

> **TNO rapport voor**
Richtlijn Advies- en autorisatie
Commissie (RAC)

Verslag praktijktest JGZ- richtlijn Hartafwijkingen

TNO innovation
for life

21 juli 2016 >

> Verslag praktijktest JGZ-richtlijn Hartafwijkingen

Rapport voor: Richtlijn Advies- en autorisatie Commissie (RAC)

Datum: 18 juli 2016

Auteurs: J.A. Deurloo
C.I. Lanting
M.A.H. Fleuren

Projectnummer: 060.08768/01.03
Rapportnummer: CH 2016 R11011

Contact TNO: J. Deurloo
Telefoon: 088-8863675
E-mail: jacqueline.deurloo@tno.nl

Gezond Leven
Schipholweg 77-89
2316 ZL LEIDEN
Postbus 3005
2301 DA LEIDEN
www.tno.nl

T 088 866 61 00
infodesk@tno.nl

© 2016 TNO

Alle rechten voorbehouden.

Niets uit deze uitgave mag worden vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt door middel van druk, fotokopie, 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 belanghebbenden is toegestaan.

Handelsregisternummer 27376655

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
2	Doelstelling	2
3	Methode	3
3.1	Werving van JGZ-organisaties	3
3.2	Instructiebijeenkomsten	3
3.3	Werken in de praktijk met de richtlijn	3
3.4	Evaluatie onder JGZ-professionals en managers	3
3.5	Analyses	4
4	Resultaten	5
4.1	Deelnemers praktijktest	5
4.2	Wat vinden JGZ professionals van de richtlijn?	5
4.3	Uitvoerbaarheid van de richtlijn	5
4.4	Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de richtlijn	7
4.4.1	Determinanten m.b.t. de richtlijn	7
4.4.2	Determinanten m.b.t. de gebruiker	7
4.4.3	Determinanten m.b.t. de organisatie	7
4.4.4	Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving	8
4.4.5	Suggesties voor verbetering van de richtlijn	8
4.4.6	Instructie	8
5	Conclusies en aanbevelingen voor landelijke implementatie van de richtlijn	10
5.1	De richtlijn	10
5.2	De JGZ-professional	10
5.3	De organisatie en omgeving	12
6	Dankwoord	13
7	Referenties	14
	Bijlage 1 Inhoudelijke wijzigingen richtlijn	16
	Bijlage 2 Verslag focusgroepinterview	17

1 Inleiding

In opdracht van ZonMw is de richtlijn Hartafwijkingen voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) ontwikkeld [1]. Deze richtlijn heeft tot doel handvatten te bieden voor het handelen van JGZ-professionals in hun contacten met individuele kinderen en/of jongeren van 0-18 jaar en/of hun ouders/verzorgers. De richtlijn richt zich op preventie en vroege opsporing van aangeboren en verworven hartafwijkingen, hartritmestoornissen en hart- en vaatziekten.

Bij de ontwikkeling van de nieuwe richtlijn zijn delen van de oorspronkelijke richtlijn Hartafwijkingen uit 2005 direct overgenomen [2]. Op enkele plaatsen is de tekst uit 2005 aangepast. Daarnaast is de richtlijn voorzien van nieuwe delen, op basis van uitgangsvragen die zijn vastgesteld tijdens een knelpuntenanalyse onder leiding van de Argumentenfabriek [3]. De richtlijn is ontwikkeld in samenwerking met een brede werkgroep van experts uit diverse beroepsgroepen, zoals de JGZ, kindergeneeskunde/kindercardiologie en huisartsgeneeskunde.

De richtlijn wordt onder regie van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) in de JGZ geïmplementeerd. Om een succesvolle implementatie van de richtlijn onder JGZ-professionals mogelijk te maken is inzicht nodig in factoren die een rol spelen bij het gebruik van de richtlijn (belemmerende en bevorderende factoren). Daartoe vindt een analyse van determinanten plaats onder de beoogde gebruikers van een richtlijn vóórdat deze definitief vastgesteld is en verspreid wordt. Daarnaast wordt aan de hand van de praktijktest bekeken of de richtlijn nog bijstelling behoeft. Vervolgens kunnen invoerstrategieën voor de richtlijn toegesneden worden op de uitkomsten van deze analyse [4-13]. In de JGZ gebeurt een dergelijke determinantenanalyse via een praktijktest waarbij uitvoerende JGZ-professionals en managers de conceptrichtlijn gedurende enige maanden, in de dagelijkse praktijk, uittesten [14, 15].

2 Doelstelling

Het doel van de praktijktest is tweeledig. Ten eerste wordt inzicht verkregen in welke determinanten een rol spelen bij het gebruik van de JGZ-richtlijn 'Hartafwijkingen' in de dagelijkse praktijk, om op basis daarvan aanbevelingen te kunnen doen voor de landelijke invoering van deze richtlijn. Ten tweede is het een doel om de richtlijn waar nodig nader bij te stellen aan de hand van de ervaringen van JGZ-professionals.

Vraagstellingen die in het project beantwoord worden zijn:

1. Wat is de uitvoerbaarheid van de kernelementen van de JGZ-richtlijn 'Hartafwijkingen'?
2. Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de (digitale) JGZ-richtlijn 'Hartafwijkingen' door jeugdartsen, verpleegkundig specialisten, jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten?
3. Op welke punten behoeft de richtlijn nog bijstelling?
4. Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd bij de landelijke invoering van deze digitale JGZ-richtlijn?

3 Methode

In de praktijktest vonden de volgende activiteiten plaats:

3.1 Werving van JGZ-organisaties

Voor de werving van JGZ-organisaties is een oproep geplaatst op de websites en in de nieuwsbrieven van het NCJ, de beroepsorganisaties (AJN, V&VN, NVDA) en koepels. In totaal hebben 49 JGZ-professionals van 5 JGZ-organisaties deelgenomen. Het betrof:

- › Careyn: 4 jeugdartsen, 6 jeugdverpleegkundigen
- › GGD Hart voor Brabant: 5 jeugdartsen, 6 jeugdverpleegkundigen, 3 verpleegkundig specialisten
- › GGD Limburg Noord: 4 jeugdartsen, 3 jeugdverpleegkundigen,
- › Meandergroep Zuid-Limburg: 6 jeugdartsen, 2 jeugdverpleegkundigen,
- › Zorgboog: 5 jeugdartsen, 3 jeugdverpleegkundigen, 2 verpleegkundig specialisten

Daarnaast hebben 2 managers van deelnemende organisaties meegewerkt aan een interview.

