderdeel van. Dit innovatieproces speelt zich af binnen een context die, deels gebaseerd op het model van Saan en de Haes (2005), in het eerste blok is weergegeven. Bij de beschrijving van de resultaten, conclusies en aanbevelingen zal onderstaand kader als leidraad dienen.



Figuur 2 Kader voor de beschrijving van de resultaten, conclusies en aanbevelingen

3 Resultaten interviews organisaties buiten de Jeugdgezondheidszorg

3.1 Inleiding

Paragraaf 3.2 geeft een beschrijving van de respondenten. In de paragrafen 3.3. en 3.4 worden respectievelijk het innovatieproces en de context van de invoering beschreven. De door de organisaties ervaren knelpunten bij de invoering en adviezen voor de JGZ staan in respectievelijk paragraaf 3.5 en 3.6. Bij de bespreking van de resultaten wordt aan het begin van de paragraaf eerst een samenvatting gegeven van de belangrijkste resultaten voor alle organisaties samen. Daarna volgt een bespreking per organisatie. In paragraaf 3.7 wordt beschreven in hoeverre de JGZ-standaarden onderdeel uitmaken van het curriculum van de opleidingsinstituten voor de Jeugdgezondheidszorg.

3.2 Beschrijving van respondenten

In het voorjaar van 2006 werden interviews gehouden met:

- het Nederlands Huisartsen Genootschap (NHG): het hoofd Implementatie
- de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK): een beleidsmedewerker en tevens ambtelijk secretaris van de Commissie Protocollen, Richtlijnen en Consensus
- Het Nederlands Instituut voor Zorg en Welzijn (NIZW): het hoofd van het Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning NIZW Jeugd en een senior medewerker NIZW Jeugd / Opleiding, Training en Advies
- PI Research (jeugdhulpverlening): programmaleider onderzoek

3.3 Innovatieproces

3.3.1 *Visie en werkwijze bij implementatie*

De mate waarin de organisaties een vastgelegde visie en/of werkwijze op/bij de implementatie hebben, verschilt per organisaties. De werkwijze van het NHG bij implementatie is terug te voeren op het model van Rogers en op leertheorieën. Daarbij leunt het NHG voornamelijk op werk van het Centre for Quality of Care Research (WOK). De werkwijze van het NHG is in een aantal documenten beschreven (Grol & Zwaard 1990; Thomas e.a. 1996; Geijer e.a. 1999; Grol & Wensing 2001). Het NIZW geeft aan dat de implementatie is gebaseerd op verschillende theorieën en boeken over implementatie, onder andere op leertheorieën. Er is geen blauwdruk en de werkwijze bij implementatie is niet vastgelegd, maar er wordt wel systematisch een aantal stappen doorlopen. Ook voor PI Research geldt dat er geen omschreven visie/werkwijze op/bij de implementatie is. Evenals bij het NIZW doorloopt men wel systematisch een aantal stappen, gebaseerd op organisatietheorieën en leertheorieën. De NVK geeft aan nog maar in het begin van het traject van de invoering van de richtlijnen te staan. Er zijn pas vijf richtlijnen ontwikkeld en twee zijn nog in ontwikkeling. De ervaring met de invoering ervan is beperkt. Een visie op de implementatie staat niet op papier en er is ook geen onderliggend theoretisch kader wat betreft de invoering van de richtlijnen.

3.3.2 *Strategieën gericht op verspreiding, adoptie, implementatie en continuering*

Het NHG geeft als enige organisatie aan dat bij iedere standaard dezelfde strategieën worden ingezet. Dit betekent dat er per standaard een compleet palet aan producten is. Voor het NIZW en PI Research geldt dat men veel nadruk legt op het samen met de stakeholders maken van een analyse van de huidige werkwijze, de in te voeren vernieuwing en de context, voordat de invoering plaatsvindt. De strategieën die gericht zijn op adoptie, implementatie en continuering hangen daarvan af en kunnen per situatie verschillen. De NVK geeft aan dat de ervaring met de invoering van richtlijnen beperkt is. Met uitzondering van één richtlijn zijn de invoerstrategieën tot nu toe beperkt gebleven tot de verspreiding en deels tot het bevorderen van de adoptie. Op basis van nu nog lopend onderzoek zal de NVK het beleid voor de invoering verder ontwikkelen. Voor zowel de NHG-standaarden als de NVK-richtlijnen geldt dat het gebruik ervan niet verplicht is, maar wel verplichtend. Daarmee is deelname aan scholing of andere invoeractiviteiten eveneens niet verplicht.

Alle organisaties geven aan dat er geen onderzoek plaatsvindt naar het gebruik van de invoerstrategieën en materialen. Er vindt ook geen onderzoek plaats naar het effect ervan op het handelen van de zorgverleners en/of eindgebruikers. Van sommige materialen, zoals de patiëntenbrieven van het NHG, is bekend dat het gebruik ervan kan verbeteren.

Hieronder volgt een beknopt overzicht van de werkwijze en invoerstrategieën per organisatie.

Werkwijze en invoerstrategieën NHG

Een belangrijk medium is de NHG-website waar alle standaarden, bijbehorende materialen en scholingsmogelijkheden staan. Er is een indeling gemaakt naar weten, leren, doen en toetsen.

Verspreiding

- De verspreiding vindt plaats via het tijdschrift Huisarts & Wetenschap. Daarnaast is de standaard te downloaden via de website.

Adoptie en implementatie

- Voor de diverse standaarden zijn er Programma's voor Individuele Nascholing (PINs). Huisartsen kunnen het materiaal alléén gebruiken of samen met de praktijkassistente (zie ook 3.4.1). Daarnaast zijn er NHG-Verdiepingsmodules. Naast kennis gaat het daarbij om hoe veranderingen in de praktijk ingevoerd kunnen worden. Ze geven de mogelijkheid om op specifieke knelpunten in te gaan.
- Voor enkele standaarden zijn kennistoetsen ontwikkeld.
- Voor de herregistratie zijn huisartsen verplicht 40 uur geaccrediteerde nascholing te volgen. Huisartsen zijn vrij in hun keuze, maar de NHG-standaarden vormen een belangrijk aandeel van de nascholingen in het kader van de herregistratie.

Implementatie en continuering

- Er zijn verschillende materialen die het gebruik van de standaarden ondersteunen. De NHG-Telefoonwijzer met triageprotocollen voor de praktijkassistente, wachtkamerfolders en patiëntenbrieven. De folders en brieven zijn te downloaden via de website (ook voor patiënten).
- Veelvuldig gebruikt is de NHG-ConsultWijzer. Dit is een programma op CD-rom en biedt de mogelijkheid tijdens het consult o.a. de standaarden en patiëntenbrieven op te roepen.

- Intercollegiale toetsing is een van de (effectieve) methoden om het gebruik van de standaarden te bevorderen.
- Er worden Landelijke Transmurale Afspraken (LTA's) en Landelijke Eerstelijns Samenwerkings Afspraken (LESA's) gemaakt. Daarin staan globaal de richtlijnen voor respectievelijk huisartsen en specialisten (LTA) en huisartsen en andere eerstelijns beroepsgroepen (LESA). Ze dienen als uitgangspunt om het regionale beleid nader te bespreken, samenwerking te stimuleren en werkafspraken te maken over verwijzen, terugverwijzen en gedeelde zorg.
- Als sluitstuk is er de praktijkaccreditatie. De huisarts en praktijkmedewerkers verzamelen gegevens over de praktijk, via het visitatie-instrument 'VIA' (Visitatie Instrument voor de Accreditering). Een NHG-consulent verwerkt de gegevens in een feedbackrapport waarin de resultaten worden afgezet tegen resultaten van vergelijkbare praktijken in Nederland. Op grond hiervan stellen de huisarts en zijn/haar medewerkers onder begeleiding van de eigen praktijkconsulent een verbeteringsplan op. Een NHG-accrediteur bezoekt jaarlijks de praktijk om te beoordelen of de gegevens op een juiste wijze zijn verzameld, de plannen aan de gestelde eisen voldoen en of de praktijk met de uitvoering is begonnen. Voldoet de praktijk aan deze voorwaarden, dan wordt het NHG-keurmerk toegewezen. Praktijkaccreditering wordt verleend voor één jaar en alleen jaarlijks verlengd na onafhankelijke toetsing door de accrediteur. De accreditering is een cyclisch leerproces van drie jaar.

Ter bevordering van het gebruik van de standaarden wil het NHG in de toekomst vaker patiënten betrekken bij de ontwikkeling van de standaarden. Ook voor het creëren van juiste verwachtingen bij de patiënt: wat mag je verwachten van de huisarts? Daarnaast wil het NHG indicatoren en normen ontwikkelen, waarbij ook het soort praktijk en de patiëntenpopulatie in ogenschouw worden genomen.

Werkwijze en invoerstrategieën NVK

Alleen van de richtlijn Volumesuppletie zijn alle onderdelen gedrukt. Het is de bedoeling dat de samenvattingskaarten van de andere richtlijnen ook in druk verschijnen. Het boek met de wetenschappelijke verantwoording wordt niet meer gedrukt; kinderartsen lijken dit niet te gebruiken.

Strategieën alléén voor de NVK-richtlijn Volumesuppletie waren:

Verspreiding

- Het boek is aan alle praktijken gestuurd. De kaart met samenvatting is aan alle kinderartsen gestuurd. Tijdens het NVK-congres is een kaartje op zakformaat over deze standaard uitgedeeld. De verschillende onderdelen zijn via de website te downloaden
- Er verschijnt een artikel over de richtlijn.
- Er wordt een nieuwsbrief gestuurd aan alle kinderartsen over het verschijnen van een richtlijn en er is een nieuwsbrief.
- Op het NVK-congres vindt een presentatie plaats van de richtlijn.
- In het kader van onderzoek naar de richtlijn zijn alle praktijken bezocht door de onderzoeker.
- Binnen de kindergeneeskunde wordt er geaccrediteerd cursorisch onderwijs gegeven in een vijftal weekenden. Op een van de weekenden is de richtlijn onder de aandacht gebracht.

Adoptie

- Er wordt gestreefd naar een zo multidisciplinair mogelijke richtlijn, waarbij in de werkgroep alle stakeholders betrokken zijn. De richtlijnen zijn evidence-based.
 - Bij de ontwikkeling is er een landelijke klankbordgroep met alle betrokken stakeholders. De klankbordgroep wordt gevraagd de richtlijn bij de achterban onder de aandacht te brengen.
 - de conceptrichtlijn wordt op de NVK-website geplaatst voor commentaar
- Voor de andere richtlijnen geldt voor de verspreiding: commentaarronde voor de concepttekst, pdf op website, vermelding op het NVK-congres, bericht in nieuwsbrief, nieuwsbrief en vermelding bij cursorisch onderwijs.

Werkwijze en invoerstrategieën NIZW

De strategieën voor de verspreiding, adoptie, implementatie en continuering variëren per situatie.

Adoptie

Eerst wordt een analyse gemaakt van de stakeholders (krachtveldanalyse) om te bepalen welke werkvelden voor de interventie in aanmerking komen. Vervolgens vindt een analyse plaats van de beroepsbeoefenaren, managers, de organisatie en de context, om in kaart te brengen wat er al is gedaan en wat nodig is om de interventie te kunnen invoeren. Afhankelijk van het onderwerp gebeurt dit via pilots, focusgroepinterviews of expertmeetings. NIWZ acht het van wezenlijk belang zowel het management als de werkvloer bij deze analyse te betrekken. Daarnaast vindt men interpersoonlijke communicatie en continue informatie van wezenlijk belang. Meestal wordt er een communicatieplan opgesteld. De uitgebreidheid van de analyse is mede afhankelijk van het beschikbare budget.

Implementatie

De strategie sluit aan bij de uitkomsten van bovengenoemde analyses. Op basis van ervaring wordt voor een bepaalde invoerstrategie gekozen, bijvoorbeeld voor een train-de-trainer aanpak. Voor een goede invoering acht het NIZW daarnaast van wezenlijk belang dat iemand in de organisatie verantwoordelijk is voor het proces van invoering. Het NIZW coacht daarin, zowel gevraagd als ongevraagd. Regelmatig wordt contact opgenomen met degene die verantwoordelijk is voor de invoering. Naar aanleiding daarvan wordt gericht geadviseerd. De implementatiecoördinatoren voor de JGZ-standaarden zijn volgens de respondenten een prima idee. Voorwaarde voor het functioneren is dat zowel de rol en positie als de persoon binnen de organisatie geaccepteerd worden.

Continuering

De borging is over het algemeen lastig. De strategieën voor de borging wisselen; NIZW probeert de ideeën voor de borging zoveel mogelijk uit de mensen in de organisatie zelf te laten komen. Opleidingsdeskundigen vanuit het NIZW reiken daartoe werkvormen en instrumenten aan. Deze zijn gebaseerd op ervaring van wat wel en niet werkt. De nazorg (na invoering) schiet er vaak bij in, met name omdat de projectfinanciering dit niet mogelijk maakt of de klant dit traject niet wil bekostigen. Het zou wenselijk zijn een jaar na invoering na te gaan wat het gebruik is, wat het resultaat en effect is en daarin weer te coachen.

Werkwijze en invoerstrategieën PI Research

De strategieën voor de verspreiding, adoptie, implementatie en continuering variëren per situatie.

Adoptie en implementatie

Eerst worden met een sterkte-zwakke analyse de bestaande routines/werkwijzen in kaart gebracht. Ook wordt geanalyseerd wat het werken met de nieuwe methodiek / het programma betekent voor de huidige werkwijze. Dit gaat in de vorm van een workshop/training, waarin de nieuwe methodiek / het programma wordt gepresenteerd. PI Research acht het van belang om aan te sluiten bij bestaande routines en zeker niet zonder meer de bestaande werkwijze over boord te zetten. Dat zou leiden tot weerstand in de instelling. Onderscheiden worden bijeenkomsten met de leiding (staf en kader) over de visie op de methodiek / het programma en bijeenkomsten voor de werkvloer om de handelingsaspecten ervan te bekijken. Alle aspecten van de nieuwe methodiek / het programma worden in kaart gebracht (randvoorwaarden voor de uitvoering, handelen van de werkers met cliënten, relatie met het cliëntendossier). Tevens wordt gekeken hoe de methodiek kan worden verankerd (bijvoorbeeld voortgang via werkoverleg, betrekken van ouders bij de zorg). Naar aanleiding van het interview overweegt de respondent de in zijn proefschrift toegepaste Determinants Decision Questionnaire (DDQ) weer te gaan gebruiken in het kader van sterkte-zwakke analyses. De face validity van de DDQ is goed en het is ook een erg praktisch instrument.

Implementatie

PI Research biedt nieuwe methodieken aan met begeleidende advisering en training. Soms wordt dat door eigen medewerkers van PI Research op locatie uitgevoerd, soms wordt gebruik gemaakt van een train-de-trainers aanpak. Dit is afhankelijk van de schaal van de instelling en de behoefte. Ook al gaat het om eenzelfde methodiek / programma, telkens wordt rekening gehouden met accentverschillen tussen instellingen.

Implementatie en continuering

Voor blijvend gebruik van een nieuwe methodiek / programma (continuering) is het nuttig om intern in de instellingen een verantwoordelijke persoon te hebben, die andere medewerkers schoolt en begeleidt. Die persoon kan via PI Research een cursus volgen (de train-de-trainers cursus). Op welke wijze verankering plaatsvindt, hangt af van de in te voeren methodiek/programma.

3.3.3 *Determinantenanalyse*

Alle organisaties brengen belemmerende en bevorderende factoren in kaart, alvorens de vernieuwing wordt ingevoerd. De wijze waarop dit gebeurt, verschilt per organisatie. Het NIZW en PI Research doen dit via een (sterkte-zwakke)analyse met het management / de leiding en de werkvloer (zie 3.3.2). (Adviezen over) invoerstrategieën vloeien hieruit voort.

Het NHG schreef in het verleden 50 willekeurige huisartsen aan om commentaar te geven op een conceptstandaard. Men is hier vanaf gestapt omdat de animo terugliep, mede omdat de NHG-standaarden inmiddels in de consolidatiefase zitten. Tegenwoordig vinden over een conceptstandaard focusgroepinterviews plaats met huisartsenbegeleiders, huisartsenopleiders en huisartsen in opleiding. De Huisartsen Instituten organiseren deze interviews en er nemen 8-10 huisartsen aan deel. Vanuit het NHG nemen deel: het stafflid dat de werkgroep van de standaard heeft begeleid, een stafflid implementatiematerialen en een of meer vertegenwoordigers van de werkgroep die de standaard heeft ontwikkeld. De focusgroepinterviews worden begeleid door een

NHG-staflid. De focusgroepinterviews geven ook input voor de ontwikkeling van de Programma's voor Individuele Nascholing en de verdiepingsmodules (zie ook 3.3.2). De focusgroepinterviews vinden alleen plaats voor 'grote' onderwerpen (bijv. diabetes), herziene standaarden waar veel in is veranderd en standaarden die eerder niet goed zijn geïmplementeerd.

De NVK zegt dat idealiter een knelpuntenanalyse wordt uitgevoerd. Dit is echter pas bij één richtlijn gebeurd. Het is (nog) geen beleid vanwege beperkte financiële middelen en het ontbreken van menskracht binnen de NVK. Wel worden de conceptrichtlijnen ter becommentariëring op de website geplaatst.

De mate waarin een relatie wordt gelegd tussen de uitkomsten van de determinantenanalyse en de invoerstrategieën, verschilt eveneens per organisatie. Het NIZW en PI Research laten de invoerstrategieën en de ontwikkeling van ondersteunende materialen aansluiten bij de uitkomsten van de sterkte-zwakke analyses c.q. krachtenveldanalyses. Deze invoerstrategieën verschillen want ze zijn afhankelijk van de vernieuwing en de situatie. Het NHG heeft weliswaar een vast palet aan invoerstrategieën, maar de input van de afzonderlijke onderdelen is wel gebaseerd op de uitkomsten van de focusgroepinterviews.

Geen van de organisaties zegt een proefimplementatie te doen, zoals bij de JGZ-standaarden, waarbij de toekomstige gebruikers gevraagd worden een tijd met de vernieuwing te werken en daarna uitvoeringsproblemen te rapporteren. Wel vragen bijna alle organisaties naar *verwachte* uitvoeringsproblemen.

3.3.4 *Onderhoud van het gebruik, monitoring en evaluatie*

Op de vraag over het onderhoud van het gebruik, monitoring en evaluatie, waren de reacties van de respondenten te onderscheiden naar het onderhoud van het gebruik in de instellingen zelf door monitoring en evaluatie, en naar de herziening en actualisering van standaarden.

Het onderhoud van het gebruik van de standaarden/richtlijnen, interventies en programma's is een punt van zorg bij zowel de NVK, NIZW en PI Research. Deze organisaties geven aan dat financiering daarvoor veelal ontbreekt. NIZW en PI Research benadrukken daarnaast dat het onderhoud veelal niet in het beleid van een organisatie is ingebed en sterk leunt op het initiatief en de passie van individuele personen. Wanneer deze personen weggaan, vervallen de activiteiten voor het onderhoud. Binnen de NVK ziet men toe op tijdige herziening van de richtlijnen. Tot nu toe worden de ontwikkelaars van de richtlijn gevraagd dat 'erbij' te doen, omdat het waarschijnlijk geen intensief traject is. Er is geen financiering voor beschikbaar. Mocht de herziening van een richtlijn om enigerlei reden niet uitvoerbaar blijken (bijvoorbeeld te arbeidsintensief) dan zal besloten worden de richtlijn af te schaffen.

Het NHG zegt dat het onderhoud van het gebruik niet zo'n probleem is. Dit onderhoud zit in de NHG-systematiek. Volgens het NHG is het gebruik van de standaarden inmiddels zo ingeburgerd dat er geen activiteiten ter consolidatie nodig zijn. Huisartsen worden voortdurend geconfronteerd met nieuwe en herziene standaarden. Dat houdt de standaarden levendig. Een en ander blijkt uit de 2^e Nationale Studie, op de huisartsenposten en uit de praktijkaccreditaties.

Alle organisaties geven aan dat er wel monitoring en evaluatie plaatsvindt, zij het in beperkte mate en zeker niet systematisch. Het ontbreken van financiering is hiervan de belangrijkste oorzaak. Daarnaast hecht het management / de leiding / de gebruiker vaak niet veel belang aan de vraag of de vernieuwing wel werkt zoals bedoeld. Vrijwel alle respondenten vinden dit een ommissie, omdat monitoring en evaluatie onderdeel uitmaakt

van de implementatiecyclus, van het proces van innoveren tot kwaliteitsverbetering. Het meten van de zogenaamde programma-integriteit vindt niet plaats. Het gaat daarbij om de vraag of medewerkers werken volgens de vernieuwing zoals bedoeld door de ontwikkelaars.

Naar de NHG-standaarden is relatief veel onderzoek verricht. Er is echter nooit systematisch onderzoek gedaan naar het gebruik van de standaarden en ook niet longitudinaal naar het gebruik van de standaarden door de jaren heen. “Telkens zijn stukjes uit de taart onderzocht, maar nooit de hele taart”, aldus de respondent. De resultaten van het onderzoek worden verwerkt in het beleid van het NHG. De NVK meldt dat een en ander nog in ontwikkeling is, bijvoorbeeld om bij alle richtlijnen indicatoren te benoemen. Bij visitaties wordt er wel nagegaan óf er richtlijnen zijn, maar niet wat het gebruik ervan is. Bij medical audits worden wel dossiers bekeken, maar het zijn allemaal losse onderdelen die op termijn in het kwaliteitsbeleid geïntegreerd moeten worden.

