

TNO-rapport**TNO/CH 2012 R11025****Proefimplementatie JGZ-richtlijn "Nazorg voor
vroeg- en/of SGA geboren kinderen"****Behavioural and Societal
Sciences**Wassenaarseweg 56
2333 AL Leiden
Postbus 2215
2301 CE Leidenwww.tno.nl

T +31 88 866 90 00

F +31 88 866 06 10

infodesk@tno.nl

Datum	December 2012
Auteur(s)	Dr. S.M. van der Pal Dr. M.A.H. Fleuren
Aantal pagina's	48 (incl. bijlagen)
Aantal bijlagen	3
Opdrachtgever	ZonMw Project 15600 0009 (Richtlijnontwikkeling Jeugdgezondheidszorg: Nazorg pre- en dysmatuuren)
Projectnummer	031.14743/01.01

Alle rechten voorbehouden.

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

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

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

© 2012 TNO

Inhoudsopgave

1	Inleiding	4
1.1	Achtergrond	4
1.2	Determinantenanalyse via proefimplementatie	4
1.3	Proefimplementatie in zorgketen	5
1.4	Doelstelling en vraagstellingen	5
2	Methode	6
2.1	Overzicht activiteiten	6
2.2	Kernelementen richtlijn	6
2.3	Werving van organisaties en respons	6
2.4	Begeleiding proefimplementatie vanuit TNO	6
2.5	Evaluatie proefimplementatie	8
2.6	Analyses	9
3	Resultaten overdracht- en registratieformulieren	11
3.1	Respons	11
3.2	Volledigheid gegevens-overdracht vanuit ziekenhuis	12
3.3	Afspraken rondom casemanagement	14
3.4	Anamnese, uitgevoerde diagnostiek (correctie voor vroeggeboorte) en beleid	15
3.5	Tijdsinvestering	16
3.6	Ervaren knelpunten bij het gebruik van de richtlijn	17
4	Resultaten vragenlijst	18
4.1	Respons en weergave analyses	18
4.2	Evaluatie instructie/scholing	18
4.3	Gebruik van de richtlijn	18
4.4	Determinanten die het gebruik van de richtlijn beïnvloeden	19
4.5	Benodigde lees- en inwerktijd	21
4.6	Knelpunten en duiding antwoorden	21
5	Resultaten focusgroep-interviews	23
5.1	Respons	23
5.2	Algemene indruk	23
5.3	Opzet, vorm en inhoud richtlijn	23
5.4	Tijdige overdracht gegevens	24
5.5	Invulling casemanagement	25
5.6	Invulling warme overdracht	26
5.7	Afstemming voedingsadviezen	26
5.8	Randvoorwaarden voor de landelijke invoering	27
6	Resultaten interviews ouders	29
6.1	Respons	29
6.2	Ziekenhuisopname	29
6.3	Eerste contact (huisbezoek) met JGZ na ontslag	29
6.4	Corrigeren van vroeggeboorte bij contactmomenten JGZ	29
6.5	Afstemmen van afspraken en adviezen	30
6.6	Casemanager	30
6.7	Positieve ervaringen	30
6.8	Aandachts- en verbeterpunten	30

7	Nabespreking proefimplementatie.....	32
8	Conclusies en aanbevelingen voor landelijke invoering.....	34
8.1	Conclusies	34
8.2	Kritische kanttekeningen	34
8.3	Aanbevelingen en randvoorwaarden voor de landelijke invoering.....	35
8.4	Welke wijzigingen zijn in de conceptrichtlijn doorgevoerd n.a.v. de proefimplementatie	39
9	Literatuur	40

Bijlage(n)

- A Gedetailleerde resultaten focusgroepinterviews en vragenlijstonderzoek
- B Verpleegkundig overdrachtsformulier; “ontslag ziekenhuis naar huis” (Onze Lieve Vrouwe Gasthuis & Sint Lucas Andreas Ziekenhuis)
- C Registratieformulier jgz-richtlijn nazorg vroeg/sga-geboorte

1 Inleiding

1.1 Achtergrond

In Nederland werden in 2008 in totaal 13.649 (een forse 7,7%) kinderen vroeg geboren (zwangerschapsduur <37 weken) en 1,5% van alle pasgeborenen wordt zelfs zeer te vroeg geboren met een zwangerschapsduur onder 32 weken. Van alle pasgeborenen heeft 1,4% een geboortegewicht <1500 gram (PRN, 2011 & van der Pal, 2012). Van de pasgeborenen met een geboortegewicht onder 1500 gram is het merendeel tevens te vroeg geboren. Het aantal te vroeg geboren kinderen dat in leven blijft zal naar verwachting nog toenemen nu de nieuwe behandelrichtlijnen bij extreme vroeggeboorte landelijk geaccepteerd zijn. Voor ouders betekent het krijgen van een te vroeg geboren kind onzekerheid, angst en ongerustheid. Een goede overgang vanaf de ziekenhuisopname naar de thuissituatie en nazorg in de eerste levensjaren is gewenst. Ouders dienen te weten waar zij met hun vragen terecht kunnen.

TNO heeft in samenwerking met de Orde van Medisch Specialisten een conceptring "Nazorg voor te vroeg en/of SGA (Small for Gestational Age; te licht voor de zwangerschapsduur) geboren kinderen" ontwikkeld, hierna te noemen "Nazorg vroeg- en/of SGA-geboorte" (Landelijke werkgroep "Concept JGZ richtlijn Nazorg vroeg en/of SGA-geboorte, 2012). De richtlijn is primair ontwikkeld voor beroepsbeoefenaars in de Jeugdgezondheidszorg (JGZ), te weten artsen en verpleegkundigen. De richtlijn geeft hen instructies en handvatten voor een gerichte signalering, begeleiding, behandeling (interventies), verwijzing en nazorg. Met de richtlijn wil de JGZ samen met kinderartsen, huisartsen en andere hulpverleners de nazorg voor kind en ouders verbeteren.

1.2 Determinantenanalyse via proefimplementatie

Om de kans op succesvolle (landelijke) invoering van de richtlijn te maximaliseren dient er zicht te zijn op de determinanten die de invoering belemmeren en/of bevorderen. Een dergelijke analyse van determinanten vindt plaats onder de beoogde gebruikers van een richtlijn vóórdat deze definitief is en verspreid wordt. Vervolgens kunnen (landelijke) invoerstrategieën toegesneden worden op de uitkomsten van deze analyse (Fleuren, 2004).

In de JGZ gebeurt een dergelijke determinantenanalyse via een proefimplementatie waarbij uitvoerende JGZ-medewerkers en, indien relevant, managers, de conceptring gedurende enige maanden uittesten (Fleuren, 2010a). Hierdoor wordt duidelijk wat de uitvoeringsproblemen in de dagelijkse praktijk zijn, op welke punten de richtlijn zelf nog bijstelling behoeft en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd om het werken met de richtlijn mogelijk te maken, zoals scholing, inwerktijd, benodigde materialen, etc. Dit is zowel van belang voor managers en implementatiefunctionarissen om de richtlijn in hun eigen JGZ-organisatie te kunnen invoeren, alsook voor het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) dat de regie voert over de landelijke invoering van de JGZ-richtlijnen.

1.3 Proefimplementatie in zorgketen

Een van de kernaanbevelingen uit de JGZ-richtlijn “Nazorg vroeg/SGA-geboorte” betreft de overdracht, doorverwijzing en de afstemming tussen het ziekenhuis en de JGZ, waarbij het initiatief (chronologisch) bij de kinderarts ligt. De proefimplementatie is daarom in de zorgketen uitgevoerd waarbij zowel de JGZ als twee ziekenhuizen in eenzelfde regio betrokken zijn.

1.4 Doelstelling en vraagstellingen

De doelstelling van deze proefimplementatie is: nagaan welke determinanten een rol spelen bij het gebruik van de JGZ-richtlijn “Nazorg voor te vroeg en SGA geboren kinderen” in de dagelijkse praktijk, om op basis daarvan aanbevelingen te doen voor de (landelijke) invoering van deze richtlijn in de JGZ en bij ziekenhuizen.

