

**Behavioural and Societal  
Sciences**

Wassenaarseweg 56  
2333 AL Leiden  
Postbus 2215  
2301 CE Leiden

[www.tno.nl](http://www.tno.nl)

T +31 88 866 90 00

F +31 88 866 06 10

[infodesk@tno.nl](mailto:infodesk@tno.nl)

**TNO-rapport**

**TNO/CH 2011.043**

**Determinantenanalyse & Proefimplementatie  
JGZ-richtlijn Preventie, signalering en aanpak  
van Voorkeurshouding en Schedelvervorming**

Datum	Oktober 2011
Auteur(s)	R.R. Pin M.A.H. Fleuren H.B.M. van Gameren-Oostrom B.E. van Sleuwen M.M. Boere-Boonekamp
Exemplaarnummer	
Oplage	
Aantal pagina's	49 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	2
Opdrachtgever	ZonMw
Projectnaam	JGZ-richtlijn Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming
Projectnummer	031.13806/01.01

Alle rechten voorbehouden.

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

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

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

© 2011 TNO

# Inhoudsopgave

<b>1</b>	<b>Inleiding</b> .....	<b>3</b>
1.1	Achtergrond .....	3
1.2	Model voor de invoering van de JGZ-richtlijnen .....	4
1.3	Doelstelling en vraagstellingen .....	5
<b>2</b>	<b>Methode</b> .....	<b>6</b>
2.1	Werving van JGZ-organisaties en respons .....	6
2.2	Kernelementen .....	6
2.3	Proefimplementatie: instructie, registratieformulieren en vragenlijsten .....	6
2.4	Analyses registratieformulieren/vragenlijsten .....	8
2.5	Focusgroepinterview.....	8
2.6	Analyse focusgroepinterview .....	8
<b>3</b>	<b>Resultaten registratieformulieren</b> .....	<b>9</b>
3.1	Respons.....	9
3.2	De kinderen, contactmomenten en bestede tijd .....	9
3.3	Voorkomen van voorkeurshouding en schedelvervorming .....	10
3.4	Signaleren van voorkeurshouding en verwijzing .....	10
3.5	Signaleren van schedelvervorming en verwijzing .....	13
<b>4</b>	<b>Resultaten evaluatievragenlijst na afloop van de proefimplementatie</b> .....	<b>17</b>
4.1	Inleiding .....	17
4.2	Respons.....	17
4.3	Vorbereiding .....	17
4.4	Evaluatie instructie over de richtlijn .....	18
4.5	Werken volgens de richtlijn: gebruik.....	18
4.6	Determinanten die het gebruik van de richtlijn beïnvloeden .....	20
4.7	Overige opmerkingen van de respondenten .....	24
<b>5</b>	<b>Resultaten focusgroepinterviews na afloop van de proefimplementatie</b> .....	<b>25</b>
5.1	Respons.....	25
5.2	Determinanten m.b.t. richtlijn.....	25
5.3	Determinanten m.b.t. JGZ-medewerker .....	28
5.4	Determinanten m.b.t. JGZ-organisatie .....	28
5.5	Determinanten m.b.t. de sociaal-politieke omgeving.....	28
5.6	Randvoorwaarden voor landelijke invoering .....	30
<b>6</b>	<b>Conclusies en aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering</b> .....	<b>33</b>
6.1	Conclusies .....	33
6.2	Kritische kanttekeningen .....	36
6.3	Aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering.....	36
<b>7</b>	<b>Literatuur</b> .....	<b>39</b>
	<b>Bijlage(n)</b>	
	A Gedetailleerde resultaten vragenlijst na proefimplementatie	
	B Gedetailleerde resultaten focusgroepen JGZ-richtlijn 'Voorkeurshouding en Schedelvervorming'	

# 1 Inleiding

## 1.1 Achtergrond

De jeugdgezondheidszorg heeft de taak afwijkingen in de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen te voorkómen dan wel vroegtijdig op te sporen (productgroep 1 uit het basistakenpakket JGZ). Het doel is om blijvende gevolgen van een gestoorde ontwikkeling te voorkómen of zoveel mogelijk te beperken door tijdig behandeling en/of begeleiding in gang te zetten. Dit geldt ook voor het thema 'symmetrische ontwikkeling van zuigelingen'. Door een voorkeurshouding van zuigelingen te voorkomen dan wel tijdig te signaleren kan een schedelvorming (plagiocefalie en brachycefalie) worden voorkomen of beperkt.

Voorkeurshouding komt veel voor bij zuigelingen. In 1997 bedroeg de prevalentie in een dwarsdoorsnedeonderzoek bij zuigelingen jonger dan 4 maanden verspreid over het land 17% en bij zuigelingen jonger dan 7 maanden 12,2% (1,2). Van Vlimmeren stelde in een cohortonderzoek bij de geboorte en bij 7 weken respectievelijk een prevalentie van 0% en 17,9% vast (3).

De prevalentie van schedelvervorming werd door Van Vlimmeren in dit zelfde cohortonderzoek onderzocht met behulp van plagiocefalometrie. De prevalentie van plagiocefalie was 5,8% bij de geboorte, 21,5% bij 7 weken, 17,3% bij 6 maanden, 17,2% bij 12 maanden en 13,7% bij 24 maanden. De prevalentie van brachycefalie was 0,0% bij de geboorte, 2,2% bij 7 weken, 8,3% bij 6 maanden, 2,9% bij 12 maanden en 2,0% bij 24 maanden (4).

Het natuurlijk beloop van voorkeurshouding zonder behandeling is gunstig; in het onderzoek van Van Vlimmeren had geen van alle kinderen bij 6 of 12 maanden nog een voorkeurshouding of ze nu kinderfysiotherapie hadden gehad of niet (3). Op theoretische gronden lijkt aannemelijk dat aanwezige asymmetrie van het hoofd op de leeftijd van 12 - 24 maanden niet meer volledig zal herstellen (gebaseerd op het geringe groeipotentieel op die leeftijd en op historische beschrijvingen). Resultaten uit goed opgezette longitudinale studies zijn echter niet beschikbaar en ervaringen van professionals spreken elkaar tegen.

In de literatuur wordt een verband gesuggereerd tussen schedelvervorming en vertraging in de cognitieve en/of motorische ontwikkeling (5-8). Over de causaliteit van het verband wordt geen uitspraak gedaan. De kwaliteit en generaliseerbaarheid van het achterliggende onderzoek is twijfelachtig. Een klein percentage (gemiddeld minder dan 5%) van de kinderen met een schedelvervorming houdt op de lange termijn een asymmetrie of afwijkende vorm van de schedel (1,3,9). Deze kinderen ondervinden hiervan mogelijk nadelige gevolgen, bijvoorbeeld pesten/plagen, stigmatisering, onzekerheid of verminderd zelfbeeld (10-12).

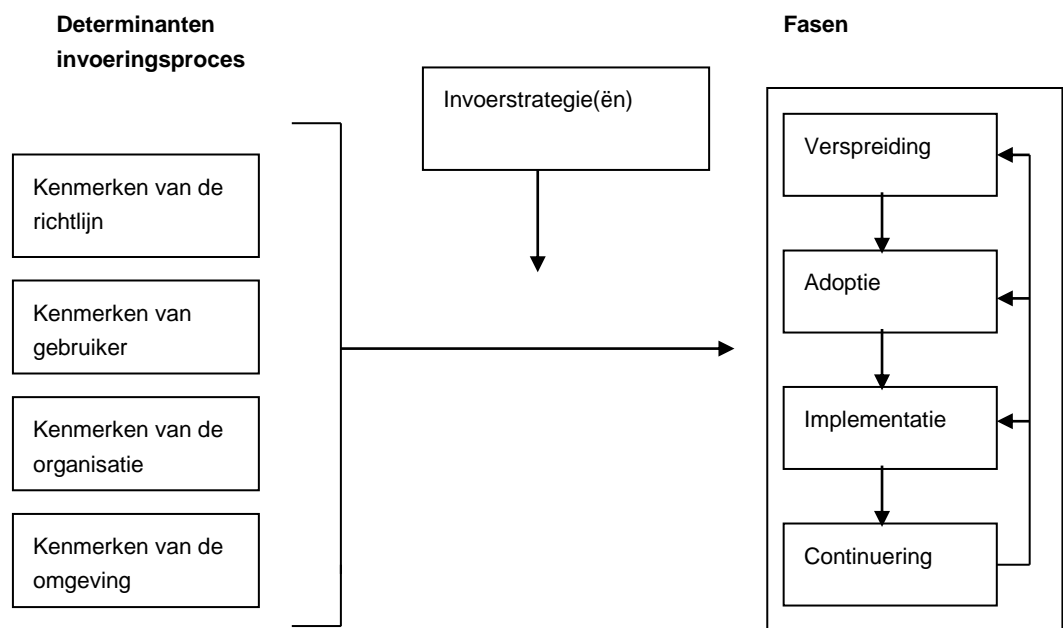
Aangezien een klein deel van de kinderen met een schedelvervorming op lange termijn hiervan mogelijk problemen ondervindt, is preventie, signalering en zonodig behandeling geïndiceerd.

## 1.2 Model voor de invoering van de JGZ-richtlijnen

### *Fasen in een innovatieproces*

De planmatige invoering van richtlijnen kan beschouwd worden als een cyclisch proces dat bestaat uit a) de ontwikkeling van de richtlijn, b) de invoering van de richtlijn onder de beoogde gebruikers en c) het begeleidende evaluatieonderzoek (13-17). Het begeleidende evaluatieonderzoek moet duidelijk maken of het invoeringsproces door de beoogde gebruiker wordt doorlopen zoals gewenst, en of daarmee de effecten bij de einddoelgroep (0-19 jarigen) zijn gerealiseerd.

De invoering van een richtlijn bestaat uit een aantal fasen (figuur 1) (17,18). Met het oog op een succesvolle invoering is het van cruciaal belang dat de beoogde gebruikers van de richtlijn op de hoogte zijn van het bestaan ervan (17-24). In de adoptie fase neemt de beoogde gebruiker kennis van de richtlijn en besluit om er al dan niet mee te gaan werken. Dit is een mentaal proces waarbij de beoogde gebruiker een positieve of negatieve intentie tot gebruik van de richtlijn ontwikkelt. Daarna probeert de gebruiker daadwerkelijk met de richtlijn te werken en gaat ervaren of deze voor hem/haar in de praktijk uitvoerbaar is (implementatie). Tenslotte is het de bedoeling dat het werken met de richtlijn onderdeel van de dagelijkse routine wordt (continuering) bij de gebruiker.



Figuur 1: Generiek model voor het invoeren van vernieuwingen (17,18)

### *Analyse determinanten*

In elke fase van het invoeringsproces kunnen er complicaties optreden waardoor de invoering stagneert. Verschillende determinanten bepalen het proces en ze zijn onder te verdelen naar kenmerken van (17):

- de richtlijn zélf, bijvoorbeeld gebruiksgemak, helderheid of relevantie;
- de (toekomstige) gebruiker van de richtlijn, bijvoorbeeld kennis en vaardigheden, attitude en taakopvatting;
- de organisatie waarin de richtlijn wordt ingevoerd, bijvoorbeeld de besluitvormingsstructuur, de bezettingsgraad of de beschikbare tijd;

- de sociaal-politieke omgeving, bijvoorbeeld medewerking van 0-19 jarigen en hun ouders/verzorgers, medewerking van verwijzers, wet- en regelgeving, financiering of materiële voorzieningen.

Om de kans op succesvolle invoering van de richtlijn te maximaliseren dient de invoerstrategie aan te sluiten op de belangrijkste determinanten van het invoeringsproces. Daarom moet een analyse van determinanten plaatsvinden onder de beoogde gebruikers van een richtlijn vóórdat deze definitief is en verspreid wordt. Vervolgens kunnen invoerstrategieën toegesneden worden op de uitkomsten van deze analyse (17,20-24). Wanneer dit niet wordt gedaan, loopt men de kans een strategie in te zetten die aangrijpt op een niet-relevante determinant en voorbij gaat aan een of meerdere determinanten die er wel toe doen (17,18).

#### *Proefimplementatie*

In de Jeugdgezondheidszorg gebeurt een dergelijke determinantenanalyse tot nu toe via een proefimplementatie waarbij uitvoerende JGZ-medewerkers en, indien relevant, managers, de conceptrichtlijn gedurende enige maanden in de dagelijkse praktijk uittesten (25). Wanneer een richtlijn aanbevelingen bevat die organisatorische consequenties hebben (bijvoorbeeld de aanbevelingen ten aanzien van multidisciplinair overleg), worden waar mogelijk hele organisaties/teams geworven voor de proefimplementatie. Het al dan niet kunnen uitvoeren van de richtlijn ligt dan namelijk deels buiten de invloedssfeer van de individuele JGZ-medewerker. In andere gevallen kan worden volstaan met het werven van individuele JGZ-medewerkers. Via de proefimplementatie wordt duidelijk wat de uitvoeringsproblemen in de dagelijkse praktijk zijn. Dit geeft in ieder geval zicht op welke punten de richtlijn zélf nog bijstelling behoeft (inhoudelijk en qua vormgeving), welke instructie/scholing JGZ-medewerkers nodig hebben om met de richtlijn te kunnen werken en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd om het werken met de richtlijn mogelijk te maken, zoals inwerktijd, extra consulttijd, benodigde materialen, etc. Dit alles is vooral ook van belang voor managers om de invoering van de richtlijn in hun organisatie te kunnen inplannen en om met gemeentes te kunnen onderhandelen over financiering. Ook is het van belang voor het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) dat de regie voert over de landelijke invoering van de richtlijnen. Daarnaast geeft de proefimplementatie zicht op het verdere scala van determinanten waar tijdens de (landelijke) invoering rekening mee moet worden gehouden.

### **1.3 Doelstelling en vraagstellingen**

Het doel van het onderhavige project is nagaan welke determinanten een rol spelen bij het gebruik van de JGZ-richtlijn Preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming - hierna JGZ-richtlijn Schedelvervorming genoemd - om op basis daarvan aanbevelingen te doen voor de landelijke invoering van deze richtlijn.

De vraagstellingen van het project zijn:

1. Op welke punten behoeft de richtlijn nog bijstelling?
2. Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de JGZ-richtlijn Schedelvervorming door jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen?
3. Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd bij de landelijke invoering van deze JGZ-richtlijn?

## 2 Methode

### 2.1 Werving van JGZ-organisaties en respons

In september 2010 werd door het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) een mailing verstuurd aan de hoofden/managers van alle JGZ-organisaties (0-4 jaar), met de vraag deel te nemen aan de proefimplementatie. Doel was om in enkele organisaties teams van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen werkzaam in de JGZ voor 0-4 jarigen bereid te vinden deel te nemen.

Daarnaast werd tegelijkertijd een oproep geplaatst voor deelname van organisaties, maar ook van individuele JGZ-medewerkers, op de websites en in de nieuwsbrieven van het NCJ, de koepelorganisaties en de beroepsverenigingen. In de mailing en op de websites werd beschreven wat deelname inhield, hoeveel tijd dit kostte en welke vergoeding beschikbaar was.

Aan de proefimplementatie namen in totaal 63 JGZ-medewerkers deel: 28 jeugdartsen (0-4 jaar) en 35 jeugdverpleegkundigen (0-4 jaar), waarvan 1 verpleegkundig specialist. Ze waren afkomstig uit 9 organisatie.

