

Belemmerende en bevorderende factoren bij de invoering van standaarden in de Jeugdgezondheidszorg

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

De Minister van VWS heeft gevraagd om de ontwikkeling én implementatie van standaarden in de Jeugdgezondheidszorg. De eerste JGZ-standaard over gehoorstoornissen werd alleen verspreid. Onderzocht werd hoe JGZ-standaarden het beste ingevoerd kunnen worden. Hiertoe vond een vragenlijstonderzoek plaats onder een representatieve steekproef van 809 leidinggevenden, artsen, verpleegkundigen en assistenten binnen Thuiszorginstellingen en GGD'en (respons 56%). Aan de hand van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen werd gevraagd naar de kennisname, de acceptatie en knelpunten bij het werken met de standaard. De meeste respondenten vonden JGZ-standaarden zinvol. Van alle respondenten wist 72% dat de JGZ-standaard Gehoorstoornissen bestond en had 40% de standaard (redelijk) goed gelezen. Leidinggevenden en artsen waren beter op de hoogte en hadden de standaard beter gelezen dan verpleegkundigen en doktersassistenten. Van de respondenten zei 24% de standaard vaak/altijd te gebruiken; artsen vaker dan verpleegkundigen en doktersassistenten. Knelpunten bij het gebruik waren het ontbreken van een geluidsarme ruimte op scholen en de afstemming met huisartsen en KNO-artsen. Men vond de randvoorwaarden voor gebruik niet optimaal en zei dat er nauwelijks implementatieactiviteiten hadden plaatsgevonden. Geconcludeerd wordt dat JGZ-medewerkers de standaarden een goede zaak vinden. De huidige verspreidings- en implementatiemethoden zijn niet optimaal, vooral onder de verpleegkundigen en doktersassistenten. Ook het gebruik van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen is vrij laag. Dit kan wellicht verklaard worden uit de geringe kennisname van de standaard en het feit dat er geen gerichte implementatieactiviteiten hebben plaatsgevonden.

Trefwoorden: implementatie, standaarden, jeugdgezondheidszorg

INLEIDING

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) in Nederland biedt preventieve zorg aan kinderen van 0-19 jaar en hun ouders/verzorgers. De zorg voor 0-4 jarigen vindt momenteel doorgaans plaats door de afdeling JGZ van Thuiszorgorganisaties, terwijl de zorg voor 4-19 jarigen plaatsvindt door de afdeling JGZ van Gemeentelijke (of Gemeenschappelijke) Geneeskundige Diensten (GGD'en).

In vergelijking met huisartsen en specialisten loopt de JGZ achter met het ontwikkelen van standaarden. In het recentelijk in werking getreden Basistakenpakket JGZ staat vermeld dat JGZ in gestandaardiseerde vorm aan elk kind in Nederland moeten worden aangeboden. Hiervoor is het nodig dat er voor de verschillende activi-

teiten evidence-based standaarden beschikbaar komen. Op aanwijzing van de minister van VWS, worden tussen 1998 en 2008 een 20-tal standaarden voor de JGZ ontwikkeld én geïmplementeerd. De standaarden dragen naar verwachting bij aan een doelmatige en effectieve gezondheidszorg en zullen verschillen in de verleende zorg in de diverse gebieden in Nederland verkleinen. Door de standaarden kan ook een betere afstemming worden bewerkstelligd met de hulpverleners in het vervoltraject zoals huisartsen, specialisten en paramedische hulpverleners.

Voor de ontwikkeling van de JGZ-standaarden werd de Jeugdgezondheidszorg Adviesraad Standaarden (JAS) opgericht waarin beroepsgroepen, koepels, opleidingsinstituten, ministerie en inspectie vertegenwoordigd zijn. De JAS adviseert welke standaarden ontwikkeld worden. De coördinatie van de ontwikkeling van de JGZ-standaarden is ondergebracht bij TNO Preventie en

* TNO Preventie en Gezondheid, Leiden

Gezondheid. Per onderwerp wordt een werkgroep samengesteld met inhoudelijk deskundigen die de standaard ontwikkelt volgens eenzelfde methodiek.¹ De richtlijnen in JGZ-standaarden zijn, waar mogelijk, wetenschappelijk onderbouwd.

In 1998 werd de eerste JGZ-standaard 'Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar' gepubliceerd, hierna te noemen JGZ-standaard

Gehoorstornissen.^{2,3} Deze JGZ-standaard beschrijft de opsporing van gehoorverlies, alsmede criteria voor controle en verwijzing

(figuur 1). Deze standaard

bestaat uit drie onderdelen: een achtergrondbeschrijving in boekvorm, een geplastificeerde kaart voor de dagelijkse praktijk en een artikel in een vakblad. Vanaf 1998 was het boek te koop in de boekhandel. In 2000 werd de geplastificeerde kaart door het toenmalige Landelijk Centrum Ouder- en KindZorg en GGD Nederland verspreid onder het management/de leiding van alle Thuiszorginstellingen en alle GGD'en, met het verzoek iedere arts, verpleegkundige en doktersassistente een exemplaar te geven. Bij de ontwikkeling van deze eerste standaard is in overleg met VWS besloten te onderzoeken hoe JGZ-standaarden het best geïmplementeerd kunnen worden, alvorens geld uit te geven aan implementatieactiviteiten die mogelijk niet zouden aansluiten bij de beoogde gebruikers en werkomgeving. De JGZ-standaard Gehoorstoornissen is om die reden alleen verspreid.