De vraagstellingen van het project zijn:

1. Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de JGZ-conceptrichtlijn “Nazorg vroeg/SGA-geboorte” door alle betrokkenen in de keten, met name kinderartsen en verpleegkundigen in het ziekenhuis en jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen in de JGZ?
2. Hoe ervaren ouders de nazorg conform de aanbevelingen uit de JGZ-conceptrichtlijn “Nazorg vroeg/SGA-geboorte”
3. Welke (invoerings)activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd voor en/of bij de landelijke invoering?

2 Methode

2.1 Overzicht activiteiten

Er vonden verschillende activiteiten plaats met betrekking tot (de voorbereiding van) de proefimplementatie en de evaluatie ervan. In dit hoofdstuk worden de activiteiten in chronologische volgorde beschreven.

2.2 Kernelementen richtlijn

Door de ontwikkelaars van de richtlijn zijn de kernelementen van de richtlijn bepaald. Kernelementen zijn die activiteiten die in ieder geval uitgevoerd moeten worden om het effect van de richtlijn bij de 0-4 jarigen te bewerkstelligen (Fleuren, 2010a). Voor de richtlijn “Nazorg vroeg/SGA-geboorte” betreft dit enerzijds de kernelementen bij de overdracht en afstemming rondom ontslag en anderzijds die ten aanzien van preventie, signalering en begeleiding in de JGZ. Zie ook paragraaf 2.4 en 2.5.

2.3 Werving van organisaties en respons

In overleg met de ontwikkelaars van de richtlijn, de Nederlandse Vereniging voor Kindergeneeskunde (NVK), het NCJ en ZonMw is besloten de regio Amsterdam, te weten het Onze Lieve Vrouwe Gasthuis (OLVG), het Sint Lucas Andreas Ziekenhuis (SLAZ) en de afdeling JGZ van de GGD Amsterdam, te benaderen voor deelname aan de proefimplementatie. Vanuit beide ziekenhuizen worden kinderen direct overgedragen naar de thuissituatie en dus naar de JGZ. Dit sluit nauw aan bij de overdracht zoals beschreven in de JGZ-richtlijn “Nazorg vroeg/SGA-geboorte”. Academische ziekenhuizen zijn in dit verband niet meegenomen omdat kinderen dan vaak eerst nog overgeplaatst worden naar het regionale ziekenhuis, voordat zij naar huis ontslagen worden.

Vanuit de GGD Amsterdam namen in totaal 24 JGZ-medewerkers deel: zes teams met ieder twee JGZ-artsen en twee JGZ-verpleegkundigen.

Vanuit het OLVG en het SLAZ namen alle kinderartsen/neonatalogen, assistenten (AIO's en ANIO's) en verpleegkundigen deel die te maken hebben met de zorg rondom ontslag en bij de nazorg van te vroeg en/of SGA geboren kinderen. In totaal ging dit vanuit het SLAZ om 34 verpleegkundigen en secretaresses en 12 arts- en arts-assistenten en vanuit het OLVG om 50 verpleegkundigen en secretaresses en 8 artsen.

2.4 Begeleiding proefimplementatie vanuit TNO

De ervaring leert dat de invoering van een richtlijn in een zorgketen met verschillende organisaties en daarbinnen verschillende disciplines /afdelingen, vrij complex is en enige ervaring vraagt (Huiskes, 2010 & Fleuren, 2010b). Daarom heeft TNO de proefimplementatie vrij intensief begeleid en de organisaties hier zoveel mogelijk in gefaciliteerd.

2.4.1 *Aandachtfunctionarissen en gezamenlijk regionaal overleg*

Binnen elke organisatie (ziekenhuizen en GGD) werd één aandachtfunctionaris benoemd die de proefimplementatie in de organisatie begeleidde en de verzameling van onderzoeksgegevens coördineerde. Deze aandachtfunctionarissen werden ondersteund en geadviseerd door TNO. In het begin vond er geregeld bilateraal overleg plaats tussen TNO en de aandachtfunctionarissen over de invoering. Daarnaast vond er voorafgaand aan de proefimplementatie vier keer een gezamenlijk overleg plaats met alle organisaties waarbij ervaringen werden uitgewisseld. Er werd gekeken hoe de richtlijn het best toegepast kon worden binnen de huidige regionale praktijk en er werd gekeken naar praktische zaken zoals de inhoud van het overdrachtsformulier en de gang van zaken rondom de overdracht. Tijdens de proefimplementatie vond nog tweemaal een overleg plaats om mogelijke bestaande knelpunten tijdig te ondervangen. Een aantal maanden na de proefimplementatie is een nabespreking gepland om het proces te evalueren en te bespreken hoe men binnen deze regio het werken met de richtlijn zal continueren. Alle deelnemende organisaties ontvingen een uren-vergoeding voor de deelname aan deze proefimplementatie. Het overleg is steeds zeer actief aangestuurd door TNO.

2.4.2 *Overdrachtsformulier ziekenhuis*

De bestaande overdrachtsformulieren van OLVG en SLAZ werden in overleg met de aandachtfunctionarissen, ziekenhuismedewerkers en JGZ-medewerkers aangepast aan de kernelementen uit de richtlijn. Het formulier bevat daarmee alle zaken die volgens de richtlijn overgedragen moeten worden bij de overdracht van ziekenhuis naar de JGZ, zoals de benodigde medische en verpleegkundige overdrachtsgegevens, de aanstelling van een casemanager of afspraken met andere betrokken zorgverleners. Besloten werd om dit overdrachtsformulier (zie Bijlage B) via het centrale GGD adres naar de diverse consultatiebureaus te sturen. Tijdens tussentijdse overleg bleek dat deze formulieren door het interne proces bij de GGD niet op tijd (voor het eerste huisbezoek) aankwamen bij de consultatiebureaus. Daarom hebben de ziekenhuizen besloten om ouders twee kopieën mee te geven; één voor henzelf en één voor het consultatiebureau.

2.4.3 *Registratieformulier JGZ*

Op basis van de kernelementen uit de richtlijn werd een registratieformulier voor de JGZ ontwikkeld.

Het formulier bevatte de volgende rubrieken (zie Bijlage C):

- Overdrachtsgegevens vanuit het ziekenhuis;
- Afspraken rondom het case-management;
- Anamnese, uitgevoerde diagnostiek en beleid in de JGZ;
- Tijdsinvestering;
- Ervaren knelpunten in het gebruik van de richtlijn.

Dit formulier had primair tot doel de invoering te evalueren, maar werkte voor JGZ-medewerkers ook als 'geheugensteun' van de inhoud van de richtlijn.

2.4.4 *Instructie/scholing*

Gebaseerd op de kernelementen van de richtlijn werd een instructie/scholing samengesteld door de ontwikkelaars (TNO en de Orde van Medisch Specialisten) van de richtlijn, in samenspraak met de aandachtfunctionarissen bij de ziekenhuizen en GGD. Het betrof tweemaal een twee uur durende instructie/scholing, die voorafgaande aan de proefimplementatie werd gegeven en

die werd aangeboden aan zowel JGZ-medewerkers en ziekenhuismedewerkers. Aangezien één JGZ-team niet kon op beide data en vanuit het ziekenhuis de opkomst laag was bij deze bijeenkomsten (mede veroorzaakt door wisselende diensten), is besloten nog drie aanvullende korte instructies te geven bij de ziekenhuizen en één JGZ-team. Voorafgaand aan de instructie bestudeerden de deelnemers de conceptrichtlijn, de bijbehorende ouderfolder, het op de richtlijn aangepast overdrachtsformulier en het registratieformulier.

2.5 Evaluatie proefimplementatie

2.5.1 Procedure

De proefimplementatie hield in dat de deelnemers gevraagd werden vier maanden (begin februari tot eind mei 2012) met de conceptrichtlijn te werken, deze in de praktijk uit te testen op de uitvoerbaarheid en daarbij per kind en/of contactmoment een aantal zaken te registreren.