Het NIZW zegt dat er van monitoring zelden sprake is. Van evaluatie soms wel, maar dan is het vaak ad hoc. Ook PI Research meldt dat er weinig evaluatieonderzoek plaatsvindt. Alleen bij opdrachtgevers / instellingen waarmee men een lange relatie heeft, is er zicht op het gebruik. Een uitzondering wat betreft onderzoek vormt het programma Parents Management Training Oregon (PMTO) dat momenteel in Nederland wordt beproefd. Dit vindt echter plaats met forse financiële steun van VWS. Uitvoering van het programma zoals bedoeld (programma-integriteit) is een voorwaarde, anders wordt er geen licentie/certificaat verstrekt. De respondent vindt de PMTO een goed voorbeeld van best practice in implementatie. Er wordt gelijktijdig gewerkt aan de initiële implementatie en aan borging in het beleid, aanbod en werkwijze van de instelling, door middel van een certificeringprocedure. Een van de mogelijkheden om na te gaan of een methodiek werkt, kan volgens de respondent via het (elektronisch) dossier. Toch heeft dit ook beperkingen, omdat de data niet altijd bruikbaar zijn voor analyse. Een registratie van verrichtingen heeft weer als nadeel dat dit belastend is voor de zorgverlener.

Alle organisaties merken op dat kwaliteitssystemen, accreditaties en licenties in principe goede methoden zijn om de standaarden/richtlijnen, interventies en programma's te borgen en te evalueren. Dit kan op landelijke schaal, gemeentelijke/regionale schaal of op instellingsniveau. Van de monitoringsgegevens gaat weer een impuls uit naar de borging.

3.4 Context innovatieproces

3.4.1 *Beleid, infrastructuur en regie*

Alle organisaties geven aan dat een goede (landelijke) infrastructuur van essentieel belang is voor de invoering. Vragen over de opzet en het functioneren van een infrastructuur zijn alleen aan het NHG, de NVK en het NIZW gesteld omdat zij te maken hebben met de landelijke invoering van vernieuwingen. Hieronder volgt een overzicht van de opzet van de infrastructuur en de visie daarover per organisatie.

Infrastructuur voor invoering NHG-standaarden

Voor de invoering van de NHG-standaarden was er tot voor kort een goed functionerende infrastructuur. Op districtsniveau waren de 23 Districts Huisartsen Verenigingen (DHV), gevormd door een aantal Regionale Huisartsen Verenigingen (RHV). Binnen iedere RHV was een Werkgroep Deskundigheidsbevordering

Huisartsen (WDH) actief, bestaande uit actieve en enthousiaste huisartsen, aangestuurd door een plaatselijke coördinator met een kleine LHV-aanstelling (0,1 fte). De plaatselijke coördinatoren werden aangestuurd door een coördinator op districtsniveau. Voor de meeste standaarden werden NHG/LHV Deskundigheidsbevorderings(DKB)-pakketten gemaakt. De DKB-pakketten waren gericht op gedragsverandering en werden gebruikt in bijeenkomsten op regionaal niveau, georganiseerd door de WDH of binnen de Hagro (huisartsengroep). Door stopzetting van de subsidie vanuit Zorgverzekeraars Nederland (ZN) zijn de DHV'en en RHV'en weggevallen en staan de WDH'en er alleen voor. In sommige regio's functioneert de oude structuur nog steeds, in andere regio's niet of minder intensief. Als vervanging van de DHV'en zijn de Regionale Ondersteunings Structuren (ROS'sen) gekomen. Deze zijn echter niet primair op de implementatie van de NHG-Standaarden gericht, maar op samenwerking binnen de eerste lijn tussen huisartsen, fysiotherapeuten en verloskundigen.

Volgens de respondent is met het stopzetten van de subsidie veel verloren gegaan. Dit is merkbaar aan het feit dat er minder scholingsaanbod is voor en door huisartsen (het scholingsaanbod vanuit de farmaceutische industrie neemt weer toe). Het is ook merkbaar aan het feit dat er minder structuur is in het curriculum. Het NHG probeert nu zoveel mogelijk aan te sluiten bij nog bestaande regionale samenwerkingsverbanden c.q. groepen en organisaties. Daarnaast steekt het NHG zelf meer energie en geld in scholing. Er wordt gekeken naar alternatieve en goedkopere vormen van scholing via de website, zoals e-learning, individuele toetsen etc. (zie ook 3.3.2). Deze vormen zijn echter alleen geschikt voor kennisoverdracht en in beperkte mate voor attitudeverandering. Voor het aanleren van vaardigheden zijn ze niet/minder geschikt. Een bijkomend probleem is dat er niet altijd 'skillslabs' in de regio voorhanden zijn voor het trainen van vaardigheden. Daarnaast nodigt de scholing via de website niet uit tot discussie. Doordat de bestaande structuur is verdwenen is ook de gestructureerde en planmatige aanpak van de invoering van de standaarden verdwenen. Volgens de respondent bezoeken veel huisartsen de NHG-website om aan hun accreditatiepunten te komen, maar niet omdat het onderwerp belangrijk is voor hun vorming. De vraag is of het dan ook echt tot verandering leidt of alleen tot 'cosmetisch' gebruik van de standaard.

Infrastructuur voor invoering NVK-richtlijnen

De NVK geeft aan dat er (nog) geen infrastructuur is voor de invoering van de richtlijnen. Er zijn binnen de NVK verschillende secties, maar die zijn naar onderwerp ingedeeld en hebben niet als doel de invoering van de richtlijnen. Dat er (nog) geen infrastructuur is heeft primair te maken met het ontbreken van financiering. Daarnaast ontbreekt de menskracht en het geld voor de uitbreiding daarvan (zie ook 3.4.2).

Infrastructuur voor invoering NIZW-producten

Volgens het NIZW ontbreekt een goede landelijke implementatiestructuur. Vanuit VWS is er geen structuur voor de invoering van interventies en is er geen aandacht voor de borging. Vanuit het landelijke beleid, de koepelorganisaties en de instellingen zijn er geen verwachtingen, maar ook geen inspanningsverplichtingen ten aanzien van de invoering en de borging van interventies. Het ontbreken van een implementatie-infrastructuur betekent volgens het NIZW dat een en ander sterk leunt op eigen initiatieven en wensen van de koepels en organisaties als het NIZW. Bijvoorbeeld de vraag of en wanneer er een update van een interventie moet komen. Het initiatief ligt veelal bij de ontwikkelaars die daarvoor zelf de voorwaarden moeten scheppen. Wanneer deze eigen initiatieven ontbreken of de mensen weggaan, zal de bewuste update er nooit komen.

Het NIZW vindt dat monitoring en evaluatie eveneens onderdeel moeten zijn van de implementatiestructuur. Of een vernieuwing de kop op steekt wordt nu vooral door toevalligheden bepaald. Door te monitoren is er beter zicht op wat er gebeurt en wat er moet veranderen. Met de komst van het NIZW Kenniscentrum Jeugd zullen monitoring en evaluatie meer een rol gaan spelen. Dit moet nog worden opgebouwd en er zal afstemming moeten plaatsvinden tussen het Centrum Jeugdgezondheid RIVM, het programma Jeugd ZonMw en het Kenniscentrum Jeugd NIZW.

3.4.2 *Financiering*

Om de ontwikkeling en invoering van de standaarden te kunnen waarborgen heeft het NHG haar leden gevraagd akkoord te gaan met een verhoging van de contributie. Dit naar aanleiding van de stopzetting van de subsidie van VWS. De leden hebben daar positief op gereageerd en vanuit deze gelden wordt nu vooral de implementatie bekostigd. Daarnaast is er subsidie vanuit de premiegelden van Zorgverzekeraars Nederland voor de ontwikkeling van de standaarden. Stopzetting van de subsidie van VWS heeft wel het tempo bepaald waarin activiteiten uitgevoerd kunnen worden.

De ontwikkeling van de NVK-richtlijnen werd op projectbasis gefinancierd vanuit het richtlijnenprogramma van de Orde van Medisch Specialisten. Nu dit programma is stopgezet is dit niet meer mogelijk. Voor een deel ontwikkelen de secties binnen de NVK zelf richtlijnen. Mogelijk dat in de toekomst via ZonMw op projectbasis nieuwe richtlijnen gefinancierd kunnen worden. Hoe de implementatie gefinancierd moet worden is onduidelijk. Desgevraagd zegt de respondent dat het moeilijk is in te schatten of de NVK-leden bereid zullen zijn extra te betalen voor de ontwikkeling en invoering van de richtlijnen zoals de huisartsen dat doen. Bij de huisartsen is in de loop der jaren een andere cultuur ontstaan met betrekking tot het gebruik van de standaarden. Daarnaast zit het NHG in een heel andere fase; in wezen zijn alle standaarden ontwikkeld en zit men in de consolidatiefase.

De invoering van de nieuwe methoden waar PI Research mee te maken heeft, worden door de instellingen zelf betaald. Een uitzondering betreft het in paragraaf 3.3.4 genoemde PMTO dat door VWS wordt gefinancierd. De instellingen die PMTO toepassen moeten een licentie hebben. De licentiekosten zullen doorberekend worden in de kostprijs per PMTO-plek (ca. 0,3%). Dit wordt dan gedeclareerd bij de zorgverzekeraars. Met dit budget kan in de instellingen zelf de benodigde scholing, begeleiding en het onderzoek worden betaald. Zorgverzekeraars kunnen hieraan kwaliteitseisen stellen.

NIZW zegt het een punt van zorg te vinden dat innovatie en implementatie in de jeugdzorg vooral een door de markt bepaalde functionaliteit is. Als de overheid zich er niet meer mee bemoeit, dan wordt de financiering een privaat gebeuren. Op den duur zal onduidelijk zijn waar de middelen vandaan moeten komen. Volgens het NIZW is een wezenlijke vraag of het jeugdbeleid een marktgestuurde sector kan zijn. Kunnen bijvoorbeeld de kwaliteit en de kwaliteit van de uitvoering van de JGZ-standaarden (publieke domein) aan de markt overgelaten worden? De vraag is wat er op den duur van de publieke doelstellingen terecht komt. NIZW is van mening dat uiteindelijk de wal het schip altijd zal keren. Als voorbeeld noemt men dat één incident in de publiciteit ervoor zal zorgen dat het tij weer gaat keren. Maar NIZW is daar geen voorstander van omdat hier op geanticipeerd zou moeten worden.

3.5 Knelpunten en verbeterpunten

Veel knelpunten zijn in voorgaande paragrafen al besproken. Samenvattend noemen de organisaties drie basale knelpunten:

- Het ontbreken van een goed landelijk overheidsbeleid ten aanzien van de ontwikkeling en invoering van standaarden/richtlijnen en andersoortige vernieuwingen.
- Het ontbreken van (structurele) financiering voor de ontwikkeling, invoering, borging, monitoring en evaluatie van deze standaarden/richtlijnen.
- Het ontbreken van een landelijke implementatiestructuur.

Veel van de hierna beschreven knelpunten vloeien volgens de organisaties hieruit voort. Door bijvoorbeeld het ontbreken van beleid vindt er veel projectfinanciering plaats. Vanwege de projectfinanciering vindt er geen monitoring en evaluatie van het gebruik plaats. Daardoor is er geen zicht op de continuering van het gebruik. Verder ontbreken mogelijkheden tot coaching en advisering na afloop van een project, krijgen individuen en organisaties geen feedback en ontbreekt een schakel met de updates van standaarden/richtlijnen, methodieken en programma's. Hieronder volgt een opsomming van knel- en verbeterpunten, ingedeeld naar innovatieproces en context.

3.5.1 *Innovatieproces*

Ontwikkeling standaarden

- De ontwikkeling ligt vrijwel stil vanwege het ontbreken van financiering. Ook de herziening van de standaarden is hierdoor een probleem. (NVK)
- Door wegvallen van subsidiegelden is de ontwikkeling vertraagd (NHG)

Determinantenanalyse

- De uitgebreidheid van de analyse is mede afhankelijk van het beschikbare budget (NIZW)
- Een determinantenanalyse gebeurt niet vanwege het ontbreken van financiële middelen en menskracht (NVK)

Invoerstrategieën

- Vanwege het inzakken van de infrastructuur en wegvallen van subsidies wordt gebruik gemaakt van goedkopere vormen van scholing. Deze zijn echter in beperkte mate geschikt voor attitudeverandering en niet geschikt voor het aanleren van vaardigheden (NHG)
- Door verandering in de beroepsgroep naar meer parttimers (meer vrouwelijke huisartsen) is de animo voor nascholing / cursussen afgenomen. (NHG)

Invoering

- De nazorg (na invoering) schiet er vaak bij in. De belangrijkste oorzaken zijn dat projectfinanciering dit niet mogelijk maakt of de klant dit traject niet wil bekostigen. (NIZW/PI Research)
- Het onderhoud van het gebruik is een probleem omdat de financiering daarvoor ontbreekt. (NVK, NIZW, PI Research)
- Kleinschalige organisaties maken het gebruik van de standaarden en de continuering ervan kwetsbaar. Personele verandering heeft grote consequenties. (NHG)
- Toegenomen druk vanuit patiënten kan het werken met de standaarden belemmeren. (NHG)

- Rechtstreekse toegankelijkheid van fysiotherapeuten of rechtstreekse verwijzing vanuit de JGZ naar de 2^e lijn, is geen gunstige ontwikkeling voor het kunnen navorolgen van de NHG-standaarden. Het is belangrijk dat de patiënt niet kan ‘weglopen’ naar een andere zorgverlener die de door de patiënt gewenste zorg wel biedt. Afstemming en het formuleren van duidelijke standpunten is nodig. (NHG)

Monitoring en Evaluatie

- Monitoring en evaluatie vinden in beperkte mate en zeker niet systematisch plaats. Er is geen onderzoek naar het gebruik door de jaren heen. Monitoring en evaluatie dienen onderdeel uit te maken van de implementatiecyclus, van het proces van innovatie tot kwaliteitsverbetering. Het ontbreken van financiering is de belangrijkste oorzaak. (allen)
- Het management c.q. de leiding hecht vaak geen belang aan de vraag of de vernieuwing werkt zoals bedoeld (NIZW, PI Research)
- Onderzoek naar de programma-integriteit (gebruik zoals bedoeld door de ontwikkelaars) ontbreekt. (PI Research)
- Bij visitaties wordt wel nagegaan óf er richtlijnen zijn, maar niet wat het gebruik ervan is. (NVK)

3.5.2 *Context innovatieproces*

Beleid en strategie

- Innovatie en implementatie in de jeugdzorg is vooral een door de markt bepaalde functionaliteit. De JGZ-standaarden zijn onderdeel van het publieke domein. Een principiële vraag is of de kwaliteit van de JGZ-standaarden en de kwaliteit van de uitvoering aan de markt overgelaten kan worden. (NIZW)
- Vanuit VWS is er geen structuur voor de invoering en borging van interventies (NIZW)
- Vanuit het landelijke beleid, de koepelorganisaties en de instellingen zijn er geen verwachtingen en geen inspanningsverplichtingen ten aanzien van de invoering en borging van interventies. (NIZW)
- Een geïntegreerd kwaliteitsbeleid ontbreekt. Visitaties, medical audits zijn nu losse onderdelen (NVK)

Infrastructuur (organisatie en netwerk)

- Er ontbreekt een goede implementatie-infrastructuur of deze is deels opgeheven. (allen)
- Monitoring en evaluatie vormen geen onderdeel van de implementatie-infrastructuur. (NIZW)

Financiering (investering en goodwill)

- Het überhaupt ontbreken van financiering voor de ontwikkeling en invoering (NVK)
- Het ontbreken van structurele financiering (allen)

Regie

- Er is geen beleidslijn ten aanzien van welke JGZ-standaarden de komende jaren gemaakt worden. (NIZW)

3.6 Adviezen invoering JGZ-standaarden

Uit voorgaande paragraaf blijkt dat de context voor een belangrijke mate het innovatieproces bepaalt. Een goed beleidskader, financiering en een infrastructuur worden door vrijwel alle organisaties als belangrijkste advies c.q. basisvoorwaarde beschouwd.

3.6.1 *Innovatieproces*

Ontwikkeling standaarden

- Meteen bij de ontwikkeling moet al draagvlak gecreëerd worden voor de implementatie. (NHG / NVK)
- Mensen die zich met de ontwikkeling en de implementatie bezig houden moeten vanaf het begin al in contact zijn met elkaar. (NHG)
- Een gedragen besluitvorming is nodig bij alle lagen; er moet een initiële behoefte en draagvlak zijn. Vanaf de ontwikkeling dienen de stakeholders erbij betrokken te zijn. (NIZW / NVK)
- De standaard moet goed onderbouwd zijn en handig in het gebruik (NHG / NVK)
- Hoe beter het bewijs voor de richtlijn is, hoe hoger de acceptatie. (NHG)
- Richtlijnen die positief geformuleerd zijn of adviseren iets achterwege te laten, zijn makkelijker in te voeren dan de richtlijnen die negatief geformuleerd zijn of waarbij de huisarts iets nieuws moet doen. (NHG)
- Controversiële, onduidelijke en vaag omschreven richtlijnen worden minder goed gebruikt, ook al zijn ze evidence-based. (NHG)

Determinantenanalyse

- Van belang is bij aanvang goed duidelijk te maken wat de voordelen zijn van een standaard. Bijvoorbeeld tijdwinst, sneller signaleren, sneller je doel bereiken. (PI Research)

Invoerstrategieën

- Het ontwikkelen van een goede website en het stimuleren van het goed gebruik ervan is zeer belangrijk. (NHG)
- Patiënten zouden betrokken moeten zijn bij de implementatie van de standaarden. (NHG)

Invoering

- De JGZ-standaard Kindermishandeling is meer een richtlijn. Hierover moet openheid en duidelijkheid zijn naar het veld. Het veld wordt gevraagd ermee te werken omdat het nu best practice is. Tegelijkertijd moet er onderzoek naar plaatsvinden zodat er in misschien twee stappen een standaard ligt.
- Licenties, certificaten, kwaliteitssystemen en accreditaties zijn goede methoden voor de borging en evaluatie (allen)

Monitoring en Evaluatie

- Monitoring en evaluatie dienen onderdeel uit te maken van de implementatiecyclus, van het proces van innoveren tot kwaliteitsverbetering (allen)
- Belangrijk is om te registreren of volgens een nieuwe standaard wordt gewerkt. Informatie uit deze registraties moet worden teruggekoppeld naar de doelgroep, vooral gericht op het problematiseren van het gebruik, bijvoorbeeld door het bespreken van verschillen tussen werkers bij het gebruik en verklaringen voor

variaties. Intercollegiale toetsing is een goede manier om deze kwaliteitstoetsing te organiseren. (PI Research)

- Het Elektronisch Dossier is een mogelijkheid om na te gaan of een methodiek werkt. Echter niet alle data zijn daarvoor bruikbaar. (PI Research)

3.6.2 *Context innovatieproces*

Beleid en strategie

- Een goed beleidskader is nodig (allen)
- Er is nog vaak een competentiestrijd tussen artsen en verpleegkundigen in de JGZ. Dit vraagt een open debat over de vraag wie mag, moet of is wettelijk bevoegd de taken in de standaard uit te voeren? Vaak wordt naar de WGBO teruggegrepen terwijl de praktijk daar haaks op staat. (NIZW)

Infrastructuur (organisatie en netwerk)

- Een goede implementatie-infrastructuur is nodig (allen)
- De implementatiecoördinatoren voor de JGZ-standaarden zijn een prima idee. Voorwaarde voor het functioneren is dat zowel de rol en positie als de persoon binnen de organisatie geaccepteerd worden. (NIZW)
- De JAS is een goede eerste stap. (NIZW)

Menskracht, Deskundigheid en kennis

- De kwaliteit en de effectiviteit van de in te voeren interventie, maar ook die van de organisatie moeten goed zijn. (NIZW)
- Competente professionals en competente externe procesbegeleiders die goede instrumenten kiezen en een goede timing hebben. (NIZW)
- Door alle lagen heen speelt passie, goesting en uithoudingsvermogen een basale rol. (NIZW)

Financiering (investering en goodwill)

- Een goed financieel kader, structurele financiering is nodig (allen)
- Ontwikkeling en implementatie moeten gekoppeld zijn. Als er bij de ontwikkeling geen geld is voor implementatie, dan ook geen standaard ontwikkelen. (NHG)

Regie

- Er moet een beleidslijn komen over welke JGZ-standaarden de komende jaren gemaakt worden. Bij de professionals zélf moet nagegaan worden welke standaarden zij nodig hebben en de prioritering moet met het veld besproken worden. (NIZW)

3.6.3 *Overige ervaringen*

Uit de interviews bleek dat op sommige punten de ontwikkeling van de standaarden, interventies en programma's anders is in vergelijking met de JGZ-standaarden. Deze punten zijn niet als zodanig als advies gegeven, maar de JGZ kan er mogelijk haar voordeel mee doen.

- Het NHG kijkt niet naar de kosten per individuele standaard omdat men het nuttig vindt om ook over minder populaire onderwerpen een standaard en scholing te maken. 'Zending' is een integraal onderdeel van het werk van het NHG, aldus de respondent.
- Omdat jongere huisartsen zijn opgegroeid met het standaardenbeleid, hebben de NHG-standaarden voor hen de status van leerboek.

- Het niveau van evidence wordt in de NHG-standaard aangegeven via het notenapparaat.
- De kernelementen in NHG-standaarden worden niet specifiek benoemd. De respondent vindt dat jammer. Wel wordt in elke standaard aangegeven wat nieuw is ten opzichte van de vorige versie en ook wordt aangegeven wat het gewicht van het advies is.
- Omdat het maken van een richtlijn vrij arbeidsintensief is heeft de NVK een search laten doen naar internationale richtlijnen die men kan overnemen of kan bewerken. Deze lijst is voorgelegd aan de kinderartsen en op basis daarvan is een prioritering gemaakt. Er zijn drie soorten richtlijnen: a. door de NVK en CBO ontwikkelde richtlijnen, b. richtlijnen ontwikkeld door het CBO voor andere beroepsgroepen maar waarbij een gemandateerd NVK-lid in de werkgroep zit en c. richtlijnen die buiten de NVK om zijn ontwikkeld. Als richtlijnen volgens procedure b en c ter autorisatie worden aangeboden worden ze op Pedianet gezet zodat de NVK-leden commentaar kunnen geven. Vervolgens wordt door de Commissie Protocollen, Richtlijnen en Consensus gekeken of ze door de NVK geautoriseerd kunnen worden.
- De ontwikkeling van indicatoren is in opkomst (NHG, NVK)

3.7 Opleidingsinstituten

Sinds de publicatie van de eerste JGZ-standaard Vroegtijdige Opsporing van Gehoorstoornissen in 1998, is het onderwerp ‘Werken volgens standaarden’ opgenomen in het curriculum Opleiding arts Jeugdgezondheidszorg. Deze opleiding werd verzorgd door TNO Kwaliteit van Leven. Ook de inhoudelijke medische kennis in deze standaard werd opgenomen bij het onderwerp ‘Ontwikkeling van het gehoor’. Hetzelfde geldt voor de in 2002 verschenen JGZ-standaard Opsporing van Visuele Stoornissen.