Kernpunten

- **JGZ-medewerkers staan positief ten opzichte van de ontwikkeling van JGZ-standaarden.**
- **Verspreiding van JGZ-standaard**
Gehoorstornissen via het management van instellingen, bereikt vooral leidinggevend en artsen, en slechts de helft van de verpleegkundigen en doktersassistenten.
- **Thuiszorginstellingen en GGD'en ondernemen nauwelijks gerichte implementatieactiviteiten om gebruik van de standaard Gehoorstoornissen te bevorderen.**
- **Vrijwel alle JGZ-medewerkers geven aan dat gerichte implementatie noodzakelijk is om gebruik van de standaard te stimuleren.**

Implementatieactiviteiten zijn aan de diverse GGD'en en Thuiszorginstellingen zelf over gelaten.

Uit onderzoek blijkt keer op keer dat het louter verspreiden van vernieuwingen nauwelijks leidt tot het gebruik ervan.⁴ Om te kunnen onderzoeken hoe JGZ-standaarden het best geïmplementeerd kunnen worden, werd gebruik gemaakt van het in figuur 2 beschreven model voor het invoeren van zorgvernieuwingen.^{5,6,8} Aan de rechterkant zijn de fasen uit een innovatieproces weergegeven. De fase van adoptie leidt tot het besluit al dan niet volgens de vernieuwing

te gaan werken. In de implementatiefase gaat men er daadwerkelijk mee werken. Dan wordt duidelijk of de vernieuwing in de praktijk bruikbaar is. In de laatste fase (institutionalisering) wordt de vernieuwing geïncorporeerd in het dagelijkse handelen en in het beleid en aanbod: er is dan geen sprake meer van een vernieuwing. De figuur toont dat het proces niet lineair is. Slechte ervaringen met de vernieuwing in de dagelijkse praktijk kunnen er bijvoorbeeld de oorzaak van zijn dat men terugkomt op de eerder genomen adoptiebeslissing.

Het is bekend dat in alle hoofdfasen van het innovatieproces (rechter deel figuur) iets mis kan gaan, waardoor het proces van invoering stagneert. In elke fase spelen verschillende kenmerken (determinanten) een rol die zijn onder te brengen in vier hoofdcategorieën (linker deel figuur):

Diagnostiek

Bij alle kinderen tussen 9 en 15 maanden, zonodig, 3 keer Ewing/VWO* of CAPAS* afnemen (T).

Bij ieder consult letten op het gehoor op geleide van taal-, spraak-, cognitieve en sociaal-emotionele ontwikkeling (T,G).

Bevindingen van onderzoek in de overdracht naar de schoolarts vermelden.

Beleid

Bij alle kinderen die *niet* op het consultatiebureau zijn geweest in de overdracht naar de schoolarts te vragen met 4,5 jaar een screeningsaudiogram te verrichten (T) c.q. dit te verrichten (G).

Bij alle kinderen die *niet* op het consultatiebureau zijn geweest of die *onvoldoende* hebben gescoord op het VWO of CAPAS₃, in de overdracht naar de schoolarts te vragen speciale aandacht te hebben voor de algehele ontwikkeling, inclusief gehoor (T) c.q. deze aandacht te hebben (G).

Bij alle kinderen tussen 4,5 en 6 jaar een screeningsaudiogram afnemen (G).

Bij kinderen tussen 6 en 12 jaar alleen op indicatie een gehoortest verrichten (G).

Bij alle kinderen tussen 12 en 19 jaar tenminste een maal voorlichting geven over het gehoor (G).

Verwijzing

Een duidelijke vraagstelling in de verwijsbrief naar de huisarts vermelden (T,G).

De bevindingen van onderzoek in de verwijsbrief naar de huisarts vermelden (T,G).

Nagaan wat er met een verwijzing naar de huisarts is gebeurd (T,G).

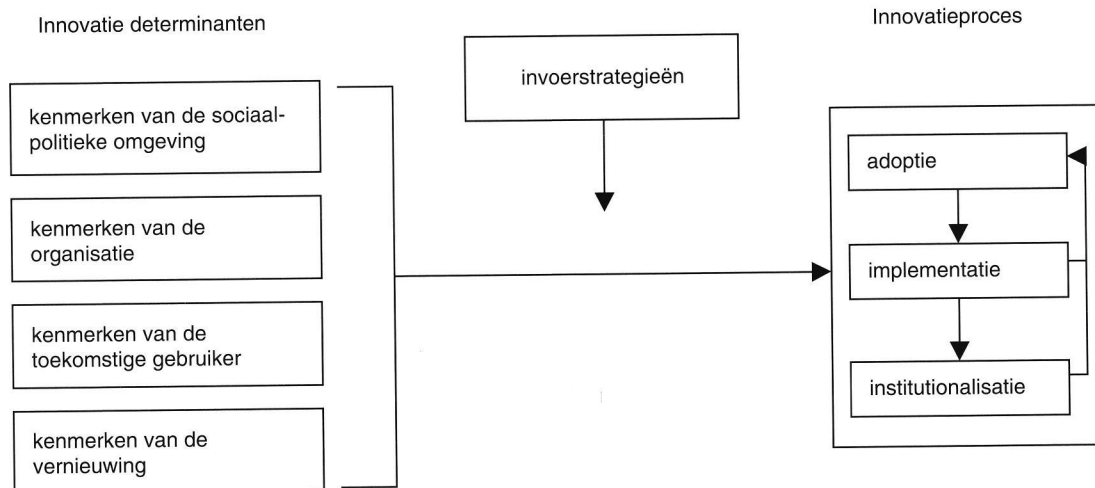
Alle (ouders van) kinderen die een verwijsadvies hebben, zover krijgen dat ze dit advies daadwerkelijk opvolgen (T,G).