2.5.2 Overdrachtsformulier ziekenhuis

Voor ieder kind dat gedurende de vier maanden proefimplementatie vanuit het ziekenhuis (OLVG of SLAZ) werd overgedragen, werd een overdrachtsformulier ingevuld, waarbij een kopie naar de aandachtfunctionaris JGZ ging. De geanonimiseerde kopieën werden naar TNO gestuurd voor analyse. De bedoeling is dat het formulier ook na afloop van de proefimplementatie bruikbaar blijft, na eventuele bijstelling op basis van de proefimplementatie.

2.5.3 Registratieformulier JGZ

Iedere JGZ-team vulde gedurende de vier maanden proefimplementatie voor ongeveer 15 kinderen registratieformulieren in. Daarbij werden de volgende uitgangspunten gehanteerd:

- Een gelijke verdeling in matig SGA/prematuur (tussen 32 en 37 weken zwangerschapsduur) en extreem SGA/prematuur (< 32 weken zwangerschapsduur);
- Een gelijke verdeling tussen recent uit het ziekenhuis ontslagen baby's en kinderen maar ook kinderen die wat ouder zijn en bijvoorbeeld hun laatste contactmoment bij de JGZ 0-4 krijgen.

2.5.4 Vragenlijst

Na afloop van de proefimplementatie vulden de deelnemers een digitale vragenlijst in (via een website) om de gehele proefimplementatie te evalueren. Gevraagd werd naar:

- Een evaluatie van de instructie/scholing over de richtlijn.
- Het gebruik van de richtlijn, waarbij voor acht kernelementen werd gevraagd bij hoeveel kinderen men het betreffende kernelement had uitgevoerd. Het gaat hier om gerapporteerd gedrag.
- Determinanten die het gebruik van de JGZ-richtlijnen in algemene zin blijken te beïnvloeden, onderverdeeld naar (Fleuren, 2004 & Fleuren, 2012):
 - Kenmerken van de richtlijn en de ouderfolder. Gevraagd werd naar de procedurele helderheid, juistheid, compleetheid, complexiteit, congruentie met huidige werkwijze, zichtbaarheid van de uitkomsten van het werken met de richtlijn en relevantie voor de ouders.
 - Kenmerken van de gebruiker (ziekenhuismedewerker en JGZ-medewerker). Gevraagd werd naar kennisname van de richtlijn, de folder en het

overdrachtsformulier, uitkomstverwachtingen (bijv. de richtlijn draagt bij aan goede nazorg voor vroeg/SGA-geboren kinderen), persoonlijk voordeel/nadeel (bijv. werken met de richtlijn geeft veel voldoening), sociale steun (collega's, leidinggevende, professionals in de zorgketen en ouders), en normative beliefs (verwachting van belangrijke anderen over het gebruik van de richtlijn). Ook werd gevraagd naar de taakopvatting en eigen-effectiviteitsverwachting (in hoeverre men zich in staat voelt een kernaanbeveling uit te voeren) met betrekking tot de uitvoering van acht kernelementen uit de richtlijn.

- Kenmerken van de organisatie én kenmerken van de sociaal-politieke omgeving. Gevraagd werd naar benodigde en beschikbare (inwerk)tijd, materialen en voorzieningen.
- Benodigde leestijd en inwerktijd in richtlijn.

2.5.5 *Focusgroepinterviews deelnemers*

Na afloop van de proefimplementatie vonden twee gemengde (met zowel JGZ-medewerkers als ziekenhuis-medewerkers) focusgroepinterviews plaats, één per ziekenhuis en adherente JGZ-teams. Het doel van de interviews was om dieper in te gaan op de determinanten die uit de analyses van de overdrachtsformulieren, de registratieformulieren en evaluatievragenlijsten naar voren kwamen. Tevens werden mogelijke oplossingen voor de uitvoeringsproblemen besproken én aanbevelingen voor de landelijke invoering van de richtlijn. Alle deelnemers kregen ter voorbereiding op het interview de vragen toegestuurd. Van elk focusgroepinterview werd een verslag gemaakt. Dit verslag werd ter correctie en aanvulling aan de geïnterviewden voorgelegd.

2.5.6 *Interviews ouders*

De ziekenhuizen en GGD werd gevraagd om gedurende de proefimplementatie aan de ouders de bij de richtlijn behorende ouderfolder uit te reiken. Onderaan de folder werden ouders uitgenodigd zich aan te melden om feedback te geven over de folder en de begeleiding. Deze folder werd, vooral vanuit de JGZ, niet actief uitgedeeld. In het ziekenhuis werd de folder wel meegegeven bij ontslag, maar omdat ouders dan veel informatie kregen, had men niet het idee dat de folder actief gelezen is door ouders. Er is vanuit ouders ook geen reactie op de folder gekomen. Daarom zijn vier ouders actief door de JGZ gevraagd om deel te nemen aan een telefonisch interview over de gang van zaken na ontslag van hun kind uit het ziekenhuis. Er werd naar gestreefd om ouders te spreken waarbij een warme overdracht had plaatsgevonden. Echter, deze ouders waren door omstandigheden niet meer in beeld bij de GGD na de proefimplementatie. Uiteindelijk vonden er vier telefonische interviews plaats na afloop van de proefimplementatie.

2.6 **Analyses**

Voor de analyses van de overdrachtsformulieren, registratieformulieren en vragenlijsten is gebruik gemaakt van beschrijvende statistieken (SPSS versie 17.0). Vanwege de kleine aantallen was het niet opportuun verschillen in antwoorden statistisch te toetsen. De registratieformulieren werden bekeken op de door de JGZ aangegeven 1) volledigheid van de gegevensoverdracht vanuit het ziekenhuis, 2) afspraken rondom casemanagement, 3) anamnese, uitgevoerde diagnostiek (correctie voor vroeggeboorte) en beleid tijdens huidig JGZ-contactmoment, 4)

tijdsinvestering en 5) ervaren knelpunten bij het gebruik van de richtlijn. De overdrachtsformulieren werden handmatig door twee onderzoekers bekeken op volledigheid. Waar mogelijk werd het overdrachtsformulier vanuit het ziekenhuis gekoppeld aan het registratieformulier van het eerste JGZ contactmoment met ouders na ontslag.

3 Resultaten overdracht- en registratieformulieren

3.1 Respons

Zoals beschreven in de Methode (2.5.3) zijn de JGZ medewerkers gevraagd om registratieformulieren in te vullen na contactmomenten met alle te vroeg en/of SGA geboren kinderen gedurende de duur van de proefimplementatie. Ze werden gevraagd elk kind een aparte kind-code te geven op een lijstje die zij voor eigen administratie konden bijhouden. Daardoor werd inzichtelijk van welke kinderen op meerdere momenten registratieformulieren ingevuld waren. In totaal werden 128 formulieren naar TNO opgestuurd met 119 verschillende kindcodes (7 keer 2 registratieformulieren van een kind en 1 keer 3 formulieren). Sommige teams hebben meer formulieren ingevuld omdat het om grotere JGZ-locaties ging waar meer kinderen kwamen. Na de proefimplementatie-periode heeft de GGD 13 geanonimiseerde overdrachtsformulieren die zij ontvangen hebben van de ziekenhuizen naar TNO opgestuurd. Bij drie van deze formulieren bleek dat de GGD alleen een enkelzijdig kopie van het ziekenhuis ontvangen had, waardoor de helft van de informatie ontbrak. Deze ziekenhuis-overdrachtsformulieren konden gekoppeld worden aan de registratieformulieren dankzij de anonieme en unieke kind-codes. Tabel 1 geeft een overzicht van de kind-kenmerken en de contactmoment-kenmerken zoals genoteerd op de registratie- en overdrachtsformulieren.

Tabel 1: Kenmerken van 128 JGZ-registratieformulieren (van 119 kinderen) en 13 ziekenhuis-overdrachtsformulieren.