Aansluitend is hier in 2000 het onderwerp ‘Implementeren: bevorderende en belemmerende factoren’ aan toegevoegd.

In 2006 is de ‘nieuwe’ opleiding arts Maatschappij en Gezondheid, profiel jeugdgezondheidszorg gestart bij TNO Kwaliteit van Leven. Ook in dit onderwijs hebben de onderwerpen ‘Werken volgens standaarden’, ‘Implementeren: bevorderende en belemmerende factoren’ en de inhoudelijke kennis van de tot nu ontwikkelde JGZ-standaarden een plaats gekregen.

De Hogeschool Leiden / faculteit gezondheidszorg, is de enige opleiding in Nederland die de Opleiding Sociaal Verpleegkundige verzorgt (1-jarige post Hoger Beroepsonderwijs). In de deelmodule lichamelijke groei en ontwikkeling is aandacht voor het werken met de JGZ-standaarden en de implementatie ervan.

Verschillende ROC's verzorgen een MBO-opleiding doktersassistente. Uit het overzicht van de curricula is er geen indicatie dat de JGZ-standaarden deel uit maken van de opleiding. De opleiding is voornamelijk gericht op de huisartspraktijk. Het onderwerp protocollen en richtlijnen wordt wel behandeld voor de NHG-standaarden, maar niet voor de JGZ-standaarden.

Naast bovengenoemde reguliere opleidingen zijn er de bij- en nascholingen. Voor doktersassistenten en verpleegkundigen in de JGZ is er een cursus zintuigonderzoek. Deze is gebaseerd op de JGZ-standaarden Opsporing Gehoorstoornissen en Opsporing Visuele Stoornissen en wordt verzorgd door TNO Kwaliteit van Leven.

4 Resultaten interviews binnen de Jeugdgezondheidszorg

4.1 Inleiding

De resultaten van de interviews met vertegenwoordigers van het JGZ-veld worden in samenhang met elkaar gepresenteerd, omdat bij alle interviews gebruik is gemaakt van dezelfde opzet en min of meer dezelfde vragen. Vanwege het verschil in positionering en rol van de verschillende respondenten bij de implementatie van de JGZ-standaarden (uitvoerend/coördinerend, leidinggevend, landelijke organisaties/koepels), zullen accentverschillen die hiermee verband houden bij de beschrijving worden aangegeven. In paragraaf 4.2 wordt de mening van de respondenten over het huidige innovatieproces van de JGZ-standaarden beschreven. In de paragrafen 4.3 en 4.4 komen respectievelijk knelpunten en kanttekeningen met betrekking tot het innovatieproces en de context aan bod. Het hoofdstuk eindigt met suggesties voor de basisvoorwaarden voor de invoering van JGZ-standaarden (paragraaf 4.5).

4.2 Innovatieproces JGZ-standaarden

4.2.1 *Verspreiding en implementatie*

De algemene indruk bij de meeste respondenten is dat de verspreiding en implementatie van de standaarden in de instellingen varieert van redelijk tot goed, hoewel men wel aanzienlijke verschillen vermoedde in tempo en intensiteit. Er zijn voorlopers, maar ook instellingen die achterblijven. De respondenten van het Samenwerkingsverband Implementatie vonden dat er veel is bereikt in de afgelopen jaren. Het wordt steeds duidelijker na de ervaringen met de implementatie van o.a. de JGZ-standaarden Visuele Stoornissen en Aangeboren Hartafwijkingen, hoe de invoering het beste kan worden gerealiseerd.

Verschillende respondenten gaven aan dat de verspreiding en invoering per discipline verschilt. De artsen zijn over het algemeen goed op de hoogte, beschikken over de benodigde materialen en worden goed in staat gesteld scholing te volgen. De verpleegkundigen en de assistenten volgen pas in tweede instantie. Er is een zekere hiërarchie wat dit betreft: artsen zijn het eerst aan de beurt en krijgen als eerste scholing. De verpleegkundigen volgen daarna, veelal via het train-de-trainers model, waarbij een arts is ingeschakeld. Tenslotte volgen de assistenten die alleen een instructie van een verpleegkundige of arts krijgen.

4.2.2 *Adoptie*

Relevantie en nut JGZ-standaarden

Vrijwel alle respondenten, ongeacht hun functie en positie in het veld, onderschrijven het nut en de noodzaak van het werken volgens standaarden in de jeugdgezondheidszorg, overeenkomstig het Basistakenpakket. Gezegd werd dat ze voor uitvoerenden in de JGZ een belangrijk houvast zijn, en ze de uniformiteit en kwaliteit in handelen bevorderen. Wanneer jeugdigen allemaal op dezelfde manier worden onderzocht kunnen gegevens collectief worden gebruikt. Dat heeft een meerwaarde voor het beleid jeugdgezondheidszorg en voor advisering naar gemeentelijke en andere overheden.

De JGZ-medewerkers in de thuiszorginstellingen en bij GGD'en staan volgens de meeste respondenten positief en open tegenover het werken volgens standaarden. Dat neemt niet weg dat sommige respondenten signaleerden dat een deel van de JGZ-medewerkers (nog) kritisch staat tegenover het werken volgens standaarden. Zij ervaren standaarden teveel als een keurslijf, of als een verschraling van het werk, of als een aantasting van de eigen autonomie en keuzevrijheid.

Bij GGD'en werd gesignaleerd dat directies geregeld de vraag stellen of de JGZ-standaarden dermate grote en relevante vernieuwingen zijn in het werk, dat ze alle investeringen in tijd en geld (o.a. voor scholing) rechtvaardigen. Zeker in het licht van de komst van nog veel meer JGZ-standaarden in de toekomst, met de daaraan inherente invoeringsactiviteiten.

JGZ-standaarden verplicht?

Op de vraag of het werken volgens standaarden verplicht moet zijn als voorwaarde om de implementatie en het gebruik te bevorderen, werd verschillend gereageerd. Enerzijds werd gezegd dat het werken volgens standaarden niet vrijblijvend kan zijn. De geïnterviewde implementatiecoördinatoren bijvoorbeeld veronderstelden dat een verplichtend karakter de invoering zou kunnen vergemakkelijken. Enkelen veronderstelden ook dat dan beter de nodige randvoorwaarden voor de invoering vanuit het management beschikbaar zouden worden gesteld (tijd, geld, ondersteuning). Als voorbeeld gaf iemand het protocol Meisjesbesnijdenis, waarbij de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) ook controle uitoefent op de naleving. Anderzijds werd door de coördinatoren en de andere respondenten gezegd dat 'betutteling' moet worden voorkomen. Het verplicht stellen werkt averechts bij professionals. Het werken volgens standaarden is op instellingsniveau ook niet af te dwingen. De standaarden geven de huidige stand van zaken in de beroepsgroep weer, gebaseerd op wetenschappelijk onderzoek. In die zin zijn de standaarden leidend voor de beroepsuitoefening en moet afwijken van de standaard beargumenteerd in het kinddossier genoteerd worden. Als standaarden als nuttig of als nieuw en als verrijking worden gezien, zal de acceptatie vanzelf gaan. Standaarden moeten wel goed onderbouwd zijn, en vooral praktisch goed uitvoerbaar zijn, aldus verschillende respondenten. "Je moet niet iets verplichtend opleggen, als het niet haalbaar is". Als voorbeeld werd gegeven de beperkingen die er zijn met de uitvoering van het Landolt-C onderzoek op 5 meter afstand in de standaard Opsporing Visuele Stoornissen, terwijl de praktijkruimten maar 3 meter lang zijn.

4.2.3 *Continuering gebruik, borging, monitoring en evaluatie*

Vrijwel alle respondenten meldden dat de eerste, initiële fase van de implementatie niet zo'n probleem is. Echter het vervolgtraject na de initiële implementatie, inclusief de borging, verloopt nog niet goed. De evaluatie en borging in de instellingen is nog een 'zwakke plek', aldus een van de respondenten en woorden van gelijke strekking kwamen van andere respondenten. Een enkele implementatiecoördinator meldde dat het gebruik van de JGZ-standaard Visuele Stoornissen in zijn instelling was geëvalueerd, maar dat was een uitzondering.

4.3 **Knelpunten innovatieproces JGZ-standaarden**

4.3.1 *Ontwikkeling: inhoud en opzet van de JGZ-standaarden*

Verschillende implementatiecoördinatoren en leidinggevenden benadrukten dat de uitvoerbaarheid van de standaarden knelpunten oplevert, omdat volgens hen de criteria c.q. de afkappunten 'te streng' zijn. Als voorbeeld werden de JGZ-standaarden

Gehoorstoornissen en Visuele Stoornissen genoemd. Teveel kinderen moeten dan voor niets terugkomen, wat een belasting is voor het kind, de verzorgers en voor de JGZ-medewerkers. Bij het herhaalonderzoek halen veel kinderen nog steeds de criteria van de standaard niet, terwijl de arts uit ervaring weet dat er niets aan de hand is.

De implementatiecoördinatoren, vooral die van de thuiszorginstellingen, vonden dat het implementeren van standaarden veel praktische implicaties heeft. Als voorbeeld werd de JGZ-Standaard Opsporing van Aangeboren Hartafwijkingen genoemd. Zo moet het kind gezien worden tussen de 14^e en 21^e dag voor het huisbezoek, maar ze moeten op het bureau zijn tussen de 21^e en de 28^e dag. Daar moet bij de werkplanning dan rekening mee worden gehouden, want er moet ook nog een PKU plaatsvinden en de neonatale gehoorscreening na drie weken.

Daarnaast ontbreekt in deze standaard informatie over hoe 'hard' de adviezen zijn. Wat zijn bijvoorbeeld de risico's wanneer je een kind een week later ziet? Soortgelijke problemen zullen zich steeds voordoen bij nieuwe standaarden. Men gaf aan dat een praktijktoets of proefimplementatie van groot belang is om praktijkproblemen te inventariseren.

Met name de implementatiecoördinatoren zeiden dat in de standaarden niet aangegeven is wat de kernelementen zijn. Dat leidt tot vragen als: wat is essentieel om te doen volgens de standaard, wat is belangrijk in de standaard, hoe erg is het om van de standaard af te wijken?

Er werd volgens enkele respondenten een discrepantie ervaren tussen de evidence uit de literatuur en in de praktijk. Strenge criteria ontstaan volgens hen mogelijk doordat 'specialisten' in de JGZ en uit de 2^e lijn de standaarden maken. Vanuit het oogpunt van de curatieve specialist moeten bij wijze van spreken alle kinderen verwezen worden, terwijl de JGZ met een andere blik kijkt. Dit heeft als risico, dat standaarden op bepaalde punten door de JGZ niet worden gevolgd (en dat nieuwe standaarden mogelijk minder enthousiast worden ontvangen).

Benadrukt werd ook dat de onderwerpen van de JGZ-standaarden en het benodigde onderzoek verschillen in de mate waarin zij goed zijn te protocolleren. Het visusonderzoek is makkelijker in een protocol te gieten dan bijvoorbeeld het vermoeden van kindermishandeling. Strakke protocollering hiervan zou wel eens kunnen leiden tot het afzien van gebruik.

4.3.2 *Invoerstrategieën: scholing*

De implementatiecoördinatoren maakten een onderscheid tussen inhoudelijke scholing van de standaarden en scholing over hoe standaarden in de eigen instelling ingevoerd moeten worden (procesmatige kant). Bij de JGZ-standaard Visuele Stoornissen ontbrak de inhoudelijke scholing, bij de standaard Aangeboren Hartafwijkingen ontbraken handvatten voor de invoering (procesmatige kant). Wat men bij de standaard Aangeboren Hartafwijkingen miste was een implementatieplan voor de eigen instelling. Daarnaast was er, in tegenstelling tot bij de JGZ-standaard Visuele Stoornissen, niet geanticipeerd op de implicaties voor problemen in de praktijk in de vorm van een FAQ (Frequently Asked Questions).

De coördinatoren vonden het daarentegen positief dat voor de JGZ-standaard Aangeboren Hartafwijkingen inhoudelijke scholing werd georganiseerd. Ook de vorm waarin vond men positief (scholing in kleine groepen, audio met hartgeluiden en toetsen).

Niet alleen de implementatiecoördinatoren, maar ook andere respondenten merkten op dat de hiërarchie in tijdstip en soort scholing tussen artsen, verpleegkundigen en assistentes niet wenselijk is.

De meerderheid van de respondenten wees erop dat bij de invoering van standaarden in het algemeen te weinig aandacht is voor de implicaties voor scholing. Verwacht wordt dat een half jaar na de totstandkoming van een standaard deze direct in de instellingen kan worden ingevoerd. Het punt is echter dat het scholingsbeleid in de instellingen al veel eerder is vastgesteld. Men onderschat ook hoeveel tijd en geld het kost, bijvoorbeeld als 120 mensen in een instelling in een dagdeel geschoold moeten worden. De ontwikkelaars zouden bij de planning van de standaarden hiermee meer rekening moeten houden. Ook moet op voorhand eerst goed worden berekend wat de kosten zijn voor de invoering van een standaard in een instelling, waaronder scholingskosten en het verlies aan productie-uren door scholing.

Anders dan bij de JGZ-standaard Visuele Stoornissen waren er voor de invoering van de JGZ-standaard Aangeboren Hartwijken geen landelijke bijeenkomsten / scholing voor de implementatiecoördinatoren waarin de uitvoeringsproblemen besproken werden. Dit werd als een ommissie ervaren. Zie verder bij paragraaf 4.4.2.

4.3.3 *Verspreiding en implementatie*

Vastgesteld werd door de respondenten dat de hoofden/managers JGZ eindverantwoordelijk zijn voor de verspreiding en invoering van de standaarden en voor de randvoorwaarden. Maar vrijwel alle respondenten zeiden dat de infrastructuur in veel instellingen nog niet goed geregeld is. De thuiszorginstellingen kennen van oudsher de functie van stafarts en/of stafverpleegkundige die inhoudelijke begeleiding kan bieden bij de invoering van een standaard. Bij de GGD'en ontbreekt deze functie en bij de MOA's wisselt dit per instelling. De meerderheid van de implementatiecoördinatoren en hoofden JGZ van thuiszorginstellingen en GGD'en vond dat het in veel instellingen ontbreekt aan inhoudelijke deskundigen die verantwoordelijk zijn voor de invoering van standaarden en die ook mandaat hebben (bijvoorbeeld deel uitmaken van de lijn).

Hoewel GGD Nederland zegt geen klachten te hebben gehad over de verspreiding van de standaarden, wil dit nog niet zeggen dat de standaarden iedereen hebben bereikt. Deze signalen kwamen via de beroepsverenigingen binnen, waar individuele professionals vragen stellen over de standaarden. Dan bleek dat de standaarden bijvoorbeeld op het bureau van de manager waren blijven liggen. Er is dus niet duidelijk wat er na versturing binnen de organisaties gebeurt met de standaarden.

Volgens de respondenten is het niet wenselijk dat de verspreiding van de standaarden en de scholingsmogelijkheden verschillen tussen disciplines. In principe behoren alle disciplines over de benodigde materialen te beschikken en goede scholing te ontvangen. Daarnaast acht men een gezamenlijke start met artsen, verpleegkundigen en assistenten van groot belang voor een goede motivatie.

Door verschillende respondenten werd gezegd dat de verspreiding van (informatie over) de standaarden goed zou kunnen via de websites van de beroepsverenigingen. Maar het is bekend, aldus deze respondenten, dat veel JGZ-werkers de sites niet of weinig raadplegen. Eenderde van de artsen bijvoorbeeld bezoekt maar geregeld de website van de AJN. Een probleem is verder dat niet alle JGZ-lokaties voorzien zijn van een computer.

Wat betreft de verspreiding en implementatie bij de Stichtingen MOA werden nog andere problemen gemeld. Het MOA-personeel wordt aangestuurd door de GGD'en. Soms is er geen hoofd JGZ in de GGD die zich intensief bezig houdt met de inhoud en het werk van de MOA JGZ. Het initiatief om bijvoorbeeld de invoering van de JGZ-standaard Aangeboren Hartafwijkingen op te pakken, ligt dan bij de MOA-medewerkers zelf.

4.3.4 *Adoptie*

Enkele respondenten merkten op dat het draagvlak voor standaarden die echt nieuwe kennis/vaardigheden aangeven, zoals bij de Standaard Aangeboren Hartafwijkingen, groter is / zal zijn dan bij standaarden waar dat niet het geval is, bijvoorbeeld bij de standaarden Gehoorstoornissen en Visuele Stoornissen. De wensen van ouders / verzorgers spelen hierbij ook een rol. De afschaffing bijvoorbeeld van het visusonderzoek in groep 7 heeft al herhaaldelijk geleid tot vragen van ouders. Om daaraan tegemoet te komen wordt dan veelal besloten het onderzoek bij deze kinderen op indicatie te doen (ook al omdat de ouders zich zorgen maken als het onderzoek niet zou plaatsvinden).

4.3.5 *Borging*

Wat betreft de borging van de standaarden wezen alle respondenten op de invoering van het HKZ-systeem. Dat systeem wordt nu ingevoerd en biedt de mogelijkheid tot terugkoppeling van het gebruik van de standaarden: doen we het zoals we hadden afgesproken en waar kan het verbeteren? Een punt van aandacht bij het HKZ-systeem is volgens enkele respondenten dat het vooral zicht geeft op hoe de zorg is georganiseerd, maar niet op hoe (goed) de standaarden worden gebruikt. Daar zijn andere methoden voor nodig zoals intercollegiale toetsing/intervisie, observaties en dergelijke.

Vanuit de koepelorganisatie werd gemeld dat bij de thuiszorginstellingen naar verwachting een functionaris komt die verantwoordelijk wordt voor de standaarden en die tevens het proces van de kwaliteit van het gebruik gaat bewaken.

GGD Nederland vindt dat ze wel een taak heeft bij het vervolg van de borging van de standaarden: implementatie gaat verder dan alleen uitleg geven, een boekje uitreiken of scholing geven. GGD Nederland heeft ook een taak bij de continuering en de borging van het gebruik van de standaarden. Omdat ook GGD Nederland wordt geconfronteerd met een toenemende omvang van veranderende prioriteiten, leidt dat er toe dat medewerkers van de afdeling Collectieve Preventie geregeld op andere terreinen (moeten) worden ingezet. Tevens is de taak van GGD Nederland wat betreft inhoudelijke werkontwikkeling bij de GGD'en in discussie, waarbij mogelijk een verschuiving gaat plaatsvinden naar belangenbehartiging en een functie als brancheorganisatie. Niettemin kan op de korte termijn de borging van de JGZ-standaarden worden gerealiseerd door aan te sluiten bij het programma Beter Voorkomen (kwaliteitsprogramma). Binnen de GGD'en zelf kunnen de kernelementen van de standaarden getoetst worden door intercollegiale toetsing en de kwaliteitskringen.

4.3.6 *Monitoring en evaluatie*

Er werd een onderscheid gemaakt tussen de landelijke evaluatie van de JGZ-standaarden en de evaluatie en borging van de JGZ-standaarden in de instellingen.

Zoals in paragraaf 4.2.3 is beschreven wordt het gebruik van de standaarden door de instellingen zelf nauwelijks gemonitord en/of geëvalueerd. Volgens veel respondenten kan de kwaliteit van het gebruik van standaarden het beste gemonitord en geëvalueerd worden via intercollegiale toetsing/intervisie en/of via casuïstiekbesprekingen, dan wel via observaties in de praktijk of visitaties (beroepsbeoefenaren onderling). Volgens verschillende respondenten worden observaties echter (nog) als bedreigend ervaren. De andere methoden schieten er vaak bij in doordat ook tal van andere veranderingen en vernieuwingen tijd vragen. De monitoring van het gebruik van de JGZ-standaarden zal nog problematischer worden, naarmate er meer standaarden komen.

De landelijke evaluaties van de JGZ-standaarden leveren informatie op voor verbeteringen van de landelijke implementatie. Omdat naar verwachting een leereffect optreedt zal de landelijke evaluatie van toekomstige standaarden mogelijk minder intensief hoeven te zijn, volgens een enkele respondent. Ook al omdat men verwacht dat instellingen geleidelijk meer 'standaard-minded' worden en de evaluatie en borging systematischer zullen worden aangepakt.

4.4 Knelpunten context innovatieproces JGZ-standaarden

4.4.1 Beleid en strategie

Concurrerende vernieuwingen

Een punt dat door vrijwel alle respondenten werd gemeld was, dat er heel veel op het JGZ-veld afkomt. Als voorbeelden werden genoemd de JGZ-standaard Aangeboren Hartafwijkingen, het protocol Meisjesbesnijdenis, het Overbruggingsplan Overgewicht, het Elektronisch Kind Dossier (EKD), de invoering van het HKZ-systeem, en de invoering van klantentevredenheids- en medewerkerstevredenheidsonderzoek bij GGD'en. Het veld is wel enthousiast om ermee aan de slag te gaan, maar in de praktijk blijkt dat allemaal moeilijk te regelen.

Met andere woorden: veel respondenten meldden dat er concurrerende vernieuwingen zijn. Dat geeft verschillende problemen. Onder meer bij de planning van scholing en de onderwerpen voor intercollegiale toetsing. De meeste instellingen maken de planning per schooljaar. Wanneer deze planning vaststaat is het lastig om er nog een standaard tussen te schuiven. Daarnaast werd gezegd dat capaciteit, tijd en geld schaars zijn. Met name de leidinggevende respondenten en de respondenten van de koepelorganisaties zeiden dat de invoering van standaarden niet zonder meer de eerste prioriteit hoeft te hebben. En tevens dat het toch al beperkte budget voor scholing niet automatisch aan scholing voor standaarden moet worden besteed.