3.2 Instructiebijeenkomsten

Voorafgaand aan het gaan werken met de richtlijn zijn in januari 2016 in totaal vier bijeenkomsten van 2,5 uur georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten werden de deelnemers geïnstrueerd over de inhoud en uitvoering van de richtlijn en is uitleg gegeven over de manier waarop het gebruik van de richtlijn geëvalueerd zou worden. Aan de deelnemers is gevraagd de richtlijn van te voren te lezen. Tijdens de bijeenkomst konden zij vragen stellen over de richtlijn.

3.3 Werken in de praktijk met de richtlijn

De JGZ-professionals hebben gedurende een periode van vier maanden (januari t/m april 2016) in de praktijk met de richtlijn gewerkt.

3.4 Evaluatie onder JGZ-professionals en managers

Voor dit onderdeel werd gebruik gemaakt van:

- a) Digitale vragenlijsten voor JGZ-professionals;
- b) Interviews met 2 managers;
- c) Groepsinterview met JGZ-professionals.

Ad a)

Startvragenlijst: 38 van de in totaal 49 deelnemers hebben na de instructiebijeenkomst een digitale startvragenlijst ingevuld. Hierin werden vragen gesteld over de benodigde inleestijd en de eerste indruk van de inhoudelijke juistheid en volledigheid van de richtlijn.

Vragenlijst casuïstiek: Gedurende het werken met de richtlijn hebben de deelnemers 1 tot 5 vragenlijsten per persoon ingevuld over cases waarbij de richtlijn werd toegepast. Via de vragenlijst werd geïnventariseerd welke problemen en knelpunten de deelnemers ervoeren bij het gebruik van de kernelementen van de richtlijn, en welke oplossingen zij daarvoor hadden.

Eindvragenlijst: In de laatste twee weken van de praktijktest hebben 37 van de 49 deelnemers de eindvragenlijst ingevuld. Hierin werd gevraagd naar determinanten (belemmerende en bevorderende factoren) die een rol spelen bij het (kunnen) gebruiken van de richtlijn. Daarnaast werd gevraagd aan welke randvoorwaarden er naar hun mening voldaan moet worden om goed met de richtlijn te kunnen werken. Er is gebruik gemaakt van (onderdelen van) het MeetInstrument Determinanten van Innovaties (MIDI) [13, 16]. Dit is een generiek instrument om determinanten te meten die het gebruik van innovaties (o.a. richtlijnen) voorstellen.

Ad b)

Na afloop van de praktijktest zijn 2 managers geïnterviewd. Beide managers gaven de voorkeur aan het schriftelijk beantwoorden van de vragen. Er werden onder andere vragen gesteld over de randvoorwaarden binnen de organisatie die belangrijk zijn voor de implementatie van de richtlijn, zoals beschikbare tijd, scholing, begeleiding en ondersteuning.

Ad c)

Na afloop van de praktijktest is één focusgroepinterview gehouden met in totaal 10 deelnemers (4 jeugdartsen, 2 verpleegkundig specialisten en 4 jeugdverpleegkundigen) aan de hand van een interviewprotocol dat van tevoren was toegestuurd. Tijdens het interview werden de ervaringen van de praktijktest en de resultaten uit het vragenlijstonderzoek besproken en uitgediept. Ook werd een vertaalslag gemaakt naar activiteiten en randvoorwaarden die nodig zijn voor de landelijke invoering. Het interview duurde ongeveer 2,5 uur.

De deelnemers hebben na afloop van het focusgroepinterview het conceptverslag van correcties en aanvullingen voorzien, waarna het verslag definitief is vastgesteld (zie bijlage 2).

3.5 Analyses

De resultaten van de vragenlijsten zijn geanalyseerd met behulp van SPSS versie 22. Determinanten en knelpunten die werden genoemd in het focusgroep interview en de interviews met de managers, werden gecodeerd aan de hand van het MIDI [13, 16].

4 Resultaten

4.1 Deelnemers praktijktest

In totaal namen 49 professionals deel aan de praktijktest. Het waren 24 jeugdartsen, 20 jeugdverpleegkundigen en 5 verpleegkundig specialisten. De meeste deelnemers (23/38; 60%) waren werkzaam in de zorg voor kinderen van 0-4 jaar, 26% (10/38) was werkzaam in de zorg voor 0-12 jarigen, 11% (4/38) van 0-19 jaar en 3% (1/38) van 4-19 jaar.

Ruim de helft van de deelnemers (22/38; 58%) gaf aan de richtlijn voor de start van de praktijktest volledig en grondig te hebben doorgelezen. De JGZ professionals gaven aan gemiddeld twee uur tijd nodig te hebben om de richtlijn te lezen. De gerapporteerde leestijd varieerde van 2 tot 500 minuten. De meerderheid van de deelnemers (26/38; 68%) heeft de richtlijn geprint van de website om deze te lezen. De belangrijkste reden hiervoor was dat men de richtlijn dan prettiger kan lezen en aantekeningen kan maken in de kantlijn. Deelnemers gaven bovendien aan dat de tabellen in de geprinte (PDF-) versie van de richtlijn slecht leesbaar of verwarrend zijn in verband met het ontbreken van rasterlijnen.

4.2 Wat vinden JGZ professionals van de richtlijn?

Uit de startvragenlijst bleek dat de meerderheid van de deelnemers direct na het inlezen een positieve eerste indruk had van de richtlijn. Men vond de tekst duidelijk en helder (zie quotes in kader), de achtergrondinformatie was prettig en de aanbevelingen waren over het algemeen duidelijk. Met name verpleegkundigen noemden de richtlijn ook “pittig”, met veel medische termen.

Wat was de eerste indruk van professionals na het lezen van de richtlijn?

- › “Duidelijk, goed te lezen, helder wat de veranderingen zijn ten opzichte van de vorige richtlijn. Goede onderbouwing.”
- › “Een oprisser voor de kennis over de werking van hart en de bloedsomloop pre- en postnataal. De richtlijn is duidelijk geschreven.”
- › “Ik vind het erg duidelijk beschreven. De achtergrondinformatie aan het begin is altijd fijn. De toevoeging over aritmieën vind ik een meerwaarde “
- › “Pittig, veel medische termen waardoor het voor de jeugdverpleegkundige soms lastig te begrijpen is.”
- › “Uitgebreide informatie, veel verdieping, overzichtelijke stappenplan & stroomdiagram. Werkbaar voor zowel jeugdarts als jeugdverpleegkundige.”

