

> TNO rapport voor
ZonMw

Verslag praktijktest JGZ-richtlijn Heupdysplasie

TNO innovation
for life

3 juli 2017 >

> Verslag praktijktest JGZ-richtlijn Heupdysplasie

Rapport voor:	ZonMw
Datum	3 juli 2017
Auteurs	R. van Zoonen Dr. J.A. Deurloo Dr. C.I. Lanting
Projectnummer	060.14757
Rapportnummer	R10810
Contact TNO	Renate van Zoonen
Telefoon	088 866 3685
E-mail	Renate.vanzoonen@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

© 2017 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.

Handelsregisternummer27376655

Inhoudsopgave

1	Inleiding	1
1.1	Doelstellingen.....	1
2	Methode	2
2.1	Werving van JGZ-organisaties.....	2
2.2	Instructiebijeenkomsten	2
2.3	Werken in de praktijk met de richtlijn	2
2.4	Evaluatie onder JGZ-professionals en managers.....	2
2.5	Evaluatie tekst cliëntenfolder onder ouders	3
2.6	Analyses.....	3
3	Resultaten	4
3.1	Deelnemers praktijktest.....	4
3.2	Vorbereiding praktijktest.....	4
3.3	Wat vinden JGZ professionals van de richtlijn?	4
3.3.1	Eerste indruk	4
3.3.2	Uitvoerbaarheid van de richtlijn en de praktijktest	5
3.3.3	Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de richtlijn?.....	5
3.4	Wat vinden JGZ-professionals en ouders van de tekst voor de cliëntenfolder?.....	9
3.5	Wat vinden JGZ professionals van de instructie?.....	10
4	Conclusies en aanbevelingen voor landelijke implementatie van de richtlijn	11
4.1	Wat is de uitvoerbaarheid van de kernelementen van de JGZ-richtlijn 'Heupdysplasie'?.....	11
4.2	Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de (digitale) JGZ-richtlijn 'Heupdysplasie' door jeugdartsen, verpleegkundig specialisten en jeugdverpleegkundigen?	11
4.2.1	De richtlijn.....	11
4.2.2	De JGZ-professional	11
4.2.3	De organisatie en omgeving	12
4.3	Op welke punten heeft de richtlijn nog bijstelling?	12
4.4	Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd bij de landelijke invoering van deze digitale JGZ-richtlijn?	12
5	Dankwoord	14
6	Referenties.....	15
	Bijlage 1 Inhoudelijke wijzigingen richtlijn	16
	Bijlage 2 Verslag focusgroep interview	17

1 Inleiding

In opdracht van ZonMw is de richtlijn Heupdysplasie voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) ontwikkeld [1]. Deze richtlijn biedt handvatten voor het handelen van JGZ-professionals in hun contacten met individuele kinderen en/of jongeren van 0-18 jaar en/of hun ouders/verzorgers. Onbehandeld kan DDH leiden tot vroege coxartrose (slijtage van de heup) en ernstige invaliditeit. De behandeling van een DDH zonder (sub)luxatie bij zuigelingen bestaat uit het in flexie- en spreidstand houden van de heupen, waardoor de heupkop goed in de heupkom wordt geplaatst. Hiervoor wordt een spreidmiddel gebruikt. Late behandeling (d.w.z. na de leeftijd van 6 maanden) is meestal langduriger, invasiever en minder effectief dan wanneer eerder met de behandeling begonnen kan worden. Vroegtijdige opsporing is daarom essentieel, de JGZ heeft een belangrijke rol hierbij.

De richtlijn is geschreven door Universiteit Twente en TNO, in samenwerking met JGZ-professionals en een werkgroep van experts uit aanpalende beroepsgroepen, waaronder kindergeneeskunde en kinderorthopedie.

De richtlijn zal onder regie van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) in de JGZ worden 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 [2-11]. In de JGZ gebeurt een dergelijke determinantenanalyse via een praktijktest waarbij uitvoerende JGZ-professionals de conceptrichtlijn gedurende enige maanden, in de dagelijkse praktijk, uittesten [12, 13].

1.1 Doelstellingen

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 'Heupdysplasie' in de dagelijkse praktijk, om op basis daarvan aanbevelingen te kunnen doen voor de landelijke invoering van deze richtlijn. Ten tweede wordt de conceptrichtlijn bijgesteld aan de hand van de ervaringen van JGZ-professionals.

Vraagstellingen die d.m.v. de praktijktest beantwoord worden zijn:

1. Wat is de uitvoerbaarheid van de kernelementen van de JGZ-richtlijn 'Heupdysplasie'?
2. Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de (digitale) JGZ-richtlijn 'Heupdysplasie' door jeugdartsen, verpleegkundig specialisten en jeugdverpleegkundigen?
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?

2 Methode

In de praktijktest vonden de volgende activiteiten plaats:

2.1 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 45 JGZ-professionals van 4 JGZ-organisaties deelgenomen. Het betrof:

- > Thuiszorg West-Brabant (TWB)
- > Zuidzorg
- > JGZ Zuid-Holland West
- > GGD Groningen

Daarnaast zijn 2 managers van deelnemende organisaties benaderd om mee te werken aan een interview.

2.2 Instructiebijeenkomsten

Voorafgaand aan het gaan werken met de richtlijn zijn in januari 2017 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.

2.3 Werken in de praktijk met de richtlijn

De deelnemende JGZ-professionals hebben gedurende een periode van vier maanden (januari 2017 t/m april 2017) in de praktijk met de richtlijn gewerkt.

2.4 Evaluatie onder JGZ-professionals en managers

Voor dit onderdeel werd gebruik gemaakt van:

- a) Vragenlijsten voor JGZ-professionals;
- b) Interviews met twee managers;
- c) Groepsinterview met JGZ-professionals.

Ad a)

Startvragenlijst: 40 van de in totaal 45 deelnemers (89%) hebben na de instructiebijeenkomst een 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 40 van de 45 deelnemers (89%) 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) [11, 14]. Dit is een generiek instrument om determinanten te meten die het gebruik van innovaties (o.a. richtlijnen) voorspellen.