Karakteristieken		Aantal (n)
Zwangerschapsduur bij geboorte (per kind; 1 missing)	< 32 weken	23
	≥ 32 weken	95
<i>Gemiddelde zwangerschapsduur (alle formulieren)</i>		<i>34 weken en 3 dagen</i>
Geboortegewicht (per kind; 4 missing)	<1500 gram	17
	1500 - 2000 gram	33
	2000 - 2500 gram	33
	> 2500 gram	32
<i>Gemiddeld geboortegewicht (alle formulieren)</i>		<i>2069 gram (sd=593)</i>
Tweelingen (per kind)	Tweeling	32
	Geen tweeling	87
Kalenderleeftijd kind op formulier (alle formulieren)	≤ 6 maanden	80
	6 maanden - 12 maanden	21
	12 maanden - 24 maanden	13
	24 maanden - 36 maanden	8
	> 36 maanden	6
<i>Gemiddelde kalenderleeftijd (alle formulieren)</i>		<i>8,9 maanden (sd=11,4)</i>
Ingevuld door (2 missing)	Jeugdarts	71
	Jeugd-verpleegkundige	55
Aard huidig contactmoment (2 missing)	Regulier PGO	89
	Huisbezoek	28
	Extra contactmoment/ op indicatie	9
Eerste/laatste contact (25 missing)	Eerste contact	25
	Vervolg-contact	75
	Laatste contact	3
Registratieformulieren per team	Team A	45
	Team B	23
	Team C	14
	Team D	8
	Team E	20
	Team F	18
13 overdrachtsformulieren, gekoppeld aan registratieformulieren;		Aantal
Zwangerschapsduur bij geboorte	< 32 weken	3
	32-34 weken	6
	> 34 weken	4
Geboortegewicht	<1500 gram	2
	1500 - 2000 gram	6
	2000 - 2500 gram	4
	> 2500 gram	1
Jongens versus meisjes	Jongens	5
	Meisjes	8

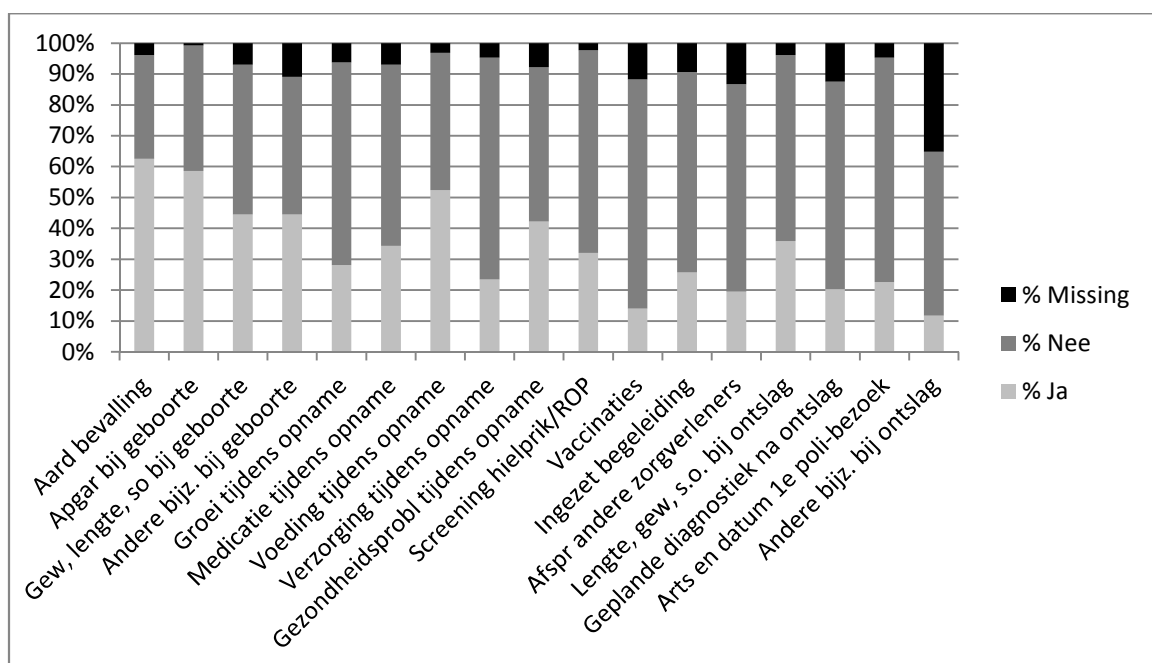
3.2 Volledigheid gegevens-overdracht vanuit ziekenhuis

Registratieformulieren

Bij de helft van de registratieformulieren werd aangegeven dat er geen sprake was van een medische overdracht (n=61; 47,7% van alle formulieren) en/of een verpleegkundige overdracht (n=56; 43,8%). Bij de overige formulieren werd het

vaakst aangegeven dat er een “schriftelijke” overdracht had plaatsgevonden (schriftelijke medische overdracht: n=60; 46,9% en schriftelijke verpleegkundige overdracht: n=43; 33,6%). Er heeft slechts eenmaal een face-to-face overdracht plaatsgevonden en slechts tweemaal een telefonische overdracht. Soms wordt er bij een eerste huisbezoek genoteerd dat de ouders de overdracht schriftelijk thuis hebben liggen. Bij de wat oudere kinderen (van vóór de proefimplementatie) ontbreekt vaker een verpleegkundige overdracht. Dit komt waarschijnlijk doordat de overdracht pas aangepast is tijdens de proefimplementatie, dus alleen zichtbaar bij de jongste kinderen. Bij de registratieformulieren waarbij het om een eerste contact ging werd er minder vaak “geen verpleegkundige overdracht” aangegeven (36%) dan bij de overige contactmomenten (61%). Er was bij de eerste contactmomenten vaak geen “medische overdracht” (vanuit de arts), maar dit komt waarschijnlijk omdat het eerste huisbezoek te snel plaatsvindt (eerste week na ontslag) om de medische overdracht te kunnen versturen en ontvangen. Op de helft van de formulieren werd aangegeven dat de medische overdracht na 14 dagen binnenkwam. Bij de verpleegkundige overdrachtsformulieren ging dit slechts om een op de vijf formulieren.

Figuur 1 laat zien in welke mate overdrachtsgegevens bekend zijn bij de JGZ tijdens het geregistreerde contactmoment (alle registratieformulieren). De figuur laat zien dat over het algemeen veel gegevens ontbreken. De gegevens rondom de geboorte worden het vaakst overgedragen vanuit het ziekenhuis en zijn bekend bij de JGZ. Bij de overdracht van groeigegevens werd vaak aangemerkt dat het gewicht wel bekend was bij de JGZ, maar dat de lengte en hoofdomtrek soms ontbraken. Over het algemeen is het minst bekend over vaccinaties (14% ja) en afspraken met andere zorgverleners en geplande diagnostiek na ontslag (beiden 20% ja).



Figuur 1: Gegevensoverdracht, zoals bekend bij de JGZ tijdens huidig contactmoment

Koppeling van overdrachtsformulier bij registratieformulieren

Er is gekeken of de overdrachtsformulieren volledig en duidelijk waren in gevuld m.b.t.: 1) groeigegevens bij geboorte, tijdens opname en ontslag, 2) overdracht van voedingsbeleid en 3) afspraken in het ziekenhuis na ontslag. Deze drie onderwerpen zijn gekozen omdat de JGZ tijdens de focusgroepen heeft aangegeven deze van belang te vinden en omdat uit bovenstaande analyse bleek dat deze gegevens vaak ontbraken. Dankzij de kindcodes konden overdrachtsformulieren en registratieformulieren naast elkaar gelegd worden. Hierdoor kon ook gekeken worden of deze overeenkwamen.