### 2.2 Kernelementen

Door de ontwikkelaars van de richtlijn zijn van te voren kernelementen van de richtlijn bepaald. Kernelementen zijn die activiteiten die in ieder geval uitgevoerd moeten worden om het effect van de richtlijn bij de 0-19 jarigen te bewerkstelligen (25). Het betreft activiteiten van JGZ-medewerkers t.a.v. preventie, signalering en aanpak van voorkeurshouding en schedelvervorming. De vragenlijsten en registratieformulieren die zijn gebruikt bij de proefimplementatie zijn gebaseerd op de kernelementen van de richtlijn (zie hierna).

### 2.3 Proefimplementatie: instructie, registratieformulieren en vragenlijsten

#### *Instructie*

De proefimplementatie hield in dat JGZ-organisaties gevraagd werd ongeveer drie tot vier maanden met de conceptrichtlijn te werken (afhankelijk van het moment van de instructie) en deze in de praktijk uit te testen op de uitvoerbaarheid.

De deelnemers aan de proefimplementatie kregen een 2 uur durende instructiebijeenkomst waarin één van de ontwikkelaars uitleg gaf over de richtlijn. Voorafgaand aan de instructie ontvingen de deelnemers ter voorbereiding zowel de achtergrondinformatie (het boek), de samenvatting van de richtlijn als het stroomdiagram. De instructie werd gestart met een kennismaking van de deelnemers en inventarisatie van de huidige werkwijze; de instructie werd hier (zo nodig) aan aangepast.

#### *Registratie*

De registratieformulieren die zijn gebruikt bij de proefimplementatie zijn gebaseerd op de kernelementen van de richtlijn.

Gedurende de proefimplementatie hielden de deelnemers op registratieformulieren bij op welke punten de richtlijn wel/niet uitvoerbaar is. De deelnemers vulden deze registratieformulieren in voor 5-10 contacten over voorkeurshouding en/of schedelvervorming. Met deze formulieren werd inzicht verkregen hoe medewerkers

in de praktijk tijdens de proefimplementatie daadwerkelijk werkten, en tegen welke problemen zij aanliepen. De registraties vonden prospectief plaats.

Bij de registratieformulieren registreerde men knelpunten/uitvoeringsproblemen met betrekking tot:

- Uitvoering van inhoudelijke kernelementen van de richtlijn:
  - Preventie van voorkeurshouding en schedelvervorming
  - Signalering van voorkeurshouding en schedelvervorming
  - Uitvoering van differentiaal diagnostiek
  - Begeleiding, follow-up en verwijzing bij voorkeurshouding en/of schedelvervorming
- Tijdsinvestering
- Open vragen over ervaren knelpunten in het gebruik van de richtlijn

#### *Evaluatievragenlijst na afloop proefimplementatie*

Na afloop van de proefimplementatie kregen de deelnemers een digitaal, via een website, in te vullen vragenlijst om de gehele proefimplementatie te evalueren.

Gevraagd werd naar:

- Een evaluatie van de instructie die voorafgaand aan de proefimplementatie was gegeven.
- Het gebruik van de richtlijn. Voor de 13 kernelementen uit de richtlijn werd gevraagd bij hoeveel kinderen men het betreffende kernelement had uitgevoerd (7-puntschaal).
- De determinanten die het gebruik van de richtlijn mogelijk beïnvloeden. Deze waren onderverdeeld naar:
  - Kenmerken van de richtlijn, het stroomdiagram, de preventie folder en de interventie folder. Het betrof 36 stellingen over de richtlijn zoals bijvoorbeeld de helderheid, de complexiteit en de congruentie (of de richtlijn aansluit bij de bestaande werkwijze). Over het stroomdiagram en de folders werden respectievelijk vier en twee stellingen voorgelegd.
  - Kenmerken van de gebruiker van de richtlijn. Het betrof negen stellingen over bijvoorbeeld uitkomstverwachtingen (bijv. de richtlijn draagt bij aan de preventie van schedelvervorming), persoonlijk voordeel (bijv. werken met de richtlijn geeft veel voldoening) en gepercipieerde kennis en vaardigheden. Verder waren er 13 stellingen over de taakopvatting (bijv. ik vind het actief signaleren van een voorkeurshouding en schedelvervorming bij het eerste huisbezoek tot mijn taak behoren) en 13 stellingen over de eigen-effectiviteitsverwachting (in hoeverre men zich in staat voelt een kernaanbeveling uit te voeren). Zowel de stellingen over taakopvatting als eigen-effectiviteitsverwachting waren gerelateerd aan de kernelementen uit de richtlijn. Tot slot waren er twee stellingen over de ervaren ondersteuning van collega's en leidinggevende.
  - Kenmerken van de organisatie én kenmerken van de sociaal-politieke omgeving. Het betrof drie stellingen over randvoorwaarden zoals de beschikbare consulttijd en drie stellingen over de ervaren ondersteuning in de organisatie en de medewerking van ouders en kinderen.

## **2.4 Analyses registratieformulieren/vragenlijsten**

SPSS versie 17.0 is gebruikt voor de beschrijvende statistieken. De resultaten zijn te vinden in de hoofdstukken 3 en 4. Vanwege de kleine aantallen was het niet opportuun verschillen in antwoorden tussen disciplines statistisch te toetsen. Bij de bespreking van de resultaten van de vragenlijst is een criterium van 80% gehanteerd; wanneer meer dan 20% van de respondenten het met een stelling / vraag oneens was, wordt de stelling toegelicht.

## **2.5 Focusgroepinterview**

Na afloop van de proefimplementatie vonden twee focusgroepinterviews plaats. Het doel van de interviews was om dieper in te gaan op de determinanten die het gebruik van de richtlijn bepalen. Tevens werd het interview gebruikt om oplossingen te bespreken voor uitvoeringsproblemen bij het werken met de richtlijn en aanbevelingen voor de landelijke invoering van de richtlijn.

De interviewvragen zijn gebaseerd op het model voor de invoering van vernieuwingen (figuur 1) en een voorlopige analyses van de registratieformulieren en evaluatievragenlijsten. Verder werd gebruik gemaakt van een lijst met determinanten die een rol spelen bij de invoering van vernieuwingen (17,18) en bevindingen uit eerdere proefimplementaties in de JGZ.

Alle geïnterviewden kregen ter voorbereiding op het interview de vragen toegestuurd. Het interview duurde ongeveer twee uur.

## **2.6 Analyse focusgroepinterview**

Van elk focusgroepinterview werd een verslag gemaakt. Dit verslag werd ter correctie en aanvulling aan de geïnterviewden voorgelegd. De analyse ervan en de beschrijving van de resultaten vond plaats aan de hand van het model voor de invoering van vernieuwingen (figuur 1). Er wordt gerapporteerd op het niveau van de verschillende categorieën van determinanten. Waar relevant wordt een onderscheid gemaakt naar de fasen van verspreiding, adoptie en implementatie.



## 3 Resultaten registratieformulieren

### 3.1 Respons

Door in totaal 53 van de 63 deelnemers (84%) werden tijdens de proefimplementatie in totaal 393 registratieformulieren teruggestuurd. Het ging om 27 jeugdartsen (193 formulieren), 25 jeugdverpleegkundigen (188 formulieren) en 1 verpleegkundig specialist preventie (1 formulier). Van 11 contactmomenten is onbekend wie het heeft uitgevoerd. Omwille van de overzichtelijkheid is in onderstaande analyses de verpleegkundig specialist preventie samengevoegd met de groep jeugdverpleegkundigen. De formulieren waarvan onbekend is van wie ze afkomstig zijn, zijn buiten de analyses gelaten.

De registratie vond plaats tussen 3 januari 2011 en 10 mei 2011. Het ging om huisbezoeken 2e week (17%), consultatiebureaubezoeken (81%), extra huisbezoeken op indicatie (2%) en telefonische contacten (0,3%).

### 3.2 De kinderen, contactmomenten en bestede tijd

Het betrof 192 jongens (50%) en 192 meisjes (50%) met een gemiddelde leeftijd van 5,9 weken, variërend van 1 week tot 12 maanden. Bij 9 contactmomenten is onbekend of het ging om een jongen of een meisje. Bij 217 (55%) contactmomenten was er sprake van voorkeurshouding, bij 165 (42%) was er sprake van schedelvervorming.

De bestede tijd, zoals ingeschat door de respondenten, aan de diverse onderdelen van de richtlijn tijdens het consult is terug te vinden in tabel 1.

Tabel 1: Ingeschatte tijdsbesteding tijdens een contactmoment, voorafgaande en tijdens de proefimplementatie, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

Ingeschatte consulttijd		Gemiddelde tijd in minuten <u>voor</u> introductie richtlijn	Gemiddelde tijd in minuten <u>na</u> introductie richtlijn
Geven van preventieve voorlichting	JA*	1,7	2,7
	JV*	4,9	5,8
Signaleren van VKH/SV**	JA	2,1	2,4
	JV	4,4	5,1
In geval van VKH/SV: differentiaal diagnostiek	JA	1,8	1,9
	JV	n.v.t.	n.v.t.
In geval van VKH/SV: advisering na stellen diagnose	JA	2,7	3,6
In geval van VKH/SV: verwijzing na stellen diagnose	JA	4,4	5,3
	JV	3,0	3,7

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

\*\* VKH=voorkeurshouding; SV=schedelvervorming

### 3.3 Voorkomen van voorkeurshouding en schedelvervorming

Bij 140 kinderen werd geen voorkeurshouding of schedelvervorming geconstateerd. Jeugdartsen gaven in dat geval bij 96% preventieve adviezen (zie ook tabel 2) en bij 29% een folder (zie ook tabel 3). Jeugdverpleegkundigen gaven bij 99% adviezen en bij 55% een folder.

Tabel 2: Gegeven voorlichting en adviezen ter voorkoming van voorkeurshouding en schedelvervorming, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen (n=135)

Adviezen en voorlichting ter voorkoming van voorkeurshouding en schedelvervorming	JA*	JV*
<i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>		
Nergens over	4%	2%
Bij voeden afwisselend op rechter en linker arm houden	54%	75%
Bij wakker zijn minimaal drie keer per dag op buik leggen (onder toezicht), gedurende ...** minuten	73%	82%
In bed bij iedere slaaperperiode hoofdje wisselend op rechter- en linker- achterhoofd	51%	74%
Altijd op rug te slapen leggen	60%	80%
Anders namelijk: aankleedkussen, voordoen, licht/geluid, oppakken uit bed, folder kennis terugvragen	23%	17%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

\*\* JA: 2-30 minuten, in 36% van de gevallen 5 minuten; JV: 1-30 min, in 56% van de gevallen 5 minuten. In concept-richtlijn werd 5 minuten geadviseerd.

Tabel 3: Het gebruik van een folder met positionering- en hanteringadviezen ter preventie van voorkeurshouding en schedelvervorming, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

Het gebruik van de preventiefolder	JA*	JV*
	(n=55)	(n=56)
Folder alléén uitgereikt	5%	4%
Folder uitgereikt én toegelicht	25%	39%
Folder uitgereikt én toegelicht én begrip nagegaan	5%	21%
Folder niet uitgereikt omdat: al eerder gegeven, niet beschikbaar	64%	36%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

### 3.4 Signaleren van voorkeurshouding en verwijzing

Vrijwel altijd werd nagevraagd/onderzocht of het kind een voorkeurshouding had of nog had (jeugdarts 96% van de contactmomenten, jeugdverpleegkundige 97% van de contactmomenten). Bij 217 (55%) van de contactmomenten was er sprake van een voorkeurshouding. Bij de jeugdartsen bleken er 102 kinderen met voorkeurshouding, bij de jeugdverpleegkundigen bleken er 112 kinderen te zijn. Van 3 kinderen is het onbekend of het contactmoment werd verzorgd door een jeugdarts of jeugdverpleegkundige.

In geval van een voorkeurshouding moet volgens de richtlijn door de jeugdverpleegkundige worden doorverwezen naar de jeugdarts. De jeugdverpleegkundigen deden dit in 77% van de gevallen waarin ze een voorkeurshouding signaleerden. De jeugdartsen verrichtten differentiaal

diagnostisch onderzoek bij de kinderen waarbij een voorkeurshouding gesignaleerd werd (zie tabel 4).

Tabel 4: Differentiaal diagnostisch onderzoek, verricht door jeugdarts na signalering van een voorkeurshouding

<b>Differentiaal diagnostisch onderzoek gedaan na signalering van een voorkeurshouding</b>	<b>JA*</b> (n=102)
<i>meerdere antwoorden mogelijk</i>	
Gelokaliseerde asymmetrie: hoofd/ hals/ schouders/ zintuigen	92%
Gelokaliseerde asymmetrie: wervelkolom	68%
Gelokaliseerde asymmetrie: heupen/benen	78%
Gegeneraliseerde asymmetrie: moulded baby	57%
Gegeneraliseerde asymmetrie: neurologisch	54%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

Door de jeugdartsen werd in 93% van de gevallen de diagnose (gewone) voorkeurshouding gesteld. Ondanks dat de jeugdverpleegkundigen volgens de richtlijn geen diagnose stellen, gaven zij aan in 69% van de gevallen de diagnose van (gewone) voorkeurshouding te hebben gesteld.

Na het stellen van de diagnose voorkeurshouding gaf men kernadviezen en extra adviezen (zie tabel 5). De jeugdverpleegkundigen gaven in 3% van de gevallen geen advies; de jeugdartsen gaven altijd advies.

Tabel 5: Adviezen, gegeven na het stellen van de diagnose voorkeurshouding, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

<b>Adviezen na het stellen van de diagnose voorkeurshouding</b>	<b>JA*</b>	<b>JV*</b>
<i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	(n=102)	(n=112)
<i>Niets</i>	0%	3%
<i>Kernadviezen</i>		
Bij voeden afwisselend op rechter en linker arm houden	68%	72%
Bij wakker zijn minimaal drie keer per dag op buik leggen (onder toezicht) gedurende ** minuten	84%	78%
In bed hoofdje naar niet-voorkeurskant draaien en zo laten liggen; als het niet lukt, proberen als baby diep slaapt (na 10 -15 minuten)	77%	69%
Altijd op rug te slapen leggen	79%	71%
<i>Extra adviezen</i>		
Zo vasthouden dat baby hoofdje naar niet-voorkeurskant moet draaien om ouder te zien	64%	59%
Stimuleren dat baby zich vrij en gevarieerd kan bewegen door beperken van gebruik wipstoel, babyswing of autozitje	19%	45%
Zo op aankleedkussen leggen dat baby hoofdje naar niet- voorkeurskant moet draaien om ouder te zien	50%	55%
Bij aankleden en na verschonen op aankleedkussen een paar minuten op buik of zij leggen, eventueel om kleren dicht te knopen	35%	51%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

\*\* JA: 1-30 minuten, in 36% van de gevallen 5 minuten; JV: 1-30 minuten, in 27% van de gevallen 5 minuten

Na de diagnose is in 19 gevallen verwezen door de jeugdarts naar een kinderrfysiotherapeut (16 keer) of een kinderarts (3 keer). Hoewel volgens de richtlijn de jeugdverpleegkundige niet verwijst, is in 17 gevallen door haar doorverwezen naar een kinderrfysiotherapeut (16 keer) of een manueel therapeut (1 keer).

In 25% van de gevallen reikte de jeugdarts een interventiefolder uit, lichtte deze toe en ging begrip na. Bij jeugdverpleegkundigen gebeurde dit in 24% van de gevallen (zie tabel 6).

Tabel 6: Het gebruik van een folder met positionering- en hanteringadviezen voor kinderen met een voorkeurshouding, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

<b>Het gebruik van een interventiefolder</b>	<b>JA*</b>	<b>JV*</b>
	(n=93)	(n=101)
Folder uitgereikt én toegelicht én begrip nagegaan	27%	27%
Folder uitgereikt én toegelicht	39%	32%
Folder alléén uitgereikt	6%	6%
Folder niet uitgereikt omdat: al eerder gegeven of (tijdelijk) niet beschikbaar	28%	35%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

In vijf gevallen kregen jeugdartsen vragen over manuele therapie, osteopathie of chiropraxie. Bij de jeugdverpleegkundigen gebeurde dit in acht gevallen.