4.3 Uitvoerbaarheid van de richtlijn

Uit de eindvragenlijst bleek dat de meeste deelnemers de richtlijn goed uitvoerbaar vonden, slechts één van de 37 deelnemer gaf aan dat de richtlijn niet eenvoudig te gebruiken was. Vijfenzeventig procent (25/33) van de deelnemers vond dat de richtlijn helder aangeeft welke stappen en activiteiten uitgevoerd moeten worden.

In de praktijktest bleken twee aanbevelingen uit de richtlijn in de praktijk problemen op te leveren, te weten:

- a. Voor de opsporing van aangeboren hartafwijkingen worden 6 contactmomenten in de eerste 6 maanden aanbevolen. Daarna wordt geen routinematige screening meer geadviseerd op aangeboren hartafwijkingen.

Knelpunt: Jeugdartsen hebben veel moeite met het feit dat zij vanaf 6 maanden geen lichamelijk onderzoek meer hoeven te doen gericht op aangeboren hartafwijkingen. Vooral het niet meer ausculteren van het hart stuit op weerstand. De jeugdartsen geven hiervoor twee redenen. Allereerst verwachten ouders dat de jeugdarts luistert, en men vindt het lastig om uit te leggen waarom men dit niet meer doet. Ten tweede hebben veel jeugdartsen de ervaring dat ook na de leeftijd van 6 maanden af en toe nog (klinisch) relevante hartafwijkingen worden opgespoord door auscultatie. Zij zijn bang dat er door de huidige aanbeveling hartafwijkingen gemist gaan worden, met alle negatieve effecten van dien voor de kinderen die het betreft.

- b. Op de leeftijd van 15-16 jaar wordt door middel van JGZ-dossieronderzoek en anamnese en/of een persoonlijke vragenlijst nagegaan of er sprake is (geweest) van ziektebeelden met een verhoogd risico op hart- en vaatziekten en of er aanvullingen zijn op de tot dan toe bekende familie anamnese met betrekking tot hart- en vaatziekten.

Knelpunt: Drie van de vijf deelnemende organisaties leveren zorg aan kinderen ouder dan 4 jaar. Geen van deze organisaties heeft een regulier contactmoment op de leeftijd van 15-16 jaar geïmplementeerd. Om deze reden is aan de start van de praktijktest besloten om de leeftijdsperiode voor deze aanbeveling uit te breiden naar 12-16 jaar. De deelnemers die op het voortgezet onderwijs werken geven op de casuïstiek- en eindvragenlijst aan dat het navragen van de familieanamnese bij jongeren veel problemen oplevert. Jongeren weten niet om welke aandoeningen het precies gaat of op welke leeftijd dit bij het betreffende familielid speelde. Enkele deelnemers geven aan dat informatie van ouders hierin essentieel is. Anderzijds geven enkele JGZ-professionals aan dat de vraag ook voor ouders soms lastig te beantwoorden is.

Bovenstaande uitvoeringsproblemen zijn met de werkgroep besproken. De richtlijn is als volgt aangepast:

Ad a: De leeftijdsperiode en het aantal contactmomenten zijn uitgebreid: in de leeftijdsperiode tot 12 (11-13) maanden dient een kind vier keer onderzocht te worden door de jeugdarts en vier keer door de jeugdverpleegkundige. In de leeftijdsperiode 1-4 jaar wordt, als de jeugdarts lichamelijk onderzoek verricht, ook auscultatie verricht.

Ad b: De aanbeveling is minder gebiedend geformuleerd: In de leeftijdsperiode 12-16 jaar kan door middel van anamnese en/of een persoonlijke vragenlijst worden nagegaan of er aanvullingen zijn op de tot dan toe bekende familie anamnese met betrekking tot HVZ. Hoewel de werkgroep het belang van de familieanamnese onderkent, realiseert zij zich dat het in de praktijk voor jongeren niet altijd mogelijk is om de vragen te beantwoorden.

4.4 Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de richtlijn

4.4.1 Determinanten m.b.t. de richtlijn

De meerderheid van de deelnemers gaf in de eindvragenlijst aan dat de adviezen in de richtlijn juist waren (26/33; 79%) en houvast gaven in het dagelijks werk (26/33; 79%). Tevens vond men dat de richtlijn goed aansloot bij hoe men gewend was te werken (24/33; 73%) en bij de werkwijze van professionals in de zorgketen (22/33; 67%).

Een opmerking van de deelnemers aan de focusgroep was dat het stroomdiagram op de website apart staat weergegeven, dit was niet voor iedereen duidelijk. De deelnemers adviseren om het stroomdiagram in de tekst van de richtlijn op te nemen, dit is aangepast in de definitieve richtlijn.

Daarnaast werd een samenvatting van de richtlijn gemist, vooral door de jeugdverpleegkundigen. Zij vinden dat de richtlijn erg veel medische informatie bevat. Naar aanleiding van dit signaal is een leeswijzer in de richtlijn opgenomen met een korte samenvatting per thema. Deelnemers aan de praktijktest zouden verder graag de beschikking hebben over beeld- en geluidmateriaal over diverse onderdelen van de richtlijn. Dit valt buiten het kader van dit project, maar wordt opgenomen in de aanbevelingen richting het NCJ ten behoeve van de landelijke implementatie.

4.4.2 Determinanten m.b.t. de gebruiker

Taakopvatting

Uit de eindvragenlijst blijkt dat vrijwel alle JGZ-professionals vinden de in de richtlijn beschreven taken tot hun takenpakket behoren. Er zijn twee uitzonderingen te noemen. Ten eerste vinden niet alle jeugdartsen (5/15; 33%) het opvolgen van verwijzingen tot hun taak behoren. In de focusgroep geven jeugdartsen als belangrijkste reden hiervoor dat zij het de verantwoordelijkheid van de ouders vinden om al dan niet actie te ondernemen op een verwijzing. Tijdgebrek bij de professional speelt hierbij ook een rol. Men geeft aan dat het opvolgen van een verwijzing afhankelijk is van de reden voor de verwijzing (hoe groot zijn de risico's als ouders geen actie ondernemen) en van de inschatting van de kenmerken van de ouders (hoe groot is de kans dat ouders actie ondernemen). Ten tweede vinden niet alle JGZ-professionals (18/32; 56%) het geven van adviezen aan (ouders van) jeugdigen met een hartafwijking en het hebben van kennis over endocarditis profylaxe tot hun taak behoren. In de focusgroep geven de JGZ-professionals aan dat zij dat zij vinden dat de primaire verantwoordelijkheid voor deze adviezen bij de behandelaar ligt, vaak de kindercardioloog. De tekst van de richtlijn is hierop aangepast, waarbij duidelijker is beschreven dat de interventies en begeleiding vanuit de JGZ 'aanvullende zorg' zijn.

