

Preventie en Zorg
Wassenaarseweg 56
Postbus 2215
2301 CE Leiden

www.tno.nl

T +31 71 518 18 18
F +31 71 518 19 01
info-zorg@tno.nl

TNO-rapport

KvL/P&Z 2010.004

**Determinantenanalyse / Proefimplementatie
JGZ-richtlijn opsporing van visuele stoornissen
0-19 jaar
(1^e herziening)**

Datum	Januari 2010
Auteur(s)	E.J.C. Coenen-van Vroonhoven H. van Velzen-Mol M.A.H. Fleuren
Opdrachtgever	ZonMw, Programma Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg, projectnummer 156000001
Projectnummer	031.12734/01.01
Aantal pagina's	22 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	1

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

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

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

Inhoudsopgave

1	Inleiding.....	3
1.1	Achtergrond	3
1.2	Model voor de invoering van de JGZ-richtlijnen.....	4
1.3	Doelstelling en vraagstellingen.....	5
2	Methode	7
2.1	Werving van JGZ-organisaties en respons.....	7
2.2	Proefimplementatie en registratie	7
2.3	Focusgroepinterview	8
2.4	Analyse interview	8
3	Resultaten	9
3.1	Respons.....	9
3.2	Resultaten registratieformulieren.....	9
3.3	Determinanten richtlijn.....	11
3.4	Determinanten JGZ-medewerker.....	12
3.5	Determinanten JGZ-organisatie	12
3.6	Determinanten sociaal-politieke omgeving	13
3.7	Randvoorwaarden voor landelijke invoering.....	14
4	Conclusies en aanbevelingen / plan van aanpak landelijke invoering.....	15
4.1	Conclusies.....	15
4.2	Kritische kanttekeningen.	16
4.3	Aanbevelingen / plan van aanpak landelijke invoering	16
5	Literatuur	19
	Bijlage(n)	
	A Verslag interview JGZ-richtlijn ‘visus’, 1^e herziening	

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

De jeugdgezondheidszorg rekent het tot haar taak afwijkingen in de ontwikkeling van kinderen en jeugdigen te voorkómen dan wel vroegtijdig op te sporen. 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 de ontwikkeling van de oogfunctie. De jeugdgezondheidszorg tracht door middel van screening afwijkingen aan het oog en het gezichtsvermogen vroegtijdig op te sporen vanuit de overtuiging dat er gezondheidswinst behaald kan worden. Hiervoor is nodig dat degenen die het onderzoek uitvoeren de juiste methoden op de juiste wijze hanteren. Om dit te bevorderen verscheen in 2002 de standaard ‘Opsporing Visuele Stoornissen 0-19 jaar’¹. Vanaf 2007 wordt in de JGZ gesproken over richtlijnen in plaats van standaarden.

De standaard uit 2002 werd als eerste JGZ-richtlijn op een gestructureerde wijze ingevoerd conform het Raamwerk voor de verspreiding en implementatie van JGZ-standaarden². In 2004 werd een beperkte determinantenanalyse uitgevoerd³. In 2005 werd zowel het proces van invoering geëvalueerd als het effect ervan op onder andere de mate van gebruik door JGZ-medewerkers. Er werd gekeken naar het feitelijke gebruik van de diverse kernelementen in de standaard, door artsen, verpleegkundigen en doktersassistenten en de determinanten die het gebruik per kernelement bepaalden³. Kernelementen zijn die activiteiten uit de standaard die in ieder geval uitgevoerd moeten worden om visuele stoornissen bij 0-19 jarigen effectief te kunnen opsporen. De bekendheid met de standaard was zeer hoog en verreweg de meeste JGZ-medewerkers vonden de standaard inhoudelijk juist en praktisch toepasbaar. Hoewel het gebruik van de verschillende kernelementen binnen de vooraf vastgestelde taakstelling lag, waren er op diverse punten verbeteringen mogelijk.

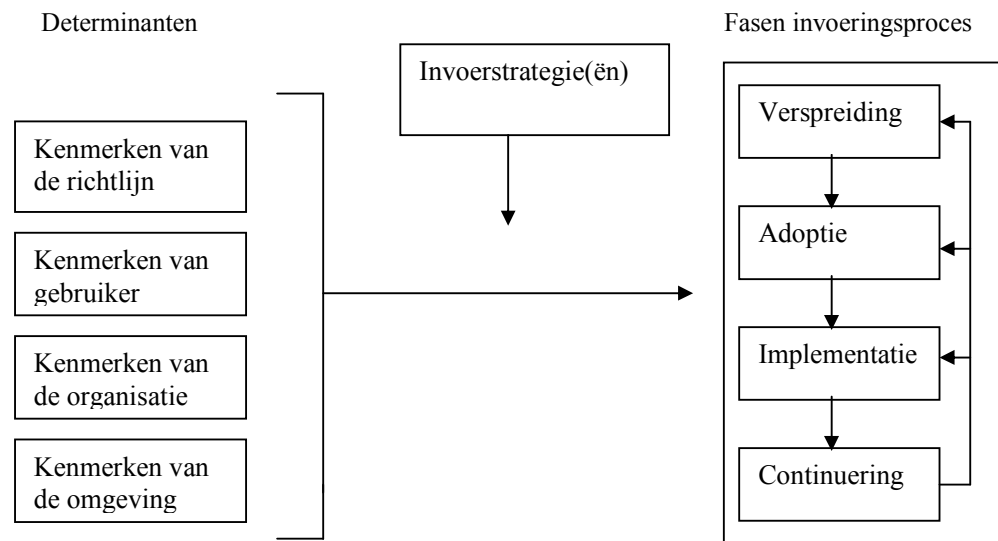
Eén van de voorwaarden om visuele stoornissen bij 0-19 jarigen effectief te kunnen opsporen is dat de beschikbare JGZ-richtlijn up to date is en gebaseerd op de meest recente inzichten over opsporing en behandeling van visuele stoornissen. Daarbij dient tevens rekening te worden gehouden met de uitvoeringsproblemen die zich in de dagelijkse praktijk voordoen en determinanten die het gebruik bepalen^{3,4}. Volgens de Methodiek ontwikkeling en implementatie van standaarden⁵ dient elke richtlijn eenmaal per vijf jaar herzien te worden. In 2007 is door TNO Kwaliteit van Leven bij ZonMw een verzoek tot subsidiëring van deze herziening ingediend en gehonoreerd. In deze herziene richtlijn komt het volledige oogheelkundige screeningsprogramma voor kinderen en jeugdigen van 0-19 jaar aan de orde⁶. Nieuw en een substantiële wijziging ten opzichte van de bestaande standaard uit 2002 is het gebruik van een aangepaste opsporingsmethode in het Speciaal Onderwijs. Deze aangepaste methode houdt in dat bij kinderen in het Speciaal Onderwijs (4-19 jaar) gebruik wordt gemaakt van het LH Crowded Symbol Book om de visus te bepalen, wanneer visusbepaling met de Landolt-C kaart niet lukt vanwege een te lage ontwikkelingsleeftijd van het kind. Het gebruik van het LH Crowded Symbol Book voor visusbepaling is nieuw voor de JGZ en behoeft scholing in het gebruik voor alle JGZ medewerkers die werkzaam zijn in het Speciaal Onderwijs.