Prioritering

Er werd op gewezen dat door de schaarste aan capaciteit, tijd en geld het risico bestaat van 'implementatiemoehheid', vooral gezien de hoeveelheid standaarden die eraan zit te komen. Bij GGD'en hebben volgens enkele respondenten de directeurs en hoofden JGZ hierdoor ook de neiging om voor de implementatie van standaarden een minimale inspanning te leveren (alleen een goede uitleg en een instructie) en het daarbij dan te laten. Dus veel minder intensief dan de theorie en inzichten uit de implementatie voorschrijven.

In samenhang hiermee werd door enkele GGD-respondenten gemeld dat bij GGD'en kanttekeningen worden geplaatst bij de prioritering van standaarden. Een JGZ-standaard Visuele Stoornissen wordt nu niet bepaald als een eerste prioriteit gezien. Meer in algemene zin is er een discussie bij de GGD'en over het primaat van het

onderzoek van gezonde kinderen. Er is een tendens om het beleid onder invloed van het overheidsbeleid of het gemeentelijk beleid te wijzigen naar het identificeren van risicokinderen, bijvoorbeeld met psychosociale problematiek of dikke/obese kinderen. De tijd en veranderend beleid en voortschrijdende inzichten halen dus de gestelde prioriteiten in die door het JGZ-veld ooit zijn gemaakt voor het ontwikkelen van standaarden. Waar in de JGZ het ontwikkelen van specifieke JGZ-standaarden de nadruk heeft, zie je elders dat de noodzaak van de ontwikkeling van ketenrichtlijnen (bijvoorbeeld van voorkomen van obesitas onder kinderen) toeneemt.

4.4.2 *Infrastructuur*

De huidige opzet met implementatiecoördinatoren werkt (nog) niet goed. De functie van implementatiecoördinator is in veel instellingen nu te vrijblijvend, aldus de implementatiecoördinatoren. Deze zou formeel vastgesteld moeten worden.

Daarnaast waren de organisaties alleen bij de invoering van de JGZ-standaard Visuele Stoornissen gevraagd dergelijke coördinatoren aan te stellen en niet meer bij de invoering van de standaard Aangeboren Hartafwijkingen. Men merkte op dat daardoor de invoering van deze standaard in de instelling minder goed op gang kwam, omdat niemand zich in de instelling direct verantwoordelijk voelde of hiervoor verantwoordelijk werd gemaakt. Bij de JGZ-standaard Visuele Stoornissen hadden veel instellingen nog wel een coördinator, maar bij de Hartafwijkingen niet meer. De implementatiecoördinatoren gaven aan dat er in hun eigen instelling formeel geen coördinator meer was. GGD Nederland stelde vast dat het verloop onder de coördinatoren groot is, en het lastig is het netwerk actief te houden. Na de initiële invoering verwatert het contact. GGD Nederland gaf aan dan geen reden te hebben de coördinatoren te benaderen, totdat de volgende standaard zich aandient. Het reguliere contact verloopt immers via de hoofden.

4.4.3 *Menskracht, deskundigheid en kennis*

Taakbelasting JGZ-medewerkers

Veel JGZ-medewerkers voelen zich volgens de uitvoerende en leidinggevende respondenten overbelast. Men moet zich wettelijk houden aan de uitvoering van het Basistakenpakket, inclusief de volledige en nauwkeurige uitvoering van de standaarden, terwijl de beschikbare consulttijd van 15 minuten per kind als onvoldoende wordt ervaren. Dat leidt tot vragen als: wat is essentieel om te doen volgens de standaard, wat is belangrijk in de standaard, hoe erg is het om van de standaard af te wijken? Vooral de implementatiecoördinatoren uit de 0-4 jarigen zorg gaven dit aan. Verder werd gezegd, dat naast de standaarden het Van Wiechenonderzoek, de vaccinaties, en in toenemende mate opvoedingsvraagstukken tijdens het consult aan de orde moeten komen. Er is een spanning tussen enerzijds de vraag om klantgericht te werken en anderzijds de vraag om de standaarden te volgen. Per definitie is de beschikbare tijd te kort om alles te doen. Door de veelheid blijkt in de praktijk vaak dat onderdelen van de standaarden dan worden overgeslagen (deels ook omdat men het kind kent, zeker bij de 0-4 jarigen).

Er moeten dus steeds keuzes worden gemaakt, die de ene JGZ-medewerker gemakkelijker afgaan dan de ander. Sommige medewerkers gebruiken daarom de standaarden als hulpmiddel achteraf om het gevoel van pluis/niet-pluis te verifiëren. De coördinatoren gaven aan dat er verschillen zijn hoe organisaties hiermee omgaan. Bij sommige organisaties heeft de vraag van de klant (bijvoorbeeld over opvoedproblemen) altijd voorrang/prioriteit en wordt de resterende tijd gebruikt voor het onderzoek. Bij andere organisaties staat het onderzoek van het kind voorop.

Kennis en deskundigheid managers

Volgens verschillende respondenten ontbreekt het veel managers in de instellingen aan inhoudelijke kennis van zaken over de jeugdgezondheidszorg. Dit betekent dat de stafarts / stafverpleegkundige of implementatiecoördinator in discussie moet over het verkrijgen van de benodigde randvoorwaarden voor de invoering (scholing, tijd en geld). Onder druk van buiten maakt het management dan vaak een andere keuze. Daar waar er geen inhoudelijke deskundige verantwoordelijk is gesteld voor de invoering van de standaard, blijft de standaard vaak op het bureau van de manager liggen.

4.4.4 *Financiering*

De respondenten gaven aan dat de indruk bestaat dat de huidige financiering van de invoering, inclusief de scholing, via gesloten beurzen moet plaatsvinden. Maar de organisaties hebben (te) weinig financiële middelen en de noodzakelijke ondersteuning kan niet binnen het bestaande budget worden gefinancierd. De JGZ zit in een kraptemodel, dus de middelen zijn schaars. Als er geen extra middelen beschikbaar worden gesteld voor de implementatie van standaarden, dan gebeurt het te weinig of gaan de prioriteiten verschuiven.

De thuiszorginstellingen / JGZ 0-4 zijn bij gemeenten ondergebracht sinds 1 januari 2003, omdat ze onder de WCPV zijn gaan vallen. In het kader van de Regeling Specifieke Uitkering (RSU) hebben instellingen vooral productbegrotingen gepresenteerd en nog niet nadrukkelijk investeringen in wat bijvoorbeeld nodig is voor de uitvoering en borging van de JGZ-standaarden.

Ook bij GGD'en geldt dat door de schaarste aan capaciteit, tijd en geld, de prioritering in investeringen niet per definitie bij de JGZ-standaarden ligt. Alle respondenten benadrukten dat de kosten voor invoeringsactiviteiten in de instellingen gefinancierd zouden moeten worden door het Ministerie van VWS.

In de CAO van de thuiszorg is geregeld dat 3% van de bruto loonsom besteed moet worden aan scholing. Bij GGD'en en Stichtingen MOA geldt dat een deel van het opleidingsbudget bepaald wordt door verplichte opleidingen die gekoppeld zijn aan bepaalde functies. Daarnaast is per individuele stichting het budget ook gerelateerd aan de functie en persoonlijke ontwikkeling. Belangrijk is dat de prioritering bij de instellingen zelf ligt. Sommige instellingen hebben daar een gericht beleid voor, andere niet. Het varieert zeer per instelling. De budgetten zijn te klein om alle medewerkers te laten scholen. Vaak wordt een deel van het geld gereserveerd voor het inwerken van nieuwe medewerkers. En er wordt geld gereserveerd voor grote centrale scholing, bijvoorbeeld wanneer VWS wil dat er binnen een half jaar iets ingevoerd wordt. De invoering van nieuwe standaarden past vaak niet in het scholingsbudget. Ook wanneer de scholing gratis wordt aangeboden, brengt dit aanzienlijke kosten met zich mee voor de instellingen. Het vrij roosteren c.q. vervangen van personeel is verreweg de hoogste kostenpost voor instellingen. Enkele aanwezigen zijn van mening dat gratis scholing soms leidt tot meer vrijblijvendheid qua deelname. Wegblijven kost de werkgever immers toch niets.

4.4.5 *Regie*

Tot dusver ligt de landelijke coördinatie van de invoering van de JGZ-standaarden bij het Samenwerkingsverband Implementatie. Maar er is geen link met en overzicht van allerlei andere activiteiten die in het JGZ-veld plaatsvinden. Daarom kan de regie in principe het beste vanuit een landelijke onafhankelijke organisatie plaatsvinden, die dan ook de afstemming kan regelen met andere initiatieven en vernieuwingen.

4.5 Suggesties basisvoorwaarden innovatieproces JGZ-standaarden

4.5.1 *Ontwikkeling JGZ-standaarden*

Gepleit wordt voor zoveel mogelijk evidence-based standaarden die ook praktisch goed uitvoerbaar zijn.

Verschillende respondenten (zowel coördinatoren als leidinggevendenden) benadrukken dat de standaarden niet ‘te voorgeprogrammeerd’ moeten zijn. Er moet ruimte zijn om af te wijken. De kennis en kunde en de praktijkervaring van de JGZ-medewerker moeten een rol spelen en meewegen.

In de standaarden moet ook aangegeven worden welke adviezen verplicht zijn / in ieder geval opgevolgd moeten worden en wat de implicaties zijn voor het kind / ouders bij het niet of later opvolgen van de adviezen.

De ontwikkelaars en invoerders moeten goed communiceren naar de JGZ-werkers voor welk probleem de standaard een antwoord biedt. Dat is van belang voor de instellingen zodat zij een afweging kunnen maken wat betreft prioriteiten.

4.5.2 *Determinantenanalyse / proefimplementatie*

Geadviseerd wordt de standaarden uit te testen op de bruikbaarheid voor de praktijk, voordat ze geïntroduceerd worden in het veld. Dit moet niet alleen gebeuren door de uitvoerend JGZ-medewerkers, maar de haalbaarheid moet ook bij de managers worden getoetst op de implicaties voor de uitvoering, bijvoorbeeld voor extra consulten en het budget. Wanneer bijvoorbeeld de standaard zegt dat extra controles echt nodig zijn, dan moet er extra geld voor komen.

Lastige punten bij de uitvoering moeten worden geïnventariseerd en gecommuniceerd naar het veld en ouders / verzorgers via het JGZ-veld. Natuurlijk moeten deze lastige punten in de uitvoering ook onderdeel zijn van de scholing.

4.5.3 *Invoerstrategieën*

Scholing

Alle respondenten benadrukken dat voor het verwerven van een goed draagvlak, en voor het goed kunnen uitvoeren van de standaarden voorlichting en scholing onmisbaar zijn.

Bij de uitvoering van de scholing kan het train-de-trainersmodel worden gebruikt. De voorkeur gaat uit naar meer dan één trainingsbijeenkomst c.q. enkele follow-up bijeenkomsten om ervaringen uit te wisselen. Ook kan gedacht worden aan follow-up bijeenkomsten met mensen uit verschillende organisaties om ervaringen te kunnen uitwisselen. In principe behoren alle disciplines goede scholing te ontvangen. Een gezamenlijke start van artsen, verpleegkundigen en assistenten is van belang voor een goede motivatie.

Wanneer de HKZ-cyclus goed loopt zou er automatisch een link moeten zijn met gecertificeerde scholing.

De structurele weg naar de onderwijsinstellingen ontbreekt nog. De standaarden moeten een plaats hebben binnen de reguliere opleidingen van beroepsgroepen in de JGZ, omdat in de standaarden de werkwijze beschreven is die de beroepsgroep dient te volgen. Daarnaast zou een module opgenomen moeten worden over de implementatie

c.q. het werken met de JGZ-standaarden. Nu is dit alleen het geval in de opleiding van de artsen en binnen de opleiding voor verpleegkundigen van één hogeschool. Omdat het gros van de doktersassistenten in de huisartspraktijk komt te werken, wordt er in de opleiding wel aandacht besteed aan de NHG-standaarden, maar niet aan de JGZ-standaarden.

Geadviseerd wordt de mogelijkheid te onderzoeken van e-learning modules voor JGZ-standaarden. Veel respondenten verwezen als voorbeeld naar de CD-rom / e-learningmodule die bij het protocol Meisjesbesnijdenis is gemaakt. Daarmee waren ook accreditatiepunten te verkrijgen, wat een beloningseffect heeft. Dit werkt in zekere zin beter dan het in carouselvorm aanbieden van scholing (zoals bij hartafwijkingen) omdat mensen er in hun eigen tempo mee aan de slag kunnen.

Landelijke scholings- en terugkombijeenkomsten voor de implementatiecoördinatoren (zoals bij de JGZ-standaard Visuele Stoornissen) zijn nodig om ervaringen uit te wisselen en van elkaar te leren.

Materialen

Er wordt geadviseerd bij elke standaard een implementatie-toolkit te maken voor de instellingen, met materialen voor voorlichting (bijvoorbeeld voorlichtingsbrief voor de huisartsen), scholing, monitoring van het gebruik en voor de evaluatie in de instelling.

Standaarden en het EKD

Wanneer alle JGZ-instellingen geautomatiseerd zijn (streefdatum is 1 januari 2008), biedt dit de mogelijkheid om de standaarden als hulpmiddel binnen het EKD op te roepen. Tevens kan het EKD zo opgezet worden dat automatisch de standaard gevolgd moet worden. In Rotterdam is het bijvoorbeeld niet meer mogelijk breuken in te vullen binnen het EKD, zodat men automatisch de juiste visustest moet gebruiken.

4.5.4

Adoptie

Een goed draagvlak en goede inbedding van de standaarden in de instellingen is nodig. Het management van de instellingen moet achter de invoering staan en ook een visie hebben op de kwaliteitsaspecten van het uitvoerende werk (o.a. het werken volgens de standaarden).

Van belang is dat alle disciplines binnen een instelling een gezamenlijke start maken met een nieuwe standaard via een kick-off bijeenkomst. Dat stimuleert de betrokkenheid en het enthousiasme.

4.5.5

Borging

De kwaliteit van het gebruik van de standaarden kan het beste worden gevolgd via het kwaliteitstraject in de instellingen. Casuïstiekbespreking/intervisie, intercollegiale toetsing en observaties in de praktijk zijn belangrijke methoden om de kwaliteit van het gebruik te bevorderen. De instellingen zelf hebben hier een taak om dit vorm en inhoud te geven.

Omdat de ervaring leert dat hiervoor in het algemeen weinig tijd is, wordt geadviseerd voor de toekomst e-learningmodules te ontwikkelen met casuïstiek en toetsen. Daarnaast moeten de standaarden in het EKD worden opgenomen. Zie ook 4.5.3.

De respondenten verwachten dat door de HKZ-certificering de monitoring van het gebruik en de borging van de standaarden steeds beter zal gaan lopen. Op basis van audits worden instellingen getoetst op de verspreiding en het gebruik van de

standaarden. Iedere drie jaar vindt er certificering plaats en meerdere keren per jaar een interne audit. In 2007-2008 gaan veel instellingen richting certificering. Dan kunnen ook verbetertrajecten worden vastgesteld om de kwaliteit van de uitvoering van de standaarden te optimaliseren.

GGD Nederland meldt dat er vanuit de GGD'en vijf kwaliteitskringen zijn, waarin de kwaliteitsfunctionarissen bijeenkomen. Daar zouden de invoering van de standaarden en de toetsing daarop (regulier) ingebracht kunnen worden. Dit zou nader moeten worden uitgezocht.

4.5.6 *Monitoring en evaluatie*

Alle respondenten zijn het er over eens dat het gebruik van de standaarden gemonitord en geëvalueerd moet worden. Behalve in de instellingen zelf (via HKZ) moeten deze gegevens ook op landelijk niveau verzameld en geëvalueerd worden (om de cyclus ontwikkeling, invoering en bijstelling rond te krijgen).

Evaluatie in de instellingen zelf

De kwaliteit van het gebruik van de standaarden kan het beste worden gevolgd via het kwaliteitstraject in de instellingen (zie ook paragraaf 4.5.5 bij borging). Het idee is de JGZ-standaarden in het EKD op te nemen. De professional kan deze raadplegen bij de consulten. Maar tevens kan het EKD worden gebruikt om na te gaan of en hoe goed de standaarden worden gebruikt. Denkbaar is in dit verband indicatoren aan de standaarden te koppelen. Het EKD leent zich dus voor onderzoeksdoeleinden. Via het EKD kan nagegaan worden in hoeverre de standaarden gebruikt worden. Dit zal echter niet voor alle kernelementen uit de standaard mogelijk zijn (bijvoorbeeld als het gaat om de manier van gespreksvoering, of onderzoek op indicatie). Daarom blijft andersoortig onderzoek nodig zoals vragenlijsten of observaties, evenals onderzoek naar de redenen van het wel / niet gebruik van de standaarden. Dat laatste is ook nodig om de standaarden te kunnen updaten en hernieuwde invoerstrategieën te kunnen inzetten. De invoering van het EKD staat gepland voor 2008, maar wordt waarschijnlijk 2009.

Evaluatie op landelijk niveau

Om de innovatiecyclus rond te maken is het belangrijk dat op landelijk niveau gegevens verzameld en geëvalueerd worden. Voor de vergelijkbaarheid en benchmarking is het belangrijk dat gegevens op uniforme wijze verzameld worden. De meeste deelnemers zeggen dat dit evaluatieonderzoek door TNO Kwaliteit van Leven kan plaatsvinden. Het Centrum Jeugdgezondheid zou het beheer en de regie hierover moeten hebben. De terugkoppeling van de gegevens naar de hoofden/managers zal eveneens door het Centrum Jeugdgezondheid moeten plaatsvinden.

Een van de koepelorganisaties zegt dat de rol van TNO Kwaliteit van Leven een punt van aandacht is. Nu ondersteunt TNO Kwaliteit van Leven de implementatie en voert de evaluatie uit. Dit was bij de start van de invoering van de JGZ-standaarden functioneel omdat TNO Kwaliteit van Leven het Raamwerk voor de landelijke invoering heeft ontworpen. Nu een en ander wat meer uitgekristalliseerd is en alle partijen ervaring hebben opgedaan met de invoering gaat de voorkeur van de respondent er naar uit om deze taken te scheiden. Dat is procedureel zuiverder. De varianten zijn dat TNO Kwaliteit van Leven bijdraagt aan de implementatie van de JGZ-standaarden en dat het evaluatieonderzoek door een ander instituut wordt uitgevoerd of dat TNO Kwaliteit van Leven als onafhankelijk instituut en met kennis van het JGZ-veld het onderzoek uitvoert, maar dan geen deel uitmaakt van het

Samenwerkingsverband Implementatie. Het Centrum Jeugdgezondheid heeft dan de taak met de koepels en de beroepsorganisaties de implementatie uit te voeren.

De respondenten zijn van mening dat de opzet van peilstations nuttig kan zijn. Het geeft ook de gelegenheid om kwalitatieve informatie te verzamelen over het gebruik van de standaarden. Dit ook omdat uit het EKD niet alle informatie gehaald kan worden over het werken conform de standaarden. Er dient wel voor gewaakt te worden dat alleen die organisaties zich opgeven die de standaarden volgen. Het peilen van het gebruik van de standaarden is immers iets anders dan het peilen van infecties.

Er wordt aanbevolen om op landelijk niveau peilstations op te richten (criteria: grote stad, platteland, allochtone, autochtone bevolking), met drie functies:

- via de implementatiecoördinatoren de proefimplementatie doen
- na de invoering peilen van de praktische problemen, weerstanden, wat aan onderhoud is gedaan etc.
- meewerken aan een landelijke evaluatie van de standaarden

Er zijn twee typen evaluatie: de procesevaluatie van de implementatie(activiteiten) en de effectevaluatie van de standaarden (worden ze uitgevoerd zoals bedoeld). Per standaard moet een aantal 'toetsvragen' voor de evaluatie geformuleerd worden.

De procesevaluatie is altijd nodig. De effectevaluatie hoeft volgens enkele respondenten niet per definitie voor elke standaard. Denkbaar is om eens in de paar jaar over de standaarden heen dit onderzoek uit te voeren.

De bedoeling is de centrale database van het EKD (informatiebank) onder te brengen bij het RIVM. Deze databank biedt de mogelijkheid om spiegelinformatie te geven aan professionals en instellingen (benchmarking). GGD Nederland en ActiZ moeten hierbij een rol spelen. Het is nodig goede afspraken te maken over het gebruik van het EKD. Bij het Centrum Jeugdgezondheid wordt overigens het technisch beheer van het EKD ondergebracht. Vanzelfsprekend zullen de IGZ en HKZ een rol spelen als blijkt dat bijvoorbeeld op instellingsniveau de naleving van standaarden onvoldoende is. Het Centrum Jeugdgezondheid heeft hier ook een signalerende rol. Het kan partijen bij elkaar brengen en ondersteuning organiseren aan instellingen.

4.6 Suggesties basisvoorwaarden context innovatieproces JGZ-standaarden

4.6.1 *Beleid en strategie*

Enkele respondenten merken op dat er nog geen beleid is op de implementatie van en het onderzoek naar de JGZ-standaarden. ZonMw tendeert er naar om de implementatie (dus niet het onderzoek) van de JGZ-standaarden over te laten aan de beroepsgroepen. Het Centrum Jeugdgezondheid zou dit ook kunnen oppakken om de continuïteit van ontwikkeling, implementatie en borging (inclusief update) te waarborgen. Daar is vooralsnog geen geld voor. Belangrijk is om e.e.a. op elkaar af te stemmen.

4.6.2 *Infrastructuur*

De respondenten zijn van mening dat voor de invoering van de standaarden binnen elke organisatie twee functies vervuld moeten worden:

1. De coördinatie / procesbegeleiding van de invoering van de standaarden, waaronder de verspreiding van de standaarden (ook onder nieuwkomers), toezien dat iedereen geschoold wordt en toezien op de monitoring van het gebruik van de standaarden en de borging.

2. Inhoudelijke begeleiding voor ‘training on the job’ bij het werken met de standaard, bevorderen van de adoptie en helpdesk / vraagbaak.