Ad b)

Na afloop van de praktijktest zijn twee managers benaderd voor een interview. Een manager heeft schriftelijk gereageerd, de tweede manager heeft ondanks herhaaldelijke verzoeken geen reactie gegeven op 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 focusgroep gehouden met in totaal 6 deelnemers (allen jeugdarts) 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 focusgroep interview het conceptverslag ontvangen en van correcties en aanvullingen voorzien, waarna het verslag definitief is vastgesteld (zie bijlage 2).

2.5 Evaluatie tekst cliëntenfolder onder ouders

Naar aanleiding van de reacties van JGZ-professionals tijdens de instructies is de foldertekst gedurende de praktijktest aan 15 ouders voorgelegd ter beoordeling. De ontwikkelaars van de richtlijn hebben allemaal 3-5 ouders benaderd en om hun medewerking verzocht. Aan de hand van 5 vragen is hun mening over de foldertekst gevraagd. Twee van de 15 ouders hebben de vragen niet beantwoord, zij gaven tekstuele suggesties in de foldertekst.

2.6 Analyses

De resultaten van de vragenlijsten zijn geanalyseerd met behulp van SPSS versie 24. Determinanten en knelpunten die werden genoemd in het focusgroep interview en de interviews met de managers, werden gecodeerd aan de hand van het MIDI [11, 14].

3 Resultaten

3.1 Deelnemers praktijktest

In totaal namen 45 professionals deel aan de instructie van de praktijktest. Het waren 40 jeugdartsen (89%) en vijf jeugdverpleegkundigen (11%).

De respons op de start- en eindvragenlijst was 89% (40/45), om deze reden zijn de resultaten op basis van 40 respondenten vermeld. Van de deelnemers was 73% (29/40) werkzaam in de zorg voor kinderen van 0-4 jaar, 17% (7/40) in de zorg voor 0-12 jarigen en 10% (4/40) van 0-19 jaar. De startvragenlijst is ingevuld door 35 jeugdartsen en vijf jeugdverpleegkundigen. De eindvragenlijst is ingevuld door 36 jeugdartsen en vier jeugdverpleegkundigen.

3.2 Voorbereiding praktijktest

Ruim de helft van de deelnemers (23/40; 58%) gaf aan de richtlijn voor de start van de praktijktest volledig en grondig te hebben doorgelezen. In de eindvragenlijst was dit 83% (33/40). De JGZ-professionals gaven aan circa 100 minuten nodig te hebben om de richtlijn te lezen. De gerapporteerde leestijd varieerde van 20 tot 360 minuten. Van de deelnemers heeft 45% (18/40) de richtlijn via de website gelezen, 40% (16/40) heeft de richtlijn geprint en gelezen en 15% (6/40) heeft hem anders gelezen, bijvoorbeeld als digitaal document via de tablet.

3.3 Wat vinden JGZ professionals van de richtlijn?

3.3.1 Eerste indruk

De deelnemers gaven aan de richtlijn duidelijk en helder te vinden. Men vond de richtlijn passend bij de huidige werkwijze en goed onderbouwd maar soms moeilijk leesbaar (zie quotes in kader).

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

- > “Brede kijk op het onderwerp, merendeels passend bij de werkwijze, die ik tot nu toe had”
- > “Duidelijk document, grondig onderbouwd, lijkt op het eerste gezicht goed werkbaar, wel twijfel over haalbaarheid doorverwijzing binnen 1-2 weken”
- > “Duidelijk, theoretisch goed onderbouwd”
- > “Volledig, soms moeilijk leesbaar met alle onderzoeksresultaten erin verwerkt”
- > “Veel dezelfde tekst waardoor lezen heel vermoeiend werd, heb dit ook in meerdere keren gelezen”

Onderdelen die de JGZ-professionals heel goed vinden zijn met name:

- > “De onderbouwing van keuzes door review van onderzoeken”
- > “Heldere uitleg over vormen van heupdysplasie”
- > “Overzicht van de familiegraden”
- > “Toelichting m.b.t. prematuren, risicofactoren en coxartrose”

Onderdelen die de JGZ-professionals niet of minder duidelijk vonden waren:

- > "Bij niet afwijkende echo en blijvende afwijkingen in lichamelijk onderzoek verwijzen van kind naar orthopeed. Onduidelijk is wanneer dit vervolgonderzoek plaats moet vinden. In de praktijk is dit rond de 6 maanden en is dit laat voor verwijzing. Nu bijvoorbeeld groepsbureau bij vier maanden in onze organisatie"
- > "De opbouw van de richtlijn. Het onderscheid tussen de aanbevelingen (de feitelijke richtlijn) en de uitwerking van de uitgangsvragen lopen nogal door elkaar heen"
- > "Tekst van cliëntenfolder is lang en moeilijk voor ouders"
- > "Wat wordt de JGZ verondersteld aan adviezen te geven wanneer er sprake is van heupdysplasie? Behandeling en advies ligt in de tweede lijn, maar ouders lijken wel verwachtingen te hebben van de JGZ"

3.3.2 *Uitvoerbaarheid van de richtlijn en de praktijktest*

In de startvragenlijst is gevraagd of professionals volgens de richtlijn zouden kunnen werken. Op deze vraag antwoordde 100% van de deelnemers met 'ja'. Als mogelijke belemmerende factoren bij de uitvoering van de richtlijn noemden zij:

- > Onvoldoende kennis (n=1)
- > Onvoldoende vaardigheden (n=2)
- > Onvoldoende tijd (n=1)
- > Andere redenen (n=8). Dit had met name te maken met het organisatorische aspecten (niet ingevoerd zijn van rechtstreeks verwijzen, aangepaste contactmomenten bij de jeugdarts), het niet aansluiten van de werkwijze bij het lokale ziekenhuis, en de controletermijn van 1-2 weken.

3.3.3 *Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de richtlijn?*

Determinanten m.b.t. de richtlijn

In de eindvragenlijst zijn de onderstaande determinanten nagevraagd.