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 evaluatieonderzoek⁷⁻¹⁰. Het begeleidende evaluatieonderzoek moet duidelijk maken of het innovatieproces 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)^{11,12}. 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. Verspreiding is dus een eerste, strikt noodzakelijke maar op zich onvoldoende voorwaarde voor het gebruik van een richtlijn¹¹⁻¹⁷. 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^{11,12}

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^{11,12}:

- 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 ouders / 0-19 jarigen, 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^{11,12,14-16, 18}. 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^{11,12}.

Invoerstrategieën algemeen

In algemene zin kan gezegd worden dat bij de invoering van richtlijnen het beste gebruik kan worden gemaakt van een combinatie van een top-down en een bottom-up benadering waarbij het creëren van draagvlak bij de gebruikers een belangrijke rol inneemt¹⁹. In ieder geval gaat het om de volgende zaken^{8,18, 20}:

- Het ontwikkelen van effectieve en bruikbare materialen die de beoogde gebruikers voorzien van concrete en eenduidige handelingsvoorschriften (ontwikkelingsfase);
- Het actief promoten van de richtlijn, aangepast aan de omstandigheden van de beoogde gebruiker via communicatie over de richtlijn, zowel massamediale als inter-persoonlijke communicatie (adoptiefase);
- Training en coaching bij het eerste gebruik van de richtlijn en het vervolggebruik, aangepast aan de omstandigheden en het niveau van de beoogde gebruiker (implementatiefase). Dit blijkt een van de belangrijkste voorwaarden voor het gebruik van de JGZ-richtlijnen^{3, 21};
- Bevorderen dat de beoogde gebruikers van de richtlijn ervaringen kunnen uitwisselen en van elkaars ervaringen kunnen leren. Zorgen dat er support is op organisatieniveau, dat de richtlijn in het beleid van de organisatie wordt opgenomen en dat het werken met de richtlijn wordt gemonitord en geëvalueerd (continueringsfase);
- Het inrichten van een ondersteuningsstructuur die de uitwisseling van informatie en de ondersteuning van landelijk niveau naar regionaal niveau en de individuele gebruiker mogelijk maakt.

1.3 Doelstelling en vraagstellingen

Het doel van het onderhavige project is nagaan welke determinanten een rol spelen bij het gebruik van de update van de JGZ-richtlijn Opsporing van Visuele Stoornissen 0-19 jaren - hierna JGZ-richtlijn Visus te noemen - om op basis daarvan aanbevelingen te doen voor de landelijke invoering van deze richtlijn. De belangrijkste en tevens substantiële wijziging ten opzichte van de bestaande standaard uit 2002 is de opsporing van visuele stoornissen in het speciaal onderwijs. Omdat er verder geen substantiële wijzigingen in de update zijn, en daarnaast de determinanten van het gebruik van de huidige standaard bekend zijn, is in overleg met de opdrachtgever (ZonMw) besloten de onderhavige determinantanalyse te beperken tot artsen en doktersassistenten in het Speciaal Onderwijs (ZMLK).

De vraagstellingen van het project zijn:

- 1 Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de JGZ-richtlijn Visus door artsen en doktersassistenten in het Speciaal Onderwijs (ZMLK)?
- 2 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 februari 2009 werd een mailing verstuurd aan de hoofden JGZ van alle GGD'en, met de vraag deel te nemen aan de proefimplementatie. Het selectie criterium was artsen en doktersassistenten die ZMLK-scholen in hun takenpakket hebben, met gemiddelde ervaring in het Speciaal Onderwijs. Omdat het aantal ZMLK-scholen beperkt is (120), is het aantal artsen en doktersassistenten dat in dit type onderwijs werkzaam is eveneens beperkt. Doel was om in een organisatie alle medewerkers die werkzaam zijn in het ZMLK-onderwijs te laten deelnemen.

Daarnaast werd, eveneens in februari 2009, een oproep geplaatst op de websites van het Centrum Jeugdgezondheid en de beroepsorganisaties. In de mailing en op de websites werd beschreven wat deelname inhield, hoeveel tijd dit kostte en welke vergoeding de organisaties ervoor ontvingen. Omdat bij recentelijk uitgevoerde proefimplementaties in de JGZ de respons tot deelname tegen viel, werden parallel de leden van de AJN-commissie 'Speciaal Onderwijs' benaderd voor deelname met de GGD waar zij werkzaam zijn.

Ondanks deze wervingsacties was de bereidheid tot deelname niet groot, namelijk slechts 1 organisatie. Het ontbreken van kostendekkende financiële ondersteuning was een belangrijke reden om niet deel te nemen. ZonMw heeft daarom in april 2009 een aanvullende subsidie toegekend. Met deze aanvullende subsidie konden deelnemende GGD'en kostendekkend vergoed worden voor de uren die deelnemers zouden besteden aan de proefimplementatie. Naar aanleiding hiervan werd in mei 2009 nogmaals een mailing verstuurd aan de hoofden JGZ van alle GGD'en. Dit leverde onderstaande deelnemers op.

Aan de proefimplementatie namen deel:

GG&GD Amsterdam:	3 teams (3 jeugdartsen)
GGD Midden Nederland:	2 teams (2 jeugdartsen, 2 doktersassistenten)
GGD Zuid-Holland West:	1 team (1 jeugdarts, 1 doktersassistent)
GGD Brabant Zuid-Oost:	4 teams (4 jeugdartsen, 3 doktersassistenten)
Hulpverleningsdienst Gelderland Midden:	3 teams (3 jeugdartsen)
GGD Hollands Midden:	1 team (1 jeugdarts, 1 doktersassistent)

Omdat bij GG&GD Amsterdam en Hulpverleningsdienst Gelderland Midden doktersassistenten geen rol hebben in de zorg op het ZMLK-onderwijs, namen vanuit deze organisaties alleen jeugdartsen deel aan de proefimplementatie.

2.2 Proefimplementatie en registratie

De proefimplementatie hield in dat JGZ-organisaties gevraagd werd ongeveer twee maanden met de conceptrichtlijn te werken en deze in de praktijk uit te testen op de uitvoerbaarheid. Voorafgaand kregen de deelnemers zowel de achtergrondinformatie (het boek), de samenvatting en het stroomdiagram van de richtlijn en vond een 2 uur durende instructiebijeenkomst plaats waarin een van de ontwikkelaars en een jeugdarts met ervaring in het ZMLK-onderwijs en ervaring met het werken met het LH Crowded Symbol Book uitleg gaven over de richtlijn en het LH Crowded Symbol Book (zie 1.1).