* methoden voor screening gebaseerd op de oriëntatiereflex van zuigelingen

T voor medewerkers in de zorg voor 0-4 jarigen, voornamelijk Thuiszorg

G voor medewerkers in de zorg voor 4-19 jarigen, voornamelijk GGD

Figuur 1 Samenvatting richtlijnen uit de JGZ-standaard Gehoorstoornissen



Figuur 2 Model voor het invoeren van vernieuwingen in organisaties

1. Kenmerken van de sociaal-politieke omgeving: onder andere wet- en regelgeving, zoals de wet BIG, en de invloed van patiënten.
2. Kenmerken van de organisatie: onder andere draagvlak, personeelsverloop.
3. Kenmerken van de gebruiker: onder andere kennis, vaardigheden, eigen-effectiviteitsverwachting.
4. Kenmerken van de vernieuwing: onder andere de bruikbaarheid, het voordeel van de vernieuwing voor de gebruiker.

Het is van essentieel belang om voorafgaande aan de invoering zicht te hebben op de kritieke determinanten die een rol spelen. Dit is nodig voor het ontwerpen van een effectieve invoerstrategie zodat de adoptie, implementatie en institutionalisering bevordert wordt (middelenstuk figuur).^{5,8} In dit artikel doen we verslag van het effect van de verspreidingsactiviteiten met betrekking tot de JGZ-standaard Gehoorstoornissen en determinanten die een rol kunnen spelen bij de implementatie van toekomstige JGZ-standaarden.

Vraagstelling

1. Hoe verloopt de verspreiding van JGZ-standaarden in het algemeen en van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen in het bijzonder?
2. Wat is de mate van adoptie van JGZ-standaarden in het algemeen en de JGZ-standaard Gehoorstoornissen in het bijzonder door JGZ-medewerkers?
3. Welke determinanten spelen een rol bij de implementatie van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen en zijn van belang om bij de implementatie van toekomstige JGZ-standaarden rekening mee te houden?

METHODE

In 2001 werd een vragenlijstonderzoek gehouden onder een representatieve steekproef van 809 JGZ-medewerkers (tabel 1). Dit was twee en een half jaar na verschijning van het boek en een jaar na verschijning van het artikel en de geplastificeerde kaart. De vragenlijst was gebaseerd

op de uitkomsten van focusgroepinterviews met JGZ-medewerkers, waarbij gevraagd werd naar hun oordeel over de inhoud, verspreiding en implementatie van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen.⁹ Dit kwalitatieve onderzoek vond voorafgaande aan het vragenlijstonderzoek plaats en resulteerde in een overzicht van belemmerende en bevorderende factoren.

Het in figuur 2 beschreven model diende als uitgangspunt voor de vragenlijst. Omdat ten tijde van het onderzoek alleen de JGZ-standaard Gehoorstoornissen was gepubliceerd, ging het eerste deel van de vragenlijst over het gebruik van niet-landelijke protocollen/standaarden in het algemeen binnen de JGZ, gevolgd door een specifiek deel over de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. Dit laatste deel werd alleen ingevuld door de respondenten die de JGZ-standaard Gehoorstoornissen kenden.

Verspreiding

In het algemene deel werd gevraagd hoe men doorgaans op de hoogte raakte van een protocol/standaard en wie beslist over het gebruik ervan. Tevens werden suggesties ter verbetering van de verspreiding gevraagd (open vragen met deels voorgestructureerde antwoordcategorieën).

In het specifieke deel werd gevraagd óf en hoe men op de hoogte was geraakt van het bestaan van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. Aan de respondenten die op de hoogte waren, werd voor zowel het boek als de geplastificeerde kaart gevraagd of ze deze zelf in het bezit hadden (ja / nee) en hoe goed ze deze hadden gelezen (4-puntschaal; niet gelezen tot goed gelezen).

Tabel 1 Overzicht van aantal verstuurde en ingevulde vragenlijsten per discipline en organisatie

	Thuiszorg		GGD	
	Verstuurd	respons	verstuurd	respons
Leidinggevende	63	45 (71%)	47	32 (68%)
Arts	167	53 (32%)	141	97 (69%)
Verpleegkundige	167	87 (52%)	99	60 (61%)
Doktersassistente	-	-	125	79 (63%)

Adoptie

De adoptie werd gemeten via stellingen over de *acceptatie* van JGZ-standaarden (4-puntsschaal; helemaal mee oneens tot helemaal mee eens). Een voorbeeld is: 'JGZ-standaarden komen de kwaliteit van zorg ten goede'.