- > **Procedurele helderheid:** 90% van de deelnemers (36/40) vond dat de richtlijn helder aangeeft welke en in welke volgorde de activiteiten uitgevoerd moeten worden. Van de overige deelnemers had 5% (2/40) hier geen mening over en 5% (2/40) vond dat de richtlijn niet helder aangeeft welke activiteiten in welke volgorde bij alle kinderen uitgevoerd moeten worden.
- > **Juistheid:** 85% van de deelnemers (34/40) vond dat de adviezen gebaseerd zijn op feitelijk juiste kennis. Van de overige deelnemers had 10% (4/40) hier geen mening over en 5% (2/40) was het hier mee oneens.
- > **Compleetheid:** 65% van de deelnemers (26/40) vond dat de richtlijn alle informatie en materialen biedt die nodig zijn om er goed mee te werken. Van de overige deelnemers had 20% (8/40) hier geen mening over en 15% (6/40) was het hiermee oneens. In de focusgroep gaven deelnemers aan dat zij een inhoudsopgave en samenvatting missen, daarnaast vond men de tekst voor de cliëntenfolder te lang en ingewikkeld. Niet alle deelnemende organisaties hebben de tekst gebruikt om een eigen folder te maken.
- > **Complexiteit:** 73% van de deelnemers (29/40) vond dat de richtlijn eenvoudig te gebruiken was. Van de overige deelnemers had 17% (7/40) hier geen mening over en 10% (4/40) vond dat de richtlijn niet eenvoudig te gebruiken was.

- > **Congruentie huidige werkwijze professionals en zorgketen:** 73% van de deelnemers (29/40) vond dat de richtlijn goed aansloot bij hoe men gewend was te werken. Van de overige deelnemers had 20% (8/40) hier geen mening over en 7% (3/40) vond dat de richtlijn niet goed aansloot bij hoe men gewend was om te werken. Door 27% (11/40) van de deelnemers werd aangegeven dat de richtlijn niet goed aansluit bij de werkwijze van professionals in de zorgketen (bijvoorbeeld huisarts, kinderarts, kinderorthopeed etc.). Deze bevinding is in de focusgroep besproken, men geeft aan dat er veel variatie is in de werkwijze van diverse ziekenhuizen en specialisten. De deelnemers aan de focusgroep adviseren om de gewenste situatie in de richtlijn te beschrijven. Daarnaast vindt men dat het gesprek aangegaan moet worden op lokaal en landelijk niveau (beroepsverenigingen).
- > **Zichtbaarheid uitkomsten:** 53% van de deelnemers (21/40) vond de effecten van het gebruik van de richtlijn duidelijk zichtbaar. In de focusgroep werd aangegeven dat dit vooral wordt verklaard door de kleine verschillen met de huidige werkwijze, en mogelijk door het moeilijk te bepalen onderscheid tussen licht en sterk afwijkend onderzoek.
- > **Relevantie ouders en kinderen:** 80% van de deelnemers (32/40) vond de richtlijn relevant voor ouders en jeugdigen.
- > **Nut & belang van de richtlijn:** 88% van de deelnemers (35/40) vond de richtlijn nuttig, 98% van de deelnemers (39/40) vond de richtlijn belangrijk.

Determinanten m.b.t. de professional

In de eindvragenlijst zijn de volgende determinanten nagevraagd met betrekking tot de professional:

- > **Uitkomstverwachting:** 83% van de deelnemers (33/40) vond dat men door het gebruik van de richtlijn duidelijk weet wanneer een kind met een vermoeden van DDH verwezen dient te worden, 88% van de deelnemers (35/40) vond het belangrijk om kinderen met een vermoeden van DDH tijdig te verwijzen. Negentig procent van de deelnemers vond dat de richtlijn bijdraagt aan het duidelijk informatie geven aan ouders over de screening van DDH; 78% (31/40) vond het belangrijk om de communicatie over DDH met ouders te verbeteren.
- > **Taakopvatting:** Uit de eindvragenlijst bleek dat bijna alle deelnemende JGZ-professionals vonden dat vroeg signalering van DDH (38/40; 95%), signalering van risicofactoren voor DDH (39/40; 98%); uitvoeren van lichamelijk onderzoek naar DDH bij kinderen van 0-6 maanden (38/40; 95%); verwijzen voor beeldvormend onderzoek van de heupen (36/40; 90%); verwijzen naar de kinderorthopeed (33/40; 83%) en het nagaan van het resultaat van verwijzing (32/40; 80%) tot hun taak behoort. Van de deelnemende jeugdartsen vond 56% (20/36) dat het inzetten van vervolgacties naar aanleiding van beeldvormend onderzoek tot zijn/haar taak behoort. In de focusgroep bleek dat dit te verklaren was door de volgende factoren: een deel van de jeugdartsen verwijst niet rechtstreeks maar via de huisarts, en in sommige ziekenhuizen is verwijzing bij afwijkend beeldvormend onderzoek intern geregeld. In beide gevallen vinden jeugdartsen dat zij niet verantwoordelijk zijn voor het inzetten van vervolgacties naar aanleiding van beeldvormend onderzoek.