De deelnemers kregen ook een korte instructiefilm te zien en konden met de materialen oefenen.

Gedurende de proefimplementatie hielden de deelnemers op registratieformulieren bij op welke punten de richtlijn wel / niet uitvoerbaar is.

Hierbij registreerde men knelpunten / uitvoeringproblemen met betrekking tot:

- de inhoud en begrijpelijkheid van de richtlijn;
- de uitvoering van het onderzoek (Landolt-C, LH Crowded Symbol Book en andere gebruikte testen);
- de medewerking van de ouders / 4-19 jarigen;
- het beleid van aanpalende disciplines (o.a. huisarts, oogarts);
- de randvoorwaarden.

De registraties vonden prospectief plaats.

2.3 Focusgroepinterview

Na afloop van de proefimplementatie vond een focusgroepinterview plaats aan de hand van de ingevulde registraties en interviewvragen. De interviewvragen zijn gebaseerd op het model voor de invoering van vernieuwingen (figuur 1). Verder werd gebruik gemaakt van een lijst met determinanten die een rol spelen bij de invoering van vernieuwingen^{11, 15} en bevindingen uit eerdere proefimplementaties in de JGZ^{3, 22, 23}. Alle geïnterviewden kregen ter voorbereiding op het interview de vragen toegestuurd. Het (focus)groepinterview duurde ongeveer 2 uur.

Het streven was om iedere organisatie vertegenwoordigd te hebben met zowel een arts als een doktersassistente (mits in de betreffende organisatie doktersassistenten een rol hebben in de zorg op het ZMLK-onderwijs).

2.4 Analyse interview

Van het interview werd een verslag gemaakt. Dit verslag werd ter correctie en aanvulling aan de geïnterviewden voorgelegd. De analyse ervan en de beschrijving van de resultaten vindt 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

3.1 Respons

Door 12 van de 14 deelnemende teams werden in totaal 123 registratieformulieren terug gestuurd. Per team werden 4-20 registratieformulieren terug gestuurd. Twee teams vulden geen registratieformulieren in omdat ze gedurende de proefimplementatieperiode geen kinderen in het ZMLK-onderwijs hebben gezien.

Er werd één focusgroepinterview gehouden met in totaal 7 deelnemers:

- GG&GD Amsterdam: 1 jeugdarts
- GGD Midden-Nederland: 1 doktersassistente
- GGD Zuid-Holland West: 1 doktersassistente en 1 jeugdarts
- Hulpverleningsdienst Gelderland Midden: 1 jeugdarts
- GGD Brabant Zuid-Oost: 1 jeugdarts
- GGD Hollands Midden: 1 doktersassistente

3.2 Resultaten registratieformulieren

Algemeen

Gezien het geringe aantal deelnemers aan deze (beperkte) proefimplementatie en het kleine aantal onderzochte kinderen per deelnemend team, dienen de kwantitatieve resultaten met voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd. Om deze reden is gekozen de resultaten beschrijvend weer te geven en geen statistische vergelijking te maken tussen de verschillende subgroepen.

In tabel 1 zijn de algemene karakteristieken weergegeven van de kinderen die gedurende de proefimplementatie zijn onderzocht door de deelnemende jeugdartsen en doktersassistenten.

Tabel 1 Algemene karakteristieken

Geslacht	Jongen	Meisje	Totaal
	75	48	123
Leeftijd	< 7 jaar	≥ 7 jaar	Totaal
	28	95	123
Gemiddelde leeftijd	9 jr en 6 mnd (spreiding: 4 jr en 2 mnd – 19 jr en 4 mnd)		

Slagingspercentage Landolt-C test

In tabel 2 is het slagingspercentage van de Landolt-C test weergegeven, uitgesplitst naar leeftijdscategorie. Bij het berekenen van het slagingspercentage van de Landolt-C test is uitgegaan van de hele groep kinderen (in de tabel weergegeven met ‘alle kinderen’), dus ook diegenen bij wie niet gestart is met de Landolt-C test vanwege een op voorhand te laag ontwikkelingsniveau.

Tabel 2 Afnemen van de Landolt-C test (in aantallen) en percentage kinderen waarbij test geheel is afgenomen, voor respectievelijk alle kinderen en uitgesplitst naar kinderen < 7 jaar en ≥ 7 jaar

	Alle kinderen	< 7 jaar	≥ 7 jaar	Gem. leeftijd
Totaal aantal kinderen	123	28	95	
Helemaal afgenomen	57	5	52	10 jr en 5 mnd
Deels afgenomen	21	4	17	8 jr en 11 mnd
Niet afgenomen	45	19	26	8 jaar en 1 mnd
Slagingspercentage ¹⁾	46,3%	17,9%	54,7%	

1) dit is het percentage kinderen bij wie het lukt de Landolt-C test geheel af te nemen.

Slagingspercentage LH Crowded Symbol Book

In tabel 3 is het slagingspercentage van het LH Crowded Symbol Book weergegeven, uitgesplitst naar leeftijdscategorie en naar al dan niet gestart zijn van de Landolt-C test. Bij het berekenen van het slagingspercentage van het LH Crowded Symbol Book is uitgegaan van de groep kinderen bij wie het niet gelukt is de Landolt-C test volledig af te nemen (in de tabel weergegeven met 'alle kinderen'). De kinderen bij wie op voorhand niet gestart is met het LH Crowded Symbol Book vanwege een te laag ontwikkelingsniveau zijn ook meegenomen in de berekening.

Uit de tabel is af te lezen dat, ook met een aangepaste opsporingsmethode, er kinderen in het Speciaal Onderwijs blijven bij wie het niet lukt een betrouwbare visustest af te nemen. In dit onderzoek betrof dit 45 van de 123 kinderen, van wie er relatief veel jonger dan zeven jaar waren.

Tabel 3 Afnemen van het LH Crowded Symbol Book (in aantallen) en percentage kinderen waarbij test geheel is afgenomen, voor respectievelijk alle kinderen, kinderen < 7 jaar en ≥ 7 jaar en kinderen waarbij wel of niet is gestart met de Landolt-C

	Alle kinderen	< 7 jaar	≥ 7 jaar	Landolt-C wel gestart	Landolt-C niet gestart	Gem. leeftijd
Totaal aantal kinderen	66	23	43	21	45	
Helemaal afgenomen	21	5	16	9	12	8 jr en 0 mnd
Deels afgenomen	35	16	19	10	24	8 jr en 2 mnd
Niet afgenomen / onbekend	10	2	7	2	8	9 jr en 8 mnd
Slagingspercentage ¹⁾	31,8%	21,7%	37,2%	42,9%	26,7%	

1) dit is het percentage kinderen bij wie het lukt het LH Crowded Symbol Book geheel af te nemen

Tijdsduur afnemen tests

In tabel 4 is een overzicht weergegeven van de tijd die het kost om de Landolt-C test en het LH Crowded Symbol Book af te nemen. Voor het berekenen van de gemiddelde tijdsduur is uitgegaan van alle afgenomen testen, zowel wanneer het helemaal gelukt is de test af te nemen als wanneer dit maar ten dele gelukt is.