### 3.5 Signaleren van schedelvervorming en verwijzing

Vrijwel altijd werd nagevraagd/onderzocht of het kind een schedelvervorming had of nog had. Bij 165 (42%) kinderen was sprake van schedelvervorming. Bij de jeugdartsen bleken er 98 kinderen met schedelvervorming, bij de jeugdverpleegkundigen 61 kinderen. Van 6 gevallen met schedelvervorming is het onbekend of het contactmoment werd verzorgd door een jeugdarts of jeugdverpleegkundige.

Om te signaleren of het kind een schedelvervorming heeft of nog heeft, werd dit nagevraagd aan de ouder/verzorger en/of werd lichamenlijk onderzoek verricht (zie tabel 7).

Tabel 7: Activiteiten om na te gaan of het kind een schedelvervorming heeft of nog heeft, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

Activiteiten om een schedelvervorming te signaleren	JA*	JV*
<i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	(n=192)	(n=187)
Niets	1%	7%
Nagevraagd	11%	18%
<i>Lichamenlijk onderzoek verricht, namelijk:</i>		
Palpatie van achterste en voorste fontanel	84%	16%
Palpatie van schedelnaden	65%	13%
Beoordeling schedelvorm van bovenaf	84%	58%
Beoordeling schedelvorm van achteren	88%	63%
Beoordeling schedelvorm van voren	83%	58%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

Na het signaleren van een schedelvervorming moet volgens de richtlijn door jeugdverpleegkundigen worden doorverwezen naar de jeugdarts. De jeugdverpleegkundigen deden dit in 68% van de 53 gevallen waarin ze schedelvervorming signaleerden, in 17 gevallen (32%) gaven zij aan geen vervolgactie genomen te hebben gedaan. De jeugdartsen verrichtten differentiaal diagnostisch onderzoek bij de 110 kinderen waarbij een schedelvervorming werd gesignaleerd (zie tabel 8).

Tabel 8: Differentiaal diagnostisch onderzoek, verricht door de jeugdarts na signaleren van een schedelvervorming

Differentiaal diagnostisch onderzoek na signaleren van een schedelvervorming	JA*
<i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	(n=110)
Craniosynostosis	23%
(Deformatieve) schedelvervorming	75%
Anders, namelijk andere diagnoses (geen bijzonderheden)	9%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

Door jeugdartsen werd bij 98 van de 192 gevallen (51%) de diagnose, (deformatieve) schedelvervorming gesteld. Bij 78 van deze 98 kinderen (80%) werd ook een voorkeurshouding gesignaleerd. In 3% van de gevallen werd andere pathologie gerapporteerd door jeugdartsen. Daaronder waren twee gevallen met

cephaalhematoom. In 46% van de gevallen werd door de jeugdartsen geconcludeerd dat geen sprake was van schedelvervorming. De jeugdverpleegkundigen rapporteerden dat in 66% geen sprake was van schedelvervorming.

Van de 98 gevallen met schedelvervorming gediagnosticeerd door de jeugdartsen, werd bij 93% de classificering van Argenta toegepast. Hoewel het niet de instructie was dat jeugdverpleegkundigen de classificering van Argenta toepassen, gaf 64% van jeugdverpleegkundigen aan dit te doen bij de gevallen met gediagnosticeerde schedelvervorming. De jeugdverpleegkundigen die aangaven dit niet te doen, gaven als rede dat zij dit een taak vinden van de jeugdarts.

Na het stellen van de diagnose (deformatieve) schedelvervorming gaf men bij ongeveer de helft tot twee derde van de gevallen de kernadviezen en bij ongeveer een derde tot de helft van de gevallen de extra adviezen (zie tabel 9). De jeugdartsen deden in 4% van de gevallen niets, de jeugdverpleegkundigen in 6% van de gevallen.

Tabel 9: Adviezen gegeven na het stellen van de diagnose (deformatieve) schedelvervorming, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

<b>Adviezen na het stellen van de diagnose (deformatieve) schedelvervorming</b>	<b>Diagnoses SV door JA*</b>	<b>Diagnoses SV door JV*</b>
<i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>	(n=98)	(n=61)
<i>Niets</i>	4%	6%
<i>Kernadviezen</i>		
Bij voeden afwisselend op rechter en linker arm houden	60%	52%
Bij wakker zijn minimaal drie keer per dag op buik leggen (onder toezicht) gedurende ** minuten	80%	63%
In bed hoofdje naar niet-voorkeurskant draaien en zo laten liggen; als het niet lukt, proberen als baby diep slaapt (na 10-15 minuten)	71%	52%
Altijd op rug te slapen leggen	77%	57%
<i>Extra adviezen</i>		
Zo vasthouden dat baby hoofdje naar niet-voorkeurskant moet draaien om ouder te zien	60%	54%
Stimuleren dat baby zich vrij en gevarieerd kan bewegen door beperken van gebruik wipstoel, babyswing of autozitje	27%	44%
Zo op aankleedkussen leggen dat baby hoofdje naar niet-voorkeurskant moet draaien om ouder te zien	47%	40%
Bij aankleden en na verschonen op aankleedkussen een paar minuten op buik of zij leggen, eventueel om kleren dicht te knopen	35%	41%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

\*\* (1-35 minuten, gemiddeld 9,3 minuten)

#### *Verwijzing*

Nadat de diagnose schedelvervorming was gesteld, is door de jeugdarts in 15 van de 98 gevallen (15%) verwezen naar een kinderfysiotherapeut; deze kinderen hadden allemaal ook een voorkeurshouding. In 4 van de gevallen had het kind al

fysiotherapie. Geen van de kinderen is verwezen naar een huisarts, en één naar een kinderarts. Hoewel dit niet in de instructie stond, is in 17 van de 61 gevallen (28%) door de jeugdverpleegkundige doorverwezen naar een kinderfysiotherapeut. Mogelijk is dit met toestemming van de jeugdarts gedaan.

#### *Perceptie ouders*

Door de jeugdartsen werd in 69% van de kinderen met de diagnose (deformatieve) schedelvervorming nagevraagd wat de perceptie van de ouders was. De jeugdverpleegkundigen deden dit in 56% van de gevallen. De reacties van ouders varieerden van “geen zorgen”, “niet opgemerkt/opgevallen”, tot “ongerustheid” (met name als een ouder broertje of zusje ditzelfde heeft/had).

#### *Helmtherapie*

De jeugdartsen gaven in 23% van de kinderen met de diagnose deformatieve schedelvervorming uitleg over de wetenschappelijke kennis over de effecten van helmtherapie. De jeugdverpleegkundigen gaven in 21% van de gevallen hierover geen uitleg. In enkele gevallen informeerde men de ouder over de beschikbare evidentie in de literatuur (zie tabel 10).

Tabel 10: Voorlichting gegeven aan ouders over helmtherapie, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

<b>Hebt u ouders uitleg gegeven over de wetenschappelijke kennis over de effecten van helmtherapie?</b>	<b>JA*</b> (n=98)	<b>JV*</b> (n=61)
<i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>		
<i>Nee</i>	77%	79%
<i>Ja, ik heb de ouders geïnformeerd over:</i>		
Evidence over korte termijn effecten op vorm van het hoofd	6%	6%
Gebrek aan evidence over resultaten op langere termijn	8%	5%
Gebrek aan evidence over negatieve effecten	6%	5%
Anders**	13%	2%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

\*\* Voornamelijk werd genoemd: ouders alleen op de hoogte stellen van het bestaan van de helm.

#### *Follow up*

Het merendeel van de jeugdartsen sprak na het signaleren van een voorkeurshouding en/of schedelvervorming een regulier vervolg consult af bij de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. In sommige gevallen werd telefonisch contact of een extra consult afgesproken (zie tabel 11).

Tabel 11: Follow-up na signalering van een schedelvervorming, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

<b>Welke follow-up heeft u afgesproken na signalering van de schedelvervorming</b>	<b>JA*</b> (n=98)	<b>JV*</b> (n=61)
<i>Meerdere antwoorden mogelijk</i>		
Reguliere volgende consult bij JA of JV	85%	72%
Telefonisch contact door JV afgesproken na ** dagen	12%	13%
Huisbezoek door JV afgesproken na *** weken	5%	8%
Anders, in verband met andere problemen, inloopspreekuur	15%	13%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

\*\* gemiddeld 10,4 (JA) en 12,8 (JV) dagen

\*\*\* gemiddeld 2,4 (JA) en 2,2 (JV) weken



## 4 Resultaten evaluatievragenlijst na afloop van de proefimplementatie

### 4.1 Inleiding

In dit hoofdstuk is steeds weergegeven hoe de respondenten reageerden op diverse stellingen in de vragenlijst. Bij de bespreking hiervan is een criterium van 80% gehanteerd; wanneer meer dan 20% van de respondenten het met een stelling / vraag oneens was, wordt de stelling toegelicht.

### 4.2 Respons

De vragenlijsten na afloop van de proefimplementatie werden door 41 van de 63 (65%) online ingevuld. Onder de 41 respondenten waren 21 jeugdartsen en 20 jeugdverpleegkundigen. In de onderstaande resultaten worden de jeugdartsen (in tabel weergegeven als JA) en jeugdverpleegkundigen (in tabel weergegeven als JV) weergegeven.

### 4.3 Voorbereiding

Bijna alle respondenten aan de vragenlijsten, afgenomen na de proefimplementatie (n=40) gaven aan de samenvatting te hebben gelezen. De meerderheid had ook de hele richtlijn gelezen (zie tabel 12). De door de respondenten aangegeven benodigde inwerktijd (exclusief instructie) varieerde van 10 minuten tot 2 uur met een gemiddelde van ongeveer een half uur (zie tabel 13).

Tabel 12: Mate waarin de richtlijn en de wetenschappelijke onderbouwing zijn gelezen, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

Vorbereiding, activiteiten	JA* (n=21)	JV* (n=20)
<i>Heeft u de samenvatting van de Richtlijn Voorkeurshouding en Schedelvervorming gelezen?</i>		
Ik heb hem (nog) niet doorgelezen	0%	5%
Ik heb hem oppervlakkig doorgelezen	5%	25%
Ik heb hem volledig en grondig doorgelezen	95%	60%
Missing	0%	10%
<i>Heeft u het document met de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn gelezen?</i>		
Ik heb hem (nog) niet doorgelezen	10%	15%
Ik heb hem oppervlakkig doorgelezen	24%	55%
Ik heb hem volledig en grondig doorgelezen	67%	20%
Missing	0%	10%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

Tabel 13: Gemiddelde benodigde tijd voor activiteiten ter voorbereiding aan deelname proefimplementatie (in minuten), gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

Vorbereiding, benodigde tijd	JA* (n=21)	JV* (n=20)
Hoeveel tijd (in minuten) heeft u besteed aan het lezen van de samenvatting van de richtlijn?	56	57
Hoeveel inwerktijd (in minuten) heeft u nodig gehad om u het werken met de richtlijn eigen te maken? ( <b>exclusief</b> het lezen en instructie)	36	32
Hoeveel tijd (in minuten) heeft u besteed aan het lezen van het document met de gemeenschappelijk onderbouwing van de richtlijn?	103	32

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

Van de respondenten nam 54% individueel deel aan de proefimplementatie, 32% daarvan gaf aan het als belemmerend te ervaren dat collega's niet betrokken waren. Redenen hiervoor zijn weergegeven in bijlage A.

#### 4.4 Evaluatie instructie over de richtlijn

Van de respondenten was 85% aanwezig bij de instructiebijeenkomst voorafgaande aan de proefimplementatie van de richtlijn. De instructie die de respondenten vooraf hebben gekregen werd over het algemeen goed beoordeeld, met een gemiddeld rapportcijfer van 7,5 (variërend van 5-9). Men vond dat alle informatie voldoende aan bod is gekomen en dat de instructie praktisch bruikbare informatie opleverde. Door het volgen van de instructie wisten de respondenten wat er van hen werd verwacht bij het werken volgens de richtlijn.

Een belangrijk deel van de jeugdartsen (24%) en de jeugdverpleegkundigen (15%) was het oneens met de stelling dat er veel kennis was opgedaan om de richtlijn uit te voeren. Van de jeugdartsen vond 19% de gegeven instructie niet geschikt voor de landelijke invoering van de richtlijn, onder de jeugdverpleegkundigen was dit 10%. In beide groepen vond ongeveer 15% het niveau van de inhoud van de instructie te laag.

#### 4.5 Werken volgens de richtlijn: gebruik

Respondenten werd gevraagd naar het gebruik van de richtlijn. Voor ieder kernelement uit de richtlijn werd aan de respondenten gevraagd naar het deel van de kinderen waarbij men de activiteit gedurende de proefimplementatie heeft uitgevoerd (zie tabel 14).

Opvallend is dat:

- bij het eerste huisbezoek vrijwel altijd mondelinge voorlichting werd gegeven door de verpleegkundige en bij twee derde van de kinderen inspectie plaatsvond;
- niet in alle gevallen na signalering een aanvullende anamnese werd afgenomen en differentiaal diagnostiek door de jeugdarts plaatsvond;
- vrijwel altijd mondelinge voorlichting en advies werd gegeven na een nieuwe signalering;
- het advies voor een extra contactmoment in minder dan ongeveer een kwart van de gevallen werd uitgevoerd,

- bij persisteren van de voorkeurshouding in minder dan de helft van de gevallen verwijzingen naar de kinderfysiotherapeut plaatsvond binnen vier weken;
- weinig voorlichting werd gegeven over helmtherapie door de jeugdarts en over alternatieve behandelingen zowel de jeugdarts als jeugdverpleegkundige;
- de opvolging van verwijzingen beperkt plaatsvond.

De folders kwamen pas enige tijd nadat de proefimplementatie was gestart beschikbaar, dus deze getallen zijn moeilijk te beoordelen.

Tabel 14: Mate waarin de kernelementen werden uitgevoerd bij (bijna) alle kinderen (in percentages), gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

Werken volgens de richtlijn: gebruik	JA* (n=17)	JV* (n=18)
Mondelinge voorlichting en advies geven (conform de drie kernadviezen in de richtlijn) bij het eerste huisbezoek in verband met preventie van voorkeurshouding en schedelvervorming	n.v.t.	94%
Preventie folder geven bij het eerste huisbezoek over het positioneren en hanteren van de baby in verband met preventie van voorkeurshouding en schedelvervorming	n.v.t.	45%
Actief inspecteren op voorkeurshouding en schedelvervorming tijdens het eerste huisbezoek	n.v.t.	67%
Aanvullende anamnese afnemen bij kinderen met een nieuw gesignaleerde voorkeurshouding en/of schedelvervorming	82%	61%
Differentiaal diagnostiek uitvoeren bij kinderen met een nieuw gesignaleerde voorkeurshouding en/of schedelvervorming	94%	n.v.t.
Interventie folder geven bij kinderen met een nieuw gesignaleerde voorkeurshouding en/of schedelvervorming over het positioneren en hanteren van de baby in verband met de behandeling	59%	83%
Mondelinge voorlichting en advies geven (conform de drie kernadviezen in de richtlijn) bij kinderen met een nieuw gesignaleerde voorkeurshouding en/of schedelvervorming in verband met behandeling	88%	94%
Binnen 2 weken een extra contactmoment hebben (eventueel telefonisch of via een huisbezoek) bij de kinderen met een nieuw gesignaleerde voorkeurshouding en/of schedelvervorming	18%	28%
Verwijzen naar de kinderfysiotherapeut binnen 4 weken bij kinderen waarbij een voorkeurshouding persisteert	47%	44%
Vóór de leeftijd van 5 maanden voorlichting geven over het ontbreken van gegevens over de effectiviteit van helmtherapie (positieve en negatieve effecten) bij kinderen met een forse schedelvervorming	47%	17%
Voorlichting geven over het feit dat binnen de JGZ de behandeling door een manueel therapeut, osteopaat, chiropractor of craniosacraal therapeut wordt ontraden bij kinderen met een voorkeurshouding en/of schedelvervorming	18%	28%
Registreren van een voorkeurshouding en/of schedelvervorming in het (digitaal) dossier van het kind	94%	89%
Actief na gaan wat er met een verwijzing gebeurt bij kinderen met een voorkeurshouding en/of schedelvervorming	53%	61%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

## 4.6 Determinanten die het gebruik van de richtlijn beïnvloeden

### 4.6.1 *Kenmerken van de richtlijn*

De respondenten kregen diverse stellingen voorgelegd over de richtlijn, zoals over de beschrijving van de stappen die genomen moeten worden, de mate van houvast die de richtlijn geeft, de aansluiting van de richtlijn bij de huidige werkwijze, de juistheid van de adviezen en de volledigheid van de richtlijn. Verreweg de meeste respondenten waren het eens met de stellingen en in die zin zeer positief over de richtlijn.