Determinanten bij implementatie

- Wat betreft de kenmerken van de omgeving en de organisatie kon de respondent op een 4-puntsschaal aangeven in hoeverre de *voorwaarden* voor het werken volgens de JGZ-standaard Gehoorstoornissen voldoende waren (ruim onvoldoende tot ruim voldoende). Het ging om aspecten als de ondersteuning vanuit de leiding of de medewerking van cliënten.^{8,10}
- Wat betreft de kenmerken van de gebruiker kon de respondent aangeven in welke mate hij/zij zich in staat achtte volgens de belangrijkste richtlijnen uit de JGZ-standaard Gehoorstoornissen, gericht op de eigen doelgroep (0-4 jarigen of 4-19 jarigen; figuur 1), te gaan werken (4-puntsschaal; zeker niet tot zeker wel). Deze zogenaamde *eigen-effectiviteitsverwachting* blijkt een belangrijke voorspeller te zijn voor succesvolle implementatie.^{5,8,10}
- Wat betreft de kenmerken van de vernieuwing kon de respondent via stellingen aangeven (4-puntsschaal; helemaal mee oneens tot helemaal mee eens) wat men vond van de *bruikbaarheid* (inhoud, vormgeving en begrijpelijkheid) van het boek en de geplastificeerde kaart.^{5,8,10} Deze vragen waren alleen bedoeld voor de respondenten die deze onderdelen (redelijk) goed hadden gelezen. Daarnaast werd gevraagd naar punten van kritiek (open vragen). Ten slotte werd gevraagd naar het gebruik van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen in de dagelijkse praktijk (4-puntsschaal; nooit tot altijd), en belemmeringen hierbij (open vragen met deels voorgestructureerde antwoordcategorieën).

Analyses

Van de verschillende variabelen werden frequentieverdelingen gemaakt. Met behulp van χ^2 -toetsen werd onderzocht of er een samenhang was tussen de verschillende variabelen en het soort instelling waarin de respondent werkzaam is en de discipline waartoe de respondent behoort.

Omdat leidinggevenden in de praktijk geen uitvoeren de taak hebben, werden ze uitgesloten van de analyses over het gebruik van de standaarden, de bruikbaarheid, de voorwaarden voor gebruik en de eigen-effectiviteitsverwachting.

Ter reductie van de data werden factoranalyses verricht (principale componenten analyse). Laagladende items ($<0,40$) werden verwijderd. Vervolgens werd de betrouwbaarheid van de factor bepaald (Cronbachs alpha). Ten slotte werden de gemiddelde somscores berekend; voor elke respondent werd de som van de betreffende items op de schaal vastgesteld en gedeeld door het aantal betreffende items (de gemiddelde somscores kunnen tussen 1-4 liggen). Er bleven negen

Tabel 2 Resultaten van de factoranalyses wat betreft de samenstelling van diverse schalen

Schaal	Alpha	Aantal items
Acceptatie JGZ-standaarden	0,81	4
Bruikbaarheid boek	0,82	11
Bruikbaarheid geplastificeerde kaart	0,90	10
Voorwaarden voor gebruik JGZ-standaard Gehoorstoornissen	0,67	6
Eigen-effectiviteitsverwachting Thuiszorgmedewerkers m.b.t. diagnostiek	0,65	3
Eigen-effectiviteitsverwachting Thuiszorgmedewerkers m.b.t. beleid bij kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest	0,82	3
Eigen-effectiviteitsverwachting Thuiszorgmedewerkers m.b.t. verwijzing naar huisarts	0,75	3
Eigen-effectiviteitsverwachting GGD-medewerkers m.b.t. diagnostiek	0,73	6
Eigen-effectiviteitsverwachting GGD-medewerkers m.b.t. verwijzing naar huisarts	0,80	3

betrouwbare schalen over (tabel 2). Om verschillen in gemiddelde somscores te kunnen nagaan werden t-toetsen en variantieanalyses verricht. Voor alle bovengenoemde toetsen werden p-waarden van $<0,05$ beschouwd als statistisch significant.

RESULTATEN

In totaal werden 453 vragenlijsten teruggestuurd (56%). Een overzicht van de respons is weergegeven in tabel 1.

Verspreiding standaarden algemeen

Van de respondenten zegt 66% doorgaans via het hoofd of de leidinggevende op de hoogte te raken van protocollen/standaarden. Ook de besluitvorming omtrent de invoering vindt volgens 69% door het hoofd of de leidinggevende plaats. Verpleegkundigen (20%) en dokters-assistenten (19%) zeggen hierbij minder vaak betrokken te worden dan artsen (55%) en leidinggevenden (89%) (χ^2 -toets, $p<0,001$). In overeenstemming hiermee geven ze vaker aan erbij betrokken te willen worden (χ^2 -toets, $p<0,001$), omdat zij degenen zijn die ermee moeten werken. Van de respondenten geeft 84% er de voorkeur aan dat de verspreiding van standaarden/protocollen via het hoofd of de leidinggevende gebeurt.