Het bleek dat op alle 13 verpleegkundig overdrachtsformulieren het geboortegewicht genoteerd is. Echter, gegevens over geboortelengte en schedelomtrek bij geboorte ontbreken vaak. De mogelijkheid om schedelomtrek in te vullen is zelfs op een aantal formulieren weggehaald / niet mogelijk. Groei tijdens opname wordt bijna nooit beschreven bij de open velden (zoals "korte samenvatting ziektebeloop"). Er zou wellicht een apart veld met "groei tijdens opname" moeten komen op het formulier. Gewicht, lengte en schedelomtrek op het moment van ontslag zijn bij alle overdrachtsformulieren ingevuld (m.u.v. 3 formulieren die enkelzijdig gekopieerd waren), met uitzondering van drie formulieren waar alleen het gewicht bij ontslag was ingevuld.

Het voedingsbeleid werd op alle verpleegkundig overdrachtsformulieren ingevuld (m.u.v. 3 formulieren die enkelzijdig gekopieerd waren). Echter, slechts op 3 formulieren werd ingevuld of de kinderarts het voedingsbeleid behield tot deze zou overdragen naar JGZ. Op één formulier werd "nee" ingevuld maar niet wie dan wel. Op één formulier was de vraag over het voedingsbeleid wegevalen en op 2 formulieren werd de voeding slechts deels ingevuld.

Bij de "afspraken na ontslag" is op slechts twee formulieren niets ingevuld (ontslagdatum eind februari) en is één formulier deels ingevuld. Mogelijk is dit onderdeel geweest van het opstartprobleem met het invullen van de overdrachtsformulieren, zoals ook aangegeven door de ziekenhuizen.

Op de meeste bijbehorende JGZ-registratieformulieren wordt ook aangegeven dat inderdaad alle gegevens zijn overgedragen. Bij sommige formulieren is genoteerd dat het overdrachtsformulier bij ouders thuis lag tijdens het eerste huisbezoek. Als het registratieformulier werd ingevuld door de jeugdarts dan viel op dat de gegevens die werden aangegeven als "ontbrekend wel op het verpleegkundig overdrachtsformulier stonden. De vraag is of de jeugdarts ook de verpleegkundige overdracht raadpleegt.

3.3 Afspraken rondom casemanagement

Registratieformulieren

Op slechts 30% van de formulieren wordt aangegeven dat bij de JGZ-medewerker bekend is wie de casemanager is en hoe deze te bereiken is. Op 27 formulieren (21% van alle registratieformulieren) is aangegeven dat de "kinderarts" de casemanager is, op 11 formulieren was dit de "jeugdarts" (9%), op 4 formulieren (3%) werd "anders" aangekruist (bijvoorbeeld overplaatsing naar een ander ziekenhuis), op 28 formulieren (22%) werd aangegeven dat "niemand" de casemanager was en op de overige formulieren (45%) wist men het niet. Er wordt op slechts 14% van de formulieren aangegeven dat de JGZ-medewerker denkt dat bij ouders bekend is wie de casemanager is.

Koppeling van overdrachtsformulier bij registratieformulieren

Er is gekeken of op de ziekenhuis-overdrachtsformulieren is ingevuld wie de casemanager is. Op 1 formulier ontbreekt deze informatie omdat het formulier onjuist (eenzijdig) gekopieerd is vanuit het ziekenhuis.

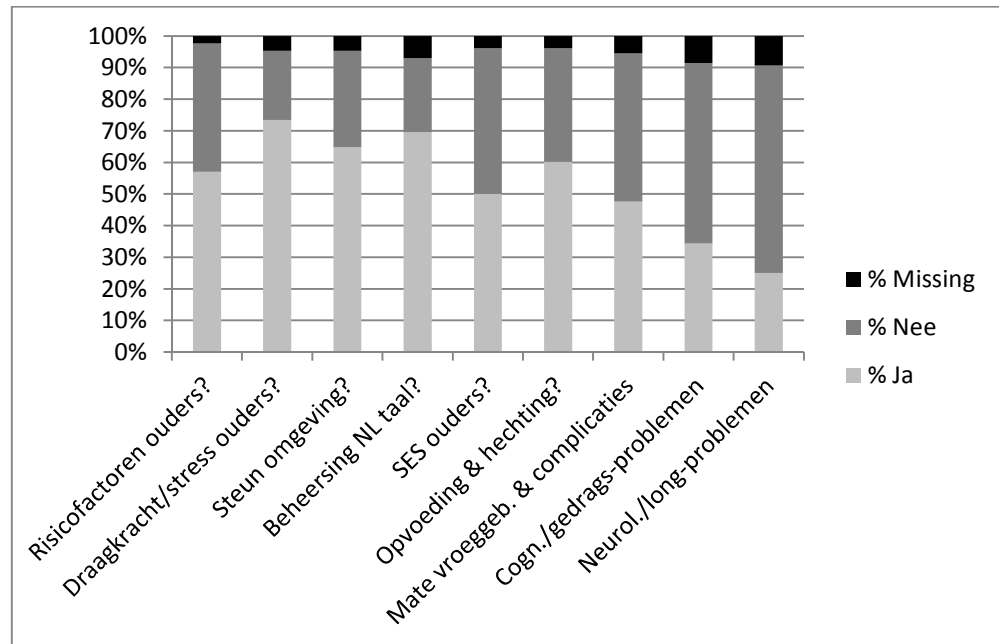
- Op slechts 3 van de 13 overdrachtsformulieren is niet ingevuld wie de casemanager is. Echter, op 2 van de bijhorende JGZ-registratieformulieren is wel door de JGZ ingevuld dat de casemanager eenmaal de jeugdarts en eenmaal de kinderarts is. Op 1 formulier is de casemanager niet ingevuld en dus ook niet bekend bij de JGZ.
- Op 5 overdrachtsformulieren is er wel een casemanager aangekruist door het ziekenhuis maar is dit niet bekend bij de JGZ.
- Op 2 formulieren is aangekruist dat de kinderarts casemanager is, maar is geen naam ingevuld en op het bijbehorende JGZ-registratieformulier is dit als hinderlijk aangegeven.
- Op 1 formulier zijn zowel de jeugdarts als de kinderarts aangekruist en is vanuit de JGZ ook aangekruist dat niet bekend is wie de casemanager is.
- Bij 1 formulier heeft het ziekenhuis aangegeven dat de jeugdarts/JGZ de casemanager is. Echter de JGZ geeft aan "komen alleen bij JGZ voor vaccinaties", wat kan betekenen dat ouders hebben aangegeven dat ze alleen naar de JGZ komen voor de vaccinaties. Dit komt vaker voor bij ouders van te vroeg geboren kinderen, die de nazorg vanuit het ziekenhuis soms al meer dan voldoende vinden.

Op 3 overdrachtsformulieren was niet ingevuld waar ouders terecht kunnen met vragen over voeding, ontwikkeling en intercurrente ziekte. Op 3 formulieren was volledig ingevuld bij wie ouders terecht kunnen met vragen. Op 2 formulieren was dit alleen voor de voeding ingevuld, op 2 formulieren werd de "casemanager" aangekruist maar was niet duidelijk wie dit was en op 3 formulieren stond een opmerking dat ouders tot 1-2 weken na ontslag met de afdeling neonatologie konden bellen en daarna met het consultatiebureau.

3.4 Anamnese, uitgevoerde diagnostiek (correctie voor vroeggeboorte) en beleid

Risicofactoren uitgevraagd

Figuur 2 laat zien dat vooral risicofactoren rondom ouders uitgevraagd worden door de JGZ-medewerker. Uit de opmerkingen blijkt dat de meeste risicofactoren wel al bekend zijn of dat ouders hier zelf mee komen. Vooral bij ouders van allochtone afkomst waren veel risicofactoren bekend bij de JGZ (bijvoorbeeld; uitkering, (stress door) uitzetting huis, slechte beheersing Nederlandse taal). Het blijkt dat de JGZ minder vaak expliciet navraag doet bij ouders naar de omstandigheden rondom de vroeggeboorte en de mogelijke effecten die bij het kind ontstaan kunnen zijn naar aanleiding van de vroeggeboorte.