#### *Helderheid richtlijn*

Met uitzondering van één jeugdarts, waren alle respondenten het eens met de stellingen dat de richtlijn in heldere stappen en procedures aangeeft wat te doen bij de preventie, het signaleren en de aanpak van zowel voorkeurshouding als schedelvervorming. Ook was men het eens met de stelling dat de richtlijn grote houvast geeft in het dagelijkse werk.

#### *Congruentie: aansluiten bij bestaande werkwijze*

Bijna alle jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen waren het eens met de stelling dat de richtlijn goed aansluit bij hun bestaande werkwijze bij de preventie, het signaleren en de aanpak van zowel voorkeurshouding en schedelvervorming. Van de jeugdartsen (n=20) was 25% het oneens met de stelling dat de richtlijn goed aansluit bij de werkwijze van andere zorgprofessionals in de keten (bijvoorbeeld kraamverzorgende, kinderfysiotherapeut) en van de verpleegkundigen (n=17) 29%.

#### *Juistheid richtlijn*

Bijna alle respondenten onderschreven de stellingen dat de adviezen over de preventie, het signaleren en de aanpak van zowel voorkeurshouding en schedelvervorming juist zijn.

#### *Compleetheid richtlijn*

Bijna alle respondenten waren het eens met de stellingen dat de adviezen over de preventie, het signaleren en de aanpak van zowel voorkeurshouding als schedelvervorming volledig zijn. Met de stelling dat de adviezen over de verwijscriteria bij voorkeurshouding volledig zijn, was 24% van de jeugdverpleegkundigen (n=17) het oneens. Verder was 21% van de jeugdartsen (n=19) het oneens met de stelling dat de verwijscriteria bij schedelvervorming volledig zijn.

#### *Complexiteit richtlijn*

De complexiteit van de richtlijn werd positief beoordeeld: de meerderheid van de respondenten was eens met de stelling dat de richtlijn niet te ingewikkeld is om er prettig mee te kunnen werken.

#### *Zichtbaarheid uitkomsten*

De meerderheid van de respondenten onderschreef de stelling dat de effecten van het werken met de richtlijn duidelijk zichtbaar zijn.

#### *Relevantie voor 0-19 jarige*

De meerderheid van de respondenten onderschreef de stelling dat de richtlijn een grote meerwaarde heeft voor het kind.

Een deel van de respondenten gaf aan nog andere inhoudelijke zaken kwijt te willen over de richtlijn. Het ging om onderwerpen die men miste, die overbodig zijn of die wellicht verbeterd kunnen worden. Deze zijn opgenomen in bijlage A.

#### 4.6.2 Kenmerken van het stroomdiagram behorend bij de richtlijn

Bijna alle respondenten gaven aan het stroomdiagram te hebben bestudeerd (zie tabel 15).

Tabel 15: Mate waarin het stroomdiagram is gelezen, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

Vorbereiding	JA* (n=21)	JV* (n=20)
<i>Heeft u het stroomdiagram behorend bij de richtlijn gelezen?</i>		
Ik heb hem (nog) niet doorgelezen	0 %	10%
Ik heb hem oppervlakkig doorgelezen	0 %	25%
Ik heb hem volledig en grondig doorgelezen	91%	55%
Missing	9%	10%

\* JA=jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

De respondenten kregen diverse stellingen voorgelegd over het stroomdiagram, zoals over de beschrijving van de stappen die genomen moeten worden, de ingewikkeldheid en de aansluiting van het stroomdiagram bij de huidige werkwijze. Verreweg de meeste respondenten waren het eens met de stellingen en in die zin zeer positief over het stroomdiagram. De enige uitzondering vormde de stelling dat het stroomdiagram grote houvast geeft in de dagelijkse praktijk. Van de jeugdverpleegkundigen (n=16) was 25% het hiermee oneens.

Enkele respondenten gaven aan nog iets anders kwijt te willen over het stroomdiagram. De opmerkingen zijn opgenomen in bijlage A.

#### 4.6.3 Kenmerken van de preventiefolder behorend bij de richtlijn

Bijna alle respondenten gaven aan de preventiefolder te hebben gelezen (zie tabel 16).

Tabel 16: Mate waarin de preventiefolder is gelezen, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen

Vorbereiding	JA* (n=21)	JV* (n=20)
<i>Heeft u de preventie folder behorend bij de richtlijn gelezen?</i>		
Ik heb hem (nog) niet doorgelezen	0%	0%
Ik heb hem oppervlakkig doorgelezen	5%	25%
Ik heb hem volledig en grondig doorgelezen	86%	65%
Missing	9%	10%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

De respondenten kregen stellingen voorgelegd over de preventie folder, zoals over houvast die de folder geeft in het dagelijks werk, of de folder prettig is om mee te werken en de aansluiting van de preventiefolder bij de huidige werkwijze. Vrijwel

alle respondenten waren het met de stellingen eens en in die zin was men zeer positief over de preventiefolder.

Enkele respondenten gaven aan nog iets anders kwijt te willen over het de preventieve folder. De opmerkingen zijn opgenomen in bijlage A.

#### 4.6.4 *Kenmerken van de interventiefolder behorend bij de richtlijn*

Bijna alle respondenten gaven aan de interventiefolder te hebben gelezen (zie tabel 17)

Tabel 17: Mate waarin de interventiefolder is gelezen, gesplitst naar jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen.

Vorbereiding	JA* (n=21)	JV* (n=20)
<i>Heeft u de interventiefolder behorend bij de richtlijn gelezen?</i>		
Ik heb hem (nog) niet doorgelezen	5%	5%
Ik heb hem oppervlakkig doorgelezen	0%	20%
Ik heb hem volledig en grondig doorgelezen	86%	65%
Missing	9%	0%

\* JA=Jeugdarts; JV=Jeugdverpleegkundige

De respondenten kregen dezelfde stellingen voorgelegd over de interventiefolder als bij de preventiefolder. Vrijwel alle respondenten waren het met de stellingen eens en in die zin was men ook zeer positief over de interventie folder.

Enkele respondenten gaven aan nog iets anders kwijt te willen over het de interventiefolder. De opmerkingen zijn opgenomen in bijlage A.

#### 4.6.5 *Kenmerken van gebruiker*

De respondenten kregen diverse stellingen voorgelegd, zoals over het persoonlijk voordeel, relevantie en uitkomstverwachtingen. Over het algemeen was men het eens met de stellingen en in die zin positief over doelen en uitkomsten van de richtlijn.

##### *Persoonlijk voordeel*

Bijna alle respondenten onderschreven de stellingen dat de richtlijn zeer bijdraagt aan hun deskundigheid en dat het werken met de richtlijn veel voldoening geeft.

##### *Relevantie*

Het merendeel van de respondenten onderschreef de stelling dat de richtlijn volledig in hun behoefte voorziet. Alle respondenten onderschreven de stelling in hun dagelijkse praktijk vaak met kinderen met een voorkeurshouding en schedelvervorming in aanraking te komen.

##### *Uitkomstverwachtingen*

Zesentwintig procent van de jeugdartsen (n=19) en 44% van de jeugdverpleegkundigen (n=18)) was het oneens met de stelling dat er door te werken met de richtlijn merkbaar meer kinderen met voorkeurshouding worden opgespoord. Wel waren bijna alle respondenten het eens met de stelling dat de richtlijn in grote mate bijdraagt aan de preventie van schedelvervorming.

### *Taakopvatting*

Respondenten werd gevraagd naar hun taakopvatting. Men beoordeelde per kernelement van de richtlijn of men de activiteit wel of niet zijn/haar taak vond. Met verschillende taken was meer dan 20% van de respondenten het oneens:

- Van de jeugdverpleegkundigen (n=18) was 22% het oneens dat het afnemen van een aanvullende anamnese bij een nieuw gesignaleerde voorkeurshouding en/of schedelvervorming tot hun taak behoorde.
- Met de stelling om bij een nieuw gesignaleerde voorkeurshouding / schedelvervorming binnen twee weken een extra contactmoment te hebben, was respectievelijk 32% van de jeugdartsen (n=19) en 28% van de jeugdverpleegkundigen (n=18) het oneens.
- Van de verpleegkundigen (n=18) was 44% het oneens met de stelling dat het tot hun taak behoort ouders in te lichten dat binnen de JGZ behandeling door een manueel therapeut, osteopaat, chiropractor of craniosacraal therapeut wordt ontraden.

Opmerkelijk was dat een substantieel deel van de verpleegkundigen (n=18) specifieke kernelementen van de richtlijn tot hun taak vinden behoren, hoewel dit niet in de richtlijn is beschreven. Het betreft de volgende kernelementen:

- Het uitvoeren van differentiaal diagnostiek bij een nieuw gesignaleerde voorkeurshouding en/of schedelvervorming (28%)
- Binnen vier weken naar de kinderfysiotherapeut verwijzen bij het persisteren van een voorkeurshouding (67%)
- Voorlichting geven vóór de leeftijd van 5 maanden over het ontbreken van gegevens over de effectiviteit van helmtherapie (28%)

### *Gepercipieerde kennis en vaardigheden*

Alle respondenten vonden dat ze over (ruim) voldoende vaardigheden en kennis beschikten om met de richtlijn te kunnen werken.

### *Eigen-effectiviteitsverwachting*

De respondenten werd gevraagd in hoeverre het lukt om de verschillende kernelementen van de richtlijn uit te voeren. De meerderheid van de respondenten verwachtte dat het hen zal lukken om de verschillende activiteiten uit de richtlijn uit te voeren.

Opvallend is dat 22% van de jeugdverpleegkundigen (n=18) aangaf dat het hen waarschijnlijk niet zal lukken om bij elk kind bij het eerste huisbezoek een voorkeurshouding en schedelvervorming actief te signaleren. Verder zei 28% dat het hen niet zal lukken een aanvullende anamnese af te nemen. Daarnaast gaf 56% van de jeugdartsen (n=18) en 39% van de jeugdverpleegkundigen (n=18) aan dat het (waarschijnlijk) niet zal lukken om bij elk kind met een nieuw gesignaleerde voorkeurshouding en/of schedelvervorming binnen 2 weken een extra contactmoment (eventueel telefonisch of via een huisbezoek) te hebben. Tevens gaf 28% van de jeugdartsen (n=18) en 61% van de jeugdverpleegkundigen (n=18) aan dat het hen (waarschijnlijk) niet gaat lukken om bij alle kinderen met een forse schedelvervorming vóór de leeftijd van 5 maanden voorlichting te geven over het ontbreken van gegevens over de effectiviteit van helmtherapie (positieve en negatieve effecten). Tweeëntwintig procent van de jeugdartsen (n=18) en 44% van de groep jeugdverpleegkundigen (n=19) gaf aan dat het hen (waarschijnlijk) niet zal lukken om bij ieder kind voorlichting te geven over het feit dat binnen de JGZ de

behandeling door een manueel therapeut, osteopaat, chiropractor of craniosacraal therapeut wordt ontraden. Tot slot gaf 22% van de jeugdartsen (n=18) en eveneens 22% van de jeugdverpleegkundigen (n=18) aan dat het hen (waarschijnlijk) niet zal lukken om actief na te gaan wat er met een verwijzing is gebeurd.

#### *Ervaren ondersteuning*

Het merendeel van de respondenten vond de ondersteuning bij het werken met de richtlijn van zowel collega's als van de direct leidinggevende (ruim) voldoende. Dit gold ook voor de medewerking van baby's/ouders.

- 4.6.6 *Kenmerken van de organisatie en kenmerken van de sociaal-politieke omgeving*  
Van de jeugdartsen (n=18) gaf 56% aan de beschikbare consulttijd voor het werken met de richtlijn (ruim) onvoldoende te vinden. Bij de jeugdverpleegkundigen (n=18) was dat 44%.

#### **4.7 Overige opmerkingen van de respondenten**

Een deel van de respondenten gaf aan dat er nog zaken niet aan de orde waren geweest in de vragenlijst, die belemmerend of juist stimulerend waren bij het werken volgens de JGZ-richtlijn. Deze zijn opgenomen in bijlage A.



## 5 Resultaten focusgroepinterviews na afloop van de proefimplementatie

### 5.1 Respons

Er werden twee focusgroep interviews gehouden met in totaal 12 deelnemers uit 5 verschillende organisaties. Zowel jeugdartsen als jeugdverpleegkundigen waren vertegenwoordigd.

### 5.2 Determinanten m.b.t. richtlijn

#### *Algemene indruk*

De geïnterviewden waren veelal van mening dat het nuttig is dat deze richtlijn is ontwikkeld. Allen stonden heel positief tegenover de richtlijn. Men vond hem compleet, prettig gestructureerd en hij vervult een grote behoefte in het veld. Daarnaast gaf men aan dat hij goed aansluit bij de praktijk. Alles staat duidelijk op een rij, ook de genoemde differentiaal diagnostiek en de vervolgacties. De richtlijn 'dwingt' om vervolgacties te borgen. Wel geven deelnemers in beide focusgroepen aan dat veel al wordt gedaan op de geadviseerde manier en dus overeenkomt met de huidige werkwijze.

Eén van de punten van meerwaarde van de richtlijn vindt men dat je ouders eerst vraagt naar de voorkeurshouding. Pas daarna kijk je zelf naar de aanwezigheid van een afplatting. Daarna volgt pas preventie.

De folders zijn veel gebruikt, ook om op het beeldscherm uitleg te geven aan ouders. Door de richtlijn werd de folder consequenter met ouders besproken dan men eerder gewend was.

#### *Begrijpelijkheid en leesbaarheid*

Men gaf aan de opzet van de richtlijn duidelijk en goed werkbaar te vinden: de werkwijze en verschillende stappen vond men duidelijk beschreven en het sluit aan bij de gebruikelijke manier van werken. De deelnemers vonden de richtlijn over het algemeen niet te ingewikkeld. De hoofdstukindeling vond men prettig en niet te lang. Men gaf aan de richtlijn veelal te hebben gelezen als onderbouwing van wat men doet, wat men als prettig ervaart.