Verspreiding JGZ-standaard Gehoorstoornissen

Van alle respondenten zegt 72% op de hoogte te zijn van het bestaan van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. Respectievelijk 57% en 59% van de respondenten zegt in het bezit te zijn (zelf en/of de afdeling) van het boek en de geplastificeerde kaart. Het boek en de geplastificeerde kaart is door respectievelijk 18% en 40% van de respondenten (redelijk) goed gelezen. Uit tabel 3 blijkt dat de kennisname, het bezit en de mate van gelezen hebben, bij leidinggevenden en artsen hoger is, vergeleken met verpleegkundigen en doktersassistenten. Enkele leidinggevenden gaven aan de standaarden niet verspreid te hebben onder de medewerkers. Illustratief hiervoor is een uitspraak van een leidinggevende die zei: "De doktersassistenten zijn net geïnstrueerd om een audiogram te doen

Tabel 3 Kennisname van, bezit van, lezing van en het gebruik van de standaard in de dagelijkse praktijk per organisatie, in percentages (n=453)

	Thuiszorg	GGD
Kennisname	68	74
Bezit boek*	46	65
Bezit geplastificeerde kaart	54	62
Gelezen boek (redelijk/goed)	16	19
Gelezen kaart (redelijk/goed)	40	40
Gebruik (vaak/altijd)	26	23

* Verschil tussen instellingen significant: χ^2 -toetsen, $p < 0,001$

op een manier die afwijkt van de standaard. Daarom heb ik ze niet geïnformeerd over het bestaan van de standaard”.

Adoptie JGZ-standaarden

Over het algemeen vinden de respondenten de JGZ-standaarden zinvol. De acceptatie is zeer hoog (gemiddelde somscore is 3,6). Van de respondenten vindt 16% dat ‘standaarden het werkplezier verlagen’ en vindt 38% dat ‘cliënten te verschillend zijn voor uniforme richtlijnen’. De eerste stelling wordt vaker bevestigd door doktersassistenten (33%), dan door artsen (15%), verpleegkundigen (13%) en leidinggevenden (20%) (χ^2 -toets, $p < 0,001$) en de tweede stelling wordt vaker bevestigd door verpleegkundigen (45%), artsen (36%) en assistentes (33%), dan door leidinggevenden (20%) (χ^2 -toets, $p = 0,001$). Beide stellingen worden daarnaast vaker bevestigd door de respondenten die de JGZ-standaard Gehoorstoornissen niet kennen (χ^2 -toets, $p < 0,05$).

Determinanten bij implementatie

Gebruik JGZ-standaard Gehoorstoornissen

Van de uitvoerende JGZ-medewerkers (artsen, verpleegkundigen en assistentes; n=252), zegt 24% de standaard vaak/altijd in de dagelijkse praktijk te gebruiken. Artsen zeggen de standaard vaker te gebruiken dan verpleegkundigen en doktersassistenten (tabel 4). Van deze JGZ-medewerkers ervaart 48% het als een probleem dat er (op scholen) geen geluidsarme omgeving beschikbaar is, waardoor het gehooronderzoek niet goed uitgevoerd kan worden. Dit wordt vaker door GGD-medewerkers (60%) dan door Thuiszorgmedewerkers (25%) genoemd (χ^2 -toets, $p < 0,001$). Daarnaast geeft 36% aan problemen te ervaren in de verwijzing naar de huisarts en/of KNO-arts, omdat deze veelal niet terugrapporteren en men zo geen zicht heeft op wat er met de verwijzing gebeurt. In de standaard staat vermeld dat men moet nagaan wat er met de verwijzing is gebeurd. Dit probleem wordt vaker

door de Thuiszorgmedewerkers (52%) dan door de GGD-medewerkers (28%) genoemd (χ^2 (1)=14,5, $p < 0,001$). Ten slotte zegt 23% dat de standaard niet goed aansluit bij de werkwijze van de beroepsgroepen uit het vervolgtraject, omdat deze minder strenge verwijscriteria hanteren. Dit wordt vaker door de Thuiszorgmedewerkers (36%) gezegd dan door GGD-medewerkers (17%) (χ^2 -toets, $p < 0,001$). Behalve de genoemde verschillen tussen de instellingen is er ook een verschil tussen disciplines, waarbij artsen (32%) vaker aangeven dat de standaard niet aansluit bij de werkwijze in het vervolgtraject dan de verpleegkundigen (15%) en assistentes (12%) (χ^2 -toets, $p = 0,02$). Assistenten (71%) geven vaker aan dat er geen geluidarme omgeving beschikbaar is, dan de artsen (40%) en verpleegkundigen (50%) (χ^2 -toets, $p = 0,02$).

Kenmerken omgeving en organisatie

De voorwaarden voor het werken met de JGZ-standaard Gehoorstoornissen werden door het merendeel van de uitvoerende JGZ-medewerkers (n=252) als voldoende ervaren (gemiddelde somscore is 3,0). Er is een verschil tussen de disciplines; artsen (gemiddeld 2,90) ervaren de voorwaarden als minder gunstig dan de assistenten (gemiddeld 3,04) (t-toets, $p = 0,02$).

Items die er in negatieve zin uitspringen zijn de beschikbare tijd en de ondersteuning van de direct leidinggevende (respectievelijk 23% en 29% vindt dit (ruim) onvoldoende). Positief wordt geoordeeld over de ondersteuning door de collega's en de medewerking van cliënten (respectievelijk 88% en 95% vindt dit (ruim) voldoende). Verder zei 44% van de uitvoerende JGZ-medewerkers dat er geen verdere implementatieactiviteiten hadden plaatsgevonden om ervoor te zorgen dat de JGZ-standaard Gehoorstoornissen daadwerkelijk wordt gebruikt. Verreweg de meeste respondenten (94%) vonden wel dat er implementatieactiviteiten nodig waren.