- > **Tevredenheid en medewerking van ouders en jeugdigen:** 78% van de deelnemers (31/40) vond dat de richtlijn bijdraagt aan de tevredenheid van ouders en jeugdigen, 93% (37/40) vond dat ouders en jeugdigen mee werkten als de richtlijn gebruikt werd.
- > **Kennis en vaardigheden:** 92% van de deelnemers (37/40) vond dat zij over voldoende kennis beschikt om met de richtlijn te kunnen werken, 90% van de deelnemers (36/40) vond dat zij over voldoende vaardigheden beschikt om met de richtlijn te kunnen werken. De meerderheid van de deelnemers gaf aan dat het hen lukte om de kernaanbevelingen uit te voeren. Enkele voorbeelden:
 - > De risicofactor 'stuitligging na week 32 van de zwangerschap' na te vragen (voor jeugdverpleegkundige bij eerste huisbezoek, voor jeugdarts bij eerste contactmoment). Hierbij gaf 95% van de deelnemers aan (38/40) dat dit zou lukken.
 - > De risicofactoren voor DDH te registreren in het digitaal dossier. Hierbij gaf 95% (38/40) van de deelnemers aan dat dit zou lukken.
 - > Het lichamelijk onderzoek naar DDH drie keer uit te voeren voor de leeftijd van 7 maanden. Hierbij gaf 89% van de jeugdartsen (32/36) aan dat dit zou lukken.
 - > Te beoordelen of een kind op basis van risicofactoren verwezen dient te worden voor beeldvormend onderzoek. Hierbij gaf 97% van de jeugdartsen (35/36)) aan dat dit zou lukken.
 - > Het lichamelijk onderzoek naar DDH bij kinderen jonger dan 3 maanden te beoordelen als niet afwijkend, licht afwijkend of sterk afwijkend. Hierbij gaf 86% van de jeugdartsen (31/36) aan dat dit zou lukken. In de opmerkingen op de vragenlijsten en in de focusgroep kwam echter wel naar voren dat jeugdartsen het lastig vinden om het onderscheid tussen licht en sterk afwijkend te maken. Het verschil tussen 60 en 70 graden abductie ervaart men als klein.
- > **Descriptieve & subjectieve norm:** De descriptieve norm is het verwachte of waargenomen gedrag bij collega's: 75% van de deelnemers verwacht dat (bijna) alle collega's de richtlijn na de landelijke invoering daadwerkelijk zullen gaan gebruiken. De subjectieve norm is de invloed van belangrijke anderen op het gebruik van de richtlijn. Dit is een samengestelde maat, en bestaat uit 2 factoren: de verwachting van belangrijke anderen en hoeveel men zich iets aantrekt van de mening van belangrijke anderen. Op de vraag in hoeverre de volgende personen verwachten dat de professional met de richtlijn werkt, werd geantwoord bij 'zeer veel': 98% (39/40) van de collega's binnen de afdeling, 83% (33/40) van de directe leidinggevende en 63% (25/40) van de ouders van jeugdigen. Op de vraag in hoeverre professionals zich wat aantrekken van de mening van de volgende personen werd geantwoord op de antwoordcategorie 'zeer veel': 70% (28/40) van de collega's binnen de afdeling, 48% (19/40) van de direct leidinggevende en 70% (28/40) van de ouders van jeugdigen.
- > **Sociale steun:** 88% van de deelnemers (35/40) gaf aan op voldoende steun van collega's te kunnen rekenen; 58% (23/40) verwacht voldoende steun van de direct leidinggevende; 50% (20/40) verwacht voldoende steun van andere zorgprofessionals in de zorgketen en 83% (33/40) verwacht voldoende steun van ouders.

Determinanten m.b.t. de organisatie

In de eindvragenlijst zijn de volgende determinanten met betrekking tot de organisatie nagevraagd met de bijbehorende antwoorden:

- > **Tijd:** 35% (14/40) van de deelnemers ervaart voldoende tijd om de richtlijn te integreren in hun dagelijks werk, 53% (21/40) had hier geen mening over en 12% (5/40) ervaart onvoldoende tijd om de richtlijn zoals bedoeld te integreren in het dagelijkse werk.
- > **Beschikbaarheid materialen en voorzieningen:** 50% van de deelnemers (20/40) gaf aan dat er voldoende materialen en voorzieningen beschikbaar waren om de richtlijn zoals bedoeld te gebruiken. Daarnaast beschikt 10% (4/40) niet over een vlakke, warme en stevige onderlaag om het lichamelijk onderzoek op uit te voeren. Diverse professionals (25%, 10/40) twijfelen of de mat die zij momenteel gebruiken wel voldoet aan de beschrijving in de richtlijn.
- > **Capaciteit / bezettingsgraad:** 68% van de deelnemers (27/40) vond dat er voldoende personeel in de organisatie is om de richtlijn te gebruiken zoals bedoeld, 20% (8/40) had hier geen mening over en 12% (5/40) was het hier niet mee eens. Binnen een van de organisaties wordt door de deelnemers een tekort aan jeugdartsen aangegeven.
- > **Registratiemogelijkheden:** 78% van de deelnemers (31/40) gaf aan dat zij bij het werken met de richtlijn hun bevindingen goed in het digitaal dossier hebben kunnen registreren, 17% (7/40) had hier geen mening over en 5% (2/40) vond dat er onvoldoende mogelijkheden waren om het werken met de richtlijn in het digitaal dossier te kunnen registreren.
- > **Coördinatie richtlijn:** 65% van de deelnemers (26/40) gaf aan dat er in hun organisatie één of meerdere personen aangewezen zijn/worden voor het coördineren van de implementatie van de JGZ-richtlijn, 2% (1/40) gaf aan dat er geen personen zijn aangewezen en 33% (13/40) weet het niet.

Overige opmerkingen en adviezen over de richtlijn

Overige opmerkingen van de deelnemers over de richtlijn waren:

- > "Wachttijden bij de mogelijke verwijstrajecten (van eerste keuze) zorgen voor extra regeltaken en vragen extra tijd tijdens of na het consult waarin indicatie voor een heupecho duidelijk wordt".
- > "De leesbaarheid van de tekst van de richtlijn verbeteren, bijvoorbeeld hoofdstukken in plaats van thema's. Inhoudsopgave waardoor het zoeken naar de bijlagen makkelijker wordt. Online is dit nu niet te doen".
- > "Ik vind de richtlijn te lang, te veel tekst en we hebben allen zo weinig tijd om al de richtlijnen te lezen en bij te houden".

Een zaak die bevorderend werkt bij het werken met de richtlijn is:

- > "Heldere anamnese vragen voor de verpleegkundige bij intake huisbezoek. Heldere informatie over wat de JGZ wel en niet moet weten wanneer het aan de orde is (spreidbroek)".