Deze functies hoeven niet noodzakelijkerwijs door twee personen te worden vervuld, maar kunnen in één persoon verenigd zijn, hoewel dat afhankelijk is van de inhoud van de standaard.

In de thuiszorg geldt bijvoorbeeld dat de inhoudelijke begeleider afhankelijk van het onderwerp van de standaard, telkens een andere persoon kan zijn. De coördinator / organisatorisch verantwoordelijke is in principe telkens dezelfde persoon omdat er ook afstemming moet zijn tussen de invoering van verschillende standaarden. Een voorwaarde is dat deze personen (die vallen onder verantwoordelijkheid van het hoofd / de manager) bevoegd zijn c.q. mandaat hebben om bepaalde beslissingen te nemen en kunnen beschikken over de benodigde middelen, materialen en tijd. Nu worden de standaarden vaak opgepakt door inhoudelijk deskundigen, maar zij blijken weinig bevoegdheid en zeggenschap te hebben.

Men gaat uit van een functie-omvang van 32 uur (dit vanuit de ervaringen van de afgelopen jaren). Hierbij is dan ook inbegrepen dat de functie niet alleen de invoering van de JGZ-standaarden betreft, maar ook andere vernieuwingen, contacten met het werkveld en bijeenkomsten met andere coördinatoren. Het kost volgens de respondenten veel tijd om alle medewerkers van de juiste materialen te voorzien, om nieuwe medewerkers in de standaarden in te wijden en dergelijke. Bij minder uren worden zaken niet of later geregeld. Het is essentieel dat de standaard, bijbehorende materialen, scholing etc. gelijktijdig klaar zijn omdat het anders direct z'n weerslag heeft op het gebruik van de standaarden. Dit kost veel tijd. Enkele respondenten vinden dat het voordelen heeft als de coördinator ook uitvoerend arts of verpleegkundige is, omdat zij weten wat het werken volgens de standaarden betekent.

4.6.3 *Financiering*

De instellingen hebben zelf de verantwoordelijkheid voor het implementeren van de standaarden in de eigen instelling, bijvoorbeeld via scholing, en moeten hun scholingsbudget daarop prioriteren. Tegelijkertijd veronderstelt het Basistakenpakket dat er uniforme werkwijzen zijn. Daar horen ook opleiding/training/scholing en centraal toegekende middelen bij. Bij voorkeur gaat het om geormerkte middelen die centraal worden toegekend. Het geld voor de invoering moet van het Ministerie van VWS komen en niet van de gemeenten. VWS heeft het Basistakenpakket in haar beleid. In 2007 wordt het Basistakenpakket geëvalueerd. Dan is de financiering een aandachtspunt.

Aan de respondenten is voorgelegd dat het NHG met instemming van de leden de contributie heeft verhoogd om de invoering van de standaarden te kunnen bekostigen. De respondenten zijn unaniem van mening dat dit voor de JGZ volstrekt onhaalbaar is. Ten eerste wil VWS uniformering / standaardisering via het Basistakenpakket. Dit is per wet geregeld. De respondenten zijn van mening dat daarom VWS ook de implementatie moet faciliteren. De JGZ betreft de openbare gezondheidszorg en dat zijn publieke taken. Aanpalende beroepsgroepen zijn eigenlijk zorgondernemers. Zij hebben een andere positie in de zorg en zijn niet vergelijkbaar met de openbare gezondheidszorg.

Ten tweede is dit praktisch ook niet haalbaar. De organisatiegraad onder JGZ-professionals is gering, zeker voor de verpleegkundigen en doktersassistenten. Verhoging van contributie is dus niet aan de orde.

Wanneer een standaard wordt ontwikkeld moet tegelijk vastgesteld worden wat de landelijke invoeringsactiviteiten en de activiteiten voor de invoering in de instelling kosten. Het laatste betreft niet alleen de kosten voor scholing, maar ook de verlieskosten in productie-uren. Dan kunnen betere afwegingen worden gemaakt door het management in de instellingen. Het landelijk vastgestelde plaatje moet bij de productbegroting worden meegenomen. Zo is het ook beter te verantwoorden naar de gemeenten.

4.6.4 *Regie*

Mening alle respondenten, uitgezonderd Centrum Jeugdgezondheid

De respondenten vinden allen dat er een landelijke regie moet zijn bij de invoering van de JGZ-standaarden. Er komt veel op de JGZ af en de noodzaak van afstemming is evident.

De meeste vinden dat het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM hier een rol van betekenis kan spelen. Het beheer, de regie en het eigenaarschap van de standaarden zou bij het Centrum ondergebracht moeten worden. Het moet in ieder geval bij een landelijk onafhankelijk centrum ondergebracht zijn. Dit zal ook zorgen voor meer draagvlak onder verpleegkundigen en doktersassistenten. De beroepsverenigingen hebben andere belangen die vooral inhoudelijk gestuurd worden en kunnen niet de hele range aan activiteiten overzien die op de JGZ afkomt.

Alle respondenten stellen dat het Centrum Jeugdgezondheid deze regierol alleen kan vervullen wanneer er draagvlak is vanuit het JGZ-veld en het Centrum voldoende gezaghebbende en gezichtsbepalende mensen vanuit de JGZ heeft. Dit betekent volgens de aanwezigen dat het Centrum Jeugdgezondheid niet zonder de werkgeversorganisaties en de beroepsverenigingen kan; de verspreiding en de invoering van de standaarden zou via de werkgeversorganisaties moeten gaan (ActiZ en GGD Nederland). En verder betekent dit dat de mensen die bij het Centrum Jeugdgezondheid werken in de JGZ werkzaam moeten zijn (geweest). Op dit moment heeft het Centrum Jeugdgezondheid nog 'geen body' volgens de respondenten. Daarom is het van belang dat het Samenwerkingsverband Implementatie doorgaat met haar activiteiten.

Voor elke standaard moet vroegtijdig worden vastgesteld welke inhoudelijke scholing nodig is voor welke discipline. Dit moet ook vroegtijdig worden gemeld aan de instellingen in verband met de planning.

Mening Centrum Jeugdgezondheid

Ook het Centrum Jeugdgezondheid zélf vindt dat ze een rol heeft bij de invoering van standaarden. Maar de taak moet nog wel nader worden geconcretiseerd. Uitgangspunt zijn de twee taken die het Centrum Jeugdgezondheid heeft. De eerste is de verdere kwalitatieve verbetering van het uniforme deel uit het Basistakenpakket door middel van onderzoek, om de JGZ-activiteiten wetenschappelijk te onderbouwen (science based basistaken) in combinatie met professionalisering via scholing. Denkbaar is om enige jaren structureel aandacht te geven aan één productgroep in het Basistakenpakket en in andere jaren aan een andere. Onderzoek van een activiteit kan leiden tot een standaard, die moet worden ingevoerd met onder meer scholing en die moet worden geborgd.

De tweede taak betreft de ontwikkeling van het Elektronisch Kind Dossier (EKD). De JGZ-standaarden zijn daarin opgenomen zodat de professional tijdens het consult deze kan raadplegen, alsmede schriftelijke informatie voor ouders/verzorgers kan ophalen en verstrekken.

Wat betreft de standaardenontwikkeling heeft de JAS nu het voortouw. Denkbaar is dat het Centrum Jeugdgezondheid het voorzitterschap en het secretariaat op zich neemt. Het Samenwerkingsverband Implementatie JGZ-standaarden is in de huidige samenstelling een goed vehikel voor de invoering van de standaarden, omdat alle partijen betrokken zijn. Misschien moet de IGZ er nog aan toegevoegd worden. TNO Kwaliteit van Leven is vanwege haar implementatie expertise penvoerder, maar deze rol kan ook worden vervuld door het Centrum Jeugdgezondheid.

Het Centrum kent zichzelf geen uitvoerende taken toe (bijvoorbeeld zelf de standaarden ontwikkelen). De regierol past beter, vanwege de onafhankelijke rol die de regisseur moet hebben. Op termijn is het denkbaar dat het Centrum standaarden vaststelt (als autoriserende instantie) en tevens zorgt voor de verspreiding in het veld. Een probleem hierbij is dat de standaarden nu eigendom zijn van de AJN. Het ligt in de rede dat het Centrum het beheer en het onderhoud voor haar rekening neemt, dus ook bijvoorbeeld de geregelde update van de standaarden organiseert (zowel de inhoudelijke kennis als de deskundigheidsbevordering).

Dit zijn allemaal ontwikkelingsprocessen. De tijd moet uitwijzen wat het beste scenario is. Daarom is het nodig over een paar jaar het gehele traject te evalueren vanuit het RIVM.

Het Centrum Jeugdgezondheid wil gebruik maken van bestaande gremia in de JGZ, zoals de JAS en het Samenwerkingsverband Implementatie, en met alle partijen steeds afstemmen. Die afstemming krijgt ook vorm door de wetenschappelijke commissie en een managementcommissie van het Centrum Jeugdgezondheid. De wetenschappelijke commissie en de JAS krijgen vooral een rol in verband met de uitvoering van het Basistakenpakket. Bijvoorbeeld entameren van onderzoek naar de signalering van risicokinderen, dat kan uitmonden in een richtlijn/standaard. De relatie met de JAS moet nog worden uitgekristalliseerd. De management commissie richt zich vooral op problemen in de praktijk voor professionals en leiding. Deze constructie biedt de mogelijkheid kennisontwikkeling en kennistransfer beter te stroomlijnen. Nu komen er van allerlei kanten protocollen, interventies en standaarden het veld in en dat vraagt om afstemming.

5 Conclusies en aanbevelingen

5.1 Inleiding

In paragraaf 5.2 worden eerst conclusies getrokken over de invoering van de JGZ-standaarden in vergelijking tot die van standaarden/richtlijnen, interventies en programma's van aanpalende beroepsgroepen en organisaties binnen de jeugdzorg en jeugdhulpverlening. Gekeken wordt op welke punten de JGZ hiervan kan leren. Daarna worden in paragraaf 5.3 conclusies getrokken over de huidige wijze van invoering van de JGZ-standaarden (De Jong, Fleuren & van Leerdam 2002; Fleuren 2005) en verbeterpunten daarbij volgens respondenten die diverse posities binnen de JGZ innemen. Een en ander wordt ook afgezet tegen de uitkomsten van het evaluatieonderzoek naar de invoering van de JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen (Fleuren, Verlaan, Van Velzen e.a. 2006). In paragraaf 5.4 wordt een enkele kanttekening bij het onderzoek gemaakt. Het hoofdstuk eindigt met aanbevelingen (paragraaf 5.5).

5.2 Vergelijking werkwijze invoering JGZ-standaarden met organisaties buiten de JGZ

Samenvattende conclusie

Kijkend naar organisaties buiten de Jeugdgezondheidszorg kan geconcludeerd worden dat er vooral veel parallellen zijn met de wijze van invoering van de JGZ-standaarden. Op sommige punten is de invoering van de JGZ-standaarden anders en wellicht meer gedegen, op andere punten niet. Een en ander heeft ook te maken met het stadium waarin het standaardenbeleid zich bevindt. Zo staat de NVK pas aan het begin van het traject van richtlijnontwikkeling en –invoering. Het NHG is in feite klaar met de ontwikkeling en richt zich vooral op de consolidatie. Daarnaast heeft het te maken met de visie op en theorieën die ten grondslag liggen aan de invoering. Tot slot en niet in de laatste plaats zijn verschillen te wijten aan de context, vooral de financiering en de aanwezigheid van een infrastructuur voor de invoering. Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de methodiek die ten grondslag ligt aan de invoering van de JGZ-standaarden goed is. De huidige invoering van de JGZ-standaarden kan zich zeker in positieve zin meten met die van standaarden/richtlijnen, interventies en programma's van aanpalende beroepsgroepen en organisaties binnen de jeugdzorg en jeugdhulpverlening.

Werkwijze implementatie

Opmerkelijk is dat alleen voor de NHG- en de JGZ-standaarden de werkwijze bij de invoering schriftelijk is vastgelegd met de onderliggende theorie(en) daarbij. Echter alle organisaties doorlopen bij de invoering systematisch min of meer dezelfde stappen. Deze zijn voornamelijk gebaseerd op leertheorieën en soms op organisatietheorieën.

Evenals bij de invoering van de JGZ-standaarden, leggen NIZW en PI Research veel nadruk op een gedegen determinantenanalyse / contextanalyse. Dit heeft te maken met de onderliggende implementatietheorie waarbij de keuze van de invoerstrategieën aansluit bij c.q. afhangt van de gevonden determinanten. Wanneer er geen determinantenanalyse plaatsvindt, is de kans aanwezig dat een strategie wordt ingezet op voor de vernieuwing en gebruikers irrelevante determinanten (Fleuren, Wiefferink &

Paulussen 2004, 2006). NIZW en PI Research leggen bij deze analyse nadruk op het zowel betrekken van het management als de werkvloer. De vorm waarin een dergelijke analyse gebeurt verschilt. Op onderdelen, bijvoorbeeld wat betreft het betrekken van het management, kan de JGZ daarvan leren.

Opmerkelijk is dat geen van de organisaties een proefimplementatie houdt, zoals bij de JGZ-standaarden het geval is. De ervaring met de JGZ-standaarden leert dat een proefimplementatie een meerwaarde heeft omdat er niet uitgegaan wordt van *verwachte*, maar van in de praktijk gebleken uitvoeringsproblemen.

Invoerstrategieën en ondersteunende materialen

Als het gaat om invoerstrategieën heeft het NHG verreweg de best ontwikkelde website, scholingsmogelijkheden en ondersteunende materialen. Voor de JGZ-standaarden worden tot nu toe nog geen ondersteunende materialen ontwikkeld. Op de meeste punten kan hier van de ervaringen van het NHG geleerd worden. Met name als het gaat om het gebruik van de website, het gebruik van e-learning en de ontwikkeling van individuele scholings- en toetsprogramma's. Ook nieuw voor de JGZ is het gebruik van nieuwsmails, die de NVK gebruikt om *alle* kinderartsen te kunnen bereiken. NIZW en PI Research maken, evenals bij de invoering van de JGZ-standaarden, gebruik van een train-de-trainers aanpak waarbij mensen in de organisaties zelf worden opgeleid om de invoering ter hand te nemen. Dit heeft er waarschijnlijk mee te maken dat deze organisaties, in tegenstelling tot het NHG en de NVK, voornamelijk implementeren in organisaties. Daar waar het NHG een vast palet aan invoerstrategieën heeft, kiezen NIZW en PI Research invoerstrategieën op basis van de uitkomsten van een determinantenanalyse. Deze laatste methode wordt ook bij de JGZ-standaarden gehanteerd.

Borging en onderhoud

De borging en het onderhoud van het gebruik van de standaarden / richtlijnen / interventies en programma's is een punt van zorg voor vrijwel alle organisaties (ook voor de JGZ-standaarden) omdat de financiering daarvoor ontbreekt. Omdat het onderhoud veelal ook niet in het beleid van organisaties is ingebed, leunt het sterk op initiatieven van individuen en is daarmee kwetsbaar. Alleen het NHG geeft aan dat dit geen punt van zorg is omdat de NHG-standaarden inmiddels zo ingeburgerd zijn dat er geen activiteiten ter consolidatie nodig zijn. Kwaliteitssystemen, licenties en accreditaties worden genoemd als methoden om de standaarden / richtlijnen, interventies en programma's te borgen en te evalueren.

Voor de JGZ-standaarden geldt dat het gebruik van de standaarden onderdeel is van de HKZ-cyclus; er zijn op dit moment nog slechts enkele organisaties HKZ gecertificeerd. Er is echter een verschil tussen het beheer (standaarden aanwezig etc.) en het daadwerkelijke en inhoudelijk juist gebruik van de standaarden. Controle op het daadwerkelijke en juiste gebruik is niet automatisch via de HKZ-cyclus geregeld. Daar zijn aanvullende activiteiten / onderzoek voor nodig.

Monitoring en evaluatie

Alle organisaties geven aan dat er wel monitoring en evaluatie van het gebruik van de standaarden / richtlijnen, interventies en programma's plaatsvindt, maar zeer beperkt en zeker niet systematisch. Hoewel er relatief veel onderzoek is gedaan naar de NHG-standaarden vindt ook daar geen systematisch onderzoek naar plaats. Alle organisaties staan achter dit soort onderzoek. Een belangrijke beperking om dit niet (systematisch) te doen is het ontbreken van financiering. In dit opzicht steekt het onderzoek naar de JGZ-

standaarden hier positief tegen af omdat tot nu toe naar het gebruik van alle JGZ-standaarden systematisch onderzoek wordt gedaan. Dit is mogelijk omdat ZonMw (VWS) hiervoor financiering beschikbaar stelt.

Alle organisaties geven aan dat er geen onderzoek plaats vindt naar het gebruik van de standaarden / richtlijnen, programma's en interventies door de jaren heen. Unaniem vindt men dit een omissie omdat monitoring en evaluatie deel uit maken van de implementatiecyclus. Ook voor de JGZ-standaarden geldt dat er (nog) geen onderzoek plaatsvindt naar het gebruik van de standaarden door de jaren heen (continuering). Dit laatste onderzoek is nodig om gericht te kunnen interveniëren mocht het gebruik in de loop der tijd afnemen. Daarnaast levert dergelijk onderzoek gegevens op die belangrijk zijn voor het updaten van de standaarden en het eventueel opzetten van scholingsactiviteiten.

Opmerkelijk is dat geen enkele organisatie onderzoek doet of laat doen naar het gebruik van de invoerstrategieën en de ontwikkelde materialen. Ook vindt er geen onderzoek plaats naar het effect ervan op het handelen van de gebruikers en/of de eindgebruikers. Als verklaring geeft een van de organisaties aan dat het onderzoek naar het effect van invoerstrategieën (wereldwijd) nog in de kinderschoenen staat. Een andere organisatie zegt dat de financiering hiervoor ontbreekt. Voor de JGZ-standaarden geldt dat hier wel onderzoek naar wordt gedaan, zij het in beperkte mate vanwege het ontbreken van financiering. Ondanks verklaarbare redenen is het zorgelijk dat dergelijk onderzoek niet plaatsvindt. Het blijft daardoor onduidelijk of bepaalde strategieën verantwoordelijk mogen worden gehouden voor een geslaagde invoering, of dat andere factoren daarin meespelen.

Van alle organisaties legt alleen PI Research nadruk op het meten van de programma-integriteit (wordt het programma gebruikt zoals bedoeld door de ontwikkelaars). Vanwege het ontbreken van financiering doet PI Research hier echter zelden onderzoek naar. Daarnaast legt men nadruk op het zoeken en bespreken van verschillen tussen gebruikers en verklaringen daarvoor. Op basis daarvan kan weer gericht worden geadviseerd ten aanzien van de invoering. Bij de JGZ-standaarden ligt eveneens veel nadruk op deze twee elementen en wordt dit ook systematisch onderzocht. Wanneer de effecten van een interventie (programma of standaard) uitblijven dan is de vraag of de interventie niet effectief was, of dat de interventie niet is geïmplementeerd (Fleuren, Wiefferink & Paulussen 2004, 2006). Daarom is het belangrijk om na te gaan of het resultaat van het implementatieproces voldoet aan de verwachtingen. Het gaat hierbij dus om onderzoek naar de mate van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering in relatie tot de uitgevoerde determinantenanalyse en invoerstrategieën. In dit opzicht steekt het onderzoek naar de JGZ-standaarden positief af in vergelijking met onderzoek naar andere standaarden / richtlijnen, interventies en programma's.

Infrastructuur

Geconcludeerd kan worden dat alle organisaties een goede (landelijke) infrastructuur van wezenlijk belang vinden voor de invoering van standaarden/richtlijnen, interventies en programma's, maar dat deze nog vaak ontbreekt. Omdat de NVK nog niet zover is in haar standaardentraject en PI Research zich niet richt op landelijke implementatie, kan alleen geput worden uit de ervaringen van het NHG en het NIZW. Een van de manco's bij de invoering van vernieuwingen in de jeugdzorg is volgens het NIZW juist het ontbreken van een infrastructuur. Constructies als de JAS, het Samenwerkingsverband

Implementatie en implementatiecoördinatoren zijn volgens het NIZW goed en wenselijk.

Voor de invoering van de NHG-standaarden bestond een duidelijke en goede infrastructuur. Op onderdelen kan hiervan geleerd worden voor de invoering van de JGZ-standaarden, bijvoorbeeld wat betreft de concentratie van activiteiten bij één landelijke organisatie die vergelijkbaar is en vergelijkbare taken uitvoert als het NHG. Hierbij dient wel in ogenschouw genomen te worden dat de doelgroep van de NHG-standaarden anders is dan die van de JGZ-standaarden; individuele autonome zorgverleners versus zorgverleners in organisaties.

Financiering

Geconcludeerd kan worden dat financiering van niet alleen de invoering, maar ook van de ontwikkeling van standaarden/richtlijnen, interventies en programma's afhankelijk is van subsidies en vrijwel altijd op projectbasis plaatsvindt. Ook de JGZ-standaarden zijn op deze wijze gefinancierd. Alle organisaties geven aan dat dit een kwetsbare constructie is. Enerzijds is de continuering van activiteiten daardoor niet gegarandeerd. Anderzijds kunnen zaken als de opbouw van een infrastructuur, monitoring en evaluatie daaruit niet gefinancierd worden.

5.3 Invoering JGZ-standaarden

Samenvattende conclusie

Samenvattend kan geconcludeerd worden dat de respondenten die verschillende posities binnen de JGZ innemen, unaniem van mening zijn dat de verspreiding en de initiële implementatie van de JGZ-standaarden redelijk tot goed verloopt. Het vervoltraject na de initiële implementatie (inclusief de borging) en de evaluatie verlopen echter nog niet goed. In ogenschouw nemend dat pas twee standaarden op systematische wijze zijn ingevoerd, is de conclusie dat er de afgelopen jaren veel is bereikt. Dit neemt niet weg dat er nog veel te doen valt willen de standaarden gebruikt worden zoals bedoeld én gebruikt worden door alle JGZ-medewerkers. Daarbij zijn drie basisvoorwaarden essentieel die nu ontbreken volgens de respondenten.