Kenmerken gebruiker

Het merendeel van de Thuiszorgmedewerkers (n=84) denkt dat zij waarschijnlijk in staat zijn de richtlijnen met betrekking tot de diagnostiek en verwijzing naar de huisarts uit te voeren (zie figuur 1). De gemiddelde somscores op deze schalen zijn respectievelijk 3,1 en 2,9. De eigen-effectiviteitsverwachting wat betreft de richtlijnen bij kinderen die niet op het consultatiebureau zijn verschenen, ligt wat lager (gemiddelde somscore is 2,7). Richtlijnen waarbij de respondenten lager scoren op de eigen-effectiviteitsverwachting hebben betrekking op de

Tabel 4 Kennisname van, bezit van, lezing van en het gebruik van de standaard in de dagelijkse praktijk per discipline, in percentages (n=453)

	Leiding	Arts	Verpleegkundige	Assistente
Kennisname*	94	89	52	53
Bezit boek*	82	74	36	41
Bezit geplastificeerde kaart*	84	71	42	44
Gelezen boek (redelijk/goed)*	25	32	8	4
Gelezen kaart (redelijk/goed)*	61	54	27	18
Gebruik (vaak/altijd)*	-	39	15	13

* Verschillen tussen disciplines significant: χ^2 -toetsen, $p < 0,001$

overdracht naar de schoolarts van kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest (49% denkt dat dit waarschijnlijk/zeker lukt) en het ervoor zorgen dat ouders een verwijfsadvies daadwerkelijk opvolgen (57% denkt dat dit waarschijnlijk/zeker lukt).

Het merendeel van de GGD-medewerkers (n=168) denkt dat zij waarschijnlijk in staat zijn de richtlijnen met betrekking tot de diagnostiek en verwijzing naar de huisarts uit te voeren (zie figuur 1). De gemiddelde somscores op deze schalen zijn respectievelijk 2,9 en 3,2. Zaken die er in negatieve zin uitspringen zijn de richtlijnen met betrekking tot het maken van een audiogram bij kinderen die niet op het consultatiebureau zijn geweest (55% denkt dat dit waarschijnlijk/zeker lukt), het geven van voorlichting aan kinderen tussen 12 en 19 jaar over het gehoor (37% denkt dat dit waarschijnlijk/zeker lukt) en nagaan wat er met een verwijzing naar de huisarts is gebeurd (54% denkt dat dit waarschijnlijk/zeker lukt).

Kenmerken vernieuwing

De uitvoerende JGZ-medewerkers die het boek (n=62) en de geplastificeerde kaart (n=134) (redelijk) goed hebben gelezen, vinden zowel het boek als de geplastificeerde kaart bruikbaar. De gemiddelde somscores zijn respectievelijk 2,9 en 3,0. Uitspraken waar tussen de 16% en 24% van de respondenten het mee oneens is, betreffen de aantrekkelijkheid van de lay-out van het boek, de eenduidigheid van de adviezen in het boek en dat belangrijke zaken in het oog springen. Voor de geplastificeerde kaart zijn dat eveneens de aantrekkelijkheid van de lay-out (er staat teveel op) en dat belangrijke zaken in het oog springen. Tevens vindt men dat de kaart niet bruikbaar is los van het boek. Tussen de 92% en 95% van de respondenten vindt het taalgebruik van zowel het boek als de geplastificeerde kaart begrijpelijk en duidelijk, vindt dat het boek wetenschappelijk is onderbouwd, voldoende praktische achtergrondinformatie geeft en behulpzaam is bij het opsporen van gehoorstoornissen.

DISCUSSIE

Uit de antwoorden op de stellingen over de acceptatie van JGZ-standaarden in het algemeen, kan geconcludeerd worden dat de JGZ-medewerkers in beginsel positief staan ten opzichte van standaarden. De respondenten die kritischer staan tegenover standaarden en vinden dat cliënten te verschillend zijn voor uniforme richtlijnen, zijn met name de respondenten die de JGZ-standaard Gehoorstoornissen niet kennen. In de JGZ-standaard Gehoorstoornissen wordt aangegeven dat beredeneerd afwijken van de standaard altijd mogelijk is en soms juist goede zorg betekent voor dat specifieke kind. Mogelijk dat genoemde respondenten hier anders over oordelen, wanneer men de standaard eenmaal kent. Uit eerder kwalitatief onderzoek bleek dat JGZ-medewerkers de vorm van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen onvoldoende geschikt vonden voor toekomstige standaarden.⁹ Het onderhavige onderzoek bevestigt dit niet, maar laat wel punten ter verbetering zien zoals de overzichtelijkheid (lay-out) en een heldere en eenduidige beschrijving

van de afzonderlijke richtlijnen. Inmiddels zijn bovengenoemde aanpassingen doorgevoerd bij de tweede JGZ-standaard 'Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar'.¹¹

Een tweede conclusie is dat er grote verschillen zijn tussen JGZ-medewerkers wat betreft de kennisname van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen. De kennisname is met name laag onder de verpleegkundigen en doktersassistenten. Vergelijking met onderzoek naar de eerste NHG-standaarden en de eerste standaard van de Koninklijke Nederlandse Organisatie van Verloskundigen, waarbij de standaarden eveneens alleen verspreid werden, laat zien dat na anderhalf jaar de kennisname van deze standaarden op een vergelijkbaar niveau lag met dat van de JGZ-leidinggevenden en JGZ-artsen.^{12,13} Het is logisch dat bijna alle leidinggevenden op de hoogte waren van de standaard, omdat zij veelal de standaard toegestuurd kregen door het LCOKZ en GGD Nederland, met het verzoek deze verder te verspreiden. Van de artsen is bekend dat zij, in tegenstelling tot verpleegkundigen en doktersassistenten, enerzijds vaker betrokken worden bij de besluitvorming omtrent de invoering van standaarden en protocollen en anderzijds vaker op de hoogte raken via de eigen beroepsorganisatie, collega's, congressen en tijdschriften.⁷ Uit het onderhavige onderzoek blijkt dat in enkele gevallen het management/de leidinggevende had besloten de standaarden niet te verspreiden. Geconcludeerd kan worden dat de huidige manier van verspreiding via het management vooral gevolgen heeft gehad voor de kennisname onder verpleegkundigen en doktersassistenten.