Adviezen voor verbetering van de richtlijn zijn onder andere:

- > "Geplastificeerde verwijs- en signaleringsprotocollen verspreiden".
- > "Ketenpartners/verwijzende instantie betrekken bij implementatie".
- > "Kritisch kijken naar de noodzaak en haalbaarheid van verwijzing naar orthopeed binnen 1 week"

3.4 Wat vinden JGZ-professionals en ouders van de tekst voor de cliëntenfolder?

JGZ-professionals

In de startvragenlijst zijn de meningen over de tekst voor de cliëntenfolder uiteenlopend. In de eindvragenlijst gaf 60% (24/40) aan de cliëntenfolder niet gebruikt te hebben. Dit is om verschillende redenen:

- > “De folder is erg talig, weet niet of hij voor iedereen geschikt is”
- > “Geen behoefte aan om een folder mee te geven. Reden van screening wordt mondeling uitgelegd. Als kind heupdysplasie heeft is het de taak van de behandelend specialist om ouders van informatie te voorzien”
- > “Ik vind dat de tekst al te veel ingaat op de eventuele pathologie en minder over het daadwerkelijke onderzoek wat gepland staat. Het wekt naar mijn mening te veel ongerustheid op bij ouders”
- > “Het kost te veel tijd om uit te printen / link te mailen”

Een aantal professionals (4/40) heeft reacties gehad van ouders zoals: “Dat de folder duidelijk was”; “Eén ouder was meer opgelucht na de brief, in haar familie kwam veel heupdysplasie voor” en een andere professional gaf aan “Sluit niet aan bij opleidingsniveau ouders”.

Suggesties voor verbeteringen van de tekst van cliëntfolder zijn:

- > “Graag meer plaatjes ter verduidelijking”
- > “Ik zou er ook in opnemen dat het lichamelijk onderzoek door de JGZ maar beperkt is en dat niet alle gevallen daarmee opgespoord kunnen worden (en dat het daarom belangrijk is dat ouders het melden als ze zelf iets opvalt en het daarom ook belangrijk is om bij risicofactoren en/of twijfel beeldvormend onderzoek te verrichten”
- > “Voor laag opgeleide ouders aangepaste kortere tekst; ouders die ik de brief heb laten lezen waren positief. Logistiek heb ik de brief niet altijd meegegeven en meer bij verdenking dan bij een preventieve echo”

Ouders

Alle 13 bevraagde ouders vonden de foldertekst duidelijk. Geen enkele ouder vond de tekst te lang, 4 ouders noemden de tekst ‘niet te lang’ of ‘kort en bondig’. Eén ouder vond de tekst wat simpel verwoord.

Ouders geven aan graag informatie te ontvangen over het onderzoek, de behandeling en wat een diagnose betekent voor de toekomst van hun kind.

De volgende informatie werd gemist in de foldertekst: een afbeelding ter verduidelijking, praktische informatie over de onderzoeken, meer informatie over de behandeling.

De meeste ouders gaven aan geen onduidelijkheden te hebben gelezen in de tekst. Twee ouders wilden meer concrete informatie naar aanleiding van de zin ‘Als u zelf bij uw kind iets aan de heupen opmerkt, dan is het goed om dit te melden’. Twee ouders hadden een vraag over de beschrijving van heupdysplasie (‘wat is het’) en de behandeling.

Ter verbetering van de tekst zijn diverse suggesties gedaan. Ook hier werd opnieuw de behoefte aan een afbeelding genoemd.

De tekst van de folder is op basis van het commentaar van ouders en professionals aangepast. JGZ-organisaties kunnen de tekst voor de cliëntenfolder als basis voor een eigen folder gebruiken.

3.5 Wat vinden JGZ professionals van de instructie?

Uit de eindvragenlijst bleek dat de meerderheid van de deelnemers aan de praktijktest (31/40; 78%) de instructie die voor de praktijktest werd gegeven ook zeer geschikt vond voor de landelijke implementatie. Deze instructie werd gemiddeld met het cijfer 7,3 (range: 5-8) beoordeeld. Een deelnemer gaf als toelichting bij de onvoldoende 'Instructie laten geven door iemand die in de praktijk met de richtlijn werkt'. Onder andere de volgende suggesties ter verbetering van de instructie zijn door de deelnemers gegeven:

- > De instructie was met name gericht op artsen en niet zozeer op verpleegkundigen
- > Een babypop om de praktische vaardigheid te laten voelen/oefenen, voor jonge collega's
- > Filmpjes/dia's met plaatjes zijn niet toereikend
- > De instructie laten geven door iemand in de praktijk die met de richtlijn werkt
- > Toets invoeren om goed lezen van tevoren te bevorderen

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

4 Conclusies en aanbevelingen voor landelijke implementatie van de richtlijn

In de praktijktest zijn de determinanten en randvoorwaarden voor het werken met de richtlijn geïnterviewd. In onderstaande paragraaf worden de conclusies per vraagstelling gepresenteerd.

4.1 Wat is de uitvoerbaarheid van de kernelementen van de JGZ-richtlijn 'Heupdysplasie'?

Uit de praktijktest is gebleken dat de kernelementen van de JGZ-richtlijn Heupdysplasie over het algemeen goed uitvoerbaar zijn.

4.2 Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de (digitale) JGZ-richtlijn 'Heupdysplasie' door jeugdartsen, verpleegkundig specialisten en jeugdverpleegkundigen?

De determinanten zijn, in navolging van het MIDI-instrument, onderverdeeld in 3 categorieën.

4.2.1 De richtlijn

Inhoud

- > De richtlijn wordt door de deelnemers positief beoordeeld op inhoud en procedurele helderheid.
- > Wel bleek het onderscheid tussen licht en sterk afwijkend lichamen onderzoek voor JGZ-professionals lastig te zijn, evenals het onderzoek naar een beenlengteverschil bij jonge zuigelingen.
- > Het verzoek om een kind binnen 1 week te laten onderzoeken werd niet haalbaar geacht.
- > Men heeft behoefte aan specifiekere instructies over de onderzoeksmaat.

Vorm

- > De stroomschema's dienen vereenvoudigd te worden, zowel inhoudelijk als qua lay-out.
- > Het merendeel van de deelnemers print de richtlijn omdat dit prettiger leest.
- > Er is behoefte aan een samenvatting.