1. Ten eerste ontbreekt er in de opinie van de respondenten een duidelijk overheidsbeleid ten aanzien van de JGZ-standaarden. De realisering van de ontwikkeling en invoering van de in 1996 door VWS toegezegde 20 JGZ-standaarden verloopt moeizaam. De besluitvorming over toekenning van financiering duurt soms lang en daarnaast zijn ontwikkeling en implementatie van een standaard niet aan elkaar gekoppeld. Volgens de respondenten is het van belang dat er een programmatische aanpak van de standaarden komt.
2. Ten tweede vinden de respondenten dat een landelijke regie ontbreekt ten aanzien van de invoering van de JGZ-standaarden en andere vernieuwingen die op het JGZ-veld af komen. Het is van belang dat vernieuwingen / veranderingen gedoseerd en in afstemming tot elkaar geïntroduceerd worden. Het toch al sterk belaste JGZ-veld dreigt anders overvoerd en 'implementatiemoe' te worden.
3. Ten derde ontbreekt de continue financiering voor de invoering van de standaarden, met inbegrip van onderzoek (om de implementatiecyclus rond te kunnen maken). Hierdoor kan een deel van de noodzakelijke activiteiten niet uitgevoerd worden. Omdat de JGZ-standaarden onderdeel zijn van het wettelijk verplichte Basistakenpakket, zijn de respondenten unaniem van mening dat VWS dit moet financieren. Wanneer aan deze basisvoorwaarden wordt voldaan kan een groot deel van de huidige knelpunten bij de invoering van de JGZ-standaarden worden opgelost volgens de respondenten.

Werkwijze / Raamwerk implementatie

Kijkend naar het oorspronkelijke Raamwerk voor de invoering van de JGZ-standaarden en de praktische invulling daarvan voor de JGZ-standaarden Opsporing Visuele Stoornissen en Aangeboren Hartafwijking (Fleuren 2005), kan geconcludeerd worden dat de respondenten unaniem van mening zijn dat de invoering van de JGZ-standaarden conform het Raamwerk nuttig en wenselijk is. Op basis van de huidige ervaringen zou het Raamwerk wel aangescherpt moeten worden. De respondenten hebben daartoe diverse punten aangedragen. Zo werd onder andere voor een uitgebreidere praktijktoets (determinantenanalyse) gepleit waarbij ook de managers betrokken worden. Verder werd gepleit voor het formeel vaststellen van de functie van implementatiecoördinator, met inbegrip van de benodigde bevoegdheden en uren.

In aansluiting op voorgaande punt kan tevens geconstateerd worden dat verschillende onderdelen van het Raamwerk (nog) niet goed werken maar soms ook (nog) niet zijn uitgevoerd. Deels heeft dat te maken met het ontbreken van financiering. Hierdoor is het bijvoorbeeld niet goed mogelijk een infrastructuur voor de invoering op te zetten en te onderhouden. Deels betreft het voortschrijdende inzichten naar aanleiding van evaluaties waarbij bijvoorbeeld blijkt dat de verspreiding van de standaarden en de scholing niet voor alle disciplines gelijk is, of waaruit blijkt dat de positie van implementatiecoördinatoren zwak is. Hierna volgen de belangrijkste punten, geordend naar fasen van het innovatieproces.

Ontwikkeling JGZ-standaarden

De uitvoerbaarheid van de standaarden levert knelpunten op die deels terug te voeren zijn op de ontwikkeling van de standaarden. Zo blijken de JGZ-medewerkers te willen weten welke onderdelen in een standaard essentieel zijn en wat de consequenties zijn van het afwijken daarvan. Daarnaast vindt men sommige criteria te streng en daardoor in praktijk niet uitvoerbaar omdat dan te veel kinderen voor herhaalonderzoek moeten terugkomen. Ook de afstemming met andere JGZ-standaarden en aansluiting op de contactmomenten in het Basistakenpakket ontbreekt volgens sommigen.

Determinantenanalyse

De respondenten vinden het van wezenlijk belang dat er een goede determinantenanalyse / proefimplementatie plaatsvindt voordat een standaard landelijk verspreid en ingevoerd wordt. Tot nu toe is dit alleen voor de JGZ-standaard Aangeboren Hartafwijkingen gebeurd. Geconcludeerd kan worden dat deze analyse / proefimplementatie uitgebreider had mogen zijn door het betrekken van het management en meer organisaties. Daarnaast was het wenselijk geweest een document met de uitvoeringsproblemen en oplossingen en een implementatieplan voor de eigen instelling te maken. De uitvoeringsproblemen zijn nu alleen beschreven in het rapport over de determinantenanalyse. Zij zijn verder besproken in de training van de docenten die de inhoudelijke scholingen in de instellingen gingen verzorgen.

Invoerstrategieën

Voor een goede uitvoering van de standaarden zijn voorlichting, scholing en coaching onmisbaar. Dit blijkt niet alleen uit de antwoorden van de respondenten, maar ook uit het evaluatieonderzoek naar de JGZ-standaard Visuele Stoornissen. Bij de standaard Aangeboren Hartafwijkingen werd alleen een inhoudelijke scholing voor de uitvoerende JGZ-medewerkers georganiseerd. Bij de standaard Opsporing Visuele Stoornissen vond alleen scholing van de implementatiecoördinatoren plaats en werd daarnaast een FAQ gemaakt. Geconcludeerd kan worden dat de respondenten het een omissie vonden dat

voor de standaard Aangeboren Hartafwijkingen geen scholing voor implementatie-coördinatoren was georganiseerd en dat een FAQ ontbrak (zie ook voorgaande conclusie).

De vorm en de inhoud van de scholing voor artsen bij de JGZ-standaard Aangeboren Hartafwijkingen werd positief gewaardeerd. Het feit dat artsen en verpleegkundigen op een ander tijdstip scholing ontvingen en daarnaast het soort en de vorm van de scholing verschilden tussen disciplines, werd als niet wenselijk ervaren. Verder werd door sommige respondenten gezegd dat een eenmalige training onvoldoende is en dat er follow-up bijeenkomsten zouden moeten zijn. Dit laatste komt overeen met de bevindingen van het evaluatieonderzoek naar de standaard Visuele Stoornissen, waarbij training en coaching als een van de belangrijkste aanbevelingen naar voren kwamen om het gebruik van de standaarden te verbeteren.

Verspreiding

Geconcludeerd kan worden dat de verspreiding van de JGZ-standaarden goed verloopt, zij het dat de standaarden niet alle disciplines even goed bereiken. Dit kwam ook naar voren uit eerdere onderzoeken naar de JGZ-standaarden Gehoorstoornissen en Visuele Stoornissen (Fleuren, Verlaan, De Jong e.a. 2002; Fleuren, Verlaan, Van Velzen e.a. 2006) en deze signalen bereiken ook de beroepsverenigingen. Er is een zekere hiërarchie waarbij artsen het beste bereikt worden, over alle onderdelen van de standaard beschikking hebben en als eerste scholing ontvangen. Daarna volgen de verpleegkundigen en als laatste de assistenten. Dit wordt door de respondenten als niet wenselijk beschouwd. Volgens de respondenten is dit deels terug te voeren op het feit dat de infrastructuur in de instellingen zelf nog niet goed geregeld is.

Adoptie

Uit de interviews komt naar voren dat het veld niet alleen de ontwikkeling van de JGZ-standaarden nuttig en relevant vindt, maar tot nu toe ook zeer bereid en enthousiast is om ermee te gaan werken. Dit beeld wordt bevestigd door al het eerdere onderzoek naar de JGZ-standaarden. Toch is er reden tot zorg. Uit de interviews wordt duidelijk dat JGZ-medewerkers en –organisaties uitvoeringsproblemen ondervinden waarvoor niet altijd een oplossing is, dat essentiële randvoorwaarden onderbreken en dat men zich daarnaast overbelast voelt omdat er meer op het veld af komt dan de JGZ-standaarden alleen, waarbij een landelijke regie ontbreekt. Indien niet aan deze zaken tegemoet wordt gekomen, is het denkbaar dat komende standaarden met minder enthousiasme tegemoet worden gezien.

Implementatie en borging

Geconcludeerd kan worden dat de initiële implementatie van de JGZ-standaarden goed verloopt. Dat wil zeggen dat de standaarden verspreid en besproken worden en dat er meestal scholing plaatsvindt. Zoals eerder opgemerkt zijn hierbij verschillen tussen disciplines waarneembaar. In de regel zijn voorlichting en scholing alléén, onvoldoende om de invoering goed te laten verlopen. Dit wordt bevestigd door het onderzoek naar het gebruik van de JGZ-standaard Visuele Stoornissen. Geconcludeerd kan worden dat het vervolg op de initiële implementatie en de borging nog niet goed verloopt. Er vinden weinig ondersteunende activiteiten plaats, zoals begeleiding en coaching van individuele JGZ-medewerkers. De standaarden zijn veelal (nog) niet ingebed in het beleid van de organisaties en in het kwaliteitssysteem. En de kwaliteit van de uitvoering wordt nauwelijks gevolgd / gemonitord en bewaakt door de organisaties zelf.

Hiervoor zijn verschillende oorzaken aanwijsbaar. De JGZ-standaarden zijn niet de enige vernieuwingen die op het veld af komen. Omdat capaciteit, tijd en geld schaars zijn, worden er door de organisaties prioriteiten gesteld die niet altijd bij de JGZ-standaarden liggen. Daarnaast ontbreekt een planning van welke standaard wanneer verschijnt, zodat organisaties er met hun activiteiten niet op kunnen anticiperen. Een van de koepelorganisaties (GGD Nederland) gaf aan een taak te hebben bij de continuering en borging, maar daar vanwege veranderde prioriteiten niet aan toe te komen.

De conclusie dat de implementatie en borging nog niet goed verlopen, moet in perspectief gezien worden. Het traject van invoering van de JGZ-standaarden is nog vrij jong en in ontwikkeling. Veel van de activiteiten zullen de komende jaren verder hun beslag moeten krijgen. Zo zullen bijvoorbeeld het evaluatieonderzoek naar de standaarden en de verdere invoering van het HKZ-systeem bijdragen aan een betere invoering en borging van de JGZ-standaarden.

Monitoring en evaluatie

De evaluatie van het gebruik van de JGZ-standaarden door de organisaties zelf staat nog in de kinderschoenen.

Op landelijk niveau is het onderzoek naar het gebruik van de JGZ-standaarden goed afgedekt. Tot nu toe vindt voor alle JGZ-standaarden onderzoek plaats naar zowel het gebruik van de standaarden onder een representatieve steekproef van JGZ-medewerkers als naar het proces van invoering van de standaarden (beide door TNO Kwaliteit van Leven). Hierbij wordt niet alleen gekeken naar de mate van verspreiding, adoptie, implementatie en continuering, maar ook naar de determinanten daarvan, zodat gericht geadviseerd kan worden over verbeteractiviteiten.

Er vindt (nog) geen onderzoek plaats naar het gebruik van de standaarden door de jaren heen (continuering). Ook vindt er geen onderzoek plaats naar het effect van de scholing en andere invoerstrategieën op het handelen van de JGZ-medewerkers en op het effect voor de 0-19 jarigen. In paragraaf 5.2 is uitgebreid beschreven waarom dergelijk onderzoek nodig is en wat de consequenties zijn van het achterwege laten ervan.

Infrastructuur

Geconcludeerd kan worden dat de respondenten unaniem een systeem met implementatiecoördinatoren onderschrijven. Daarnaast onderschrijft men de noodzaak van inhoudelijke begeleiding voor 'training on the job' bij het werken met een nieuwe standaard. De huidige opzet met implementatie-coördinatoren werkt echter (nog) niet goed. De functie van implementatiecoördinator is in veel instellingen niet formeel vastgelegd waardoor men volgens de respondenten bepaalde bevoegdheden mist om de invoering goed te kunnen laten verlopen. Daarnaast zijn de benodigde randvoorwaarden in tijd, geld en materialen veelal niet voorhanden. Omdat het verloop van implementatiecoördinatoren groot is en de koepels de instellingen alleen bij de JGZ-standaard Visuele Stoornissen hebben gevraagd een dergelijke coördinator aan te stellen, hebben veel instellingen nu geen implementatiecoördinator (meer). Het idee om gedurende enkele projecten een netwerk aan implementatiecoördinatoren op te bouwen en te onderhouden, is daardoor niet van de grond gekomen.

Beleid, regie en financiering

Hoewel het Ministerie van VWS opdracht heeft gegeven een 20-tal JGZ-standaarden te ontwikkelen, ontbreekt in de ogen van de meeste respondenten een duidelijk landelijk

overheidsbeleid ten aanzien van de ontwikkeling en invoering van de JGZ-standaarden en andersoortige vernieuwingen in de JGZ. Doordat te veel vernieuwingen zich aandienen en er vrijwel geen afstemming hiertussen is, worden noodgedwongen keuzes gemaakt. Soms ingegeven door pragmatische overwegingen (geen tijd of geld) soms onder druk (verplicht door VWS). Het gevolg is het risico dat op deze manier geen enkele vernieuwing goed wordt ingevoerd en naar tevredenheid van de belanghebbenden. Het gevaar is dat uiteindelijk daarmee het doel van evidence based werken en reductie van variatie in handelen, voorbij geschoten wordt.

Er ontbreekt structurele financiering voor de ontwikkeling, invoering, borging, monitoring en evaluatie van de JGZ-standaarden. De huidige wijze van financiering (projectfinanciering, geen koppeling tussen ontwikkeling en implementatie) laat niet toe om systematisch te werken aan de opbouw van een goede infrastructuur, een systeem voor scholing en een monitoringsysteem, zoals voorgesteld in het Raamwerk. Hierdoor kunnen veel van de noodzakelijke activiteiten niet of maar deels uitgevoerd worden.

De budgetten van de instellingen zijn te klein om de benodigde scholingen en andere invoeractiviteiten te bekostigen. Dit betekent onder andere dat niet iedereen geschoold kan worden, individuele coaching en training achterwege blijven en er nog nauwelijks activiteiten plaatsvinden om de kwaliteit van het gebruik van de standaarden te monitoren en te bewaken. Ook de financiering of het vrijmaken van mensen die de invoering in de eigen instelling ter hand nemen (implementatiecoördinatoren) is daardoor niet goed mogelijk.

De huidige budgetten voor de invoering en evaluatie van de JGZ-standaarden blijken in de praktijk te klein te zijn om een goede invoering te kunnen realiseren. Hierdoor kan een deel van de benodigde activiteiten niet uitgevoerd worden. Daarnaast trekt dit een wissel op de mensen die de ontwikkeling en implementatie van de JGZ-standaarden coördineren (in dit geval TNO Kwaliteit van Leven) en de afgevaardigden van de beroepsorganisaties in de JAS en het Samenwerkingsverband Implementatie, omdat veel zaken 'erbij' gedaan worden zonder dat hier financiering tegenover staat. Te denken valt aan de functie van vraagbaak/helpdesk, overleg tussen de mensen die zich met de ontwikkeling en implementatie bezig houden, verzoeken om voordrachten, adviezen etc.

Hoewel de landelijke invoering en coördinatie van de JGZ-standaarden bij het Samenwerkingsverband Implementatie ligt, heeft het Samenwerkingsverband weinig zicht en zeker geen invloed op andere implementatieactiviteiten die in het JGZ-veld plaatsvinden. Dit geldt in zekere zin ook voor de JAS. Op landelijk niveau ontbreekt tot nu toe een instantie of organisatie die deze regiefunctie heeft. Met de komst van het Centrum Jeugdgezondheid zal hier waarschijnlijk verandering in komen.

Op landelijk niveau ontbreekt eveneens een instantie of organisatie die de gegevens van het evaluatieonderzoek aan de instellingen terugkoppelt en ze daarop aanspreekt. Het is niet duidelijk wie daar verantwoordelijk voor is. Daarnaast ontbreekt financiering hiervoor.

5.4 Kanttekeningen

Het betreft een beperkt kwalitatief onderzoek. Geprobeerd is via de sneeuwbalmethode zicht te krijgen op belangrijke sleutelpersonen en organisaties binnen en buiten de JGZ.

Gezien het feit dat de antwoorden van veel respondenten overeenkomen, ongeacht hun functie en positie, denken we een goed beeld te hebben verkregen van de huidige wijze van invoering van de JGZ-standaarden, knelpunten en verbeterpunten daarbij. Daarnaast waren er geen discrepanties tussen de antwoorden van de respondenten en de bevindingen van eerder onderzoek naar de JGZ-standaarden.

De interviews vonden in de maanden mei, juni en juli 2006 plaats. Tussen deze periode en het uitkomen van het onderhavige rapport hebben zich binnen de JGZ in een snel tempo een aantal ontwikkelingen voltrokken. Zo is onder andere het Centrum Jeugdgezondheid verder uitgebreid, vonden er gesprekken plaats tussen VWS en ZonMw over een programmatische aanpak van de ontwikkeling en implementatie van de JGZ-standaarden en wordt het ZonMw-programma Jeugd verder uitgewerkt waarbinnen de JGZ-standaarden een eigen onderdeel zullen vormen. Deze en andere ontwikkelingen zijn in dit rapport niet meegenomen.

5.5 Aanbevelingen

De insteek van dit onderzoek was om te leren van aanpalende beroepsorganisaties en organisaties binnen de jeugdzorg en jeugdhulpverlening die vernieuwingen invoeren. Daarnaast was de opdracht de huidige invoering van de JGZ-standaarden aan een kritische blik te onderwerpen en vooral te kijken naar verbeterpunten. In dit licht moeten de conclusies en onderstaande aanbevelingen worden gezien. Zoals eerder vermeld in dit rapport is het traject van invoering van de JGZ-standaarden nog vrij jong en in ontwikkeling. In die zin is er al veel bereikt en zijn onderstaande aanbevelingen vooral bedoeld om datgene wat is bereikt te bewaren, te onderhouden en te verbeteren.

Algemeen

Een eerste aanbeveling is om een financiële raming te maken van de kosten, op landelijk niveau en op het niveau van de JGZ-organisaties, van alle activiteiten die ten behoeve van de ontwikkeling en invoering van de JGZ-standaarden nodig zijn. Hierbij dienen uiteraard ook de indirecte uren (personele kosten in de organisaties) meegenomen te worden.

Met de komst van het Centrum Jeugdgezond RIVM zal er mogelijk een verschuiving in rollen plaatsvinden van de organisaties die nu bij de ontwikkeling en invoering van de JGZ-standaarden betrokken zijn. Dit moet zich de komende maanden verder uitkristalliseren. Daarnaast zal de komende maanden afstemming plaatsvinden tussen het Centrum Jeugdgezondheid RIVM, het ZonMw programma Jeugd, het kenniscentrum Jeugd NIZW en VWS. Om die reden is bij een deel van de aanbevelingen niet aangegeven wie / welke organisatie de aanbeveling zou moeten uitvoeren. Een tweede aanbeveling is dat er snel duidelijkheid komt over de taakverdeling in de aansturing van de ontwikkeling en invoering van de JGZ-standaarden.

Een derde aanbeveling is om op basis van het onderhavige onderzoek, het evaluatieonderzoek van de JGZ-standaard Visuele Stoornissen en de uitkomst van de invitationale conference het Raamwerk Implementatie aan te scherpen en te herschrijven. Dit Raamwerk zou dan als een blauwdruk moeten dienen voor de invoering van de JGZ-standaarden voor de komende vijf jaar.

Ontwikkeling JGZ-standaarden

Geadviseerd wordt dat de ontwikkelaars bij elke JGZ-standaard aangeven wat de kernelementen zijn. Het gaat daarbij om de vraag wat essentieel is om te doen, wat essentieel is om achterwege te laten en welke adviezen optioneel zijn. Daarnaast zou men moeten aangegeven wat de consequenties zijn voor de 0-19 jarige wanneer een JGZ-medewerker of -organisatie van de essentiële onderdelen afwijkt. Bijvoorbeeld: hoe erg is het voor een adequate opsporing van visuele stoornissen wanneer de APK in plaats van de Landolt-C kaart wordt gebruikt bij kinderen vanaf 3 jaar en 9 maanden? Dit is niet alleen van belang voor de uitvoerende JGZ-medewerkers, maar ook voor de managers zodat zij een inschatting te kunnen maken van de implicaties voor het budget, personeelsinzet en organisatorische aanpassingen. Verder moeten de ontwikkelaars speciale aandacht (blijven) hebben voor de afstemming van adviezen tussen JGZ-standaarden onderling en rekening houden met de in het Basistakenpakket benoemde contactmomenten. Hierbij dient aangetekend te worden dat een deel van deze knelpunten ondervangen wordt door een uitgebreidere proefimplementatie te doen.

Ondanks een uitgebreide proefimplementatie zullen JGZ-medewerkers en -organisaties tegen 'nieuwe' uitvoeringproblemen blijven aanlopen. Daarom is het belangrijk dat deze centraal verzameld en gemeld worden bij de ontwikkelaars zodat ze bij de update van de standaard verwerkt kunnen worden. Het spreekt voor zich dat, zoals nu het geval is, de determinantenanalyse en het evaluatieonderzoek naar het gebruik van de standaarden in overleg met de ontwikkelaars plaatsvindt en dat de gegevens aan de ontwikkelaars teruggekoppeld worden. Voor de verwerking hiervan dienen ook middelen beschikbaar gesteld te worden.

De JGZ-standaarden worden van oudsher en tot nu toe ontwikkeld door TNO Kwaliteit van Leven in samenwerking met externe experts. Het is wenselijk dat TNO Kwaliteit van Leven dat blijft doen vanwege de in de afgelopen jaren opgedane kennis en expertise en de opgebouwde kennisinfrastructuur. Dit geldt ook voor updates van JGZ-standaarden.

Analoog aan de NVK-richtlijnen is het de moeite waard om te onderzoeken of elders ontwikkelde richtlijnen en standaarden (dat wil zeggen niet door TNO Kwaliteit van Leven ontwikkeld maar door aanpalende beroepsgroepen), beschikbaar kunnen worden gesteld met de aanbeveling de status van JGZ-standaard te krijgen (bijvoorbeeld een NVK-richtlijn). Om de kwaliteit en de uniformiteit van deze standaarden te garanderen zal er een inhoudelijke kwaliteitscontrole moeten plaatsvinden. Vanwege kennis en expertise ligt het in de rede dat de JAS, met hierin TNO Kwaliteit van Leven als wetenschappelijke organisatie, deze inhoudelijke kwaliteitscontrole doet, waarna een implementatietraject zou moeten volgen voor de JGZ.