Een derde conclusie is dat enkele praktische zaken het volgen van sommige richtlijnen bemoeilijken. Drie punten springen hierbij in het oog: het niet kunnen beschikken over een geluidsarme omgeving, geen zicht hebben op het vervolgtraject bij de huisarts en/of KNO-arts en het feit dat huisartsen en KNO-artsen volgens andere standaarden of protocollen werken. Deze laatste twee punten kunnen tot gevolg hebben dat aan het uitgestippelde beleid van de JGZ-medewerker mogelijk geen vervolg wordt gegeven. Verder vindt een deel van de JGZ-medewerkers de voorwaarden voor het werken met de standaard niet optimaal, zoals de ondersteuning van de leidinggevende of de beschikbare tijd. En ten slotte blijkt dat de diverse Thuiszorginstellingen en GGD'en nauwelijks implementatieactiviteiten hebben ondernomen om het gebruik van de JGZ-standaard Gehoorstoornissen te bevorderen.

Samenvattend zouden we willen concluderen dat het klimaat voor JGZ-standaarden in principe gunstig is, de huidige vorm van verspreiding nog niet optimaal is en gerichte implementatieactiviteiten ter bevordering van het gebruik noodzakelijk zijn.

Bij het onderzoek kunnen enkele kanttekeningen geplaatst worden. De respons was vrij laag, met name onder de Thuiszorginstellingen. Nagegaan is of er sprake was van selectieve uitval. De uitval per discipline bleek echter gelijk te zijn verdeeld over de verschillende Thuiszorginstellingen en GGD'en. Omdat er geen selec-

tieve uitval was, vormen de respondenten een goede afspiegeling van de JGZ-populatie. Een tweede kanttekening betreft de mate van gebruik van de standaard Gehoorstoornissen. Het is niet mogelijk hierover een goede conclusie te trekken. Het merendeel van de JGZ-medewerkers geeft aan zich in staat te achten de verschillende richtlijnen in de standaard op te volgen. Hoewel doorgaans deze eigen-effectiviteitsverwachting een goede voorspeller blijkt te zijn van het gebruik, zegt slechts een kwart van de JGZ-medewerkers de standaard te gebruiken. Deze discrepantie heeft waarschijnlijk te maken met de globale manier waarop het gebruik is gemeten (omdat dit niet het doel van het onderzoek was). Deze grove maat zegt weinig over de mate van gebruik van de afzonderlijke richtlijnen. Verder wordt het percentage van 25% gekleurd door het feit dat een deel van de respondenten (voornamelijk verpleegkundigen en doktersassistenten) aangaf de standaard niet te kennen, dan wel niet te hebben gelezen. Ten slotte gaat het om gerapporteerd gedrag. Uit onderzoek blijkt het gerapporteerde gedrag doorgaans hoger te liggen dan het feitelijk gedrag.¹⁴⁻¹⁶ Dit zou kunnen betekenen dat het aantal JGZ-medewerkers dat zegt volgens de standaard Gehoorstoornissen te werken (24%), in de praktijk lager is. Al met al is andersoortig onderzoek nodig om de daadwerkelijke mate van gebruik te kunnen vaststellen. Een derde kanttekening betreft de reikwijdte van de bovenstaande conclusies voor toekomstige standaarden. Zoals in de inleiding is aangegeven, zal per standaard onderzocht moeten worden welke kritieke determinanten een rol spelen.

Uitgaande van bovengenoemde conclusie, kritische kanttekeningen en algemene implementatie-inzichten willen we enkele aanbevelingen doen.

- Het principe van verspreiding door het toenmalige LCOKZ (huidige Landelijke Vereniging voor Thuiszorg) en GGD Nederland via het management c.q. de leidinggevende van een instelling, wordt door de meeste JGZ-medewerkers ondersteund. Echter om een beter bereik van de JGZ-medewerkers te krijgen, is het wenselijk dat de huidige manier van verspreiding van de standaarden aangescherpt en ondersteund wordt. Te denken valt aan een persoon (per instelling), die aanspreekpunt is voor de coördinatie van de invoering van de standaarden in de eigen afdeling. De coördinator zou voorlichting kunnen geven over nieuwe en herziene standaarden in de afdeling (ook aan nieuwkomers).
- Zoals in de inleiding vermeld vonden er geen landelijk gecoördineerde implementatieactiviteiten plaats. Het onderzoek laat zien dat de instellingen zelf ook nauwelijks implementatieactiviteiten hebben uitgevoerd. Om het gebruik van de standaarden te verhogen, zijn dergelijke activiteiten wel gewenst. Het huidige onderzoek geeft daar aanwijzingen voor. Veel van de gevonden determinanten zijn echter specifiek voor de JGZ-standaard Gehoorstoornissen, zoals het ontbreken van een geluidsarme omgeving. Voor toekomstige standaarden betekent dit dat per standaard onderzocht

moet worden welke determinanten een rol spelen. Zodra het laatste concept van een standaard af is zou er een proefimplementatie kunnen plaatsvinden, waardoor er een beeld ontstaat van knelpunten in de praktijk. Vervolgens kunnen strategieën ontwikkeld worden die ingrijpen op de knelpunten uit de proefimplementatie.