4.2.2 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 uitvoeren van het heuponderzoek.
- > Instructie over de richtlijn is nodig voordat ermee gewerkt kan worden.
- > De instructie die voor de praktijktest is gegeven is volgens deelnemers geschikt voor de landelijke implementatie. De deelnemers hebben behoefte aan geschikt beeldmateriaal als ondersteuning hierbij.
- > Iets meer dan de helft van de jeugdartsen vindt het inzetten van vervolgcacties naar aanleiding van beeldvormend onderzoek tot zijn/haar taak behoren.

4.2.3 De organisatie en omgeving

Ketenpartners

- > De deelnemers hebben zorgen over de grote variatie in de werkwijze van diverse ziekenhuizen en specialisten.

Tijd

- > De JGZ-professional heeft ongeveer 2 uur inleestijd nodig.
- > Het JGZ-team heeft ongeveer 2 maanden nodig om ingewerkt te raken in de richtlijn.

Materialen en voorzieningen

- > Diverse professionals twijfelen of de mat die zij momenteel gebruiken wel voldoet aan de beschrijving in de richtlijn.

4.3 Op welke punten behoeft de richtlijn nog bijstelling?

De richtlijn is naar aanleiding van de praktijktest en de landelijke commentaarrronde op diverse punten tekstueel aangepast. Daarnaast zijn de stroomdiagrammen aangepast. In bijlage 1 is in hoofdlijnen aangegeven welke wijzigingen in de richtlijn zijn aangebracht.

4.4 Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd bij de landelijke invoering van deze digitale JGZ-richtlijn?

Activiteiten

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. Voorafgaand aan de instructie dienen de JGZ-professionals de richtlijn te lezen, hiervoor hebben zij ongeveer 2 uur leestijd nodig.

De instructie kan starten met een plenair deel, waarna wordt opgesplitst in een aparte groep jeugdartsen/verpleegkundig specialisten en een groep jeugdverpleegkundigen. Mogelijk kan de instructie voor jeugdverpleegkundigen minder lang duren, of kunnen jeugdverpleegkundigen in een teamoverleg door een jeugdarts worden geschoold. De instructie kan gegeven worden door iemand uit de eigen organisatie die zich heeft verdiept in de richtlijn en ervaring heeft met het onderwerp. Tijdens de instructie dient er ruimte te zijn voor het oefenen van praktische vaardigheden (voor de jeugdartsen), en er dient aandacht te zijn voor veilig inbakeren, het huisbezoek door de jeugdverpleegkundige en het navragen of ouders een afspraak hebben gemaakt voor beeldvormend onderzoek.

Dokters- en JGZ-assistentes kunnen in een team- of disciplineoverleg uitleg krijgen over de voor hen relevante aspecten van de richtlijn.

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.

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

Randvoorwaarden

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.

JGZ-organisaties dienen na te gaan of de door hen gebruikte onderzoeksmat voldoet aan de beschrijving in de richtlijn. In richtlijn wordt hier nu een concreet advies voor gegeven. Zo nodig dient ander materiaal aangeschaft te worden.

5 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.

6 Referenties

1. Boere-Boonekamp M, Konijnendijk A, Broerse A, Deurloo J, Lanting C. JGZ-richtlijn Heupdysplasie (Developmental Dysplasia of the Hip, DDH). NCJ, verwacht 2017.
2. 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.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruiters RAC, Fernandez ME, Kok G, Parcel GS. *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. Jossey-Bass, 2016.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. Procter EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science* 2013;8:139.
11. 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
12. Fleuren MAH (2010). Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. TNO, 2010.
13. 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
14. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI). Leiden: TNO, 2012.

Bijlage 1 Inhoudelijke wijzigingen richtlijn

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

Richtlijn:

- > De richtlijn is voorzien van een inhoudsopgave en paragraafnummers, zodat de geprinte versie beter bruikbaar is.
- > De aandachtspunten voor prematuur geboren kinderen zijn samengevat in een aparte paragraaf.
- > Het onderzoek van de beenlengte is verwijderd als onderdeel van het heuponderzoek.
- > Er is een meer concreet voorbeeld gegeven van de eisen aan de onderzoeksmat.
- > Herhaling van het heuponderzoek binnen 2-4 weken is aan de aanbevelingen toegevoegd (dit stond eerst alleen in het stroomdiagram).
- > Vanaf het moment dat het kind zelfstandig loopt hoeft het onderzoek in liggende houding alleen op indicatie te worden uitgevoerd.
- > Het onderscheid in licht en sterk afwijkend onderzoek is komen te vervallen. Hiervoor in de plaats is het onderscheid aangebracht tussen vermoeden van dysplasie met of zonder luxatie.
- > De termijn waarbinnen het kind door de orthopeed gezien wordt is aangepast naar 2 weken.
- > Er is informatie toegevoegd over het gebruik van draagzakken en draagdoeken.
- > Er is informatie toegevoegd over de situatie als informatie over risicofactoren ontbreekt of pas beschikbaar komt na de screeningsleeftijd.
- > Er zijn afbeeldingen aan de richtlijn toegevoegd: abductieverschil, kniehoogteverschil en afwijkende luchtfiguur perineum.
- > In het hoofdstuk Communicatie is de algemene informatie over gespreksvoering verwijderd.
- > Er is een afkortingenlijst aan de richtlijn toegevoegd.
- > De tekst voor de cliëntenfolder is eenvoudiger gemaakt en ingekort. Er is een figuur toegevoegd aan de tekst.

Stroomdiagram:

- > De kleur van de stroomdiagrammen is aangepast zodat deze beter leesbaar is in een geprinte versie.
- > De stappen in de stroomdiagrammen zijn vereenvoudigd weergegeven.
- > Er zijn twee stroomdiagrammen toegevoegd: een onderzoeks- en verwijfsprotocol voor DDH voor kinderen van 7 maanden - 2 jaar oud en voor kinderen van 2 - 18 jaar oud.