De resultaten dienen met grote voorzichtigheid te worden geïnterpreteerd.

Verschillende deelnemers bleken achteraf de tijdsduur verschillend geregistreerd te hebben (met of zonder instructietijd). Dit verklaart (in ieder geval deels) de grote spreiding en hier is er voor zowel de Landolt-C test als het LH Crowded Symbol Book

waarschijnlijk sprake van een (forse) onderschatting van de benodigde tijdsduur inclusief instructie. Zie ook paragraaf 3.5.

Tabel 4 Tijdsduur afnemen tests

	Landolt-C		LH	
	Aantal	Tijd, in min	Aantal	Tijd, in min
Helemaal afgenomen	57	5,71 (2-10)	26	7,92 (3-12)
Deels afgenomen	21	3,50 (1-5)	36	6,68 (3-10)

3.3 Determinanten richtlijn

Algemene indruk

De geïnterviewden waren unaniem van mening dat het LH Crowded Symbol Book een waardevolle aanvulling is bij de opsporing van visuele stoornissen, wanneer testen met de Landolt-C niet lukt. Wel is het zo dat er, ondanks een aangepast opsporingsprogramma in het Speciaal Onderwijs, een groep kinderen blijft bij wie het niet lukt in de JGZ-setting een betrouwbare visuswaarde te verkrijgen. In deze steekproef waren dat er 45, van wie er relatief veel jonger dan zeven jaar waren.

Begrijpelijkheid en leesbaarheid

De geïnterviewden vonden de richtlijn goed leesbaar en begrijpelijk. Een enkeling gaf aan de instructie bij het LH Crowded Symbol Book wel een aantal keer te hebben moeten doorlezen voordat helemaal duidelijk was wat precies de bedoeling was.

Vorm

Over het algemeen waren de geïnterviewden tevreden over de verschijningsvorm van de richtlijn, namelijk een boek met daarin achtergrondinformatie, een samenvatting waarin het opsporingsprogramma wordt beschreven en een geplastificeerde kaart met daarop kort en bondig het opsporingsprogramma op de verschillende leeftijden en de controle- en verwijscriteria. De geïnterviewden gaven aan dat de samenvatting en de kaart ook goed bruikbaar zijn los van het boek. Om de kaart goed te kunnen toepassen, is het wel nodig de samenvatting eerst door te lezen.

Een aantal geïnterviewden gaf aan de grootte van het gebruikte lettertype op de kaart te klein te vinden. Dit heeft te maken met het feit dat tijdens de proefimplementatie is gewerkt met een conceptversie van de kaart, die kleiner was dan de uiteindelijk te ontwikkelen geplastificeerde kaart.

Om de kaart duidelijker te maken, en dan met name het stroomdiagram betreffende controle en verwijzing, werd geopperd te werken met verschillende kleuren voor ‘voldoende’, ‘twijfelachtig’ en ‘onvoldoende’.

Bijbehorende materialen

Het omslaan van de bladzijden van het LH Crowded Symbol Book werd als lastig ervaren. Dit kost veel tijd met als gevolg concentratieverlies bij het kind (zie ook paragraaf 3.6). Als oplossing werd voorgesteld dat er aanpassingen komen in de vorm van het LH Crowded Symbol Book (uitsparingen in de bladzijden aan de zij- en onderkant van het boek, per symboolgrootte, om het draaien van de bladzijden te vergemakkelijken).

Verbeterpunten

Details en verbeterpunten die de geïnterviewden gaven met betrekking tot de opzet, vorm en inhoud van de richtlijn, zijn in bijlage A beschreven.

3.4 Determinanten JGZ-medewerker*Mening/attitude adviezen in richtlijn*

De geïnterviewden waren het inhoudelijk niet op alle punten met de richtlijn eens. Punten waarop niet alle geïnterviewden het eens waren met de inhoud van de richtlijn, zijn:

- het niet gebruiken van de TNO-dieptezientest
- het niet standaard uitvoeren van een kleurenzientest
- het niet standaard uitvoeren van een visusbepaling bij kinderen van zeven jaar en ouder
- het niet meer doortesten van het eerste oog tot 1,25

Het betreft allemaal punten die niet specifiek gelden voor het Speciaal Onderwijs en dus strikt genomen buiten het bestek van deze determinantenanalyse vallen. Daarnaast betreft het (met uitzondering van het niet doortesten tot 1,25) geen veranderingen ten opzichte van de eerste JGZ-standaard Visus.

Wat betreft het deel van de richtlijn dat specifiek gericht is op de opsporing van visuele stoornissen in het Speciaal Onderwijs, waren de geïnterviewden het in grote lijnen inhoudelijk met de richtlijn eens.

Een punt waarin een deel van de geïnterviewden zich niet kon vinden, is de verwijzing van kinderen jonger dan 10 jaar naar de orthoptist. Zeker voor kinderen in het Speciaal Onderwijs, bij wie veel oogheeskundige afwijkingen voorkomen, acht men verwijzing naar (ook) een oogarts noodzakelijk.

Benodigde kennis en vaardigheden voor de uitvoering

De geïnterviewde JGZ-artsen en doktersassistenten voelden zich in staat de richtlijn uit te voeren, mits er voorafgaand enige vorm van instructie/scholing plaatsvindt (zie ook paragraaf 3.7 randvoorwaarden).

3.5 Determinanten JGZ-organisatie*Beschikbare tijd*

De geïnterviewden gaven aan dat de tijd die nodig is om de Landolt-C en het LH Crowded Symbol Book af te nemen, zoals berekend aan de hand van de ingevulde registratieformulieren, te kort is. Dit wordt verklaard door het feit dat de geïnterviewden de benodigde tijdsduur op het registratieformulier op verschillende wijze hadden geregistreerd. Een aantal geïnterviewden bleek de instructietijd wel te hebben meegerekend, anderen hadden dit niet gedaan. De geïnterviewden waren van mening dat, wanneer de instructietijd wordt meegerekend, ongeveer 10 minuten nodig is om de Landolt-C af te nemen en eveneens 10 minuten om het LH Crowded Symbol Book af te nemen. Dit houdt in dat, in ieder geval voor een deel van de kinderen in het Speciaal Onderwijs, 20 minuten tijd nodig is om een volledig visusonderzoek uit te voeren. De geïnterviewden gaven aan dat de benodigde tijd een knelpunt is bij de uitvoering van de richtlijn. JGZ-organisaties stellen een beperkte hoeveelheid tijd beschikbaar voor het uitvoeren van onderzoeken. Het is in de huidige praktijk niet haalbaar 20 minuten van de beschikbare tijd te besteden aan visusonderzoek.