Determinantenanalyse

Het verdient aanbeveling een uitgebreidere determinantenanalyse / proefimplementatie te houden dan nu het geval was bij de JGZ-standaard Aangeboren Hartafwijkingen, waardoor op meer uitvoeringsproblemen geanticipeerd kan worden (zie eerdere aanbeveling). Op onderdelen kunnen daarbij de ervaringen van PI Research en het NIZW behulpzaam zijn. Voor elke standaard zou op basis van de proefimplementatie op landelijk niveau een document met uitvoeringsproblemen en oplossingen (FAQ), een implementatieplan voor de eigen instelling, inhoudelijke scholing en een raming van de kosten voor de instellingen gemaakt moeten worden. Dit impliceert dat niet alleen uitvoerende JGZ-medewerkers maar ook managers bij de proefimplementatie betrokken

moeten worden. Een andere implicatie is dat hiervoor meer tijd en meer financiering beschikbaar moet komen in vergelijking tot de JGZ-standaard Aangeboren Hartafwijkingen.

Invoerstrategieën

Scholing en coaching zijn essentieel bij het (gaan) werken met de JGZ-standaarden. Het verdient aanbeveling voor iedere standaard inhoudelijke scholing te ontwikkelen voor de uitvoerende JGZ-medewerkers en implementatiescholing voor de implementatiecoördinatoren. Beide scholingen dienen op elkaar afgestemd te zijn. Daarnaast verdient het aanbeveling follow-up bijeenkomsten te organiseren voor de uitwisseling van ervaringen. In feite is dit wat in het Raamwerk uit 2002 beschreven is, maar (nog) niet is uitgevoerd. Verder is het wenselijk dat artsen, verpleegkundigen en assistenten gezamenlijk starten met de scholing.

Geadviseerd wordt om de mogelijkheden van e-learning verder te onderzoeken en daarbij te leren en gebruik te maken van de ruime ervaring die het NHG op dit gebied heeft. Deze manier van scholing is waarschijnlijk goedkoper en een bijkomend voordeel is dat de JGZ-medewerker er op elk gewenst moment gebruik van kan maken. Daarnaast zal de meer 'traditionele' scholing nodig blijven omdat e-learning zich minder / niet leent voor attitudeverandering en het aanleren en oefenen van vaardigheden. Een mogelijk bijkomend probleem is dat de meeste JGZ-medewerkers vooralsnog niet op locatie over een eigen computer beschikken. Maar op elke locatie is wel minimaal één computer beschikbaar.

Het verdient aanbeveling voor alle standaarden een toolkit te maken met materialen voor voorlichting, scholing, monitoring van het gebruik en voor de evaluatie in de eigen instelling. Ook op dit punt zou geleerd kunnen worden van de ervaringen van het NHG.

Voor zowel de scholing als voor de ontwikkeling van ondersteunende materialen, zou meer en structurele financiering beschikbaar moeten komen. Daarnaast is het noodzakelijk dat niet alleen het gebruik maar ook de effecten van de scholing en de ondersteunende materialen onderzocht worden. (zie ook monitoring en evaluatie)

Het verdient aanbeveling dat de standaarden een structurele plaats krijgen binnen de reguliere opleidingen en de bij- en nascholing van *alle* beroepsgroepen in de JGZ. Enerzijds dient de inhoudelijke scholing gebaseerd te zijn op de werkwijze zoals beschreven in de JGZ-standaarden, anderzijds gaat het om scholing over de implementatie van de JGZ-standaarden. Het is wenselijk dat de lijnen tussen ontwikkelaars en de opleiders kort zijn.

Verspreiding

Er zou meer aandacht moeten zijn voor de verspreiding van de standaarden onder de verpleegkundigen en assistenten, bij de directie / het management van JGZ-organisaties. Tot nu toe vindt de verspreiding van de standaarden plaats door de koepelorganisaties. Zij vragen de directies / het management van de instellingen de standaarden uit te delen aan alle artsen, verpleegkundigen en assistenten. Omdat de hoofden/managers verantwoordelijk zijn voor de invoering van de standaarden en het creëren van de randvoorwaarden daartoe, zal ook in de toekomst de verspreiding via het management plaatsvinden. In instellingen waar implementatiecoördinatoren aanwezig zijn, zouden deze coördinatoren gelijktijdig geïnformeerd moeten worden over het tijdstip van verspreiding zodat zij dit intern kunnen bewaken. Daarnaast kunnen de

beroepsorganisaties en de opleidingsinstituten een belangrijke rol spelen bij het onder de aandacht brengen van de standaarden. Zie hiervoor ook de aanbevelingen in het rapport over de standaard Visuele Stoornissen.

Implementatie en borging

De gewenste activiteiten om de implementatie te verbeteren zijn beschreven onder de kop 'invoerstrategieën'. Verder is het wenselijk dat er in iedere organisatie een implementatiecoördinator is en een persoon die inhoudelijke begeleiding en 'training on the job' kan bieden (zie infrastructuur).

Het is wenselijk dat het werken met de JGZ-standaarden is ingebed in het beleid van de organisaties en in het kwaliteitssysteem, daar waar dit nog niet het geval is. Door de HKZ-certificering zal de borging van de JGZ-standaarden naar verwachting in de toekomst steeds beter verlopen, althans wat betreft de monitoring van de organisatie van de zorg. Noodzakelijk is verder dat door intercollegiale toetsing en soortgelijke methodieken de kwaliteit van het werken met de standaarden wordt bevorderd. Intercollegiale toetsing is een goede manier om dit te bespreken en te borgen. In het kader van de herregistratie zijn artsen verplicht deel te nemen aan intercollegiale toetsing. De verplichting voor verpleegkundigen komt eraan (het kwaliteitsregister V&VN gaat dit jaar van start). Het is wenselijk dat een JGZ-standaard bijvoorbeeld eens in de twee tot drie jaar besproken wordt tijdens intercollegiale toetsing. Ook zou de mogelijkheid van het verstrekken van licenties, als methode om het gebruik van de standaarden beter te kunnen borgen, nader onderzocht moeten worden.

Het is aan te bevelen de JGZ-standaarden, waar mogelijk, in het EKD op te nemen. Dit ter ondersteuning van het gebruik en de borging van de standaarden.

Monitoring en evaluatie

Het is wenselijk om het gebruik van de JGZ-standaarden op landelijk niveau te blijven evalueren. De opzet en vraagstellingen bij de evaluatie van nieuwe standaarden dienen voort te borduren en aan te sluiten bij de resultaten van eerder evaluatieonderzoek naar de JGZ-standaarden. Dit is nodig om de implementatiecyclus rond te maken. Vanwege kennis en ervaring met betrekking tot implementatieonderzoek van de huidige JGZ-standaarden, maar vooral ook vanwege de genoemde uniformering en continuering, ligt het in de rede dat dit evaluatieonderzoek aan TNO Kwaliteit van Leven opgedragen blijft worden. Dit in samenwerking met inhoudelijke experts. Het Centrum Jeugdgezondheid zou het beheer en de regie hierover moeten hebben. De terugkoppeling van de gegevens naar de hoofden/managers zou eveneens door het Centrum Jeugdgezondheid moeten plaatsvinden, al dan niet in samenwerking met de IGZ.

Hoewel het EKD zich leent voor onderzoeksdoeleinden zal het EKD niet geschikt zijn om het gebruik van *alle* kernelementen te meten. Daarnaast geeft het EKD geen antwoord op de vraag wat de redenen zijn van het wel / niet gebruik van de standaarden. Dit laatste soort onderzoek is nodig om de standaarden te kunnen updaten en hernieuwde invoerstrategieën te kunnen inzetten.

De meeste respondenten gaven aan dat de opzet van landelijke 'peilstations', zoals voorgesteld in het Raamwerk, nuttig kan zijn. Aanbevolen wordt deze mogelijkheid verder te onderzoeken. De functie van de peilstations zou kunnen zijn: a. meewerken aan proefimplementaties, b. het peilen van de praktische problemen tijdens en na de

invoering, nagaan wat er aan onderhoud wordt gedaan; c. meewerken aan een landelijke evaluatie van de standaarden.

Onderzoek over het effect van invoerstrategieën staat (wereldwijd) nog in de kinderschoenen. Het is wenselijk dat er meer onderzoek wordt verricht naar de methodieken (theoretisch veranderingsprincipe) en invoerstrategieën die verantwoordelijk gehouden mogen worden voor een geslaagde implementatie.

Infrastructuur

Gezien de opgedane kennis en ervaring is het wenselijk de activiteiten van het Samenwerkingsverband Implementatie op structurele wijze voort te zetten bij de invoering van komende JGZ-standaarden. Mogelijk dat op termijn taken van het Samenwerkingsverband Implementatie door het Centrum Jeugdgezondheid overgenomen worden. Voor de korte termijn is het echter van belang dat het Samenwerkingsverband Implementatie met haar activiteiten doorgaat totdat het Centrum Jeugdgezondheid voldoende menskracht en expertise heeft om dit eventueel over te nemen.

Het ligt voor de hand dat het Samenwerkingsverband Implementatie onder regie van het Centrum Jeugdgezondheid komt te vallen.

Een structuur met implementatiecoördinatoren zoals beschreven in het Raamwerk, wordt door alle respondenten onderschreven. De onderliggende gedachte is dat het van belang is dat elke instelling beschikt over een of twee geschoolde personen die de invoering van de standaarden in de eigen instelling kunnen vormgeven en monitoren, en dat organisaties ervaringen kunnen uitwisselen. Daarom is het wenselijk deze structuur verder uit te bouwen. De invoering van de JGZ-standaarden laat nu nog sterke verschillen zien tussen organisaties in tempo en intensiteit. Voorop staat dat de hoofden/managers verantwoordelijk zijn voor de invoering van de standaarden en het creëren van de randvoorwaarden daartoe. In sommige organisaties verloopt de invoering uitstekend via de hoofden / managers of via een 'bestaande' staffunctionaris en in andere organisaties is (op initiatief van het management) speciaal een functie van implementatiecoördinator in het leven geroepen. Het is van belang om aan te sluiten bij de bestaande situatie en geen nieuwe functies te creëren waar dit niet nodig is. Vanuit landelijk niveau kan een aanbod worden gedaan voor ondersteuning / scholing bij de invoering, maar dit moet / kan niet dwingend worden opgelegd.

In aansluiting bij voorgaande is het wenselijk dat binnen elke organisatie de volgende taken /activiteiten vervuld worden:

1. De coördinatie van de invoering van de standaarden, waaronder de verspreiding van de standaarden (ook onder nieuwkomers), toezien dat iedereen geschoold wordt en toezien op de monitoring van het gebruik van de standaarden en de borging (implementatiecoördinator).
2. Inhoudelijke begeleiding voor 'training on the job' bij het werken met een nieuwe standaard, bevorderen van de adoptie en helpdesk / vraagbaak (inhoudelijke begeleider/coach).

Deze taken / activiteiten hoeven niet noodzakelijkerwijs door twee personen te worden vervuld. Het heeft de voorkeur dat degene die de invoering coördineert in principe telkens dezelfde persoon is omdat er ook afstemming moet zijn tussen de invoering van verschillende standaarden.

Een voorwaarde is dat wanneer de hoofden / managers bovengenoemde taken delegeren, deze personen bevoegd zijn c.q. mandaat hebben om bepaalde beslissingen te nemen en kunnen beschikken over de benodigde middelen, materialen en tijd. Wanneer deze personen ook de invoering van andere vernieuwingen dan de JGZ-standaarden op zich nemen, is naar inschatting van de respondenten daarmee 32 uur per week gemoeid.

Er dient jaarlijks een implementatiescholing aangeboden te worden aan de JGZ-organisaties voor nieuwe 'implementatiecoördinatoren' of andere personen die de invoering in de eigen instelling ter hand nemen. Het is te overwegen deze personen ook op te leiden voor het begeleiden van intercollegiale toetsgroepen. Daarnaast is het wenselijk dat er jaarlijks een bijeenkomst wordt georganiseerd voor alle coördinatoren, zodat men van elkaars ervaringen kan leren. Voor deze scholing en terugkomdagen dient dan wel structurele financiering beschikbaar te zijn. Tot nu toe worden deze scholingen geïnitieerd vanuit het Samenwerkingsverband Implementatie. Het is wenselijk deze scholing onder te brengen bij de opleidingsinstituten die de reguliere scholing en bij- en nascholingen binnen de JGZ verzorgen.

De mensen die de inhoudelijke begeleiding in de organisatie op zich nemen dienen eveneens geschoold te worden. Het tijdstip en de omvang van de scholing is afhankelijk van het onderwerp van de standaard.

Beleid, regie en financiering

Er dient een duidelijk vastgelegd landelijk overheidsbeleid te komen ten aanzien van de ontwikkeling en invoering van de JGZ-standaarden en andersoortige vernieuwingen in de JGZ. Hierbij is afstemming tussen VWS, het Centrum Jeugdgezondheid RIVM, het Kenniscentrum Jeugd NIZW, TNO Kwaliteit van Leven en de ZonMW-programma's Jeugd en Preventie noodzakelijk. Door een programmatische aanpak zal de ontwikkeling en invoering van de JGZ-standaarden niet alleen efficiënter, maar naar verwachting ook goedkoper zijn.

Er moet een landelijke regie zijn bij de invoering van de JGZ-standaarden door een onafhankelijke organisatie. Het ligt in de rede dat het Centrum Jeugdgezondheid deze regiefunctie op zich neemt.

Een basisvoorwaarde is dat VWS continue en liefst geormerkte financiering beschikbaar stelt voor de ontwikkeling, invoering en evaluatie van de JGZ-standaarden. In het ZonMw Programma Jeugd zou meteen de opdracht gegeven moeten worden voor zowel de ontwikkeling als implementatie van een bepaalde standaard. Op basis daarvan kan een schema worden gemaakt van welke standaarden de komende jaren ontwikkeld, ingevoerd en geëvalueerd worden. In voorgaande aanbevelingen en in de conclusieparagraaf is aangegeven voor welke activiteiten extra c.q. structurele financiering nodig is.

Het is wenselijk dat de huidige budgetten voor de invoering en evaluatie van de JGZ-standaarden worden verhoogd. Voor iedere activiteit zou een reële begroting moeten worden gemaakt zodat essentiële activiteiten kunnen worden uitgevoerd en niet, zoals nu het geval is, de activiteiten worden aangepast aan het beschikbaar gestelde budget.

Het is noodzakelijk dat de ontwikkeling en implementatie van de JGZ-standaarden aan elkaar gekoppeld zijn, dat wil zeggen dat bij de ontwikkeling al budget beschikbaar is voor de implementatie. Het advies van het NHG, de organisatie met de meeste ervaring wat betreft de ontwikkeling en invoering van standaarden, is om geen standaard te ontwikkelen als er (nog) geen geld is voor de implementatie.

Daarnaast is het aan te bevelen de ontwikkeling, implementatie en scholing c.q. het maken van ondersteunende materialen ook aan elkaar te koppelen. Dit zou pleiten voor een organisatie, vergelijkbaar met het NHG, waarin alle onderdelen onder een dak zijn ondergebracht.

6 Literatuur

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

FLEUREN MAH, DE JONG ORW, FILEDT KOK-WEIMAR TL, VAN LEERDAM FJM. Implementatie van standaarden in de jeugdgezondheidszorg. Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg 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, 2004;82, 42-49.

FLEUREN MAH, WIEFFERINK CH, PAULUSSEN TGWM. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. International Journal for Quality in 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.

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

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

FLEUREN MAH, VERLAAN ML, VELZEN-MOL HWM VAN, DOMMELEN P VAN. Zicht op het gebruik van de JGZ-standaard Opsporing van Visuele Stoornissen 0-19 jaar. Een landelijk implementatieproject. Leiden, TNO Kwaliteit van Leven, 2006.

GEIJER RMM e.a. (red.) NHG-standaarden voor de huisarts I. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1999.

GROL R, ZWAARD A. Deskundigheids- en kwaliteitsbevordering van huisartsen. Utrecht: Nederlands Huisartsen Genootschap, 1990.

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

JONG DE ORW, 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, 2006.

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

SAAN H, HAES W DE. Gezond effect bevorderen. Het organiseren van effectieve gezondheidsbevordering. Woerden: NIZW, 2005.

THOMAS S. e.a. (red.) NHG-standaarden voor de huisarts II. Utrecht: Wetenschappelijke Uitgeverij Bunge, 1996. 4.

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

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

WAGENAAR-FISHER MM (red). Concept JGZ-standaard Secundaire Preventie Kindermishandeling.

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

A Raamwerk voor de verspreiding en implementatie van JGZ Standaarden

Raamwerk voor de verspreiding en implementatie van JGZ-Standaarden

O.R.W. de Jong

M.A.H. Fleuren

F.J.M. van Leerdam

Leiden, januari 2002

	Pagina
1. Inleiding	1
2. Theoretisch kader	2
3. Generiek plan van aanpak	3
3.1 Infrastructurele maatregelen	4
3.2 Verspreidings- en implementatie-activiteiten	6
4. Evaluatie	8
5. Kosten	9

Referenties

TNO Preventie en Gezondheid

Wassenaarseweg 56

2333 AL Leiden

Tel. 071 5181714

Fax 071 5181920

1. Inleiding

Vanaf 1998 tot 2008 worden een 20-tal Standaarden Jeugdgezondheidszorg 0-19 jarigen ontwikkeld. Het voornemen is om deze planmatig en systematisch in te voeren bij de Ouder- en Kindzorg in de thuiszorginstellingen en bij de Jeugdgezondheidszorg in de GGD-en. Het ontwikkelen en implementeren van Standaarden JGZ past binnen het proces van kwaliteitsverbetering van de Jeugdgezondheidszorg (JGZ) en wordt breed ondersteund door de praktijkwerkers, de opleidingsinstellingen, de beroepsverenigingen, de werkgeverskoepels, het ministerie van VWS en de inspectie.

Binnen de JGZ is geen sterk ontwikkelde traditie en infrastructuur voor de invoering van standaarden, zoals bij huisartsen. In 1998 is de eerste JGZ-Standaard Vroegtijdige Opsporing van Gehoorstoornissen 0-19 jaar gepubliceerd. (Van Leerdam, 1998, 2000). Onderzoek naar de verspreiding en implementatie van deze eerste standaard toonde aan dat een groot deel van de artsen, verpleegkundigen en assistenten de standaard niet had ontvangen en dat mede daardoor slechts een kwart van hen de standaard daadwerkelijk gebruikte. (Fleuren e.a., 2002). Het management bleek veelal de beslissing te nemen voor de invoering en de werkers werden daarbij doorgaans niet betrokken. Er vonden nauwelijks doelgerichte activiteiten plaats om te stimuleren dat de standaard daadwerkelijk wordt gebruikt en geen enkele activiteit voor de continuering van het gebruik. Uit het onderzoek bleek ook dat de verspreiding van richtlijnen en protocollen bij een derde van de instellingen niet systematisch plaatsvindt. Er is evenwel onder JGZ-medewerkers een groot draagvlak om met standaarden te werken. Volgens hen zouden er meer en gerichte implementatie-activiteiten moeten plaatsvinden om het daadwerkelijk gebruik te bevorderen.

Onderzoek naar de invoering van het vernieuwde Van Wiechenonderzoek (Brouwers-de Jong e.a., 1996) liet zien dat een op zichzelf adequate aanpak met regionale arts-instructeurs (stafartsen Ouder- en Kindzorg) problematisch verliep en niet het gewenste resultaat opleverde. (Bots e.a., 2001). De consultatiebureau-artsen werd wel kennis bijgebracht, maar slechts 6% ontving een vaardigheidstraining. Verpleegkundigen ontvingen geen bijscholing. Audiovisueel materiaal ontbrak, alsmede begeleiding in de praktijk. Het protocol werd niet volledig en nauwkeurig uitgevoerd en de taakverdeling tussen artsen en verpleegkundigen was niet volgens het protocol.

Van de huidige gebrekkige implementatie inspanningen mag niet de gewenste effectiviteit worden verwacht bij de praktijkwerkers (het juist gebruik van standaarden en inbedding in het dagelijkse werk) en bij de doelpopulatie (nauwkeurige opsporing van afwijkingen in de groei en ontwikkeling van 0-19 jarigen).

Voor de effectieve implementatie van de Standaarden JGZ is een adequate infrastructuur noodzakelijk, die thans ontbreekt, alsmede gerichte activiteiten om de kennis over, het gebruik van en de inbedding in het dagelijkse werk van standaarden te bevorderen. Dit raamwerk biedt een overzicht van de maatregelen voor het inrichten van een infrastructuur en van gewenste verspreidings- en implementatieactiviteiten voor afzonderlijke standaarden. Het is enerzijds gebaseerd op de uitkomsten van de hiervoor genoemde onderzoeken en anderzijds op bredere kennis, inzichten en ervaringen met betrekking tot implementatie.

2. Theoretisch kader

Onder implementatie Standaarden JGZ wordt verstaan de procesmatige en planmatige invoering van standaarden met als doel dat deze een structurele plaats krijgen in het handelen van werkers in de 0-19 jarigen zorg. Uit onderzoek is bekend dat de implementatie van standaarden geen vanzelfsprekend proces is. Standaarden dringen veelal langzaam door in de praktijk van zorgverleners (Fleuren, 1998; Grol e.a., 2000). Het implementatieproces bestaat uit drie fasen: de beslissing van leiding en uitvoerders in de JGZ om een standaard al of niet te gaan gebruiken (adoptie); het daadwerkelijk, volledig en nauwkeurig gebruik van standaarden (implementatie) en de verankering van standaarden in de dagelijkse praktijk, het reguliere beleid en de kwaliteitsbewaking van de uitvoering (institutionalisatie).