Kennis en vaardigheden

Deelnemers aan de praktijktest vinden over het algemeen dat zij voldoende kennis hebben om met de richtlijn te kunnen werken (24/33; 80%). Voor enkele vaardigheden is veel tijd en oefening nodig om deze goed te beheersen. Dit betreft vooral het palperen van de arteriële pulsaties en het beoordelen of een geruis fysiologisch of pathologisch is. Deelnemers verwachten dat beeld- en geluidsmateriaal hierbij behulpzaam is (zie eerder).

4.4.3 Determinanten m.b.t. de organisatie

Ketenpartners

In de focusgroep werd aandacht gevraagd voor de verspreiding van deze richtlijn onder huisartsen en kinderartsen om onbegrip van ketenpartners over de gevolgde werkwijze te voorkomen.

Beleid organisatie

Deelnemers van één organisatie geven in de vragenlijsten aan dat zij niet geheel volgens de richtlijn konden werken omdat hun organisatie er voor heeft gekozen dat het huisbezoek op de leeftijd van 2 weken alleen nog wordt verricht bij eerstgeborenen kinderen. Bij tweede kinderen en hoger vindt er een telefonisch consult met de ouders plaats. Dit betekent dat inspectie van de pasgeborene op de leeftijd van 2 weken niet mogelijk is.

Registratiemogelijkheden

Niet alle deelnemers vinden dat zij het werken met de richtlijn goed in het digitaal dossier kunnen registreren (19/30; 63%). Zo is er geen specifieke mogelijkheid om het voorkomen van hart- en vaatziekten in de familie te registreren. Bij de richtlijn is een BDS-protocol ontwikkeld, waarbij rekening is gehouden met dit signaal.

Daarnaast staan diverse onderdelen van de anamnese en het lichamelijk onderzoek 'verspreid' over verschillende onderdelen van het digitaal dossier. De registratie mogelijkheden en het gebruiksgemak blijken per systeem te verschillen.

Materialen

In de eindvragenlijst gaven 3/30 deelnemers (10%) aan dat hun organisatie niet voldoende materialen en voorzieningen beschikbaar stelt om de richtlijn zoals bedoeld te gebruiken. In de focusgroep bleek dat qua materialen vooral de bloeddrukmeter wordt gemist door de deelnemers die met kinderen ouder dan 4 jaar werken. Deze is nodig om bij kinderen > 5 jaar met overgewicht de bloeddruk te meten. Verder zijn onderzoeksruimtes soms niet geschikt om kinderen ontbloot te onderzoeken, bijv. omdat er te veel inkijk is. Verder zijn voor het gebruik van de richtlijn vooral een computer en internet belangrijk, deze zijn vrijwel altijd beschikbaar.

Tijd

Niet alle deelnemers ervaren voldoende tijd om de richtlijn te integreren in hun dagelijks werk (13/30; 43%). Dit signaal is in de focusgroep verder besproken. Deelnemers geven aan dat het hen ten eerste moeite kost om de tijd te vinden om de richtlijn goed te lezen, daarna kost het oefenen van vaardigheden (zoals het palperen van de aa. brachiales) extra tijd. Ten slotte is er extra tijd nodig als een jeugdarts gevraagd wordt met een collega jeugdverpleegkundige of verpleegkundig specialist mee te kijken.

4.4.4 *Determinanten m.b.t. sociaal politieke omgeving*

Deze zijn voor deze richtlijn niet nagevraagd.

4.4.5 *Suggesties voor verbetering van de richtlijn*

In bijlage 1 is op hoofdlijnen aangegeven welke wijzigingen in de richtlijn zijn aangebracht naar aanleiding van de praktijktest en de landelijke commentaarronde.

4.4.6 *Instructie*

Uit de eindvragenlijst bleek dat de meerderheid van de deelnemers aan de praktijktest (22/26; 85%) de instructie die voor de praktijktest werd gegeven ook zeer geschikt vond voor de landelijke implementatie. Deze instructie werd gemiddeld met het cijfer 7,5 (range: 6-9) beoordeeld.

De volgende suggesties ter verbetering van de instructie zijn door de deelnemers gegeven:

- › Meer aandacht voor aanbevelingen rondom coarctatio aortae
- › Start met plenair deel en daarna aparte groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten en groep jeugdverpleegkundigen
- › Meer aandacht voor praktisch oefenen, zoals palperen van de aa. brachiales
- › Leg in de instructie extra nadruk op het ontbloot zien van de pasgeborene bij het huisbezoek
- › Toevoegen van beeld- en geluidmateriaal

Deze suggesties kunnen worden gebruikt voor de aanpassing van de instructie van de praktijktest voor de landelijke implementatie. Dit valt buiten het kader van dit project, maar wordt opgenomen in de aanbevelingen richting het NCJ ten behoeve van de landelijke implementatie.

De deelnemers aan de focusgroep gaven aan dat zij een e-learning behorend bij deze richtlijn zeker op prijs zouden stellen.

5 Conclusies en aanbevelingen voor landelijke implementatie van de richtlijn

In de praktijktest zijn de determinanten en randvoorwaarden voor het werken met de richtlijn geïnventariseerd. In onderstaande paragraaf worden eerst puntsgewijs de conclusies gepresenteerd met aansluitend cursief de aanbevelingen voor de landelijke implementatie.

5.1 De richtlijn

- › De richtlijn is zeer positief beoordeeld op inhoud en procedurele helderheid.
- › Twee aanbevelingen gaven bezwaren: het missen van relevante hartafwijkingen als er geen auscultatie na zes maanden plaatsvindt en het missen van een verhoogd risico op hart- en vaatziekten wanneer organisaties geen regulier contactmoment op 15-16 jaar hebben.
- › Diverse voorstellen voor (kleine) tekstuele wijzigingen en lay-out zijn gedaan.
- › Er is behoefte aan een samenvatting en integratie van het stroomdiagram in de richtlijn.
- › Het merendeel van de deelnemers print de richtlijn omdat dit prettiger leest.
- › De tabellen in de richtlijn zijn slecht leesbaar en verwarrend omdat rasterlijnen ontbreken.