Beschikbare materialen

Wat betreft de beschikbaarheid van het onderzoeksmateriaal gaven de geïnterviewden aan dat het voor de JGZ-organisaties erg handig is als de bestelling van het LH Crowded Symbol Book centraal geregeld wordt, bijvoorbeeld door het Centrum Jeugdgezondheid. Dit heeft als voordeel dat niet iedere JGZ-organisatie hoeft uit te zoeken welke leverancier het materiaal tegen de gunstigste prijs kan leveren. Bovendien kan door een grotere hoeveelheid in één keer te bestellen wellicht een prijsvoordeel behaald worden.

Beschikbare onderzoeksruimte

Een ander knelpunt dat door de geïnterviewden werd aangegeven, is de kwaliteit van de beschikbare onderzoeksruimte. Steeds meer JGZ-organisaties kiezen er, vanwege een betere opkomst of uit efficiency-overwegingen, voor de onderzoeken op school plaats te laten vinden. Onderzoeksruimtes op school en draagbaar onderzoeksmateriaal (visuskaart en verlichting) voldoen in veel gevallen niet aan de gestelde eisen wat betreft afmeting en lichtkwaliteit.

3.6 Determinanten sociaal-politieke omgeving

Medewerking kinderen

Het belangrijkste knelpunt bij de uitvoering van het LH Crowded Symbol Book dat genoemd werd was dat het afnemen van de test vaak veel tijd kost, hetgeen de concentratie van het kind in negatieve zin beïnvloedt. Het afnemen kost nog eens extra tijd omdat het omslaan van de bladzijden lastig is (zie 3.3).

Een geïnterviewde die al langere tijd met het LH Crowded Symbol Book werkte, gaf aan dat bovengenoemde knelpunten ook na het opdoen van ruime ervaring met de test blijven bestaan.

De geïnterviewden gaven een aantal mogelijke oplossingen voor deze knelpunten:

- wanneer een kind de Landolt-C bij de instructie niet blijkt te snappen, snel de beslissing (durven te) nemen om over te gaan op het LH Crowded Symbol Book
- aanpassingen in de vorm van het LH Crowded Symbol Book (uitsparingen in de bladzijden aan de zij- en onderkant van het boek, per symboolgrootte, om het draaien van de bladzijden te vergemakkelijken)
- het gebruiken van een (dun) aanwijsstokje
- gebruik maken van gebaren (voor de verschillende symbolen en voor ‘middelste plaatje’ als ondersteuning bij de instructie
- opsplitsen van de visusbepaling in 2 delen, aan het begin van het onderzoek en aan het eind (als het kind gelegenheid krijgt om even ‘iets anders’ te doen, kan het zich daarna weer beter concentreren op het visusonderzoek).

Medewerking ouders

De geïnterviewden gaven aan dat ouders over het algemeen blij zijn met de nieuwe onderzoeksmethode. Wanneer het lukt om met het LH Crowded Symbol Book een betrouwbare visuswaarde te verkrijgen, is verwijzing naar de oogarts in een aantal gevallen niet nodig. Dit betekent een kleinere belasting voor het kind en ook voor de ouders. Ouders ervaren dit over het algemeen als zeer prettig, omdat kinderen in het Speciaal Onderwijs in veel gevallen al bij meerdere medische disciplines onder controle zijn.

Werkwijze aanpalende disciplines

De verwijzing vanuit de JGZ werd door de geïnterviewden als een mogelijk knelpunt gezien. De huisartsen hanteren een andere verwijzroute (vanaf 6 jaar naar de opticien, mits bij diagnostisch refracteren een refractieafwijking is vastgesteld) dan de oogartsen en orthoptisten (tot 10 jaar altijd beoordeling in de tweede lijn, door orthoptist en/of oogarts). Zeker voor kinderen in het Speciaal Onderwijs (ook voor kinderen ouder dan 10 jaar, gezien de vaak (veel) lagere ontwikkelingsleeftijd) achtten de geïnterviewden beoordeling in de tweede lijn, door een oogarts, wenselijk.

Als belangrijke randvoorwaarde voor landelijke invoering werd door de geïnterviewden genoemd dat de verwijzroute helder moet zijn (welk kind wordt naar wie verwezen?). In de hele keten (JGZ, 1^e lijn (huisartsen), 2^e lijn (oogartsen en orthoptisten) en optiekzaken (opticiens en optometristen)) dient gewerkt te worden met dezelfde criteria.

3.7 Randvoorwaarden voor landelijke invoering

De geïnterviewden gaven aan dat scholing vereist is alvorens met het LH Crowded Symbol Book te kunnen gaan werken. De opzet van de instructiebijeenkomst voorafgaand aan de proefimplementatie vond men geschikt. De scholing zou in ieder geval de volgende componenten moeten bevatten:

- instructie hoe het LH Crowded Symbol Book te gebruiken (instructiefilm)
- zelf oefenen met het onderzoeksmateriaal
- bespreken van knelpunten en valkuilen (omslaan van de bladzijden, spiegeling bij schuin houden van boekje, aanwijzen bij kleinere symboolgrootten)

De instructiebijeenkomst voorafgaand aan de proefimplementatie duurde 2 uur. In dit tijdsbestek was onvoldoende tijd om zelf te oefenen met het onderzoeksmateriaal. De te ontwikkelen scholing zou daarom iets langer, bijvoorbeeld 3 uur moeten duren. Het filmpje dat gebruikt is bij de instructiebijeenkomst voorafgaand aan de proefimplementatie kan gebruikt worden als basis voor de te ontwikkelen instructiefilm. Enkele aanpassingen zijn nodig (meer aandacht voor het omslaan van de bladzijden en het aanwijzen van kleine symbolen).

De geïnterviewden waren van mening dat de scholing (inclusief instructiefilm) het beste landelijk ontwikkeld kan worden en vervolgens per organisatie gegeven kan worden (via het train-de-trainer principe).

Naar de mening van de geïnterviewden zouden, naast scholing, ook enkele uren beschikbaar moeten zijn om zelfstandig met het onderzoeksmateriaal te kunnen oefenen, bijvoorbeeld thuis (LH Crowded Symbol Book afnemen bij huisgenoten) of door het LH Crowded Symbol Book als extra test af te nemen bij een aantal kinderen op het reguliere basisonderwijs.

Er is niet gevraagd naar de aanschaf van het LH Crowded Symbol Book, aangezien de benodigde materialen voor de proefimplementatie gratis werden verstrekt aan de deelnemers. Bij de landelijke invoering zullen de kosten van aanschaf (ongeveer 40 euro per boekje) mogelijk een probleem vormen (zie hoofdstuk 4).