Factoren die het implementatieproces van standaarden beïnvloeden betreffen:

1. de kenmerken van de omgeving (de aanwezigheid van een infrastructuur)
2. de kenmerken van de instelling (draagvlak en steun voor de invoering en het gebruik van standaarden, de beschikbaarheid van faciliteiten)
3. de kenmerken van de uitvoerders (kennis en vaardigheden, taakopvatting over het gebruik van standaarden, eigen-effectiviteitsverwachting, uitkomstverwachtingen, verwachte voordeel van het werken met standaarden) collegiale steun)
4. de kenmerken van de standaard (complexiteit, gebruiksgemak, duidelijkheid en helderheid)

De kans op een succesvol implementatieproces wordt vergroot door een planmatige aanpak, gericht op beleids-, instellings- en uitvoerdersniveau en met een combinatie van informatieve, educatieve en faciliterende implementatiestrategieën. De invoeringstrategieën dienen aan te grijpen op de genoemde kenmerken, zodat de adoptie, implementatie en institutionalisatie wordt bevorderd. Dit kan echter per

standaard verschillen. Bij de Standaard Opsporing van Gehoorstoornissen zal bijvoorbeeld een geluidsarme omgeving noodzakelijk zijn, terwijl bij de (te ontwikkelen) Standaard Opsporing van Kindermishandeling specifieke gespreksvaardigheden van belang zijn. Per standaard moet worden bekeken welke invoeringstrategieën het meest adequaat zijn. Ook moet er rekening mee worden gehouden dat de jeugdgezondheidszorg deel uitmaakt van het netwerk van zorgverlening aan jeugdigen. Standaarden JGZ dienen aan te sluiten op het vervolgbeleid van andere betrokken zorgdisciplines en als zodanig dienen deze disciplines op de hoogte te zijn van de inhoud van JGZ-Standaarden.

3. Generiek plan van aanpak

Het plan van aanpak bestaat enerzijds uit maatregelen om in 2002 te starten met de inrichting van een adequate infrastructuur, alsmede uit informatieve en educatieve activiteiten om standaarden te verspreiden en in te voeren. In dit plan van aanpak worden generieke maatregelen en activiteiten beschreven. Medio 2002 zijn de standaard Opsporing Visuele Stoornissen en de standaard Scoliose gereed. Voor beide standaarden dienen nog gespecificeerde implementatieplannen te worden ontworpen. Ook zijn voorstellen opgesteld voor de ontwikkeling van de standaarden Hartafwijkingen en Kindermishandeling. Ook hiervoor dienen specifieke implementatieplannen te worden ontwikkeld. Alvorens deze plannen op te stellen, is echter overeenstemming nodig tussen het Landelijk Centrum Ouder- en Kindzorg (LCOKZ), GGD-Nederland, de JGZ Adviesraad Standaarden (JAS) en de beroepsorganisaties over de haalbaarheid van het generieke plan van aanpak, in het bijzonder het onderdeel over de infrastructurele maatregelen.

3.1 *Infrastructurele maatregelen*

Er ontbreekt een adequate infrastructuur voor de invoering van JGZ-Standaarden.

De volgende maatregelen worden voorgesteld:

1. De oprichting van een Coördinatiepunt Standaarden JGZ. Dit Coördinatiepunt is een samenwerkingsverband van het LCOKZ, GGD-Nederland, en TNO Preventie en Gezondheid (TNO-PG) en wordt ondergebracht bij TNO-PG. De JAS stuurt het Coördinatiepunt aan in de vorm van een stuurgroep. Het Coördinatiepunt heeft twee hoofdtaken: de coördinatie van de ontwikkeling van JGZ-Standaarden en de coördinatie van de invoering, de monitoring van de invoering en de kwaliteitsbewaking van de uitvoering van JGZ-Standaarden. Het zal tevens een adressenbestand aanleggen en halfjaarlijks actualiseren, in het kader van de verspreiding van standaarden.

Het Coördinatiepunt wordt bemensd met twee coördinatoren en secretariële ondersteuning: een coördinator van de sector KEI/TNO-PG voor 0,5 FTE voor de implementatiecoördinatie en een coördinator van de Divisie Jeugd voor 0,5 FTE voor de ontwikkeling van standaarden. Beiden krijgen secretariële ondersteuning voor 0,5 FTE. Op onderdelen van de activiteiten van het Coördinatiepunt wordt gebruikt gemaakt van medewerkers van de sector KEI en de Divisie Jeugd, onder meer bij de ontwikkeling van standaarden en bij het onderzoek in de peilstations.

Bij TNO-PG zijn de randvoorwaarden ruimschoots aanwezig om in samenwerking met het LCOKZ, GGD-Nederland en de JAS de implementatie adequaat te coördineren. De Sector Kwaliteit, Educatie en Implementatie in de Divisie Volksgezondheid beschikt over expertise op het terrein van implementatie-onderzoek, implementatie-ondersteuning en advisering en onderwijs. De huidige voortgezette opleiding Arts Jeugdgezondheidszorg en de Applicatiecursus voor Consultatiebureau-artsen worden door de sector verzorgd. Een belangrijk deel van de nascholing voor JGZ-werkers wordt eveneens door de sector uitgevoerd. Binnen de Divisie Jeugd is expertise aanwezig over de ontwikkeling van standaarden voor diverse beroepsgroepen (jeugdgezondheidszorg, verloskundigen, kraamzorg).

2. Bij elke afdeling OKZ/Thuiszorg en JGZ/GGD wordt een speciale coördinator Standaarden JGZ vrijgesteld voor 0,1 FTE . Dit is bij voorkeur een consultatiebureau-arts, jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Hoofdtak is de coördinatie van de invoering van standaarden in de eigen afdeling, inclusief de gedelegeerde taak met betrekking tot kwaliteitsbewaking en –bevordering. Afgeleide taken zijn de voorlichting en instructie over nieuwe standaarden in de eigen afdeling, voorlichting over herziene standaarden, begeleiding in de praktijk bij de uitvoering en kwaliteitsbewaking met behulp van de methodiek intercollegiale toetsing. Daarnaast zorgen de coördinatoren voor de lokale voorlichting over de standaard bij de zorgdisciplines in de zorgketen. Deze opzet bevordert het “ownership” bij de afdelingen OKZ/Thuiszorg en JGZ/GGD-en. Door het Coördinatiepunt wordt een handleiding vervaardigd voor de lokale invoering van standaarden. Van TNO-PG ontvangen de coördinatoren een 2-daagse training, gebaseerd op de handleiding. Daarnaast ontvangen ze een scholing op het terrein van het gebruik van de methodiek intercollegiale toetsing.
3. In het kader van de monitoring van de uitvoering van JGZ-Standaarden worden 10 peilstations opgezet van OKZ-afdelingen en JGZ-afdelingen. Jaarlijks voert

het Coördinatiepunt peilingen uit over de mate waarin de standaarden worden (op)gevolgd. De peilingen zullen worden opgezet met behulp van (elektronische) registratie over het gebruik van standaarden. Hiertoe zal een registratie-ontwerp worden ontwikkeld. Op basis van de uitkomsten van de registraties zal een selectie van de uitvoerders (artsen, verpleegkundigen en assistenten) die deelnemen aan de peilstations, worden geïnterviewd over het wel/niet opvolgen van onderdelen in de standaarden.

4. Het Coördinatiepunt ontwikkelt en verspreidt een Nieuwsbrief Standaarden JGZ. Deze Nieuwsbrief geeft informatie over de stand van zaken bij de ontwikkeling en implementatie van standaarden voor de leiding en uitvoerders.

3.2 *Verspreidings- en implementatieactiviteiten*

Afhankelijk van het type standaard zijn reguliere doelstellingen van de verspreiding en implementatie van JGZ-Standaarden:

1. Alle betrokkenen (landelijke beroepsorganisaties, management Ouder- en Kindzorg en JGZ/GGD-en, artsen, verpleegkundigen en assistenten) zijn op de hoogte van de standaard.
2. Alle betrokkenen onderschrijven het belang van het gebruik van de standaard voor de organisatie en de kwaliteit van zorg aan jeugdigen en verzorgers.
3. Alle zorgdisciplines in de zorgketen (huisartsen, specialisten, paramedici, maatschappelijk werk, geestelijke gezondheidszorg) zijn op de hoogte van de standaard, en onderschrijven het belang voor de afstemming in de zorgketen.
4. Alle uitvoerders in de JGZ achten zich en zijn in staat de aanwijzingen in de standaard uit te voeren.
5. Voor de uitvoering van de standaard zijn de benodigde faciliteiten beschikbaar.
6. De standaard wordt volledig en nauwkeurig door de uitvoerders uitgevoerd.
7. De kwaliteit van de uitvoering wordt nauwgezet gevolgd en bewaakt.

Elke standaard bestaat uit een geplastificeerde kaart, een korte handleiding voor de uitvoering, inclusief voorwaarden voor het afnemen van het onderzoek, de verwijscriteria en de taken voor artsen, verpleegkundigen en assistenten, een boek met de wetenschappelijke onderbouwing van de standaard en een artikel in vaktijdschriften.

Reguliere informatieve activiteiten door het Coördinatiepunt voor elke standaard zijn:

- op naam krijgen alle uitvoerenden de kaart en de handleiding toegezonden;
- op alle werkplekken OKZ en JGZ is minimaal één boek beschikbaar;
- elke standaard wordt gepubliceerd in het Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg;

- elke standaard wordt aangekondigd in de bulletins van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG) en de Landelijke Federatie van Consultatiebureau-artsen (LFC), in het LCOKZ-Nieuws en GGD-Nieuws;
- alle betrokken disciplines in de zorgketen worden op de hoogte gesteld via de bulletins van hun beroepsorganisaties en via vaktijdschriften;
- elke standaard wordt aangekondigd in de Nieuwsbrief Standaarden JGZ;
- ter introductie zullen voor de eerste standaarden landelijke symposia worden georganiseerd (Standaard Opsporing Visuele Stoornissen en Standaard Scoliose, die medio 2002 gereed zijn).

Reguliere educatieve activiteiten onder regie van het Coördinatiepunt zijn:

- voor elke standaard worden voor de uitvoerders lokale geaccrediteerde voorlichtings- en instructiebijeenkomsten georganiseerd. De duur van deze bijeenkomsten is afhankelijk van het type standaard en kan variëren tussen een halve en hele dag. De bijeenkomsten worden uitgevoerd door de opgeleide arts-instructeurs. Doelen zijn de informatieverstrekking over de inhoud en opzet van de standaard, inclusief verschillen de huidige en nieuwe werkwijze, en de training in vaardigheden voor het gebruik van de standaard;
- de kwaliteitsbewaking in de instellingen wordt uitgevoerd met behulp van de methodiek intercollegiale toetsing. Deze methodiek vindt geleidelijk ingang in de JGZ en is bij uitstek geschikt om de uitvoering van de standaarden lokaal te monitoren, c.q. te verbeteren. De uitvoering is in handen van de lokale coördinatoren Standaarden JGZ. Zij zullen door TNO-PG worden geschoold in het gebruik van de methodiek.
- In de opleiding Arts Maatschappij en Gezondheid, profiel Jeugdgezondheidszorg, zal in de desbetreffende modules het onderwerp Standaarden JGZ worden opgenomen. Het Coördinatiepunt zal in samenwerking met de NSPH en de sector Kwaliteit, Educatie en Implementatie van TNO-PG de inhoud en opzet hiervan vaststellen.
- In het nascholingscircuit van de zorgdisciplines in de zorgketen zal het Coördinatiepunt stimuleren dat de JGZ-Standaarden als regulier onderwerp in de nascholing wordt opgenomen, in samenwerking met de lokale coördinatoren.

4. Evaluatie van de verspreiding en implementatie

De beperkte jaarlijkse monitoring door het Coördinatiepunt met behulp van interviews met lokale coördinatoren genereert informatie over het verloop van de invoering, en de ervaren problemen bij de uitvoering van de standaarden. Deze informatie kan, samen met de informatie uit de peilstations, worden gebruikt bij het “up-daten” van standaarden, alsmede tot acties voor verbetering van de uitvoering. Daarnaast is het gewenst dat een driejaarlijkse schriftelijke evaluatie onder een representatieve steekproef van afdelingen OKZ en JGZ plaatsvindt om de adoptie, implementatie en institutionalisering van de standaarden te meten. Dat betekent tussen 2002 en 2008 twee evaluaties, respectievelijk in 2005 en 2008.

De indicatoren voor de evaluatie betreffen de verspreidings- en implementatieactiviteiten per ingevoerde standaard als de maatregelen voor de invoering van de infrastructuur.

Maatregelen infrastructuur

- functioneren Coördinatiepunt Standaarden JGZ
- tevredenheid van participanten in het Coördinatiepunt
- aantal aangestelde lokale coördinatoren
- aantal getrainde coördinatoren
- tevredenheid van coördinatoren met de training implementatie JGZ-Standaarden
- aantal aangeschafte handleidingen Lokale Implementatie JGZ-Standaarden
- tevredenheid met de handleidingen bij de lokale coördinatoren
- functioneren van de Peilstations Implementatie JGZ-Standaarden
- uitkomsten interviews over verloop van implementatie en (op)volgen van standaarden
- aantal verzonden Nieuwsbrieven
- tevredenheid met de Nieuwsbrieven

Verspreidings- en implementatieactiviteiten per standaard*Bereik:*

- aantallen verzonden geplastificeerde kaarten en handleidingen voor de uitvoering
- aantallen aangeschafte boeken
- proportie van uitvoerders dat op de hoogte is van de standaard
- proportie van andere zorgdisciplines dat op de hoogte is van de standaard

Tevredenheid:

- tevredenheid bij uitvoerders met de standaarden (kaart, handleiding en boek) m.b.t. complexiteit, gebruiksgemak, duidelijkheid
- tevredenheid bij uitvoerders met voorlichting en instructie over de standaarden door lokale coördinatoren
- tevredenheid met intercollegiale toetsing standaarden in verband met kwaliteitsbewaking
- tevredenheid bij andere zorgdisciplines met de standaarden

Adoptiekenmerken:

- kenmerken uitvoerders (taakopvatting, eigen-effectiviteitsverwachting)

Implementatie:

- aantal uitgevoerde voorlichtings- en instructiebijeenkomsten
- proportie van uitvoerders dat voorlichting en instructie heeft ontvangen
- proportie uitvoerders dat de standaard volledig en nauwkeurig uitvoert

Institutionalisering

- aantal uitgevoerde intercollegiale toetsingen met betrekking tot standaarden
- proportie van uitvoerders dat standaarden “over time” nauwkeurig en volledig uitvoert

5.Kosten

Nog te bepalen.

Referenties

Brouwers-deJong EA, Burgmeijer RJF, Laurent de Angulo MS (1996). Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau. Van Gorcum, Assen

Bots H, Stam K, Burgmeijer RJF. De praktijk van het Van Wiechenonderzoek 0-15 maanden. Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg 2001;5:88-93

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

Fleuren MAH e.a. (2002). Implementatie van standaarden in de Jeugdgezondheidszorg. TNO Preventie en Gezondheid (in voorbereiding)

Grol R en Wensing M (2000). Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Elsevier Gezondheidszorg, Maarssen

Leerdam FJM van, red (1998). JGZ-Standaard Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar. Bohn Stafleu, Houten

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

B Interviewvragen aanpalende beroepsgroepen en organisaties binnen de jeugdzorg en jeugdhulpverlening (NHG, NVK, NIZW en PI Research) en respondenten

1. Heeft uw instelling een omschreven visie en/of werkwijze op de implementatie van standaarden/programma's in uw werkveld? Berust deze op een (praktijk)theoretisch kader? Zo ja, welke is dat?
2. Welke strategieën/methoden worden toegepast voor de verspreiding, adoptie, implementatie en institutionalisering. Zijn/worden deze strategieën/methoden onderzocht op hun effectiviteit?
3. Zijn het soort en de inhoud van de implementatiestrategieën gebaseerd op een determinantenanalyse?
4. Welke activiteiten vinden er plaats voor het 'onderhoud' van het gebruik van een standaard/programma etc.?
5. Is er een landelijke en/of regionale implementatiestructuur? Hoe gaat de invoering in z'n werk?
6. Wat zijn de knelpunten bij de verspreiding, adoptie, en daadwerkelijk gebruik door de doelgroep, en bij de continuering/institutionalisering? Hoe probeert u deze op te lossen?
7. Monitort en evalueert u het gebruik van de standaarden/programma's? Wat gebeurt met de resultaten?
8. Maken de standaarden/programma's deel uit van kwaliteitssystemen? Is het gebruik ervan verplicht? Wie ziet toe op het gebruik?
9. Hoe wordt de ontwikkeling en implementatie gefinancierd? Welke problemen zijn er?
10. Wat zijn de belangrijke basisvoorwaarden voor succesvolle implementatie? Wat adviseert u de jeugdgezondheidszorg om vooral te doen, c.q. na te laten?

Respondenten:

- Dhr. C. in 't Veld, huisarts, hoofd Implementatie Nederlands Huisartsen Genootschap
- Mw. Dr. I. Maas, beleidsmedewerker en ambtelijk secretaris Commissie Protocollen, Richtlijnen en Consensus (PRC), Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde
- Dhr. drs. B. Prinsen, hoofd Expertisecentrum Opvoedingsondersteuning Nederlandse Instituut voor Zorg en Welzijn
Mw. drs. I Anthonijsz, senior medewerker Nederlandse Instituut voor Zorg en Welzijn Jeugd / Opleiding, Training en Advies
- Dhr. dr. B. Bijl, programmaleider onderzoek, PI Research

C Interviewvragen koepelorganisaties, Samenwerkingsverband implementatie en RIVM en respondenten

1. Wat is uw visie op de implementatie van de JGZ-standaarden (koepels, SI, RIVM)
2. Hoe vindt u dat de implementatie op dit moment verloopt? (koepels, SI)
3. Wat zijn knelpunten bij de verspreiding, adoptie, het gebruik en de continuering en hoe kunnen deze het beste worden opgelost? (koepels, SI)
4. Hoe kan de implementatie landelijk/regionaal het beste worden geborgd? (koepels, SI)
5. Wie moet de landelijke regie en wie de regionale regie voeren over de uitvoering, monitoring en evaluatie van de implementatie? (koepels, SI, RIVM)
6. Welke kansen en bedreigingen voor de implementatie en borging ziet u in dit verband? (koepels, SI)
7. Wie zou de uitvoering moeten doen? Welke rol ziet u hierin voor u zelf weggelegd en welke rol voor anderen? Welke knelpunten verwacht u op voorhand? Welke oplossingen zijn denkbaar? (RIVM)
8. Hoe kan de implementatie het beste worden geëvalueerd? Wat moet er gebeuren met de verzamelde gegevens? Wie geeft de instellingen feedback? (koepels, SI)
9. Moet het gebruik van de standaarden verplicht zijn, evenals deelname aan landelijk georganiseerde invoeractiviteiten, waaronder inhoudelijke scholing? (koepels, SI, hoofden en coördinatoren).
10. Welke rol ziet u voor u zelf weggelegd? Wat zou u anders doen naar aanleiding van de discussiepunten bij de invoering van de JGZ-standaard Opsporing van Visuele Stoornissen? (koepels, SI)
11. Wat zijn de belangrijke basisvoorwaarden voor succesvolle implementatie en borging van JGZ-standaarden? (koepels, SI, RIVM)

Respondenten:

- Dhr. drs. J. van Wijngaarden, hoofd Collectieve Preventie GGD Nederland
Mw. Ir. S. Neppelenbroek, senior beleidsmedewerker GGD Nederland
- Mw. I. Steinbuch, adviseur JGZ team Jeugd, ActiZ (voorheen Z-org)
- Interview Samenwerkingsverband Implementatie
Mw. Drs. I.A. van Eerdenburg-Keuning, Artsenvereniging
Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN)
Mw. R. Heinen, Landelijke Vereniging van Sociaal Verpleegkundigen (LVSV)
Mw. Ir. S. Neppelenbroek, GGD Nederland
Mw. Y. van Straten, Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)
Mw. J.H. Teerling, MANP, Landelijke Vereniging van
Wijkverpleegkundigen (LVW)
- Mw. Drs. M. Beckers, adviseur Centrum Jeugdgezondheid/RIVM

D Interviewvragen hoofden JGZ en implementatie-coördinatoren en respondenten

1. Onderschrijft u het nut en de noodzaak van de JGZ-standaarden?
2. Welke strategieën/methoden past u/uw organisatie toe om de verspreiding, adoptie, implementatie en continuering te realiseren?
3. Wat zijn voor u de belangrijkste aanbevelingen/basisvoorwaarden om de verspreiding, adoptie, implementatie en continuering van het gebruik van de standaarden onder alle betrokken disciplines te optimaliseren?
4. Wat vindt u van de huidige opzet en activiteiten voor de landelijke invoering? Wat beveelt u aan om tot een optimale landelijke infrastructuur te komen voor de verspreiding, implementatie, monitoring en evaluatie van de standaarden?
5. Wie moet de regie voeren over de landelijke implementatie?
6. Wat is er vanuit de landelijke structuur nodig om ervoor te zorgen dat de implementatie van standaarden in de instellingen optimaal kan worden uitgevoerd?

Respondenten:

- Vakgroefhoofden JGZ GGD
 - Mw. J. Bezem, Hulpverlening Gelderland Midden
 - Dhr. T. Groendijk, GGD Noord- en Midden Limburg
 - Mw. E. Jens, GGD Amstelland - de Meerlanden
 - Dhr. H. Visch, GGD Zuidhollandse Eilanden
- Mw. E. Struijf, directeur Jeugdgezondheidszorg, Zorgorganisatie Evean
- Implementatiecoördinatoren JGZ
 - Mw. E. de Natris, arts MG 0-4, stafarts en deels uitvoerend arts, lactatiekundige, St.Thuiszorg De Zellingen, Capelle aan den IJssel
 - Mw. E. Oderwald, jeugdarts MOA Noord Holland en Flevoland
 - Dhr. J. van de Brule, jeugdarts, GGD Hollands Midden, Leiden
 - Mw. L. Jak, stafarts JGZ 0-4 en deels uitvoerend consultatiebureau arts, Vérian, Apeldoorn
 - Mw. S. de Lange, jeugdverpleegkundige MOA, Brabant en Zeeland