De richtlijn is naar aanleiding van de praktijktest en de landelijke commentaaronde op diverse punten tekstueel aangepast. Belangrijke inhoudelijke wijzigingen zijn een uitbreiding van de leeftijdsperiode en het aantal contactmomenten voor de opsporing van aangeboren hartafwijkingen, en een uitbreiding van de leeftijdsperiode voor het opsporen van risicofactoren voor hart- en vaatziekten.

Daarnaast is een leeswijzer toegevoegd en is het stroomdiagram in de tekst van de richtlijn opgenomen. In bijlage 1 is in hoofdlijnen aangegeven welke wijzigingen in de richtlijn zijn aangebracht.

De lay-out van de tabellen in de PDF-versie dient te worden aangepast door het NCJ, zodat de tabellen beter leesbaar zijn.

5.2 De JGZ-professional

Kennis en vaardigheden

- › De deelnemers zeggen voldoende kennis te hebben om met de richtlijn te kunnen werken.
- › Er is behoefte aan oefenen van praktische vaardigheden met betrekking tot: het palperen van de arteriële pulsaties, het interpreteren van hartgeruisen en het herkennen van intrekkingen, cyanose en tachypnoe bij kinderen.
- › Instructie over de richtlijn is nodig voordat ermee gewerkt kan worden. Extra benadrukken dat de pasgeborene / het kind ontbloot moet zijn tijdens het onderzoek, is van belang.

- › De instructie die voor de praktijktest is gegeven is in basis geschikt, mits er meer aandacht wordt besteed aan het praktisch oefenen van bovenstaande punten. De deelnemers hebben behoefte aan beeld- en geluidmateriaal als ondersteuning hierbij.

Voor de landelijke implementatie van de richtlijn is het zinvol om rekening te houden met een inhoudelijke instructie/scholing over de richtlijn van ongeveer 2,5 uur. De instructie kan starten met een plenair deel, waarna wordt opgesplitst in een aparte groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten en een groep jeugdverpleegkundigen. Mogelijk zou de instructie voor jeugdverpleegkundigen wat minder lang kunnen duren. De instructie kan gegeven worden door iemand uit de eigen organisatie die zich heeft verdiept in de richtlijn. Tijdens de instructie dient er ruimte te zijn voor het oefenen van praktische vaardigheden (voor de jeugdartsen).

Naast de inhoudelijke instructie/scholing wordt geadviseerd om de richtlijn te bespreken op team- of discipline overleggen. Op deze manier kunnen JGZ-professionals in een kleine setting hun ervaringen, knelpunten en daarbij gehanteerde oplossingen met elkaar bespreken. Aandachtspunten hierbij zijn: hoe bespreek ik mijn bevindingen (bijvoorbeeld een geruis) met ouders, hoe zorg ik er voor dat ik een pasgeborene ontbloot kan onderzoeken bij het huisbezoek?

De deelnemers aan de focusgroep geven aan dat zij een e-learning behorend bij deze richtlijn zeker op prijs zouden stellen. Hierin kan ook tegemoet gekomen worden aan het verzoek om meer beeld- en geluidsmateriaal. Qua beeldmateriaal is behoefte aan instructie over het palperen van de arteriële pulsaties, beeldmateriaal van kinderen met intrekkingen, cyanose en tachypnoe. Qua geluidsmateriaal is behoefte aan oefenmateriaal voor het beoordelen of een geruis fysiologisch of pathologisch is.

Het is wenselijk dat het NCJ dit eerst verder bespreekt met de organisaties, bijvoorbeeld met de deelnemers aan het netwerk implementatie, alvorens een e-learning te gaan ontwikkelen. Voor de landelijke invoering van de eerste JGZ-richtlijn Hartafwijkingen is een Cd-rom met hartgeluiden “Auscultatie van het hart bij kinderen” ontwikkeld. Dit gebeurde eveneens op basis van behoefte hieraan tijdens de praktijktest [17]. Uit een landelijke evaluatie bleek dat minder dan de helft van de artsen de CD daadwerkelijk had beluisterd en “training on the job”, waarbij een ervaren collega in de dagelijkse praktijk meeluistert en feedback geeft, belangrijker werd geacht [18].

Taakopvatting

- › Een derde van de jeugdartsen vindt dat ouders primair verantwoordelijk zijn voor het opvolgen van een verwijzing.
- › Het geven van adviezen aan (ouders van) jeugdigen vindt de helft van de jeugdartsen primair tot taak van de kindercardiologen behoren.

De richtlijn is inhoudelijk aangepast op bovenstaande punten. Daarnaast is het wenselijk dat jeugdartsen ouders nadrukkelijk wijzen op hun eigen verantwoordelijkheid bij het opvolgen van een verwijzing. Ook verdient het aanbeveling dat jeugdartsen en behandelend specialisten op regionaal niveau regelmatig hun verwachtingen ten aanzien van voorlichting en begeleiding bespreken.

5.3 De organisatie en omgeving

Ketenpartners

- › De deelnemers hebben zorgen over onbekendheid met en onbegrip over de gevolgde werkwijze in de JGZ-richtlijn bij ketenpartners, met name bij huisartsen en kinderartsen.

Aanbevolen wordt dat het NCJ de richtlijn na autorisatie verspreidt en bekend maakt bij de beroepsorganisaties van huisartsen en kinderartsen met de vraag zij hun leden op de hoogte willen stellen van de richtlijn. Aanbevolen wordt dat JGZ-organisaties de richtlijn tijdens regionale overleggen met ketenpartners bespreken.

Tijd

- › De JGZ-professional heeft ongeveer 2 uur inleestijd nodig.
- › Gedurende ongeveer 3 maanden is er extra onderzoektijd nodig voor JGZ-professionals om te oefenen met nieuwe vaardigheden zoals het palperen van de aa. brachiales. Deze extra tijdsinvestering bedraagt circa 15 minuten per dagdeel.
- › Daarnaast is structureel extra tijd nodig voor het raadplegen van collega's en het beantwoorden van vragen. De JGZ-professional zal hiervoor per maand een half uur extra tijd nodig hebben.