Over het stroomdiagram waren de meningen zeer verdeeld tussen de twee focusgroepen. In de ene focusgroep was men duidelijk minder positief. Men vond het schema onhandig: "Het stroomdiagram geeft extra werk, het lijkt moeilijk te interpreteren." Men gaf aan het stroomdiagram niet overzichtelijk of handzaam en onnodig ingewikkeld te vinden en dat het veel moeite kost het 'wie-wat-waar' op het schema te ontdekken tijdens een consult. "Je moest echt kijken hoe het precies zat, je moet erg zoeken wat er op welk moment precies moet volgens het stroomdiagram." Men suggereerde in deze groep de indeling los te maken van de contactmomenten. Echter, in de andere focusgroep herkende men dit niet. Men vond het stroomdiagram duidelijk en het was voor de deelnemers uit deze focusgroep helder dat het stroomdiagram eigenlijk tijdens elk consult opnieuw moest worden gebruikt.

### *Vorm*

Over de vorm van de richtlijn (het stroomdiagram, de onderbouwing en de bijbehorende folders) was men tevreden. Men merkte op dat er verbeteringen mogelijk waren met betrekking tot de vormgeving: de balkjes bij Argenta vond men wat wazig, deze kunnen nog wat beter worden vormgegeven.

### *Inhoud*

Over het algemeen vond men de richtlijn inhoudelijk goed. Toch was er een groot aantal inhoudelijke punten waar de deelnemers commentaar op gaven.

Een belangrijk inhoudelijk punt waar men in de praktijk tegen aan liep was de controle na twee weken door de jeugdarts. In beide focusgroepen gaf men aan dat dit in de praktijk nauwelijks haalbaar is. "Na signalering van voorkeurshouding worden adviezen gegeven en wordt een contact na 2 weken aanbevolen. Dit contact tussen de reguliere consulten door lukt om praktische redenen vaak niet." Men gaf aan dat het te maken heeft met capaciteit en ook met ervaring van jeugdverpleegkundigen. "Soms is het niet nodig om ook nog eens de arts te consulteren. Bij het consult van 4 weken kijkt de arts al uitgebreid naar het kind en zal er niet snel iets niet geconstateerd worden. Mocht er toch iets opvallends uit het verpleegkundig consult komen wat mogelijk niet is gezien door arts bij 4 weken, dan wordt de arts vaak tijdens het consult even binnen geroepen. Het blijft lastig om een extra artsconsult in te plannen." Door één van de deelnemers wordt wel een extra contact uitgevoerd (telefonisch). Over de opbrengst hiervan kon zij vanwege de beperkte aantallen geen uitspraak doen. Een oplossing die de deelnemers aandroegen was om een marge aan geven (0-4 weken) en dit eventueel een indicatieconsult te noemen.

Bij één deelnemer was er verwarring over op welk moment men differentiaal diagnostisch onderzoek moet doen. Met name of men dit alleen na het contactmoment van 2 weken moet doen. De conclusie tijdens de focusgroep discussie was dat de jeugdarts bij elke nieuwe vastgestelde voorkeurshouding of schedelvervorming differentiaal diagnostisch onderzoek moet doen. Dit punt verdient verduidelijking in de richtlijn.

Sommige deelnemers vroegen zich af wat de toegevoegde waarde is van Argenta. Een enkele jeugdarts vond het lastig om in te schatten of het Argenta type 1, 2 of 3 is. Andere deelnemers werkten er al mee. Bij hen werd het gebruikt om te bezien of de ernst van de aandoening verandert.

Het preventieve onderdeel van de richtlijn wordt als heel goed ervaren. Opvallend vindt men dat kinderen de 3 keer 5 minuten buikligging vaak al goed kunnen bij 1 maand, als het tenminste bij het eerste huisbezoek is uitgelegd. Eén van de jeugdartsen had haar jeugdverpleegkundigen gevraagd de drie adviezen tijdens het huisbezoek uit te leggen en heeft daarmee veel goede ervaringen.

De deelnemers gaven aan dat het het beste zou zijn om bij het eerste huisbezoek bij 2 weken al te starten met voorlichting/advisering en om voor te doen hoe het moet. Echter, men geeft ook aan dat dit huisbezoek al een erg vol contactmoment is, dus preventie is daarin lastig uit te voeren.

*Bijbehorende materialen*

Alle deelnemers zijn zeer te spreken over de folders behorend bij de richtlijn. “De folder bespaart je veel tijd in het uitleggen aan de ouders.” Sommige deelnemers geven echter aan dat het toelichten van de folder iets meer tijd kost dan de gebruikelijke manier van werken. Men geeft aan dat dit deels komt doordat men zich een nieuwe manier van werken eigen moet maken.

Men geeft aan het belangrijk te vinden om de preventiefolder bij twee weken uit te reiken. “Het zou mooi zijn als de kraam al de folder kan uitreiken. Bij 4 weken, tijdens het eerste bezoek aan het consultatiebureau kan dan worden nagevraagd wat de ouder ervan vond.”

De deelnemers gaven aan dat de ouders de inhoud van de preventiefolder soms als wat minimaal ervaren. Ze willen het liefst wat meer tekst lezen ook al in de preventiefolder. Het ontwikkelen van symmetrie zou anders omschreven moeten worden, met name voor lager geschoolde ouders. De tekening van de flesgevoede baby is wat vreemd omdat de fles raar wordt vastgehouden. Ook doen de deelnemers een suggestie om op GroeiOp een filmpje te plaatsen om handelingen toe te lichten (en eventueel ook op de website van het Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen).

De deelnemers gaven aan dat in de uitgebreide folder blijkt niet duidelijk wordt wat de achtergrond en motivatie is van bepaalde adviezen. “De adviezen zijn bedoeld om evenwicht van kinderen te oefenen (naast voorkeurshouding en schedelvervorming). Ouders moeten weten dat het nut heeft om op de buik te liggen!” Ook geven de deelnemers aan dat “Ontwikkelen symmetrie” (in de folder) moet anders omschreven worden, met name voor lager geschoolde ouders. Verder merkte men op dat de drie kernpunten niet meer terugkomen in de interventiefolder. Wellicht zou ook hierin een indeling in voeden, wakker en slapen gemaakt kunnen worden.

Een van de deelnemers gaf aan te werken met de preventiefolder op het scherm van haar PC, dit beviel erg goed en was een prettige manier om ouders mee te laten kijken. Besproken werd dat de buikligging in meer houdingen zou kunnen worden getoond in de folder. Hierover verschilde men van mening. Volgens sommigen zou het weer teveel informatie worden voor in een folder. Sommigen hadden moeite met het advies ‘in het midden voeden’. Volgens een van de deelnemers was dit juist een goed advies omdat vaders dit vaak doen om (oog)contact te maken met het kind.

De deelnemers gaven aan dat de adviezen niet allemaal worden toegelicht en er soms een selectie wordt gemaakt. Vooral de adviezen die dicht bij de preventieve adviezen liggen worden toegelicht. Men geeft aan dat men het eens is met de adviezen, ze kunnen er allemaal in blijven staan, ook die over het roterend oppakken. Dit advies wordt als belangrijk ervaren. Wel vindt men het vreemd dat de uitgangspositie is dat het kind zijwaarts voor je ligt, terwijl eerder wordt geadviseerd om het kind recht voor je te verzorgen. Bij voorkeurshouding van het hoofd de baby eerst op de voorkeurszij neerleggen en vervolgens het lichaam terugdraaien vanuit de zij zodat het hoofd meestal blijft liggen, vinden de geïnterviewden een goed advies.

#### *Verbeterpunten*

De geïnterviewden gaven aan dat de folders heel erg prettig zijn om mee te werken. Vooral het verschil tussen preventie en interventie werd gewaardeerd. De deelnemers hadden nog kleine opmerkingen en aanpassingen over de folder (zie bijlage A), en men verwees ook naar een eigen folder, die sommige deelnemers toch prefereerden boven de folders zoals gebruikt in de proefimplementatie.

### **5.3 Determinanten m.b.t. JGZ-medewerker**

#### *Taakopvatting*

Sommige deelnemers gaven aan dat ze vinden dat de taak van de jeugdverpleegkundige wordt onderbelicht in de richtlijn. Deze deelnemers zeiden dat de jeugdverpleegkundigen dezelfde training zouden moeten volgen als de jeugdartsen en in ernstige gevallen zelf kunnen verwijzen naar de kindfysiotherapeut. In de praktijk gebeurt dit al bij sommige organisaties. “Je hebt ook geen verwijzing meer nodig van de arts om een fysiotherapeut te bezoeken.” Andere deelnemers zagen een mogelijk risico wanneer het contactmoment hier niet voor wordt ingezet. Zij pleitten voor een zorgvuldige training en het laten uitvoeren van de differentiaal diagnostiek door de jeugdarts. Een deelnemer benadrukte het belang van verwijzing naar fysiotherapeut door de jeugdarts, vanwege de noodzaak van een goede vraagstelling naar de fysiotherapeut en vervolgens een goede terugkoppeling naar het consultatiebureau en de huisarts. “Op het moment dat duidelijk wordt dat er geen verbetering is moet soms eerdere differentiaal diagnostiek worden herzien, en is er sowieso spraken van zwaardere problematiek. Een verwijzing wordt vaak nog wel geschreven omdat je dan een terugkoppeling krijgt.”

#### *Kennis en vaardigheden*

Voor sommige jeugdartsen/jeugdverpleegkundigen was het niet duidelijk wat de rationale is van de adviezen in de interventiefolder. Dit zou in de scholing aan jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen moeten worden uitgelegd, zodat ook zij het weer kunnen uitleggen, eventueel in een bijbehorend document. Een suggestie die werd gedaan was bijvoorbeeld bij het draaiend oppakken daartoe de zin toevoegen: “op deze manier oefent uw kind de nekspieren van de niet-voorkeurskant”.

### **5.4 Determinanten m.b.t. JGZ-organisatie**

#### *Beschikbare tijd*

De deelnemers gaven aan dat “het basale” lukt in de tijd, maar dat uitgebreide advisering meer tijd kost. “Het ligt er wel aan wat voor ouders je voor je hebt. Als je alles wilt laten zien hebt je bijna de dubbele tijd nodig.” Men gaf aan dat een extra huisbezoek hierin een oplossing kan bieden. Een andere organisatie gaf aan dat men in sommige gevallen doorverwijst naar een fysiotherapeut en nooit huisbezoeken aflegt in dergelijke gevallen.

### **5.5 Determinanten m.b.t. de sociaal-politieke omgeving**

#### *Medewerking ouders*

De perceptie van de ouders kan een belangrijke rol spelen bij het opvolgen van de adviezen over voorkeurshouding en schedelvervorming. De deelnemers werd gevraagd naar de reactie van de ouder. De deelnemers gaven aan geen heftige

reacties van ouders te hebben gehad die leiden tot het op de buik leggen met daarbij een verhoogd risico op wiegendood. Echter, enkele geïnterviewden gaven aan dat sommige ouders de scheefheid zelf niet eerder hebben gezien en dat ouders dan soms heel heftig reageren op het scheve hoofd als men daar op wijst. "Ouders kunnen zich heel erge zorgen maken over de latere ontwikkeling van hun kind. Sommige ouders zijn juist door hun ongerustheid meer gemotiveerd om de adviezen te volgen."

De deelnemers gaven aan dat ouders vaak moeite hebben met het kernadvies om bij wakker zijn hun kind van 3 maanden 3 x 30 minuten op de buik te laten liggen. Maximaal 20 minuten lijkt haalbaar bij alle ouders. Wel is men van mening dat als je eerder begint met oefenen op de buik, dat het gemakkelijker haalbaar is. Het beste is dat de jeugdverpleegkundige bij het huisbezoek bij 2 weken laat zien hoe het moet. "Vanaf jonge leeftijd langzaam opbouwen naar 3 x 30 minuten buikligging op de leeftijd van 3 maanden klinkt anders dan wanneer je ouders meldt dat hun kind met 3 maanden 3 x 30 minuten op de buik moet kunnen liggen." Men geeft aan dat dit juist moeilijk is in de doelgroep: de kinderen die al een lichte voorkeurshouding hebben.

Het zittend op schoot beoordelen van de schedel vond men niet praktisch. Men deed dit liever op tafel of in eigen handen. Het kind op schoot van de ouders werd door de meeste medewerkers niet prettig gevonden (te lage werkhouding). Er is geleerd dat men het kind zelf op tafel moet nemen (met gezicht van zich af). Men kan dan ook meteen de spierspanning van het kind beoordelen en het sluit aan bij andere onderzoeken, zoals het Van Wiechenonderzoek. Bijkomend voordeel is dat ouders meteen kunnen meekijken hoe men de dingen doet. Daarnaast duurt het instrueren van de ouder hoe het kind moet zitten vaak langer dan wanneer men het zelf even doet.

Ook geven de deelnemers aan dat één keer een instructie voor ouders met voordoen vaak niet beklijft. De fysiotherapeut kan dan praktische voorbeelden geven. "Soms is het voor ouders prettiger om adviezen van een fysiotherapeut te krijgen bij kinderen die moeilijker op de buik "willen" liggen. Het voordoen van handelingen is naar ouders toe essentieel!" Daarnaast geeft men aan dat bij de handelingen die een JGZ-medewerker automatisch doet, het belangrijk is dat de JGZ-medewerker benoemt waarom men bepaalde dingen doet. De drie kernadviezen bij het voeden worden volgens de deelnemers door de ouders goed opgepakt, ook bij flesgevoede baby's.

Tot slot gaf men aan dat ouders soms op eigen gelegenheid verder gaan zoeken naar "oplossingen". Ook zijn ouders soms moeilijk af te brengen van het gebruik van een zijkussen.

#### *Werkwijze aanpalende disciplines*

Bij het onderwerp voorkeurshouding en schedelvervorming zijn een aantal aanpalende disciplines waarmee jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen te maken krijgen. De deelnemers geven aan dat het van belang is dat kinderfysiotherapeuten op één lijn zitten met JGZ en dezelfde adviezen geven, o.a. niet verwijzen naar een manueel therapeut en ook geen advies voor stabilisatie-/fixatiemiddelen bij slapen. Ook geeft men aan dat de kraamzorg eigenlijk al de preventieadviezen zou moeten geven.

Men gaf daarnaast aan benieuwd te zijn naar de samenwerking met manueel therapeuten en hoe dit bij implementatie van de richtlijn gaat. De fysiotherapeut zou niet moeten verwijzen naar de manueel therapeut.

Volgens de richtlijn moeten ouders controleren of de baby afwisselend links en rechts ligt. Sommige deelnemers gaven aan dat fysiotherapeuten terug gaven de wisselgging van het hoofd niet prettig te vinden. De geïnterviewden gaven aan dat het informeren van kraamverzorgenden en ziekenhuizen essentieel is om één lijn te krijgen in advisering. “Zij leggen kind vaak op de zij”.

Ook de advisering rondom helmtherapie moet volgens de deelnemers worden afgestemd binnen de JGZ en met de aanpalende disciplines. De JGZ adviseert helmtherapie niet. Sommige deelnemers geven aan helmtherapie actief aan de orde te stellen. Men bespreekt dat de mogelijkheid voor helmtherapie er is, benoemt waarschijnlijke effecten op korte termijn en het ontbreken van evidentie voor effecten op lange termijn. Door andere deelnemers wordt alleen over helmtherapie gesproken als ouders er zelf over beginnen. Dit om te voorkomen dat ouders ‘op een idee worden gebracht’. Kinderfysiotherapeuten en ook sommige kinderartsen adviseren helmtherapie wel. Dit zou beter moeten worden afgestemd.

## 5.6 Randvoorwaarden voor landelijke invoering

Door de deelnemers werd een aantal randvoorwaarden genoemd voor de landelijke invoering van de richtlijn Schedelvervorming. Scholing, extra tijd en middelen vormen daarin de belangrijkste. Daarnaast gaf men aan dat het nodig is om terug te komen op de richtlijnen: evaluatie is essentieel.