4 Conclusies en aanbevelingen / plan van aanpak landelijke invoering

4.1 Conclusies

Een algemene conclusie is dat de herziene richtlijn goed is ontvangen bij jeugdartsen en doktersassistenten in het ZMLK-onderwijs. De deelnemers vonden de richtlijn nuttig en de aanvullende opsporingsmethode voor kinderen met een verstandelijke beperking (het LH Crowded Symbol Book) een waardevolle aanvulling op het bestaande onderzoeksprogramma.

Een tweede algemeen conclusie is dat de ouders over het algemeen blij zijn met de nieuwe onderzoeksmethode (LH Crowded Symbol Book). Omdat met deze test vaak alsnog een betrouwbare visuswaarde wordt verkregen, is verwijzing naar de oogarts in een aantal gevallen niet nodig.

De tekst van de richtlijn werd in algemene zin helder en begrijpelijk gevonden. Toch behoeft de richtlijn op een aantal punten verheldering en aanpassing (zie bijlage A). Wat betreft de inhoud van de richtlijn kan vermeld worden dat de deelnemers hier in grote lijnen achter stonden, maar dat enkele aanbevelingen zoals een kleurenzientest alleen op indicatie, niet uitvoeren van een dieptezientest en vanaf zeven jaar alleen visusbepaling op indicatie, op weerstand stuitten bij een deel van de deelnemers. Het betreft overigens stuk voor stuk aanbevelingen die niet nieuw zijn ten opzichte van de eerdere standaard uit 2002.

Geconcludeerd kan worden dat de deelnemers tevreden waren over de traditionele verschijningsvorm van de richtlijn, namelijk een boek, een samenvatting en een kaart. Men was van mening dat de kaart in combinatie met de samenvatting goed bruikbaar was los van het boek.

De richtlijn werd in de dagelijkse praktijk uitvoerbaar geacht. Dit laat onverlet dat er diverse uitvoeringsproblemen werden genoemd waar aandacht voor moet zijn bij de invoering. Het meest genoemde uitvoeringsprobleem is de beschikbare tijd. Berekend werd dat afnemen van de Landolt-C test ongeveer 10 minuten kost en afnemen van het LH Crowded Symbol Book eveneens ongeveer 10 minuten, waarmee de totale benodigde tijd voor visusonderzoek kan oplopen tot 20 minuten per kind. Bij de meeste JGZ-organisaties is zoveel tijd niet beschikbaar. Door de deelnemers aan het focusgroepinterview zijn waardevolle suggesties gedaan om de onderzoekstijd te bekorten.

Vanwege het ontbreken van landelijke consensus over de optimale verwijsroute zullen hierover lokaal afspraken gemaakt moeten worden, zeker voor de groep zes- tot tienjarige kinderen.

De belangrijkste randvoorwaarde voor de landelijke invoering is instructie/scholing alvorens met het LH Crowded Symbol Book gewerkt kan worden. Ook zou enige tijd beschikbaar moeten zijn om met het nieuwe onderzoeksmateriaal te oefenen.

4.2 Kritische kanttekeningen.

Het aantal deelnemers en vooral het aantal onderzochte kinderen per deelnemer was niet groot. Dit heeft deels te maken met de beperkte opzet van deze proefimplementatie. Daarnaast viel de respons tegen, ondanks alle inspanningen (ook financiële) zoveel mogelijk organisaties te werven. Het kleine aantal deelnemers en het kleine aantal onderzochte kinderen zorgt ervoor dat de kwantitatieve resultaten van deze proefimplementatie met voorzichtigheid geïnterpreteerd moeten worden.

Door de beperkte doorlooptijd van de proefimplementatie was het niet mogelijk om de richtlijn in z'n geheel uit te testen. Dat betekent dat alle uitvoeringsproblemen wat betreft verwijzing en samenwerking met huisarts en specialist niet in de praktijk zijn uitgetest.

4.3 Aanbevelingen / plan van aanpak landelijke invoering

Onderstaande aanbevelingen zijn gebaseerd op de onderhavige determinantenanalyse / proefimplementatie en sluiten aan bij de aanbevelingen uit het rapport Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg⁴. Dit laatste document bevat de 'blauwdruk' voor de landelijke invoering van de JGZ-richtlijnen. Verder wordt er van uitgegaan dat verspreidings- en invoeringsactiviteiten plaatsvinden door het Centrum Jeugdgezondheid zoals vastgelegd in het document Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg²⁴.

Bijstelling richtlijn

Aanbevolen wordt dat de schrijvers van de richtlijn alle opmerkingen / commentaren met betrekking tot de inhoud, schrijfstijl, lay-out en verschijningsvorm (zoals de plastic kaart) in de definitieve versie verwerken. Deze staan vermeld bij de resultaten en in de bijlage.

Hierbij dient specifieke aandacht te zijn voor de verwijzroute na opsporing in de JGZ.

Verspreiding en adoptie

Elke JGZ-medewerker die een rol heeft bij de opsporing van visuele stoornissen (0-19 jaar) behoort een exemplaar van de richtlijn te krijgen. Actief promoten van de richtlijn, bijvoorbeeld door het plaatsen van berichten op websites (RIVM, AJN, V&VN en NVDA), in nieuwsbrieven en korte mededelingen op nascholingsbijeenkomsten, zal de adoptie van de richtlijn door het werkveld ten goede komen.

Het verdient aanbeveling de benodigde materialen (LH Crowded Symbol Book) centraal te bestellen en te verspreiden onder JGZ-medewerkers werkzaam in het Speciaal Onderwijs. Vanwege de werkbaarheid verdient het aanbeveling voorafgaand aan de bestelling contact op te nemen met de ontwikkelaars van het LH Crowded Symbol Book over eventuele aanpassingen in de lay-out van het boekje (verloop van de bladzijden aan de onderkant om het omslaan van de bladzijden voor linkshandigen te vereenvoudigen en uitsparingen per symboolgrootte om het omslaan in het algemeen te vergemakkelijken, bijleveren van een aanwijsstokje).

Ontwikkeling en uitvoering instructie/scholing

Alle JGZ-medewerkers moeten geïnstrueerd worden in het gebruik van de richtlijn.

Aangezien er ten opzichte van de standaard uit 2002 slechts beperkte wijzigingen zijn in het standaard opsporingsprogramma, is een beperkte instructie toereikend, naast de tot nu toe gebruikelijke scholingen op het gebied van opsporing van visuele stoornissen.

Speciale aandacht dient er te zijn en te blijven voor instructie van nieuwe medewerkers. De herziene richtlijn moet onderdeel uitmaken van het onderwijsaanbod in de opleidingen voor de diverse beroepsgroepen.