Sterk aanbevolen wordt dat (managers van) JGZ-organisaties rekening houden met bovenstaande inlees- en inwerktijden. Het grondig gelezen hebben van een richtlijn, alsmede voldoende inwerktijd blijken belangrijke voorspellers van het daadwerkelijk gebruik van de JGZ-richtlijnen. Bij voorkeur vindt het inlezen in werktijd plaats zodat de kans groter is dat men de richtlijn ook daadwerkelijk leest.

Materialen en voorzieningen

- › De volgende benodigdheden zijn essentieel voor het uitvoeren van de richtlijn, maar zijn niet altijd voor iedere JGZ-professional beschikbaar: computer met internet; stethoscoop; onderzoeksbank of -tafel; bloeddrukmeter; onderzoeksruijme met een aangepaste temperatuur en voldoende privacy.
- › Een enkele organisatie verricht het huisbezoek op de leeftijd van 2 weken alleen nog maar bij eerstgeborene kinderen; bij volgende kinderen vindt een telefonisch consult met de ouders plaats.

Het is wenselijk dat (managers van) JGZ-organisaties alle medewerkers die een taak hebben bij de opsporing van hartafwijkingen voorzien van de benodigde materialen zoals aangegeven in de richtlijn. Wanneer dit vanwege financiële of logistieke redenen niet op korte termijn realiseerbaar is, dient de organisatie stappen te ondernemen om dit op te lossen.

Sterk aanbevolen wordt dat (managers van) JGZ-organisaties in gesprek gaan met het NCJ, de Inspectie voor de Gezondheidszorg en de gemeente wanneer zij besluiten huisbezoeken alleen bij eerstgeborenen te verrichten. De consequentie hiervan is dat inspectie van de pasgeborene niet mogelijk is en daarmee een vroegtijdige opsporing van hartafwijkingen minder goed mogelijk is.

6 Dankwoord

De uitvoering van deze praktijktest had niet plaats kunnen vinden zonder de enthousiaste deelname van een groot aantal JGZ-professionals. Zij hebben op een positief kritische wijze veel verbeteringen voor de richtlijn en adviezen voor de landelijke implementatie aangedragen.

7 Referenties

1. Deurloo JA, Heerdink N. JGZ-richtlijn 'Hartafwijkingen'. Preventie, (vroeg)signalering en begeleiding bij aangeboren en verworven hartafwijkingen, hartritmestoornissen en hart- en vaatziekten. NCJ, verwacht 2016.
2. de Wilde, J, namens de werkgroep JGZ-standaard. JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar. AJN, Lisse, 2005.
3. ZonMw, de Argumentenfabriek. Knelpuntenanalyses jeugdgezondheidszorg. December 2013.
4. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly* 2004;82:581-629.
5. 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.
6. Feldstein AC, Glasgow RE. A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources* 2008;34(4):228-243.
7. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008;41(3-4), 327-350.
8. Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruiter RAC, Fernandez ME, Kok G, Parcel GS. *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. Jossey-Bass, 2016.
9. Borrelli B. The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *Journal of Public Health Dentistry* 2011;71(s1):52-63.
10. Michie S, Fixen D, Grimshaw JM, Eccles MP. Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation Science* 2009;4:40.
11. Michie S, Ashford S, Sniehotta FF, Dombrowski SU, Bishop A, French DP. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychology and Health* 2011;26(11):1479-1498.
12. Procter EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science* 2013;8:139.
13. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovation. *International Journal for Quality in Health Care* 2014, 26 (5): 501-510
14. Fleuren MAH (2010). Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. TNO, 2010.
15. MAH Fleuren, P van Dommelen, T. Dunnink. A systematic approach to implementing and evaluating clinical guidelines: the results of fifteen years of Preventive Child Health Care guidelines in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 2015, 136-137: 35-43
16. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. *MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI)*. Leiden: TNO, 2012.
17. Fleuren MAH, Kamphuis M, Velzen-Mol HWM. *Determinantenanalyse JGZ-standaard Opsporing aangeboren hartafwijkingen*. Leiden: TNO, 2005.

18. Fleuren MAH, Dommelen van P, Kamphuis M, Velzen-Mol HWM. Landelijke implementatie JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar. Leiden: TNO, 2007.

Bijlage 1 Inhoudelijke wijzigingen richtlijn

In hoofdlijnen zijn de volgende wijzigingen in de richtlijn aangebracht naar aanleiding van de praktijktest en de landelijke commentaarrronde:

Richtlijn:

- › Er is een leeswijzer aan de richtlijn toegevoegd, met een korte samenvatting per thema.
- › Aan medische termen zijn Nederlandse termen toegevoegd, bijvoorbeeld: atrium (boezem).
- › De leeftijdspanne en het aantal contactmomenten voor de opsporing van aangeboren hartafwijkingen zijn uitgebreid.
- › In tabel 5.2 is een suggestie toegevoegd hoe de familieanamnese kan worden nagevraagd.
- › In hoofdstuk 5 is een link naar bijlage 2 (over het belang van lichamelijk onderzoek van kinderen in ontklede toestand) toegevoegd.
- › Er is een tekst toegevoegd over het palperen van de arteriële pulsaties.
- › Er is concreet omschreven dat de milt niet palpabel mag zijn.
- › Er is een tekst toegevoegd over onschuldige hartgeruisen.
- › Het deel over het palperen van de aa. femoralis is aangepast.
- › De aanbeveling over het palperen van de aa. femorales is minder dwingend geformuleerd.
- › De aanbeveling over het navragen van de familie anamnese met betrekking tot hart- en vaatziekten is minder dwingend geformuleerd.
- › De leeftijdspanne waarin de familieanamnese kan worden nagevraagd is uitgebreid naar 12-16 jaar.
- › Over endocarditisprofylaxe is een zin toegevoegd dat de indicatie wordt gesteld door de behandelend specialist.
- › Over het nagaan van verwijzingen is een zin toegevoegd: 'Op welk moment en welke wijze de verwijzing wordt nagegaan is aan de professionele inschatting van de jeugdarts.'
- › Over de begeleiding door de JGZ bij kinderen met een (aangeboren) hartafwijking is een zin toegevoegd dat de primaire verantwoordelijkheid voor de begeleiding en nazorg bij de behandelend specialist ligt.