### *Randvoorwaarden Scholing*

De deelnemers gaven aan dat scholing rondom de richtlijn van belang is voor een goede implementatie. Volgens de jeugdartsen zouden de jeugdverpleegkundigen alleen geschoold hoeven te worden over de samenvatting, het stroomdiagram en de folders. Bij de jeugdartsen zou de scholing zich ook moeten richten op de differentiaal diagnostiek.

De geïnterviewden waren niet voor gezamenlijke scholingen met de kinderfysiotherapeuten en de kraamverzorgenden of andere ketenpartners. Daarnaast opperde men de mogelijkheid om een aandachtsfunctionaris voor dit thema aan te stellen. Na 3-6 maanden zou er volgens de deelnemers een terugkomdag gepland moeten worden over het werken volgens de richtlijn.

### *Specificering extra tijd en middelen*

De deelnemers werd gevraagd naar de extra tijd die het werken met de richtlijn vraagt ten opzichte van de huidige werkwijze.

- De tijd voor het lezen van de richtlijn (samenvatting, stroomdiagram en de folders) wordt door de deelnemers geschat op 30 minuten tot 2 uur.
- De tijd voor de instructie rondom de richtlijn werd geschat op ca. 1-2 uur. Sommige deelnemers gaven aan dat de instructie gecombineerd zou kunnen worden in bestaande bijeenkomsten, zoals tijdens team-overleggen of meenemen op een interne scholingsdag: “Het hoeft geen extra scholing te zijn.”

- Over het inwerken verschilden de meningen van 'niet veel extra tijd' tot een dagdeel in totaal, (1-4 uur). Met 'inwerken' werd bedoeld de tijd die nodig is om de inhoud van de richtlijn eigen te maken, bijvoorbeeld het af en toe nazoeken van de verschillende adviezen.
- Terugkomdag: Een terugkombijeenkomst na 6-12 maanden met een duur van 1-2 uur is wenselijk om ervaringen te bespreken.
- Extra tijd per consult om de richtlijn uit te voeren:
  - Extra tijd preventie: over de extra tijd per bij preventieve advisering waren de meningen verdeeld. In de ene focusgroep werd aangegeven dat deze adviezen kunnen worden gegeven in de reguliere werktijd. In de andere focusgroep werd de extra benodigde tijd geschat op 1,5 tot 2 minuten.
  - Extra tijd behandeling: Er was discussie over de extra tijd die nodig is voor uitleg over de interventiefolder. In de ene focusgroep gaven de deelnemers aan dat extra tijd niet nodig is omdat de adviezen niet echt extra tijd kosten. "De adviezen dienen ook nog eens meer doelen." Na discussie kwamen de deelnemers uit op misschien 2-3 minuten extra in de eerste 3 maanden dat men ermee werkt. "Je past het toenemend in, in je eigen werkwijze. Dus in het begin: ca. 2 min extra tijd; en later misschien tijdwinst i.v.m. minder verwijzingen?" Dat laatste zou onderzocht moeten worden.
  - In de andere focusgroep gaven de deelnemers aan dat uitgebreide advisering na signalering van een voorkeurshouding en/of schedelvervorming hen ongeveer 4 minuten extra tijd kost ten opzichte van de oude werkwijze.
  - Extra tijd door extra opsporing kinderen. Geïnterviewden gaven aan dat men denkt niet meer kinderen te vinden met de nieuwe werkwijze. "Lijkt soms zelfs minder, want de verpleegkundige is veel fanatieker in de preventieve advisering aan de ouders."

#### *Overige randvoorwaarden*

Overige randvoorwaarden die werden genoemd zijn:

- De kinderfysiotherapeuten moeten op dezelfde wijze werken. In sommigen gebieden doen zij niet veel meer dan de JGZ. Sommigen geven snel een wiggkussen. Bij de implementatie aandacht besteden aan voorlichting aan de kinderfysiotherapeuten. Tip: bij verwijzing naar de kinderfysiotherapeut de folders meesturen.
- Gezamenlijke instructie (met kinderfysiotherapeuten) wordt afgeraden; dan gaat het namelijk sneller over verwijstrajecten dan over de inhoud van de richtlijn; de doelgroepen zijn te verschillend.
- Kraamverzorgenden moeten zeker betrokken worden. Zij hoeven alleen de praktische adviezen te kunnen geven en hebben de unieke mogelijkheid deze ook te kunnen voordoen.
- Per regio bekijken hoe je de implementatie opzet.
- Als je de richtlijn gaat implementeren, dan kan het registratieformulier (alleen ontwikkeld voor de proefimplementatie) handig zijn om ingewerkt te raken. Door

sommigen werd het registratieformulier ervaren als een soort checklist, een handige tool.

- Train-de-trainer bijeenkomsten zijn wenselijk bij de implementatie van de richtlijn. “Belangrijkste is dat iemand de instructie gaat geven. TNO kan dat doen, maar een train-de-trainer opzet is beter.”
- Positief dat je als team kan uitstralen dat je een gezamenlijke aanpak kan bieden aan ouders.
- Duidelijkheid geven over wanneer de folders beschikbaar komen voor het veld, en deze worden uitgezet (kosten, gebruik logo, e.d.).
- Registratie: in het dossier moet een registratiemogelijkheid zijn voor voorkeurshouding/schedelvervorming en een notitie schedelvervorming met Argenta
- Logica van de adviezen aan de samenvatting/richtlijn toevoegen.
- Folders ook digitaal beschikbaar maken is erg handig



## 6 Conclusies en aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering

### 6.1 Conclusies

#### 6.1.1 *Punten waarop richtlijn bijstelling behoeft (1<sup>e</sup> vraagstelling)*

##### *Vorm en inhoud richtlijn*

Een algemene conclusie is dat de deelnemers aan de proefimplementatie de richtlijn van grote relevantie vinden voor de JGZ en het nuttig vinden dat de richtlijn ontwikkeld is.

De deelnemers zijn positief over de inhoud, begrijpelijkheid en leesbaarheid van zowel de richtlijn als het stroomdiagram. Hoewel sommige respondenten in het vragenlijstonderzoek aangaven de adviezen in de richtlijn niet volledig te vinden en dat het stroomdiagram geen houvast bood in de dagelijkse praktijk, werd dit niet herkend door de deelnemers aan de focusgroepen.

Nog positiever is men over beide folders. Men vindt de folders houvast geven in het dagelijkse werk, prettig om mee te werken en goed aansluiten bij de huidige werkwijze. Dit bleek zowel uit de vragenlijsten als de aansluitende focusgroepinterviews.

##### *Verbeterpunten*

Naar aanleiding van hun ervaringen hebben de deelnemers concrete verbeterpunten voor de richtlijn en folders gegeven. Deze zijn verwerkt in de definitieve richtlijn. De belangrijkste punten waarop de tekst is aangepast/verbeterd zijn:

- *Aanpak na signalering (advies is genuanceerd)*  
Na signalering van een sterke voorkeurshouding en/of schedelvervorming door de jeugdverpleegkundige vindt een (extra) consult binnen 2 weken door de jeugdarts plaats; bij een milde voorkeurshouding binnen 4 weken (zo mogelijk tijdens een regulier consult bij de jeugdarts).
- *Follow-up en verwijzing (advies is genuanceerd)*  
Afhankelijk van de ernst van de voorkeurshouding en/of schedelvervorming en de professionele inschatting van de JGZ-medewerker worden kind en ouders binnen 2 weken (extra consult) of 4 weken (regulier CB-bezoek) teruggezien door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige. Eventueel vindt een telefonische opvolging plaats of een huisbezoek op indicatie door de jeugdverpleegkundige. Doel hiervan is monitoring van de afwijking en beoordeling of de positionering- en hanteringadviezen op de juiste wijze worden toegepast.
- *Preventiefolder (advies is genuanceerd)*  
Bij het wakker zijn:  
De baby minimaal drie keer per dag op de buik leggen, wanneer hij wakker én onder toezicht is. Begin hiermee in de eerste weken met drie tot vijf keer per dag gedurende één tot vijf minuten. Breid dit uit naar vijf keer 15 of drie keer 30 minuten per dag op de leeftijd van drie maanden;
- *Preventiefolder*  
De preventiefolder wordt bij voorkeur al uitgedeeld en toegelicht (voorgedaan) door de kraamverzorgende. Tijdens het huisbezoek bij 2 weken komt de verpleegkundige op de folder terug.

- *Classificering volgens Argenta*  
De vormgeving van de balkjes onder de Argenta illustraties is aangepast. In de scholing zal het gebruik van de Argenta classificering nader worden toegelicht alsook de motivatie voor het gebruik door de jeugdarts.
- *Folders*  
De teksten en een van de illustraties in de folders zijn op sommige punten aangepast.

### 6.1.2 *Determinanten die een rol spelen bij het gebruik van de richtlijn (2<sup>e</sup> vraagstelling)*

#### *Werkwijze*

Uit de registratieformulieren en vragenlijst komt naar voren dat de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen grotendeels conform de richtlijn werken. Hierop zijn enkele uitzonderingen:

- In niet alle gevallen is een aanvullende anamnese afgenomen en is differentiaal diagnostiek door de jeugdarts verricht. Waarom dit niet altijd gebeurt is onduidelijk.
- Het afnemen van een aanvullende anamnese bij een nieuw gesignaleerde voorkeurshouding en/of schedelvervorming gebeurde niet altijd. Een belangrijke reden is dat jeugdverpleegkundigen zeggen dit niet tot hun taak te rekenen.
- Het geven van mondelinge voorlichting en advies (conform de drie kernadviezen in de richtlijn) bij kinderen met een nieuw gesignaleerde voorkeurshouding en/of schedelvervorming gebeurde niet consequent. De reden hiervan is onduidelijk.
- De folders zijn niet altijd uitgedeeld. Een mogelijke verklaring is dat de folders aan het begin van de proefimplementatie nog niet beschikbaar waren.
- Een belangrijk punt waar men in de praktijk tegen aan loopt is de controle na twee weken door de jeugdarts in geval van nieuw gesignaleerde voorkeurshouding en/of schedelvervorming. Zowel uit de registratieformulieren, vragenlijsten als focusgroepinterviews blijkt dit in praktijk nauwelijks haalbaar vanwege tijdgebrek en/of logistieke problemen.
- Het geven van voorlichting over helmtherapie en over alternatieve behandelingen gebeurde niet vaak. Sommige deelnemers vinden dit niet tot hun taak behoren, anderen zijn huiverig ouders 'op een idee te brengen'.
- In minder dan de helft van de gevallen vond een verwijzing plaats naar de kinderfysiotherapeut binnen vier weken in geval van het persisteren van een voorkeurshouding. Ook ging men veelal niet na of een verwijzing is opgevolgd. Onduidelijk is wat de redenen hiervoor zijn.

#### *Medewerking ouders*

De medewerking van ouders wordt als positief ervaren; men reageert goed op de richtlijn. Wel blijken ouders moeite te hebben met het kernadvies om bij wakker zijn hun kind van drie maanden, 3 keer 30 minuten op de buik te laten liggen. Dit is volgens de deelnemers oplosbaar door bij het huisbezoek al voorlichting te geven, waardoor kinderen eerder kunnen beginnen met oefenen op de buik.

Het geven van instructie aan ouders is een punt van aandacht. Het voordoen van handelingen en herhaling daarvan, is essentieel; eenmalige instructie aan ouders blijkt vaak onvoldoende.

#### *Afstemming in de keten*

Zowel uit de vragenlijst als uit de focusgroepinterviews blijkt dat de werkwijze van andere zorgprofessionals in de keten belemmerend is omdat hun werkwijze vaak niet aansluit bij de richtlijn. Volgens de deelnemers is het van essentieel belang dat in de keten dezelfde preventieve en behandeladviezen worden gegeven en dezelfde verwijscriteria worden gehanteerd. Het al dan niet aanbieden van helmtherapie is hier een sprekend voorbeeld van. Het gaat in de eerste lijn om kraamverzorgenden, verloskundigen en fysiotherapeuten en in de tweede lijn om ziekenhuismedewerkers.

Veel deelnemers zijn er voorstander van dat de kraamzorg al begint met het geven van preventieve adviezen.

#### 6.1.3 *Randvoorwaarden voor de landelijke invoering (3<sup>e</sup> vraagstelling)*

##### *Lezen van de richtlijn*

Er is een groot verschil in de tijd die de deelnemers hebben besteed aan het lezen van de richtlijn. Dit blijkt zowel uit de vragenlijsten als focusgroepinterviews. De benodigde tijd is sterk afhankelijk van de wijze waarop men nu al werkt. Als vuistregel kan aangehouden worden dat het lezen van de richtlijn, het bijbehorende stroomdiagram en de folders gemiddeld anderhalf uur in beslag neemt.

Ook is er een verschil in benodigde tijd voor het lezen van de wetenschappelijke onderbouwing van de richtlijn, waarbij artsen aangaven meer tijd eraan te hebben besteed dan de verpleegkundigen. Gemiddeld is de benodigde tijd voor artsen anderhalf uur en die voor verpleegkundigen een half uur.

Verder moet gerekend worden op gemiddeld een half uur voor het zich eigen maken van de richtlijn. Dit is de tijd die respondenten aangaven gedurende de eerste weken nodig te hebben gehad om de inhoud van de richtlijn en folders op het netvlies te krijgen / paraat te hebben.

##### *Instructie / scholing*

Er is een ca. twee uur durende instructie/scholing nodig voordat jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen met de richtlijn (kunnen) gaan werken. Er is verdeeldheid onder de deelnemers of de instructie die in het kader van de proefimplementatie is gegeven, geschikt is voor de landelijke invoering van de richtlijn. Uit de focusgroepinterviews bleek dat de huidige instructie in basis voldoet, maar dat er vooral een differentiatie moet worden aangebracht tussen artsen en verpleegkundigen. Bij de jeugdartsen zou de scholing zich met name moeten richten op de differentiaal diagnostiek, het gebruik van de Argenta classificering, het verwijzen naar de kinderfysiotherapeut en het opvolgen van verwijzingen. Verder is in de instructie aan zowel de artsen als de verpleegkundigen aandacht nodig voor de manier waarop men voorlichting kan geven over de alternatieve behandelingen en over helmtherapie. Ook is oefenen in het voordoen van de positionering- en hanteringadviezen noodzakelijk.

De instructie/scholing kan volgens de deelnemers intern gegeven worden, bijvoorbeeld door een voor dit thema aan te stellen aandachtsfunctionaris. Voorwaardelijk is dat deze mensen hiertoe over voldoende kennis en vaardigheden beschikken, bijvoorbeeld via een train-de-trainers bijeenkomst die door de ontwikkelaars van de richtlijn wordt verzorgd.

Een terugkombijeenkomst van ca. een tot twee uur na ongeveer een half jaar, wordt essentieel geacht. Tijdens deze bijeenkomst wordt het werken volgens de richtlijn geëvalueerd en worden ervaringen worden uitgewisseld.

Hoewel de werkwijze van andere zorgprofessionals in de keten als belemmerend werd ervaren, zijn de deelnemers niet voor een gezamenlijke scholing met deze ketenpartners. De professionals in de zorgketen zouden apart over de richtlijn voorgelicht moeten worden, bijvoorbeeld door hun eigen beroepsorganisaties.

#### *Extra consulttijd / opsporing extra kinderen*

De extra consulttijd die het geven van preventieve voorlichting en voorlichting bij behandeling in beslag neemt, is sterk afhankelijk van de wijze waarop men nu werkt. Als vuistregel kan worden aangehouden dat wanneer men nu niet systematisch voorlichting geeft, dit anderhalve minuut meer vergt in het geval van preventieve voorlichting en vier minuten in het geval van voorkeurshouding / schedelvervorming. Voor veel medewerkers zal gelden het dat werken met de richtlijn na een inwerkperiode geen extra tijd kost.