Naast een (beperkte) instructie voor alle JGZ-medewerkers over de gehele richtlijn, dient er op landelijk niveau uitgebreidere instructie/scholing ontwikkeld te worden voor JGZ-medewerkers die werkzaam zijn in het Speciaal Onderwijs. Hierin dienen de uitvoeringsproblemen die uit de onderhavige proefimplementatie naar voren komen en mogelijke oplossingen, vervat te zijn. De instructiebijeenkomst zoals aangeboden aan de deelnemers aan de proefimplementatie kan met de beschreven aanpassingen als blauwdruk dienen voor de te ontwikkelen instructie/scholing. De scholing zou in ieder geval de volgende componenten moeten bevatten:

- instructie hoe het LH Crowded Symbol Book te gebruiken (instructiefilm)
- zelf oefenen met het onderzoeksmateriaal
- bespreken van knelpunten en valkuilen (omslaan van de bladzijden, spiegeling bij schuin houden van boekje, aanwijzen bij kleinere symboolgrootten).

Naar verwachting is een tijdsduur van 3 uur nodig om alle componenten aan bod te laten komen. Het filmpje dat gebruikt is bij de instructiebijeenkomst voorafgaand aan de proefimplementatie kan gebruikt worden als basis voor de te ontwikkelen instructiefilm. Enkele aanpassingen zijn nodig (meer aandacht voor het omslaan van de bladzijden en het aanwijzen van kleine symbolen).

De JGZ-organisaties wordt sterk aanbevolen alle JGZ-medewerkers die een taak hebben bij het opsporen van visuele stoornissen bij kinderen in het Speciaal Onderwijs (en bij kinderen die met een 'rugzakje' het reguliere onderwijs bezoeken) voorlichting en instructie/scholing te geven over de richtlijn, alvorens men er in de praktijk mee gaat werken. Deze (landelijk ontwikkelde) instructie/scholing kan gegeven worden door een van de ontwikkelaars van de richtlijn of door een stafarts (volgens het train-de-trainer principe). Uitvoering van de instructie/scholing door een stafarts heeft als voordeel dat deze de instructie/scholing in de toekomst op maat kan aanbieden aan nieuwe JGZ-medewerkers binnen het Speciaal Onderwijs.

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. Het is wenselijk dat de JGZ-organisaties hun bevindingen terugrapporteren aan de ontwikkelaars. Zij kunnen deze gegevens gebruiken voor de ontwikkeling van een FAQ (Frequently Asked Questions) met uitvoeringsproblemen en oplossingen en voor de volgende update van de richtlijn. Tevens wordt aanbevolen op landelijk niveau het gebruik van de richtlijn 1 tot 2 jaar na publicatie te evalueren. In tegenstelling tot de monitoring door de JGZ-organisaties zelf die vooral veel kwalitatieve informatie zal opleveren, geeft een dergelijk landelijk onderzoek zicht op de mate van verspreiding, adoptie, gebruik en continuering van gebruik en determinanten daarvan onder alle organisaties. Deze informatie is van belang voor het Centrum Jeugdgezondheid om in het kader van haar regiefunctie enerzijds te kunnen sturen op vervolgvactiteiten die nodig zijn voor het gebruik van de richtlijn en anderzijds organisaties feedback te kunnen geven.

Afspraken met aanpalende beroepsgroepen

Aanbevolen wordt dat, daar waar dit nog niet is gebeurd, de ontwikkelaars van de richtlijn samen met de beroepsorganisaties in de JGZ afspraken maken met de

beroepsorganisaties van huisartsen, oogartsen en orthoptisten over het te voeren (verwijs)beleid. Momenteel wordt een LESA (samenwerkingsafspraken tussen verschillende eerstelijnsparijen, in dit geval huisartsen en JGZ) ontwikkeld over de opsporing en verwijzing van kinderen met visuele stoornissen. Aanbevolen wordt dat de JGZ-organisaties zelf regionaal afspraken maken met huisartsen en ziekenhuizen.

Helpdesk

Op landelijk niveau zou een helpdesk beschikbaar moeten zijn voor vragen en problemen rondom de richtlijn. De meest directe manier is als de coördinator van de ontwikkeling van de richtlijn hiervoor aanspreekpersoon is. Het meest voor de hand liggend is dat het Centrum Jeugdgezondheid deze functie vervult en alle inhoudelijke vragen direct doorstuurt aan de ontwikkelaars.

5 Literatuur

1. VELZEN-MOL HWM van, red. JGZ-standaard Opsporing Visuele Stoornissen 0-19 jaar. Houten: Bohn Stafleu Van Loghum, 2002.
2. JONG DE ORW, FLEUREN MAH, LEERDAM FJM. Raamwerk voor de verspreiding en implementatie van JGZ-standaarden. Leiden: TNO Preventie en Gezondheid, 2002.
3. FLEUREN MAH, VERLAAN ML, VAN VELZEN-MOL HWM, VAN DOMMLEN P. Zicht op het gebruik van de JGZ-standaard Opsporing van Visuele Stoornissen 0-19 jaar. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven 2006a.
4. Fleuren MAH, Jong de ORW. Basisvoorwaarden voor implementatie en borging van de standaarden Jeugdgezondheidszorg. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006b.
5. KAMPHUIS M, WILDE DE J. Methodiek ontwikkeling en implementatie van JGZ-standaarden (begeleiding JAS, uitvoering TNO). Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2006.
6. COENEN-VAN VROONHOVEN EJC, red. JGZ-richtlijn Opsporing Visuele Stoornissen 0-19 jaar (1^e herziening), CONCEPT 14 december 2009.
7. J. Mikolajczak J, Stals K, Fleuren MAH, De Wilde EJ, Paulussen TGWM. Kennissynthese van condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven / Utrecht: NJi, 2009.
8. Fleuren M, De Wilde EJ, Mikolajczak J, Stals K, Paulussen T. Condities voor effectieve invoering van jeugdinterventies: een kennissynthese. Tijdschrift Gezondheidswetenschappen (TSG) 2009a;87:245-8.
9. Fleuren M, Keijsers J, Buitendijk S, Detmar S. Ontwikkelen, invoeren én evalueren: de casus JGZ. Kwaliteit in Zorg 2009b; 5:18-21.
10. Fleuren mah, Keijsers jfem, Koense yJ, Swinkels JA. Programmeren op de innovatiecyclus van richtlijnen: de Regieraad aan zet! Medisch Contact (geaccepteerd).
11. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. International Journal for Quality in Health Care, 2004; 16, 107-123.
12. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGWM. Determinanten van innovaties in gezondheidszorgorganisaties: systematische literatuurreview. Tijdschrift voor Gezondheidswetenschappen (TSG), 2006b; 160-167.
13. LOGAN J, GRAHM ID. Toward a comprehensive interdisciplinary model of health care research use. Science Communication 1998;20:227-46.