Bijlage 2 Verslag focusgroep interview

Mening over inhoud en vorm van de richtlijn én de website

- > De richtlijn bevat veel theorie en is lastig te lezen door alle referenties en verwijzingen in de tekst. In de praktijk worden alleen de conclusies gelezen. Er wordt door de deelnemers gesuggereerd om de onderbouwing apart te houden van de conclusies en aanbevelingen. Dit sluit echter niet aan bij het door het NCJ gewenste format. De meeste deelnemers hebben de richtlijn geprint om deze door te kunnen lezen, enkele deelnemers lazen de richtlijn vanaf het beeldscherm via de website. Door de nadruk op de onderbouwing is het lastig om snel iets op te zoeken in de tekst. Men vindt een inhoudsopgave en samenvatting daarom wenselijk.

Gebruik richtlijn / website in dagelijkse praktijk

- > Specifieke informatie over risicofactoren is lastig te vinden. De deelnemers suggereren om dit in een tabel op te nemen. In de voorlichtingsfolder staat bijv. dat 1 op 6 kinderen die beeldvormend onderzoek ondergaan uiteindelijk heupdysplasie blijken te hebben. Het is niet duidelijk waar dat vandaan komt. De deelnemers leggen elkaar uit dat getal gebaseerd is op de sensitiviteit en de specificiteit van de gebruikte test.
- > De aanbeveling om binnen 1 week een verwijzing te regelen is praktisch niet uitvoerbaar. Professionals in de JGZ hebben onvoldoende tijd om verwijzing binnen deze termijn te regelen. Ook moeten de kinderen nog op tijd terecht kunnen in het ziekenhuis of bij de medisch specialist. De uitslag van het beeldvormend onderzoek komt verder vaak pas laat aan, of komt bij de huisarts terecht. Daar moet de jeugdarts dan achteraan bellen. De deelnemers geven aan dat een termijn van 2 á 3 weken beter haalbaar zou zijn en dat het maken van lokale afspraken met ziekenhuizen/medisch specialisten nodig zijn om deze termijn te kunnen halen.
- > Onderscheid 60 graden/ 70 graden (licht of sterk afwijkend onderzoekuitslag) is in de praktijk bijna niet te maken. De werkgroep overweegt om het onderscheid licht en sterk afwijkend te laten vervallen en de categorie 'ernstig' te hernoemen tot 'verdenking op luxatie'. Volgens de deelnemers is dat een goede suggestie.
- > Onduidelijk in de richtlijn is wat er gedaan moet worden als er na de leeftijd van 6 maanden toch nog een risicofactor wordt ontdekt, bijv. omdat er bij nader inzien toch heupproblemen in de familie aanwezig zijn of doordat een broertje of zusje een heupdysplasie blijkt te hebben.
- > Onderbouwing van beleid bij onveilig inbakeren wordt gemist. Eigenlijk wordt er dan toch niets gedaan, behalve voorlichting geven en wijzen op veilig inbakeren? Waarom wordt dan geen beeldvormend onderzoek gedaan? Dat is nu niet duidelijk in de richtlijn.

Materialen

- > De tekst in de voorlichtingsfolder wordt door enkele deelnemers niet als bevredigend gezien. De link naar de patiëntenvereniging wordt door één deelnemer gemist. De andere deelnemers aan het interview zijn het er niet mee eens. De folder wordt door ouders als prettig ervaren en de verantwoordelijkheid voor het verwijzen naar de patiëntenvereniging ligt bij de behandelaar.
- > Een samenvatting bij de richtlijn ontbreekt, evenals een inhoudsopgave. En waarom indeling in thema's en niet in hoofdstukken? Dit alles maakt het lastig om het overzicht te houden.
- > De gespreksleider vraagt of er behoefte is aan een beslisschema voor kinderen in de leeftijd van 7 maanden en ouder. Twee deelnemers vinden toevoeging van een dergelijk beslisschema niet nuttig, vier deelnemers lijkt het wel nuttig om dit toe te voegen.

- > Vormgeving stroomschema; 2 weken is niet terug te vinden in de richtlijntekst; stroomschema liever in zwart-wit houden dan is het gemakkelijker te printen.

(Uitvoerings)problemen in de dagelijkse praktijk en oplossingen

- > Andere werkwijze van ketenpartners is vaak een probleem. Samenwerking verloopt niet altijd soepel. De termijn van 3 maanden wordt niet altijd strak aangehouden. Terugkoppeling is heel slecht, brieven komen vaak niet aan of worden niet verstuurd en soms krijgen ouders zelfs geen uitslag. Op andere plaatsen verloopt het beter. Deelnemers zijn het er over eens dat het belangrijk is het gesprek hierover aan te gaan. Vanuit de richtlijn is het niet mogelijk andere ketenpartners te dwingen hun werkwijze te veranderen. De deelnemers geven aan dat ze het liefst zien dat de richtlijn ondanks de genoemde samenwerkingsproblemen de gewenste situatie weergeeft zodat de JGZ dit kan uitdragen. Ook bij klachten van ouders is het belangrijk een richtlijn te hebben om na te kunnen lopen of het proces goed is gevolgd.
- > De deelnemers ondervinden geen registratieproblemen.
- > Onderzoekmatje. Er zijn grote en kleinere maten in gebruik. Op een handdoek leggen is niet kindvriendelijk en wordt alleen bij twijfel over de juistheid van de uitslag van het onderzoek naar de heupen gedaan. In de omschrijving van het matje in de richtlijn alleen aangegeven dat het stevig moet zijn. Een bepaalde leverancier aanraden is lastig, in sommige organisaties worden de matjes op maat gemaakt.
- > De deelnemers waarderen dat in de richtlijn staat dat bij twijfel een extra consult afgesproken kan worden. Dan kan daar binnen de organisatie niet aan getornd worden.
- > Termijn van 32 weken i.v.m. stuitligging is bij ouders soms moeilijk te achterhalen. Op de verloskundige kaart is dat wel goed te zien.
- > Het is aan te bevelen om risicofactoren nog een tweede maal te checken.
- > Het is lastig dat voor stuitligging geen termijn wordt gegeven. De verwachting van de deelnemers is dat dat meer verwijzingen gaat geven. Eén deelnemer vindt het wel goed dat er dan op zeker wordt gespeeld. In de praktijk is inschatting door professional belangrijk. Conclusie is dat het noemen van een termijn in de richtlijn dan niet nodig is.