Door het werken met de richtlijn worden naar verwachting geen extra kinderen met een voorkeurshouding of schedelvervorming opgespoord ten opzichte van de huidige werkwijze.

## **6.2 Kritische kanttekeningen**

Een proefimplementatie vindt plaats onder een beperkt aantal deelnemers en is grotendeels kwalitatief van aard. Daarin schuilt het risico dat de gevonden gegevens niet representatief zijn voor alle JGZ-medewerkers en –organisaties. De bereidheid om aan de proefimplementatie deel te nemen was groot; er meldden zich meer mensen aan dan op voorhand op was gerekend. Dit gaf de gelegenheid om een spreiding te krijgen naar artsen en verpleegkundigen uit verschillende organisaties. Daarom denken we een goed beeld te hebben gekregen van de uitvoeringsproblemen bij deze richtlijn.

Vanwege de beperkte doorlooptijd van de proefimplementatie was het niet mogelijk om alle onderdelen van de richtlijn prospectief uit te testen. Dat betekent dat mogelijk niet alle uitvoeringsproblemen met betrekking tot behandeling en verwijzing aan het licht zijn gekomen. In de focusgroepinterviews is daarom uitdrukkelijk stilgestaan bij verwachte problemen ten aanzien van deze onderdelen.

Dat niet alle collega's aan de proefimplementatie deelnamen werd door sommige deelnemers als belemmerende ervaren. Mogelijk heeft dit geleid tot extra problemen bij het werken met de richtlijn die, had het hele team deelgenomen, achterwege waren gebleven.

## **6.3 Aanbevelingen/plan van aanpak landelijke invoering**

Onderstaande aanbevelingen zijn gebaseerd op de bevindingen van de proefimplementatie en sluiten zoveel mogelijk aan bij het rapport over essentiële activiteiten en een ondersteuningsstructuur voor de landelijke invoering van de JGZ-richtlijnen (26). De aanbevelingen zijn grotendeels gericht aan het NCJ, omdat het NCJ op landelijk niveau de regie voert over de richtlijnen en de komende jaren

gerichte invoeringactiviteiten gaat inzetten ten behoeve van het daadwerkelijke gebruik van deze en andere JGZ-richtlijnen.

#### *Bijstelling richtlijn*

De auteurs van de richtlijn hebben de opmerkingen/commentaren met betrekking tot de inhoud, begrijpelijkheid en lay-out al in de definitieve JGZ-richtlijn verwerkt. Deze gemaakte opmerkingen en commentaren staan onder andere vermeld in hoofdstuk 4 en de bijlagen.

#### *Verspreiding, adoptie en implementatie*

Aanbevolen wordt de verspreiding en invoering zo veel mogelijk plaats te laten vinden via de zogenaamde 'implementatiecoördinatoren'. NCJ vraagt iedere JGZ-organisatie een dergelijke coördinator aan te stellen.

Elke jeugdarts en jeugdverpleegkundige 0-4 jaar behoort een exemplaar van de richtlijn, het stroomdiagram en de folders te krijgen. Op verzoek van de deelnemers aan de proefimplementatie wordt aanbevolen de richtlijn niet alleen digitaal, maar ook in gedrukte vorm aan te bieden.

Er wordt sterk aanbevolen dat ieder jeugdarts en jeugdverpleegkundige 0-4 voorlichting en instructie krijgt alvorens met de richtlijn te gaan werken. Deze (landelijk ontwikkelde) instructie/scholing wordt bij voorkeur gegeven door een stafarts/verpleegkundige uit de eigen organisatie volgens het train-de-trainer principe. Uitvoering van de instructie/scholing door een stafarts/verpleegkundige heeft als voordeel dat deze de instructie/scholing op maat kan aanbieden, ook aan nieuwe JGZ-medewerkers. Deze persoon kan dan ook als aanspreekpunt dienen voor vragen binnen de organisatie.

Aanbevolen wordt de professionals in de zorgketen op de hoogte te stellen van de richtlijnen en samenwerkingafspraken te maken. Op landelijk niveau is het opportuun dat NCJ, samen met de beroepsorganisaties, hierin het voortouw neemt naar de beroepsorganisaties van kraamverzorgenden, verloskundigen, huisartsen, fysiotherapeuten en kinderartsen. Daarnaast wordt aanbevolen dat op regionaal niveau de JGZ-organisaties afspraken maken met professionals in de keten. De 'implementatiecoördinator' zou hier het voortouw in kunnen nemen. Het doel van de afspraken is dat alle beroepsgroepen op één lijn zitten qua advisering en (criteria voor) behandeling en verwijzing.

#### *Ontwikkeling en uitvoering instructie/scholing*

Uit de proefimplementaties bleek dat een instructie/scholing nodig is om met de richtlijn te kunnen werken. Aanbevolen wordt dat de reeds gebruikte instructie van de proefimplementatie en bijbehorende materialen door de ontwikkelaars worden aangepast op de actuele stand van zaken en de bevindingen uit de proefimplementatie.

Aanbevolen wordt dat per organisatie een inhoudelijke deskundige een landelijke instructie volgt die wordt gegeven door de ontwikkelaar van de richtlijn. Via het train-de-trainers principe krijgen vervolgens alle JGZ-medewerkers instructie van hun eigen inhoudelijke begeleider in de organisatie. De inhoudelijke begeleiders ontvangen een exemplaar van het onderhavige rapport over de proefimplementatie.

De aandachtspunten voor de inhoudelijke instructie zijn te vinden in het onderhavige rapport. Het gaat onder andere om het scholen van de jeugdartsen in differentiaal diagnostiek, het oefenen in het voordoen van handelingen naar ouders, maar ook over taakopvatting en attitude ten aanzien van het geven van voorlichting over behandelingen als helmtherapie (zie ook 6.1.3).

#### *Monitoring en evaluatie gebruik richtlijn*

Aanbevolen wordt dat, als vervolg op de instructie/scholing, JGZ-organisaties het gebruik van de richtlijn monitoren en dit tijdens intercollegiale toetsing, intervisie of inhoudelijk overleg bespreken.

#### *Landelijke vraagbaak*

Op landelijk niveau zou een vraagbaak beschikbaar moeten zijn voor vragen en problemen rondom de richtlijn. Het meest voor de hand liggend is dat het NCJ deze functie vervult en alle inhoudelijke vragen direct doorstuurt aan de ontwikkelaars.

#### *Financiering*

Voor vrijwel alle bovengenoemde aanbevelingen geldt dat financiering voorwaardelijk is voor de uitvoering ervan.

## 7 Literatuur

1. Boere-Boonekamp MM, Linden-Kuiper LT van der. Positional preference: prevalence in infants and follow-up after two years. *Pediatrics* 2001;107(2):339-43.
2. Boere-Boonekamp MM, Linden-Kuiper AT van der, Es P van. [Preferential posture in infants; serious demands on health care]. *Ned Tijdschr Geneeskd* 1997;141(16):769-72.
3. Vlimmeren van LA, Graaf Y van der, Boere-Boonekamp MM, et al. Risk factors for deformational plagiocephaly at birth and at 7 weeks of age: a prospective cohort study. *Pediatrics* 2007;119(2):e408-e418.
4. Vlimmeren LA van, Helders PJM, Graaf Y van der, et al. Zuigelingenasymmetrie; voorkeurshouding en deformatieve plagiocefalie. *Tijdschr Jeugdgezondheidsz* 2009b;41(2):23-9.
5. Panchal J, Amirshaybani H, Gurwitch R, et al. Neurodevelopment in children with single-suture craniosynostosis and plagiocephaly without synostosis. *Plast Reconstr Surg* 2001;108(6):1492-8.
6. Kordestani RK, Panchal J. Neurodevelopment delays in children with deformational plagiocephaly. *Plast Reconstr Surg* 2006;118(3):808-9
7. Fowler EA, Becker DB, Pilgram TK, et al. Neurologic findings in infants with deformational plagiocephaly. *J Child Neurol* 2008;23(7):742-7.
8. Carmeli E, Marmur R, Cohen A, et al. Preferred sleep position and gross motor achievement in early infancy. *Eur J Pediatr* 2009;168(6):711-5.
9. Hutchison BL, Hutchison LA, Thompson JM, et al. Plagiocephaly and brachycephaly in the first two years of life: a prospective cohort study. *Pediatrics* 2004;114(4):970-80.
10. Miller RI, Clarren SK. Long-term developmental outcomes in patients with deformational plagiocephaly. *Pediatrics* 2000;105(2):E26.
11. Steinbok P, Lam D, Singh S, et al. Long-term outcome of infants with positional occipital plagiocephaly. *Childs Nerv Syst* 2007;23(11):1275-83.
12. Robinson S, Proctor M. Diagnosis and management of deformational plagiocephaly. *J Neurosurg Pediatr* 2009;3(4):284-95.
13. Mikolajczak J, Stals K, Fleuren MAH, Wilde EJ de, Paulussen TGWM. Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven/Utrecht: NJi, 2009.

14. Fleuren M, De Wilde EJ, Mikolajczak J, Stals K, Paulussen T. Conditie voor effectieve invoering van jeugdinterventies: een kennissynthese. TSG Tijdschr Gezondheidswetenschappen 2009;87:245-248.
15. Fleuren M, Keijsers J, Buitendijk S, Detmar S. Ontwikkelen, invoeren én evalueren: de casus JGZ. Kwaliteit in Zorg 2009;5:18-21.
16. Fleuren MAH, Keijsers JFEM, Swinkels J, Koense Y. Richtlijnen genoeg, nu de uitvoering nog. Medisch Contact 2010;65:306-308.
17. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. Int J Qual Health Care. 2004;16:107-123.
18. Fleuren M, Wiefferink K, Paulussen T. Checklist determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties. TSG Tijdschr Gezondheidswetenschappen 2010;88:55-8.
19. Logan J, Graham ID. Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. Science Communication 1998;20:227-246.
20. Bartholomew KL, Parcel GS, Kok G, Gottlieb NH. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. San Fransisco: Jossey-Bass, 2006.
21. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. Milbank Q. 2004;82:581-629.
22. Grol RPTM, Wensing MJP. Implementatie: effectieve verbetering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.
23. Fleuren MAH. Implementatie van de JGZ-standaarden. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2007;39:63-67.
24. Paulussen Th. Wiefferink K, Mesters I. Invoering van effectief gebleken interventies. In: Brug J, Assema P van, Lechner L (eds). Gezondheidsvoorlichting en gedragsverandering. Een planmatige aanpak. Assen: Van Gorcum, 2007.
25. Fleuren MAH. Invoeren en evalueren van richtlijnen. In: Oskam E, Lokven E van (kernredactie), Swagerman-van Hees MB, Boere-Boonekamp MM, Luttmer LCF, Campman ThMT, Woudenberg AM van. Nederlands Leerboek JGZ, deel a. Assen: Koninklijke Van Gorcum, 2011 (in druk).
26. Fleuren MAH. Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2010.



## A Gedetailleerde resultaten vragenlijst na proefimplementatie

*Zijn er nog andere inhoudelijk zaken die u kwijt wilt over de richtlijn?*

- Het advies met betrekking tot voorkomen schedelvervorming kan eerst ook 5 a 6 keer 1 a 2 minuten in plaats van 3 keer 5 minuten. Dit is soms makkelijker voor ouders als ze het moeilijk vinden dat de baby het op de buik nog niet zo leuk vindt.
- Bij kernadviezen bij het wakker zijn is 3 x 30 minuten op de buik liggen op de leeftijd van 3 maanden niet haalbaar. Maximaal 20 minuten lijkt haalbaar bij alle ouders.
- De folders vind ik heel volledig, en ik vind ze met de plaatjes erbij ook erg illustratief naar ouders. Ik denk als je deze folders meegeeft, dat je al heel veel doet aan voorkomen van voorkeurshouding (VKH) en aan het voorkomen van schedelvervorming.
- De plaatjes van de classificatie argenta plagiocephalie en brachycephalie zijn onduidelijk.
- Er dient ruimte te blijven voor professionele keuzes om af te wijken van de richtlijn. Bv bij kinderen met asymmetrische ligging ten gevolge van ernstige reflux, (bv sanfor syndroom-beeld). Dan staat de behandeling van reflux voorop. Zintuigstoornissen idem, bij prematuren vaak al fysiotherapie in verband met tonus etc.
- Extra tijd!!! om het goed ten uitvoer te brengen binnen het consult. Hier ontbreekt het toch helaas vaak aan
- Gewend om zelf te verwijzen. Kan niet meer strikt volgens deze richtlijn. Volgens de richtlijn veel overleg met de jeugdarts nodig. In de praktijk verwijs ik ook zonder overleg met de cb-arts.
- Het advies: 3x per dag op buik, uitbreiden naar 30 minuten wordt in mijn beleving niet als prettig ervaren. 5x per dag kort beginnen, uitbreiden naar vermogen heeft mijn voorkeur.
- Ook is een algemeen probleem bij 1e kinderen: hoe hanteer ik mijn kind. Een mooie video-instructie zou erg wenselijk zijn: zou volgens mij ook voor een zorgverzekeraar wel lucratief zijn om in te investeren.
- Ik heb slechte ervaring met risicogroepen, in mijn geval lage SES van de moeder. Ik heb het idee dat je deze kinderen beter eerder naar de kinderfysiotherapeut kunt verwijzen. Het is voor deze ouders toch lastig de adviezen goed en consequent toe te passen. Ook bij 'huilbaby's' heb ik twijfel over de haalbaarheid van deze richtlijn.

- Ik vind de afstemming tussen jeugdarts en jeugdverpleegkundige erg belangrijk in het signaleren van de voorkeurshouding. Het is onduidelijk of bij het signaleren het differentiaal onderzoek door de jeugdarts altijd noodzakelijk is of dat het alleen is als het kind nog niet door een jeugdarts gezien is bv voor het 1e cb consult.
- Ik zou het prettig vinden als in de richtlijn het onderdeel over onderzoek naar mogelijk achterliggende pathologie uitgebreider zou worden beschreven. Met name wat betreft asymmetrie.
- Adviezen specifiek voor brachycefalie missen in de samenvatting.
- In de richtlijn wordt bij de ketenpartners niet genoemd: de oefentherapeut
- Ons bereikte een verzoek van geregistreerd kinderoefentherapeut die de cursus plagiocefalometrie bij L. van Vlimmeren heeft gevolgd. Zij zou baby's met schedelvervorming willen begeleiden. Hoe hiermee om te gaan?
- In het begin konden we de uitgebreide adviezen als het kind VKH had niet snel terugvinden. Toevoegen aan de samenvattingskaart?
- In richtlijn is geen duidelijke beschrijving wat te doen bij schedelvervorming zonder VKH en/of als VKH niet meer aanwezig is
- Meer duidelijkheid over verwijscriteria bij schedelvervorming en indicatiestelling jeugdarts daarbij.
- Niet altijd duidelijk onderscheid VKH en schedelvervorming. Gaat natuurlijk ook vaak samen, maar met name als VKH over is en (forse)schedelvervorming nog bestaat kun je dit in het stroomdiagram niet inpassen.
- Ouders vragen altijd hoe lang een kindje op zijn buik moet liggen. Ze denken dat een minuutje bij 8 weken wel voldoende is. Ik zou dit graag benoemd willen hebben in de folder.
- Relatie met onrust en overstrekken bij zuigeling, overspannen gezinssituatie lijkt mij mee te spelen, maar wordt niet genoemd.
- Volgens de richtlijn moet de schedel ook altijd beoordeeld worden door een jeugdarts maar daar is in de praktijk niet altijd tijd voor.
- Voor een beginnende jeugdverpleegkundige zijn er wel erg veel medische termen die lastig te volgen zijn. Je moet ontzettend goed en rustig lezen om het allemaal op te nemen. De samenvattingskaart is wel overzichtelijk
- Het is niet in alle organisaties haalbaar om ook tussentijds (na 2 weken) follow-up te doen (telefonisch contact, huisbezoek). Is het evidence based om na 2 weken te herbeoordelen, of is dit arbitrair? Maakt het nog uit of het alleen voorkeurshouding betreft (revisie 4 weken voldoende?), of een voorkeurshouding met al zichtbare afplating (revisie of telefonisch contact na 2 weken. In de tekst staat vaak 'voorkeurshouding en/of schedelvervorming'.