Figuur 2: Risicofactoren uitgevraagd zoals aangegeven op registratieformulieren JGZ

Monitoren van groei en ontwikkeling (correctie vroeggeboorte)

Op de registratieformulieren is aangegeven dat vooral fysiek/lengte (72%), grove (69%) en fijne (63%) motoriek en communicatie (63%) zijn onderzocht met het Van Wiechenschema en psychosociaal/mentaal functioneren (54%) iets minder vaak. Al deze punten werden niet onderzocht wanneer het een eerste contact d.m.v. een huisbezoek (n=28, 22%) betreft, omdat het van Wiechen dan niet wordt afgenomen. Daarnaast is dit deel van het registratieformulier niet altijd ingevuld. Deze formulieren kunnen dus niet geïnterpreteerd worden. De meeste afwijkingen die met de kalenderleeftijd gevonden worden, werden niet meer gevonden als er van de gecorrigeerde leeftijd werd uitgegaan. Slechts bij een klein aantal (1-2) formulieren werd wel een beoordeling van de kalenderleeftijd ingevuld, maar werd bij de gecorrigeerde leeftijd aangegeven dat men dit niet getest had. Bij 18 contactmomenten werd ook na correctie voor vroeggeboorte nog een afwijking op een van de gebieden (fijne/grove motoriek etc.) gevonden. Er werd (bijna) nooit aangegeven dat er naast het Van Wiechenschema nog een extra test is afgenomen. Tweemaal werd aangegeven dat er een extra test naar veiligheid thuis was afgenomen en eenmaal dat de APK oogheelkundige screening was gedaan.

Overleg of doorverwijzing vanuit JGZ bij signaleren (gezondheids)problematiek:

De meeste ouders en kinderen moesten gewoon terugkomen op een regulier JGZ-contactmoment (84%). Bij 21% van de 128 contactmomenten zijn adviezen gegeven vanuit de JGZ, bij 11% is aan ouders gevraagd om terug te komen op een extra contactmoment en bij 9,4% is overleg/contact geweest met het ziekenhuis.

3.5 Tijdsinvestering

Op 34% (n=43) van de registratieformulieren wordt aangegeven dat de totale tijd van het consult langer is dan normaal. Op 14% van de formulieren gaat dit om 5 minuten en op 12,5% om 10 minuten. De langste extra tijd is 30 minuten en wordt aangegeven op drie formulieren, die alle drie een eerste huisbezoek betreffen. Op

13 van de 18 formulieren (72%), waar een afwijkende score op een van de gebieden van het Van Wiechenschema gevonden is, wordt aangegeven dat het consult langer duurde dan normaal (gemiddeld acht minuten langer dan normaal).

3.6 Ervaren knelpunten bij het gebruik van de richtlijn.

“Onvoldoende gegevensoverdracht” wordt het vaakst aangegeven als knelpunt (44,5%). “Geen casemanager of slechte bereikbaarheid van de casemanager” wordt op 34% van de registratieformulieren aangegeven als knelpunt. Op 4% van de registratieformulieren wordt “de samenwerking tussen zorgverleners” en “tijdsgebrek” als knelpunt aangegeven.

4 Resultaten vragenlijst

4.1 Respons en weergave analyses

De vragenlijst werd door 34 respondenten ingevuld: 9 jeugdartsen, 10 jeugdverpleegkundigen, 3 kinderartsen, 3 arts-assistenten en 9 verpleegkundigen. De resultaten worden op hoofdlijnen beschreven omdat ze vooral dienden als input voor de focusgroepinterviews en niet om kwantitatieve vergelijkingen te kunnen maken: daarvoor zijn de aantallen ook te klein.

Waar relevant is een onderscheid gemaakt in antwoorden van JGZ-medewerkers (n=19) en ziekenhuismedewerkers (n=15).

Vanwege de leesbaarheid is voor de volgende aanduiding gekozen: de helft betekent tussen 45-55% van de respondenten; een kleine meerderheid betekent tussen 56-65%; een meerderheid betekent tussen 66-75%; een ruime meerderheid betekent tussen 76-90%; nagenoeg allen betekent 91-100%.

Er was geen "neutrale" keuze bij het beoordelen van stellingen. Als bijvoorbeeld 60% het eens was met een stelling, dan was 40% het oneens met de stelling.

De resultaten bij de determinanten dienen als volgt te worden geïnterpreteerd: met uitzondering van de determinant 'persoonlijk nadeel' geldt dat het verband tussen de determinant en de verwachte mate van gebruik van de richtlijn in de regel positief is (Fleuren, 2012). Bijvoorbeeld: hoe meer ervaren sociale steun, hoe hoger de (verwachte) mate van gebruik, of hoe meer de richtlijn past bij de taken waarvoor de medewerker zich in zijn/haar functie verantwoordelijk voelt, hoe hoger de (verwachte) mate van gebruik.

4.2 Evaluatie instructie/scholing

Op één na gaven alle JGZ-respondenten aan bij de instructie aanwezig te zijn geweest. De meerderheid zei veel kennis en praktische handvatten te hebben gekregen om de richtlijn uit te kunnen voeren en vond de instructie geschikt voor de landelijke invoering.

Slechts twee respondenten uit het ziekenhuis hadden de instructie gevolgd. Drie andere respondenten gaven aan graag een instructie te hebben gekregen, of een klinische les vanuit de medewerkers van het consultatiebureau.

4.3 Gebruik van de richtlijn

Als criterium is genomen of de respondenten aangaf bij een meerderheid / (bijna) alle kinderen de activiteit uit te voeren. Uitgaande van dit criterium zijn de belangrijkste resultaten:

- De helft van de respondenten gaf aan de nazorg te hebben geven zoals beschreven in de richtlijn.
- Een ruime meerderheid van de respondenten was bij geen enkel kind de casemanager.
- Een meerderheid van de ziekenhuismedewerkers gaf aan te hebben overlegd en/of gegevens te hebben overgedragen indien er problemen waren met het kind; bij de JGZ-medewerkers was dat de helft.

- De helft van de respondenten zei afspraken en adviezen met betrekking tot de nazorg af te stemmen.
- Een ruime meerderheid van de JGZ-medewerkers gaf aan te corrigeren voor vroeggeboorte/SGA bij het monitoren van de groei en ontwikkeling én rekening te houden met de specifieke medische voorgeschiedenis.
- Alle JGZ-medewerkers en een ruime meerderheid van de ziekenhuismedewerkers waren van plan na de proefimplementatie de richtlijn te blijven gebruiken in het dagelijkse werk.

4.4 Determinanten die het gebruik van de richtlijn beïnvloeden

4.4.1 Kenmerken van de richtlijn, folder en het nieuwe overdrachtsformulier

Richtlijn

Driekwart van de JGZ-medewerkers had de richtlijn volledig en grondig gelezen, tegenover een derde van de ziekenhuismedewerkers.

Een ruime meerderheid van de respondenten vond dat in de richtlijn helder beschreven was welke achtereenvolgende stappen te nemen bij de nazorg, en dat de richtlijn juist en compleet was.

Vrijwel alle JGZ-medewerkers vonden dat de richtlijn houvast gaf in de dagelijkse praktijk, niet complex was en goed aansloot bij de huidige werkwijze, tegenover ongeveer de helft van de ziekenhuismedewerkers.

Nagenoeg alle JGZ-medewerkers en drie kwart van de ziekenhuismedewerkers vond de richtlijn een grote meerwaarde voor ouder en kind hebben.

Een meerderheid van de JGZ-respondenten vond de nazorg merkbaar verbeterd, tegenover de helft van de ziekenhuismedewerkers.

Ouderfolder

Een ruime meerderheid van de respondenten kende de ouderfolder. Een ruime meerderheid van deze respondenten was het eens met de stelling dat de folder een belangrijke bijdrage levert aan de informatieoverdracht. Desondanks zei men de folder vaak niet uit te delen. Veelal werd genoemd dat men er niet aan had gedacht, het nog geen routine was of men ervan uit ging dat iemand anders / een andere afdeling dit deed.

Nieuwe overdrachtsformulier

Op drie mensen na, kende iedereen het nieuwe overdrachtsformulier. Bijna alle JGZ-medewerkers vonden het formulier een verbetering, ten opzicht van driekwart van de ziekenhuismedewerkers.