Stroomdiagram:

- › Het stroomdiagram/beslisschema is toegevoegd aan de tekst van de richtlijn.
- › De titel van het stroomdiagram is aangepast, de leeftijdspanne is verwijderd.
- › De kenmerken die kunnen wijzen op een pathologisch of fysiologisch geruis zijn in het stroomdiagram opgenomen.

Bijlage 2 Verslag focusgroepinterview

Gebruik van de richtlijn

De deelnemers gaven aan te moeten wennen aan de indeling van de hoofdstukken, met eerst de aanbevelingen en conclusies en dan de overige informatie.

Het bleek lastig om de stroomdiagrammen te vinden, die zijn nu opgenomen in een aparte bijlage. De deelnemers adviseren om het stroomdiagram ook in de lopende tekst op te nemen.

Vooraf de verpleegkundigen vinden het ontbreken van een samenvatting een belangrijk gemis. Hoewel dat niet de bedoeling was, lezen verpleegkundigen in het verleden vaak alleen de samenvatting en niet de richtlijn zelf. Verder vonden de deelnemers de richtlijn 'erg medisch'. Een aparte 'verpleegkundige samenvatting' zou dat kunnen oplossen. In deze samenvatting zouden de volgende onderwerpen dan opgenomen moeten worden: alarmsymptomen, belang van ontbloot zien, wanneer verwijzen naar een arts, beschrijving anamnese en begeleiding, gevolgen voor dagelijks leven. Deze samenvatting kan dan op de website van het NCJ komen te staan.

In de inleiding worden de verschillende hartafwijkingen besproken. In de onderbouwing van de verschillende hoofdstukken komt deze informatie terug. Dat is dubbel. Het heeft de voorkeur om dit één keer te op te nemen.

De deelnemers vinden het niet handig dat de informatie over ontbloot zien in een aparte bijlage staat. Het is zeker op zijn plaats in de verpleegkundige samenvatting. Voor artsen moet het ook in de lopende tekst bij beschrijving van het huisbezoek en van het lichamelijk onderzoek. Een weblink in de tekst kan je dan naar de bijlage leiden voor een verdere verduidelijking. Dan hoeft je alleen maar door te klikken, en je hoeft het in principe maar één keer te lezen.

Voorgestelde aanpassingen aan de richtlijn:

- › De deelnemers suggereren om het onderwerp 'fysiologische soufflé' en uitleg over verschil met verdachte/pathologische soufflé nog op te nemen in de richtlijn.
- › Het deel over het palperen van de aa. femoralis is niet altijd helder. Bijv. op welke leeftijden moeten de aa. femoralis gepalpeerd worden? Wat doe je als je de aa. femoralis eerst wel voelde, maar op later niet meer? Waarom hoeven de aa. femoralis bij 6 maanden niet gepalpeerd te worden? Men mist achtergrondinformatie.
- › Endocarditisprofylaxe wordt door de deelnemers niet gezien als behorende bij de taak van de JGZ. De verantwoordelijkheid daarvoor ligt bij de behandelaar. Dat moet helderder beschreven worden.
- › Bij het onderdeel nazorg kan duidelijker beschreven worden dat de JGZ daarin alleen aanvullend is, bijv. als ouders nog met vragen komen. De verantwoordelijkheid ligt bij de cardioloog.
- › De deelnemers aan het interview zouden graag een stukje tekst toegevoegd zien over het palperen van de aa. brachialis, en evt. een filmpje. Een beperking hierbij is dat je veel moet oefenen om de aa. brachialis te kunnen voelen. Dat geldt ook voor het palperen van de aa. femoralis.

Uitvoerbaarheid van de richtlijn

Auscultatie:

De deelnemers aan de praktijktest, m.n. de jeugdartsen, zijn het er niet mee eens dat ausculteren na 6 maanden volgens de richtlijn niet meer nodig is. Het argument hiervoor zou zijn dat op die leeftijd alle hartafwijkingen er dan wel uitgefilterd zijn. In de praktijk blijkt dat niet zo te zijn. In ieder geval twee personen gaven aan ook na die leeftijd nog wel een afwijking opgespoord te hebben. Deze twee personen luisteren ook na de leeftijd van 6 mnd. Suggestie is dan ook om de leeftijdsgrens te verwijderen. Luisteren kost in de praktijk maar weinig tijd. De kans dat er iets gevonden is klein, maar voor de ouders en het kind heeft het wel grote gevolgen als een afwijking al dan niet wordt opgespoord. De deelnemers twijfelen of het ook zinvol is te luisteren bij kinderen ouder dan 4 jaar. Advies van de deelnemers is om te luisteren bij elk arts-contactmoment, en voor de rest op indicatie. Bij nieuwkomers is het verder zeker aan te raden om goed hartonderzoek te doen.

Als het onderzoek beperkt blijft tot de eerste 6 maanden; dan moet men ouders hierover uitleg geven. Zij verwachten van de arts toch dat deze een stethoscoop gebruikt.

Stroomdiagram:

- › Onderscheid niet-pathologische/ pathologische soufflé ontbreekt.
- › Suggestie om een apart schema voor coarctatio aortae op te nemen
- › '0-6 maanden' in de titel van het stroomdiagram roept verwarring op omdat dat ook een beslispunt is.
- › Hartafwijkingen in de familie zijn lastig uit te vragen, bij zowel pubers als bij ouders zelf. Maar het bepaalt wel vaak of er verwezen wordt. De term 'hartafwijking in de familie' graag nader specificeren, bijv. op oudere leeftijd vs. op jongere leeftijd. Voorstel is om te vragen naar hart- en vaatziekten bij personen onder de 50 jaar. Nadeel kan zijn dat pubers de leeftijd niet kennen, vanuit hun perspectief is iedereen oud. De deelnemers suggereren om deze informatie uit te vragen m.b.v. een vragenlijst die voorafgaand aan het contactmoment ingevuld kan worden, evt. met hulp van ouders.

Registratie:

Het is vaak wel even zoeken naar de juiste plaats om gegevens in te vullen. In sommige systemen moet je onderdelen uitklappen om gegevens te kunnen invullen. In andere systemen is het gemakkelijker. Er zijn bij dit onderwerp veel open velden om in te vullen. Sommige deelnemers vinden dat lastig, die hebben liever voor-ingevulde velden, anderen hebben daar minder moeite mee. De software waarmee organisaties werken en aanbevelingen daarover vallen echter buiten het kader van de richtlijnontwikkeling. Een aantal zaken zullen via de BDS geregeld kunnen worden.