- Tijdens uitvoering is het niet altijd mogelijk de jeugdarts erbij te halen. Adviezen in folders zijn duidelijk.

*Wilt u nog iets kwijt over het stroomdiagram?*

- Adviezen bij gesignaleerde VKH ook in het stroomdiagram opnemen.
- Schedelvervorming waarbij VKH niet meer bestaat vind je niet in het stroomdiagram.
- Een onduidelijke route en overzicht in het stroomdiagram, dit kan simpeler.
- Graag aanpassen aan de praktijk.
- Het stroomdiagram geeft geen houvast met betrekking tot het moment waarop de differentiaal diagnostiek door de jeugdarts gedaan dient te worden. Eerst stuurde de jeugdverpleegkundige deze kinderen tussentijds door op het CB, dat kost te veel tijd, geeft grote verstoring van de CB planning. Wij hebben nu afgesproken dat als het kind al een keer door de jeugdarts is gezien (waarbij geen bijzonderheden waren gevonden), de differentiaal diagnostiek tijdens het eerstvolgende CB bezoek bij de jeugdarts uitgevoerd zal worden.
- In het stroomdiagram zijn VKH en schedelvervorming niet gescheiden, kan onduidelijkheid geven.

*Wilt u nog iets kwijt over de preventie folder?*

- De indeling in: slapen, voeden en wakker zijn is zeer duidelijk en helpt bij het structureren van het advies. De plaatjes en het taalgebruik zijn prima en maken de folder ook voor laaggeletterden en niet Nederlandstaligen goed bruikbaar.
- De tekening van de flesgevoede baby is raar. De fles wordt raar vastgehouden; moet iets meer schuin en hand mag wat warmer om het kind heen. Nu wat afstandelijk getekend
- De preventiefolder is voor mij als professional goed te lezen. Voor een gedeelte van mij populatie erg moeilijk te begrijpen
- Duidelijke, heldere folders. Wellicht wel handig om preventiefolder 1 en 2 verschillende voorkanten te geven. Ouders denken nu vaak dat je 2 keer dezelfde folder wilt uit delen.
- Erg goede folder!! Illustratief naar ouders en volledig.
- Eventueel in groei-op boekje opnemen en in de Wiegedoodfolder.
- Hoe lang op de buik?

- Leuke folder, uitnodigender dan eigen folder en ook erg duidelijk.
- Super om ook digitaal mee te werken. Ik heb de folder standaard open staan op mijn computer en kan zo vanuit het digitaal dossier schakelen naar de folder voor uitleg van de preventieve adviezen!
- Veel leesmateriaal. Interessant. Maakt mij meer bewust, dat ik scherper kijk naar voorkeurshouding. Verrijkend dus.
- Wellicht kan de voorkant iets minder lijken op de voorkant van de interventiefolder. Als ik die mee geef, zeggen mensen altijd 'die heb ik al' en dan kost het weer extra tijd om uit te leggen dat ze alleen nog de preventiefolder hebben gehad.

*Wilt u nog iets kwijt over de interventiefolder?*

- De nadruk ligt op plagiocefalie; minder aandacht voor brachycefalie. Op blz. 10 hoort het eerste plaatje bij de tweede tekst en het tweede plaatje bij de eerste tekst.
- 'Pak hem niet vanuit rugligging onder de oksels op'. Waarom niet? Zin weglaten of kort verklaren. Korte toelichting waarom je een kind roterend moet oppakken: 'Op deze wijze oefent uw kind de nekspieren aan de niet-voorkeurszijde'.
- De tekeningen zijn soms wat onaantrekkelijk, met name die van het kind zelf.
- Duidelijke en uitnodigende folder, sommige plaatjes niet baby vriendelijk zoals vader de fles geeft op schoot.
- Foto in buikligging liever zonder rol of met klein rolletje. Blz 11 mijn inziens niet nodig (2 keer genoemd).
- Graag andere aanbeveling qua stimuleertijd.
- Het item met de plaatjes over het oppakken met doorrollen is ingewikkeld en moet voorgedaan worden om goed begrepen en opgevolgd te worden.
- Hij is uitgebreider dan ik gewend was om mee te werken. Wel duidelijk beschreven.
- Ik was niet zo gecharmeerd van de tekeningen. Ik weet niet goed hoe ouders de ei-hoofden ervaren.
- Illustratief en volledig.
- Tijd van de buikligging.
- Goed te gebruiken, maar vergt extra tijd.

- Ziet er fraai uit. Goede feedback van ouders gekregen. Vinden dit ook een nuttige folder!

*Toelichting op mogelijk belemmerend ervaren van ontbreken van deelnemende collega's tijdens de proefimplementatie*

- Afspraken, verwachtingen, betrokkenheid bij niet deelnemende leden van het CB-team zouden anders zijn. Informatie naar ouders zou anders zijn.
- Als jeugdverpleegkundigen van mijn team ook hadden meegedaan hadden we een goede taakverdeling kunnen maken en kunnen terugkoppelen aan elkaar.
- Er is hier sprake is van een proefimplementatie. Als de resultaten hiervan goed zijn, vind ik het belangrijk dat de richtlijn bij onze stichting door iedere werknemer gevolgd gaat worden.
- Er werd veel aandacht aan het ontstaan van het onderzoek besteed. Ik had graag wat meer tijd gehad voor het praktische deel.
- Het toch iets wat je samen met de jeugdverpleegkundige doet. Zij doet bv. het huisbezoek en we zien de kinderen om en om.
- Het was handig geweest om een koppel te vormen, nu was er te weinig tijd om mijn jeugdverpleegkundige alle inns en outs te vertellen
- Het was wel heel jammer dat mijn jeugdverpleegkundige niet meedeed, zodat ik geen ervaring heb opgedaan met het bespreken van de voorkeurshoudingen aan de hand van de folder tijdens het huisbezoek. Ik vind dit wel een heel belangrijk contactmoment!
- Iedereen nu toch op een iets andere manier werkt
- Ik dit niet kon delen met mijn collega JGZ jeugdverpleegkundige
- Ik kon weinig uitwisselen. Wel met de jeugdarts. Zelf verteld van het onderzoek
- Kan collega's tijdens teamoverleg informeren.
- Mijn teamgenoten waren ervan op de hoogte dat ik samen met een van de jeugdartsen deelnam aan de proefimplementatie.
- De richtlijn ligt heel dicht bij het eigen protocol dat toegepast wordt binnen de organisatie.
- De jeugdverpleegkundige was op de hoogte van mijn medewerking en betrok me bij kinderen met een VKH. Alleen is er geen folder bij het huisbezoek meegegeven.

- We werken al grotendeels als in de richtlijn met ons huidige protocol. Wat anders gaat is praktisch vaak ook moeilijk uitvoerbaar bv na 2 weken hercontrole en direct jeugdarts consult bij nieuw geval.
- Jeugdverpleegkundigen die meededen waren wel alerter.

*Overige opmerkingen van de respondenten, over zaken die nog niet aan bod kwamen in de vragenlijst*

- Rol van ketenpartners. Collega's zijn nog onvoldoende op de hoogte. Afspraak binnen het team om de conceptfolders nog niet te gebruiken (wel voor de proefimplementatie). Eigen folder van organisatie is van slechte kwaliteit.
- De folders waren wel een middel om met name de voorkeur weer eens duidelijk op de kaart te zetten en daar heel bewust mee bezig te zijn. Nu hebben wij wel het geluk om in een gezondheidscentrum te zitten waarbij de kinderfysiotherapie ook heel actief bezig is met voorkeurshoudingen en schedelvervormingen. Een kinderfysiotherapeut heeft tijdens ons onderzoek ook een onderzoek gedaan naar de effecten van voorlichting per DVD bij voorkeurshoudingen dit in verband met haar master opleiding. Dit heeft zij gedaan in combinatie met het consultatiebureau. Uitslagen van het onderzoek zijn nog niet bekend.
- De kinderfysiotherapie wordt in ons cb al heel erg vroeg betrokken, al bij heel lichte VKH vanwege goede thuisinstructie. Na 2 consulten kinderfysiotherapie is het dan vaak al helemaal oké.
- Lukt niet altijd ook een verwijzing te doen tijdens consult naar de jeugdarts in verband met tijdgebrek.
- De tijd tijdens consult meestal wel voldoende maar soms ook niet met alle andere dingen die erbij kwamen. Het op schoot zitten van de baby's vind ik zelf minder prettig dan gewoon op het aankleedkussens. Ik vind mezelf dan te dicht in de persoonlijke zone van de ouders. Met de verwijzingen vind ik dat je ouders zelf initiatief moet laten nemen om wel of niet contact te zoeken. Ik bel als zij dat willen maar niet standaard. Betreffende de chiropractie en andere manieren van behandelen vind ik dat daar zeker wel mogelijkheden zitten en dat is waarom ik ook niet actief vertel dat de JGZ daar tegen zijn. Ik denk dat er juist goed naar gekeken moet worden wat deze manier van behandelen kan bieden in plaats van tegenwerken. Juist wel wetenschappelijk onderzoeken dus als ouders het me vragen vertel ik netjes wat de uitspraak is van de JGZ.
- Het niet op tijd aanwezig zijn van de folders.
- Multiproblematiek: Vooral als een kind ook huilt/ ziek is/ouders overige problemen hebben, kan VKH niet altijd de aandacht krijgen, die het verdient. Tijd speelt een essentiële rol.
- Onvoldoende consulttijd om veel voor te doen en begrip te checken. Geen ruimte in planning om controle na 2 weken te doen en om bij alle nieuwe gevallen (door jeugdverpleegkundige gesignaleerd) direct aanvullend

onderzoek jeugdarts te doen. Artsenconsult is bij 3 maanden en daarna pas bij 6 maanden; dan zou je bij 3 maanden al voorlichting moeten geven over helmtherapie. Lukt niet altijd. De situatie is soms ook nog niet goed in te schatten. De fysiotherapeut neemt dit gedeeltelijk op zich.

- De instructie was goed. Op een deel van de dia's stond erg veel tekst. Zou ik aanpassen bij een landelijke invoering van de richtlijn.
- Tijdsinvestering soms.
- Toch gebrek aan tijd.
- Wij moesten de beide folders kopiëren waardoor we met zwart/wit folders te maken hadden. Ik zou graag een grote hoeveelheid gekleurde folders ontvangen en een duidelijk afspraak waar deze te bestellen.

## B Gedetailleerde resultaten focusgroepen JGZ-richtlijn 'Voorkeurshouding en Schedelvervorming'

In deze bijlage staan detailpunten die niet in het resultatenhoofdstuk besproken zijn. Paginanummers hebben betrekking op versie 'JGZ Richtlijn Voorkeurshouding en Schedelvervorming – 20/12/2010' van de richtlijn.

*Inhoudelijke punten (opsporingsprogramma, controle- en verwijscriteria):*

- p3 r 30, woord *daarom*
- p4 r1, beoordeling grootte: logica zou zijn eerst open/gesloten, dan beoordeling maten
- p4, r 45: er staat *ondervindt*, er is volgens mij nog niks bekend, dus moet zijn *zal mogelijk ondervinden*
- p4 r 47: *is* staat er 2 keer
- p4, r 8 bij *bijzonderheden* staat dat jeugdarts kijkt naar de vorm van het hoofd. Maar ook de jeugdverpleegkundige kijkt naar de vorm van het hoofd.
- p4, r10: zittend op schoot beoordelen is niet praktisch, liever op tafel of in eigen handen.
- p4, *prevalentie*: is er al iets bekend over de kosten van alle behandelingen die ingezet worden.
- p4 r18 Oogstand- en neusasymmetrie is niet het enige wat je ziet. Ook het hele gezicht is scheef, het hele gelaat.
- kernadviezen, *bij het voeden*: prima advies, pakken ouders goed op (ook bij flesgevoede baby's).
- p6 *Bij het slapen*: "baby beweegt zelf al wel", maar toevoeging dat ouders moeten controleren of hij afwisselend links en rechts ligt. Fysiotherapeuten vonden wisselend hoofd niet prettig. Informeren van kraamverzorgenden en ziekenhuizen (leggen kind vaak op de zij) essentieel om één lijn te krijgen in advisering.
- p6 r 3 Zachtjes schudden moet eruit! Evt wiegen, maar liever nog helemaal weg of vervangen door zachtjes wrijven/masseren/aaien.
- p6 r 9 Opgesloten handdoek onder *borstkas en oksels*
- Op GroeiOp filmpje plaatsen om handelingen toe te lichten (evt. website Nederlands Instituut voor Sport en Bewegen).
- Advies autostoeltje: zin onlogisch. Gaat niet meer specifiek over buikligging. Toevoegen: kind op tafel leggen ipv in de box, dat is voor ouders een prettigere werkhouding. Eventueel apart kopje *spelen* maken. Advies: niet in slaap laten vallen in de box moet naar blokje *slapen*. Eventueel met toevoeging: ATTENTIE of dik gedrukt weergeven.
- p6 r 22 *Slaapkamer* in plaats van kinderkamer
- Adviezen specifiek voor brachycephalie missen in de samenvatting.
- Uitgebreide advisering kost meer tijd, basale lukt wel. Licht er wel aan wat voor ouders je voor je hebt. Als je alles wilt laten zien hebt je bijna dubbele tijd nodig. Extra huisbezoek kan hierin oplossing bieden. GGD Groningen verwijst dan door naar fysio en doet nooit huisbezoeken.
- p6 r 28 Ouders *lijken* meestal ook geïnteresseerd ipv *zijn* (2 keer genoemd)
- Soms zijn ouders moeilijk af te brengen van het gebruik van een zijkussen.
- p6: er blijkt niet duidelijk wat nu wel een risicogroep is en wat niet, lijkt niet te corresponderen met het uitgebreide stuk en de literatuur. Hoe zit het met



primipara of kinderen met nekproblemen? En gaat het eigenlijk niet om ouders die onervaren zijn? Er is maar één onderzoek uit Nederland wat wijst naar non-white (Surinaams), dus dit stuk in de samenvatting lijkt gevoelsmatig opgesteld en niet gebaseerd op evidentie. Nakijken!

- p6 r 28 Ouders lijken meestal ook geïnteresseerd ipv zijn

#### *Samenvatting, H2 signalering*

- p8, r 30/31: binnen 2 wkn door de jeugdarts is nauwelijks haalbaar, marge aan geven (0-4wkn). Noem het een indicatieconsult. Heeft te maken met capaciteit en ook met ervaring van de jeugdverpleegkundige. Soms is het niet nodig om ook nog eens de jeugdarts te consulteren.
- p10, r11 overlapt met r40.
- p11, r11, helmtherapie terughoudend, dan misschien niet noemen? Discussie over of dit punt. Wel noemen of alleen als ouders er om vragen?

#### *Interventiefolder*

- In de interventiefolder staat een tekstfout: in 'risico voor' (moet 'op' zijn) wiegendood.