4.4.2 Kenmerken van de gebruiker

Uitkomstverwachting

Een ruime meerderheid van de JGZ-medewerkers en een meerderheid van de ziekenhuismedewerkers was het eens is met de stelling dat de richtlijn in grote mate bijdraagt aan goede nazorg.

Persoonlijk voordeel / nadeel

Een ruime meerderheid van de JGZ-medewerkers was het eens met de stelling dat werken met de richtlijn veel voldoening geeft, ten opzichte van de helft van de ziekenhuismedewerkers.

Sociale steun

Nagenoeg alle JGZ-medewerkers gaven aan dat de ondersteuning van collega's en leidinggevendenden bij het werken volgens de richtlijn voldoende was; van de ziekenhuismedewerkers zei driekwart dat deze ondersteuning voldoende was. Een ruime meerderheid van de JGZ-medewerkers en een meerderheid van de ziekenhuismedewerkers, vond de ondersteuning van professionals in de zorgketen voldoende.

Iets meer de helft van de JGZ-medewerkers en drie kwart van de ziekenhuismedewerkers vond de ondersteuning van de casemanager voldoende. Met uitzondering van twee respondenten vonden alle medewerkers de medewerking van ouders bij het werken volgens de richtlijn voldoende.

Normative beliefs

Gevraagd naar de verwachting van belangrijke anderen over het gebruik van de richtlijn, zeiden nagenoeg alle respondenten dat zowel collega's als leidinggevendenden verwachten dat men volgens de richtlijn werkt. Een ruime meerderheid van de respondenten zei dat ouders eveneens verwachten dat men met de richtlijn werkt.

Taakopvatting

De respondenten vonden zonder uitzondering het tot hun taak behoren bij problemen te overleggen en gegevens over te dragen. Een ruime meerderheid van de respondenten vond het tot hun taak behoren om bij de nazorg afspraken en adviezen af te stemmen.

Een ruime meerderheid van de JGZ-medewerkers en een derde van de ziekenhuismedewerkers vond het tot hun taak behoren om als casemanager bij de nazorg te fungeren.

Alle JGZ-medewerkers rekenden het tot hun taak om te corrigeren voor vroeggeboorte/SGA bij het monitoren van groei en ontwikkeling, ten opzicht van twee derde van de ziekenhuismedewerkers.

Eigen-effectiviteitsverwachting

Als het gaat om de mate waarin de respondenten zich in staat voelen verschillende onderdelen uit de richtlijn uit te voeren, zijn de belangrijkste resultaten:

- Een ruime meerderheid tot nagenoeg alle medewerkers gaven aan dat het zou lukken om een goede nazorg te bieden, evenals om te overleggen en gegevens over te dragen bij problemen.
- Een ruime meerderheid van de respondenten zei dat het hen zou lukken om bij de nazorg afspraken en adviezen af te stemmen.
- Nagenoeg alle ziekenhuismedewerkers voelden zich in staat om zorg te dragen voor een goede overdracht van gegevens na ontslag uit het ziekenhuis, tegenover de helft van de JGZ-medewerkers.
- Een ruime meerderheid van de JGZ-medewerkers gaf aan dat het zou lukken, indien nodig als casemanager op te treden, tegenover een kleine meerderheid van de ziekenhuismedewerkers.
- Nagenoeg alle JGZ-medewerkers zeiden dat het zou lukken om te corrigeren voor vroeggeboorte/SGA en een ruime meerderheid zei dat het zou lukken rekening te houden met de medische voorgeschiedenis bij het monitoren van groei en ontwikkeling.

4.4.3 Kenmerken van de organisatie en omgeving

Tijd

Een kleine meerderheid van alle medewerkers vond de beschikbare tijd voor het werken met de richtlijn voldoende evenals de bestaande registratiesystemen.

Materialen en voorzieningen

Een kleine meerderheid van alle medewerkers vond de bestaande registratiesystemen voldoende voor het werken met de richtlijn.

4.5 Benodigde lees- en inwerktijd

De respondenten gaven aan gemiddeld 119 minuten (SD=86; range 10-300 minuten) te hebben besteed aan het lezen van de richtlijn. De JGZ-medewerkers hadden meer tijd besteed aan het lezen van de richtlijn (gemiddeld 164 minuten; SD=76; range 45-300 minuten) in vergelijking tot de ziekenhuismedewerkers (gemiddeld 42 minuten; SD=18; range 10-60 minuten).

De respondenten gaven aan gemiddeld 45 minuten (SD=44; range 2-180 minuten) nodig te hebben gehad om zich het werken met de richtlijn eigen te maken (exclusief het lezen van de richtlijn en het bijwonen van de instructie). De ziekenhuismedewerkers rapporteerden een hogere duur van de inwerktijd (gemiddeld 54 minuten; SD=59; range 2-180 minuten) in vergelijking tot de JGZ-medewerkers (gemiddeld 38 minuten; SD=32; range 15-150 minuten).

4.6 Knelpunten en duiding antwoorden

De respondenten hadden bij de meeste vragen de mogelijkheid hun antwoorden toe te lichten. De richtlijn is primair bedoeld voor de JGZ en veel van de verschillen in antwoorden tussen JGZ- en ziekenhuismedewerkers, zijn daaruit te verklaren. Bijvoorbeeld de antwoorden over ervaren helderheid en houvast in de dagelijkse praktijk of over het corrigeren voor vroeggeboorte/SGA. De volgende knelpunten werden genoemd:

- JGZ-medewerkers noemen het overdrachtsformulier een enorme verbetering ten opzichte van de huidige situatie, temeer omdat de rubrieken zijn ingedeeld analoog aan de richtlijn. Een groot knelpunt en punt van zorg is dat het formulier niet op tijd de GGD bereikt.
- Ziekenhuismedewerkers vinden het formulier inhoudelijk een verbetering, maar het invullen is omslachtig vanwege het ontbreken van een digitale versie die in het patiëntendossier is opgenomen.
- De GGD gaat ervan uit dat het ziekenhuis de ouderfolder uitdeelt. In het ziekenhuis gaat men ervan uit dat de verpleegkundige dit doet. Dit moet worden nagegaan.
- De richtlijn zelf kan nog verbeteren: veel herhaling; geen logische opbouw; definitie SGA wijkt af van wat nu gehanteerd wordt waardoor er te veel SGA-kinderen gediagnosticeerd zullen worden; beleid ten aanzien van voeding ontbreekt terwijl daar de meeste vragen van ouders over gaan.
- Knelpunten door GGD genoemd: geen goede overdracht van gegevens, corrigeren voor vroeggeboorte/SGA gebeurt vaak niet, de concrete invulling van het casemanagement.

- Knelpunten door ziekenhuis genoemd: richtlijn is te ingewikkeld, geen taak in corrigeren voor vroeggeboorte /SGA, geen taak als casemanager, ondersteuning in ziekenhuis is onvoldoende.

Knelpunten door zowel GGD als ziekenhuis genoemd: afspraken en adviezen afstemmen lukt vaak niet, geen overleg bij problemen, onvoldoende beschikbare tijd, registratiesystemen in de organisaties komen niet overeen. Verder werd genoemd dat de duur van de proefinvoering eigenlijk tekort is omdat er zoveel te regelen valt in de aanloop, dat men nu pas eigenlijk pas klaar is voor de proefinvoering.

5 Resultaten focusgroep-interviews

5.1 Respons

Er werden twee focusgroepinterviews gehouden van ongeveer twee uur. Het eerste interview vond plaats bij het SLAZ met drie JGZ-medewerkers (een verpleegkundige en twee artsen, waarvan één de aandachtfunctionaris) en drie ziekenhuismedewerkers (een kinderarts, twee verpleegkundigen, waarvan één aandachtfunctionaris/afdelingshoofd). Het tweede interview vond plaats bij het OLVG met vier JGZ-medewerkers (een arts en drie verpleegkundigen) en drie ziekenhuismedewerkers (een kinderarts, een verpleegkundige en een aandachtfunctionaris/manager).