Effecten van de richtlijn

- > Er zijn een paar wijzigingen in de werkwijze door de nieuwe richtlijn, maar veel verandert er niet. Effecten van de richtlijn zullen dus beperkt zijn. Ook het feit dat het onderscheid in de gradering in de richtlijn nu niet helemaal duidelijk is helpt niet mee.
- > De figuur met de familiestamboom helpt bij de uitleg.
- > Communicatie met ouders verbetert n.a.v. de richtlijn. De folder wordt gewaardeerd. Het is prettig om een folder te kunnen aanbieden omdat er al bij 4 weken verwezen moet worden en er in korte tijd veel gebeurt. Voorheen vond verwijzing pas bij 3 maanden plaats. Dit is vervroegd omdat het resultaat van behandeling beter is als vroeg wordt gestart.
- > De meeste ouders zijn blij met het extra onderzoek in de richtlijn. Af en toe zijn er ouders die beeldvormend onderzoek weigeren.

Randvoorwaarden voor gebruik richtlijn

- > Er zijn geen jeugdverpleegkundigen onder de deelnemers dus het is onduidelijk of in deze groep alle kennis en vaardigheden aanwezig zijn om de richtlijn goed uit te kunnen voeren. De deelnemers hebben op basis van hun ervaringen het idee dat dat wel zo is.
- > De deelnemers vinden dat het inzetten van vervolgactie na verwijzing voor beeldvormend onderzoek tot hun takenpakket behoort. Soms wordt dit via het ziekenhuis geregeld en soms ook via de huisarts, en dan valt het niet binnen het takenpakket.

- > De deelnemers vinden het belangrijk om te weten dat ze op de jeugdverpleegkundige in het team kunnen vertrouwen. De richtlijn beschrijft de werkwijze goed en draagt dus bij aan dit vertrouwen.
- > Managers zouden geen invloed moeten hebben op de inhoud van de richtlijn, deze is namelijk medisch-inhoudelijk.
- > Er is niet veel extra tijd nodig om de richtlijn goed uit te kunnen voeren. Wel is er sprake van onderbezetting bij jeugdartsen, dat geeft extra werkdruk. En bij verwijzing moet er binnen korte termijn veel geregeld worden. Ook dat geeft extra werkdruk.
- > In sommige organisaties is de uitvoering lastig omdat contactmomenten zijn komen te vervallen.
- > De deelnemers zijn het er over eens dat dit een primair inhoudelijke richtlijn is en dat daar vanuit het oogpunt van goede zorg niet aan getornd mag worden.
- > Specialisten kennen de richtlijn vaak niet, dus bij implementatie ook die groepen op de hoogte brengen.
- > In de instructie van de richtlijn moeten in ieder geval aanbod komen:
 - Filmpje
 - Informatie over veilig inbakeren
 - Huisbezoek door jeugdverpleegkundige
 - Terugvragen of afspraak is gemaakt.
- > Er waren geen overbodige elementen in de instructie zoals die voor de praktijktest werd gehouden.
- > Advies aan organisaties is om twee uur beschikbaar te stellen voor het doornemen van de richtlijn. Veel van de inhoud is herkenbaar. Inwerken kan snel, maar duurt ongeveer 2 maanden omdat ook de jeugdverpleegkundigen geïnstrueerd moeten worden.
- > Geadviseerd wordt dat jeugdartsen de jeugdverpleegkundigen in hun eigen team op de hoogte stellen. Jeugdartsen moeten wel instructie krijgen.
- > Er is geen extra consulttijd nodig i.v.m. de richtlijn. Verwijzen kost wel extra tijd. Opvolging is altijd een probleem maar wel belangrijk. Er zal verder niet veel extra onderzoek op indicatie nodig zijn. Conclusie is dat invoering van de richtlijn eigenlijk geen extra tijd zal kosten.
- > Ook het aantal verwezen kinderen zal niet toenemen omdat de validiteit van de test laag is en de verschillen met de huidige werkwijze als klein worden ervaren.

Rondvraag

- > Stukje over communicatie met ouders wordt door de deelnemers als heel betuttelend ervaren. Dat moet echt ingekort worden. De tekst onder het kopje gespreksvoering is heel kinderachtig de deelnemers voelen zich niet serieus genomen in hun professionaliteit. De wens om dit zo te doen komt voor een deel van ouders en de patiëntenvereniging. Voor de acceptatie van de richtlijn en de beeldvorming richting medisch-specialisten is het verstandig om dit in te korten.
- > Het is belangrijk in de richtlijn aan te geven om niet te spreken over een heupdysplasie die 'gemist' is. Missen is een onhandig woord omdat de validiteit van de test laag is en de waarde van het lichamelijk onderzoek beperkt. Vooral voor de jeugdverpleegkundige moet dat duidelijk zijn. Ook kan er een afwijking nieuw ontstaan. In de richtlijn is niet duidelijk hoe en wanneer dat ontstaat. Dat zou bijv. op pagina 6 aangevuld kunnen worden. Nu voelen jeugdartsen zich schuldig als heupproblemen pas later worden ontdekt.
- > Er zijn ook gewoonten die afgeraden moeten worden, zoals gebruik van een loopstoeltje, bepaalde typen draagzakken. Er is een keurmerk voor heupveiligheid. Voor ouders is dat handig om te weten, maar dat staat nu niet in de richtlijn.

- > N.B. Lengtemeting bij 4 weken was voorheen een discussiepunt, hier wordt in de richtlijn geen specifieke aandacht aan besteed.
- > Tekstueel:
 - Onderdeel 'richtlijn in het kort' structureren op leeftijd. In titel eerst stukje tekst schrappen, dit wordt 'leeftijdperiode t/m 6 maanden'.
 - In folder wordt geen onderscheid gemaakt tussen echo's n.a.v. de aanwezigheid van risicofactoren en echo's op indicatie n.a.v. bevindingen van de jeugdarts.