Aantal contactmomenten:

Tussen 2 weken en 6 maanden vinden volgens de richtlijn 6 contactmomenten plaats. De aanwezigen lijkt dat aantal niet haalbaar als dat face-to-face contactmomenten moeten zijn. Het lukt wel als bijv. telefonisch contact ook meetelt. De aanwezigen adviseren in de richtlijn wel vast te houden aan dit aantal contactmomenten, maar dan ook telefonische contacten mee te tellen. Een aantal aanbevelingen kan echter niet worden uitgevoerd via een telefonisch contact.

Op kleinere locaties is het verder wel eens lastig om een consult op 4 maanden te doen, bijv. omdat er geen arts beschikbaar is. In een klein dorp zijn maar weinig spreekuren, dan moeten ouders naar een ander dorp en dat vinden ze vervelend. Uitleg over het belang dat het kind door een arts elders gezien word kan ouders over hun bezwaren heen helpen.

Vaardigheden:

Voor het meten van de bloeddruk wordt een elektronische meter gebruikt (niet alle organisaties meten de bloeddruk volgens de richtlijn overgewicht). Qua techniek is ook de keuze voor de juiste manchet van belang.

Lever en milt palperen is lastig. In de richtlijn is niet goed terug te vinden wat afwijkend is. Soms staat er dat het voelen van een rand afwijkend is, verderop staat dan dat het 1 á 2 cm mag zijn.

Opvolgen van verwijzing wordt niet door alle deelnemers als hun verantwoordelijkheid gezien, zeker als het goed opgeleide ouders betreft. Er is meestal onvoldoende tijd om voor alle cliënten na te gaan of verwijzing opgevolgd wordt. Artsen en verpleegkundigen prioriteren daarom vaak aan de hand van de kenmerken van de ouders (tienermoeders, verstandelijk beperkte ouders etc. wel opvolgen) en de ernst van het probleem. Advies is om goed te noteren als ouders aangeven verwijzing niet op te willen volgen.

Concluderend zijn de deelnemers zijn het er over eens dat de richtlijn past bij het takenpakket van de JGZ. Alleen het onderdeel endocarditis profylaxe hoort er niet bij, dat is geen taak voor de jeugdarts. Basiskennis daarover is wel handig en past in de richtlijn.

Aanbevelingen voor landelijke implementatie

- › De deelnemers adviseren dringend om, tijdens de landelijke implementatie, ontbloom zien tijdens huisbezoek te benadrukken. Soms is het lastig ouders en kinderen te overtuigen dat dit nodig is, maar het is echt belangrijk in het kader van deze richtlijn, en ook om andere redenen (bijv. kijken naar blauwe plekken). Een deel van de ouders vindt het ook wel prettig, dan wordt er tenminste goed naar hun kind gekeken.
- › De deelnemers geven aan dat deze richtlijn zeker in aanmerking komt voor het ontwikkelen van een e-learning. De deelnemers suggereren om hierin geluidsmateriaal (bijvoorbeeld van hartgeruisen) en beeldmateriaal (bijv. filmpje met uitvoering van anamnese) op te nemen. Het daarnaast organiseren van scholing vinden de deelnemers een goed idee.
- › De deelnemers adviseren tijdens scholing artsen en verpleegkundigen in het eerste deel samen te nemen zodat ze van elkaar weten wat ze doen. In het tweede deel kunnen artsen en verpleegkundigen dan apart geschoold worden. Bij artsen zal meer nadruk liggen op medische kennis. De scholing voor de praktijktest vonden de deelnemers duidelijk.
- › Aanpalende professionals waarderen en kennen JGZ-richtlijnen niet altijd. Er wordt geadviseerd de richtlijn ook aan andere beroepsverenigingen (bijv. NHG) te sturen. Suggestie is ook om tijdens regiovergaderingen te noemen dat je bezig bent met de implementatie van een nieuwe richtlijn.
- › Extra consulttijd is volgens de deelnemers gewenst.

Randvoorwaarden voor gebruik van de richtlijn

- › Inlezen in de richtlijn moet veelal in eigen tijd. Het kost gemiddeld twee uur om bekend te raken met de richtlijn.
- › Het kost de eerste 3 á 4 maanden tijdens consulten extra tijd om te leren om de aa. brachialis goed te palperen. De deelnemers schatten in dat dat 10 minuten á een kwartier extra kost per dagdeel. Dit is echter maar tijdelijk.
- › Structureel is de extra tijd die verpleegkundigen/artsen nodig hebben voor het raadpleging/beantwoorden van vragen. Per keer kost dat een half uur extra, gedurende de praktijk test was dat drie keer nodig. Dat komt er op neer dat artsen/verpleegkundig

specialisten maandelijks ongeveer een half uur extra tijd nodig hebben voor het beantwoorden van vragen en verpleegkundigen voor het raadplegen van een arts/verpleegkundig specialist in het kader van de richtlijn.

- › Alle materialen om te werken met de richtlijn zijn over het algemeen op de locatie aanwezig. Belangrijke benodigdheden bij het uitvoeren van de richtlijn zijn bloeddrukmeters, computer, internet.
- › De deelnemers geven aan zelf voldoende kennis te hebben om met de richtlijn te werken. Het blijft wel lastig om goed te communiceren met ouders als er een afwijking wordt gevonden. De richtlijn geeft voldoende handvatten. Aanwezigheid van expertise binnen het team kan wel een probleem zijn: collega's om mee te overleggen, aanwezigheid van arts of verpleegkundig specialist.
- › Onderzoeksruidten zijn niet altijd geschikt om kinderen te vragen zich uit te kleden, bijv. als er een raam in de ruimte zit met inkijk van klasgenoten.

Cliëntperspectief

Ouders vinden hartonderzoek belangrijk. De deelnemers verwachten dat ouders tevreden zijn. Ontbloot zien en ausculteren vinden sommige ouders misschien lastig. Belangrijk is dat goed wordt uitgelegd waarom je dat van hen vraagt. Ook belangrijk is dat goed wordt uitgelegd waarom wel/niet verwezen wordt bijv. bij een ruisje.

Web-based publicatie

Vijf van de tien deelnemers heeft de richtlijn uitgeprint voor gebruik in de praktijk. Dat is toch gemakkelijker te lezen, vinden ze.