- Ten slotte zou het gebruik van de standaard gemonitord en geëvalueerd moeten worden. In dit verband is het aan te bevelen om bijvoorbeeld jaarlijks bij een vaste groep uitvoerenden het gebruik van de standaarden te meten en de redenen van het wel/niet gebruik van de standaarden te bevragen. Deze gegevens bieden aangrijpingspunten voor nieuwe implementatieactiviteiten, mocht blijken dat het gebruik van de standaarden door de jaren ontoelaatbaar afneemt. Eveneens levert een dergelijke monitoring gegevens op voor het updaten van de standaarden.

NOOT

Dit project is mede gefinancierd door ZonMw: Programma Preventie, projectnummer 2300.0013.

ABSTRACT

The implementation of public health guidelines in the Netherlands

To determine how public health guidelines could best be implemented, questionnaires were sent to a representative group of 809 public health workers (staff-members, doctors and nurses) in the Netherlands (response 56%). The questionnaire addressed the awareness of, the adoption of and obstacles in adhering to the public health guidelines on assessing hearing disorders in young children and adolescents. Most respondents were in favour of the development of public health guidelines. Of the respondents, 72% knew of the existence of the hearing-guidelines and 40% had read them. Staff-members and doctors knew more of and had better read the guidelines compared to the nurses. Of the doctors and nurses, 24% reported to use the guidelines in daily practice. Obstacles in adhering were the lack of silent-proof places, when performing hearing tests in schools; the cooperation with general practitioners and ear, nose and throat specialists, when referring a child; the lack of implementation activities. It was concluded that the acceptance of public health guidelines was high. The dissemination-strategy was not effective, as many respondents did not know of the guidelines. As a result, the adherence was low.

Keywords: *implementation, guidelines, public health*

LITERATUUR

1. *Hirasing RA, Leerdam FJM van, Zaal MA van.* Methodiek voor de ontwikkeling van JGZ-standaarden. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 1998.
2. *Leerdam FJM van, red.* JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 1998.

3. *Leerdaam FJM van*. De standaard 'Vroegtijdige opsporing van gehoorstoornissen 0-19 jaar' van de Jeugdgezondheidszorg. *Ned Tijdschr Geneesk* 2000;144:598-601.
4. *Grol R, Wensing M, red*. Implementatie. Effectieve verandering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier, 2001.
5. *Paulussen TGW*. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Proefschrift. Maastricht: University of Maastricht, 1994.
6. *Logan J, Graham ID*. Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. *Science Communication* 1998;20:227-46.
7. *Fleuren MAH, Verlaan ML, Jong ORW de, Filedt Kok-Weimar TL, Leerdaam FJM van, Radder JJ*. Implementatie van standaarden in de Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.
8. *Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW*. Belemmerende en bevorderende factoren bij de implementatie van zorgvernieuwingen in organisaties. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.
9. *Fleuren MAH, Jong ORW de, Filedt Kok-Weimar TL, Leerdaam FJM van*. Implementatie van standaarden in de jeugdgezondheidszorg. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz* 2002;34:11-3.
10. *Bartholomew KL, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH*. Intervention mapping: designing theory- and evidence-based health promotion programs. New York: McGraw-Hill Companies, 2001.
11. *Velzen-Mol HWM van, red*. JGZ-standaard Opsporing visuele stoornissen 0-19 jaar. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
12. *Grol R, Heerdink H*. De bekendheid met en acceptatie van standaarden onder huisartsen. *Huisarts Wet* 1992;35:101-4.
13. *Offerhaus P, Fleuren MAH, Wensing M*. De impact van de eerste KNOV-standaard voor eerstelijnsverloskundigen. Nijmegen / Leiden: Werkgroep Onderzoek Kwaliteit UMC St. Radboud / TNO Preventie en Gezondheid, 2003.
14. *Adams AS, Soumerai SB, Lomas J, Ross-Degnan D*. Evidence of self-report bias in assessing adherence to guidelines. *Int J Qual Health Care* 1999;11:187-92.
15. *Montano DE, Phillips WR*. Cancer screening by primary care physicians: A comparison of rates obtained from physician self-report, patient survey and chart audit. *Am J Public Health* 1995;85:795-800.
16. *Fleuren MAH*. Managing (imminent) miscarriage in primary health care. An evaluation of the (imminent) miscarriage guideline of the Dutch College of General Practitioners by general practitioners, midwives, obstetricians and patients. Proefschrift. Amsterdam: Vrije Universiteit, 1997.

CORRESPONDENTIEADRES

**Mevr. Dr. M.A.H. Fleuren, TNO Preventie en Gezondheid,
Postbus 2215, 2301 CE Leiden, tel. 071-5181862, fax 071-5181920,
e-mail: MAH.Fleuren@pg.tno.nl**

Aanvaard voor publicatie in september 2003.