14. BARTHOLOMEW KL, PARCEL GS, KOK G, GOTTLIEB NH. Planning health promotion programs: an intervention mapping approach. San Fransisco: Jossey-Bass, 2006.
15. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. (2004). Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. The Milbank Quarterly, 2004; 82(4), 581-629.
16. GROEL RPTM, WENSING MJP. Implementatie: effectieve verbetering in de patiëntenzorg. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg; 2006.
17. Fleuren MAH. Implementatie van de JGZ-standaarden. Tijdschrift Jeugdgezondheidszorg 2007;39(4)63-7.
18. Paulussen TGW. Adoption and implementation of AIDS education in Dutch secondary schools. Thesis. Maastricht: University of Maastricht, 1994.
19. Rogers EM. Diffusion of Innovations. New York: Free press, 2003 (fifth edition).
20. Paulussen T, Wiefferink K. Implementatie is geen vanzelfsprekendheid. Tijdschr Jeugdgezondheidsz 2003;35:68-71.
21. FLEUREN MAH, VAN DOMMELEN P, KAMPHUIS M, VAN VELZEN-MOL HWM. Landelijke implementatie JGZ-standaard Vroegtijdige Opsporing van Aangeboren Hartafwijkingen 0-19 jaar. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2007.
22. FLEUREN MAH, KAMPHUIS M, VAN VELZEN HWM. Determinantenanalyse JGZ-standaard Opsporing van aangeboren Hartafwijkingen. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven, 2005.
23. FLEUREN MAH, KAMPHUIS M. Determinantenanalyse JGZ-richtlijnen Kleine Lengte en Niet-Scrotale Testis. Leiden: TNO Kwaliteit van Leven 2009.
24. Beckers M. Richtlijnen Jeugdgezondheidszorg. Procedures rond ontwikkeling, implementatie en onderhoud van richtlijnen jeugdgezondheidszorg. Bilthoven: Centrum Jeugdgezondheid, 2007.

A Verslag interview JGZ-richtlijn ‘visus’, 1^e herziening

In deze bijlage staan detailpunten die niet in het resultatenhoofdstuk besproken zijn. Paginanummers hebben betrekking op versie ‘concept_28 augustus 2009_schoon’ van de richtlijn.

Suggesties ter verbetering opzet/tekst (indeling/begrijpelijkheid/duidelijkheid):

- Hoofdstuk 8 ‘Conclusies en Aanbevelingen’: er staan her en de teveel punten voor de tekst. Dit moet aangepast worden (één punt per aanbeveling).
- Hoofdstuk 8 ‘Conclusies en Aanbevelingen’: aanbevelingen opsplitsen in een deel voor de algemene populatie en een deel voor het Speciaal Onderwijs.
- Pag. 62, vijfde punt: ‘standaardmethoden’ vervangen door ‘Landolt-C test’
- Pag. 61, ‘algemene aanbevelingen’, laatste punt: verduidelijken dat het gaat om navraag over verdenking op visuele stoornissen bij kinderen die op korte termijn gezien worden door de JGZ (regulier of op indicatie) en niet over verdenking op visuele stoornissen bij alle leerlingen van 7 jaar en ouder.

Inhoudelijke punten (opsporingsprogramma, controle- en verwijscriteria):

- Pag. 36, laatste alinea (en pag. 60, een na laatste alinea): waarom alleen onderzoek naar kleurzienstoornissen bij jongens? Het komt wel veel meer voor bij jongens dan bij meisjes, maar dat is geen reden om bij meisjes geen onderzoek te verrichten als er wel aanwijzingen zijn voor gestoord kleurenzien.
- Pag. 34 ‘uitvoering’: ‘het meest linkse symbool’ is dat het linker symbool voor het kind of het linker symbool voor de onderzoeker?
- Pag. 30, ‘Landolt-C kaart’, eerste alinea en pag. 61, ‘algemene aanbevelingen’, tweede punt: ‘goedgekeurd onderzoeksmateriaal’: beschrijven welk onderzoeksmateriaal dan is goedgekeurd of aan welke eisen het moet voldoen.
- Pag. 26, vierde alinea en pag. 31, tweede alinea: gebruik van touw voor het meten van de afstand. Touwen rekken uit, een stalen meetlint heeft de voorkeur.
- Pag 35 ‘controle- en verwijscriteria’: aangeven of bij de verschillende tabellen (4.11 en 4.12) uitgegaan wordt van kalenderleeftijd dan wel ontwikkelingsleeftijd.

Dagelijks gebruik:

- Het meest linker symbool is op de eerste bladzijde van een nieuwe symboolgrootte vaak een rondje. Het is niet duidelijk of dit bewust is gedaan door de ontwikkelaar van de test. Dit is iets om na te gaan. Indien het bewust is gedaan, hoeft het geen probleem te zijn. Mogelijke oplossing: gebruik niet altijd de eerste bladzijde van een symboolgrootte.
- Autistische kinderen willen vaak geen afdekbril op. Hierdoor is het lastig bij deze kinderen de visus van ieder oog afzonderlijk te bepalen.
- Ouders hebben het vaak niet in de gaten dat hun kind slecht ziet. Dit kan een knelpunt zijn bij het verwijzen, zeker wanneer het niet lukt een betrouwbare visus te verkrijgen.
- Bij onderzoek op lokatie lukt het niet altijd om aan alle eisen met betrekking tot het onderzoeksmateriaal en –ruimte te voldoen (denk aan afstand tot de visuskaart, hoogte waarop de kaart hangt, verlichting).
- Bij het vasthouden van het LH Crowded Symbol Book tijdens het afnemen van de visustest moet je goed opletten hoe je het boekje vast houdt. Als je het iets scheef houdt, gaat het oppervlak spiegelen en kan het kind de symbolen niet goed zien.

- Tip van een deelnemer om de kans van slagen van de visustest te vergroten: laat de doktersassistente voorafgaand aan de onderzoeken in de klas uitleg geven over de visustest en laat dan ook de verschillende symbolen zien (Landolt-C, LH Crowded Symbol Book).
- Tip van een deelnemer om het aanwijzen van de symbolen te vergemakkelijken: gebruik een potlood met op de achterkant een gum. De gum heeft een stroef oppervlak en zal niet snel wegglijden.

Op een aantal punten wijkt een enkele JGZ-organisatie af van aanbevelingen die in de herziene richtlijn (en ook al in de oorspronkelijke standaard) genoemd worden:

- in tegenstelling tot de aanbeveling (niet uitvoeren van de TNO-diepteziëntest), deze test wel uitvoeren, standaard bij alle kinderen dan wel aanvullend op de visustest bij kinderen met een visusverschil van 2 regels (op de Landolt-C kaart)

in tegenstelling tot de aanbeveling in de richtlijn (vanaf zeven jaar alleen visustest op indicatie), standaard afnemen van een visustest bij kinderen van 7 jaar en ouder in het Speciaal Onderwijs.