5.2 Algemene indruk

De deelnemers gaven aan de richtlijn nuttig te vinden. Hierbij werd benadrukt dat vooral ouders ervan zullen profiteren, omdat er meer duidelijkheid, eenduidigheid en samenwerking komt.

Opgemerkt werd dat er in Nederland veel lokale initiatieven zijn voor verbetering van de samenwerking en overdracht, maar dat het beter is dat er nu een landelijke richtlijn ligt. Eén format met daarin duidelijke basiskennis en aanbevelingen zal naar verwachting van de deelnemers leiden tot eenduidige en gestroomlijnde zorg vanuit het ziekenhuis naar de JGZ. Gezegd werd dat alleen al de eenduidige correctie van vroeggeboorte een echt winstpunt van de richtlijn is.

De deelnemers gaven aan de richtlijn in het algemeen inhoudelijk juist en duidelijk te vinden en in basis ook niet ingewikkeld om uit te voeren. Dit blijkt ook uit de determinantenvragenlijst.

Het belangrijkste aandachtspunt ligt volgens de deelnemers bij het zoeken naar een goede vertaalslag naar de praktijk, waarbij het streven is zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande plaatselijke procedures en logistiek, zonder dat de inhoud van de richtlijn verloren gaat. In dat verband werd opgemerkt dat de voorbereiding van de invoering een lange aanlooptijd nodig had en ook nodig is vóórdat de richtlijn ingevoerd kan worden. Men gaf aan eigenlijk nu pas, dus bij de afsluiting van de proefimplementatie, op dat punt te zijn aangekomen.

Vanwege bovenstaande werd besloten niet lang stil te staan bij de richtlijn zelf, maar te focussen op de ervaren problemen in de vertaalslag naar de dagelijkse praktijk en oplossingen daarvoor. Volgens de deelnemers betrof dat vier onderwerpen: tijdige overdracht van gegevens, invulling van het begrip casemanager, invulling van het begrip warme overdracht en voedingsadviezen.

5.3 Opzet, vorm en inhoud richtlijn

De deelnemers hadden nagenoeg geen opmerkingen over de juistheid en helderheid van de richtlijn. De JGZ zou graag een handvat willen ontvangen bij het bepalen of een kind dysmatuur/SGA geboren is. De definitie in de richtlijn is onder - 1 SDS geboortegewicht ten opzichte van de zwangerschapsduur (P16). Deze definitie/selectie levert veel dysmatuur/SGA geboren kinderen op (16%). De JGZ gaf aan dat het voor hen lastig is om steeds bij elk geboortegewicht uit te rekenen

of een kind SGA geboren is en vraagt zich af of het ziekenhuis dit kan aanleveren. Een van de kinderartsen bracht in dat op de website van de Stichting Perinatale Registratie (<http://www.perinatereg.nl/>) boekjes met handzame tabellen hierover besteld kunnen worden.

De JGZ-medewerkers vonden de in oktober 2011 uitgekomen prematuren groeicurves nuttig en prettig, niet alleen voor zichzelf, maar ook voor de ouders. Gezegd werd dat het niet alleen correct is, maar ook voor de beeldvorming ten aanzien van het kind dat het kind het goed doet vergeleken met leeftijdsgenoten in dezelfde omstandigheden.

Men vond de richtlijn erg uitgebreid en veel tekst bevatten. Deze tekst zou landelijk vooral als achtergronddocument bij bijscholing moeten dienen, als naslagwerk en bij het inwerken van nieuwe medewerkers. Er is daarnaast behoefte aan handzame en praktische documenten / tools die voor de dagelijkse praktijk gebruikt zouden kunnen worden, zoals de samenvatting en een geplastificeerde overzichtskaart (A-4 of dubbel A-4 zoals bij de JGZ-richtlijn Visuele Stoornissen).

In de tabel met overdrachtsgegevens in de samenvatting zouden ook vetgedrukt moeten zijn: 1) doorgemaakte gezondheidsproblemen, 2) ingezette ondersteuning/begeleiding en 3) vaccinaties.

Voor het ziekenhuis zou apart een geplastificeerde kaart ontwikkeld moeten worden met specifieke aanbevelingen voor het ziekenhuis.

In bijlage A staan de overige opmerkingen die ten aanzien van de richtlijn zelf werden gemaakt.

5.4 Tijdige overdracht gegevens

5.4.1 Uitvoeringsproblemen

Een niet tijdige overdracht van gegevens aan de JGZ werd, zonder uitzondering, door de deelnemers als het allergrootste knelpunt bij de uitvoering van de richtlijn gezien. Over de oplossing was men het volstrekt eens: een (gezamenlijk) elektronisch patiëntendossier. De deelnemers gaven ook aan dat dit vooralsnog toekomstmuziek is, temeer iedere organisatie weer een ander digitaal systeem heeft.

Het is van belang dat de JGZ vóór het eerste huisbezoek over de gegevens beschikt. De deelnemers weten niet hoe het in andere regio's zit, maar in Amsterdam is de afspraak dat de ziekenhuizen de overdrachtsgegevens vanwege privacy-redenen naar een centraal GGD-adres opsturen waar één medewerker bevoegd is de post te openen. Deze medewerker stuurt de gegevens vervolgens door naar het consultatiebureau waar het kind bij hoort. Deze procedure zorgt voor vertraging, met als gevolg dat de JGZ-medewerker bij het eerste huisbezoek niet over de ziekenhuisgegevens beschikt. Een tijdige overdracht vraagt ook discipline aan de kant van het ziekenhuis. Een ontslagplanning is essentieel, maar deze is volgens de deelnemers nog onvoldoende ingebed in de gang van zaken in het ziekenhuis. Daarnaast kunnen enkele relevante gegevens pas op de dag van ontslag door het ziekenhuis worden ingevuld.

Aangegeven werd dat de artsbrief verlaat (soms pas na maanden) bij de JGZ komt. De artsbrief wordt naar de huisarts gestuurd omdat toestemming gevraagd moet worden aan de ouders over de overdracht naar de JGZ.

5.4.2 *Oplossingen*

Als eerste oplossing voor bovengenoemde problemen hebben de ziekenhuizen halverwege de proefimplementatie besloten twee kopieën van de overdrachtsgegevens aan de ouders mee te geven; één voor de ouders zelf en één om aan de JGZ-medewerker tijdens het huisbezoek te overhandigen. Dit werkte goed en ouders hadden er geen bezwaar tegen. Het is nog steeds niet de ideale oplossing omdat de JGZ-medewerker ter plekke de gegevens krijgt en zich niet kan voorbereiden.

Als tweede oplossing is gekeken welke gegevens al eerder (dus vóór ontslag) overgedragen kunnen worden en relevant zijn voor de JGZ. Volgens de deelnemers zijn dit: 1. het algemeen beloop (niet te gedetailleerd), 2. voeding, beleid en wie doet dit beleid tot wanneer, 3. informatie over ouders; bijvoorbeeld “pluis - niet pluis” gevoel en onzekerheid van ouders zodat de JGZ eventueel eerder thuis langs kan gaan.

Verder gaven de ziekenhuismedewerkers aan dat het op papier invullen van het nieuwe overdrachtsformulier dubbel werk is naast het huidige systeem. Na de pilot zou dit in het ziekenhuissysteem ingebouwd moeten worden. Vanuit de JGZ lag de wens de groeicurves voor prematuren in het digitaal dossier in te bouwen.

5.5 **Invulling casemanagement**

5.5.1 *Uitvoeringsproblemen*

In beide focusgroepen werd aangegeven dat zowel voor de JGZ- als ziekenhuismedewerkers ‘de casemanager’ een lastig en nieuw begrip is. Ook ouders weten niet wat het inhoudt, wat men kan verwachten en bij wie ze met vragen terecht kunnen. Het begrip zal in de praktijk verder ‘uitgevonden’ moeten worden en de invulling zal per regio/ziekenhuis verschillen. Met name het afstemmen van afspraken bleek in de praktijk lastig.

5.5.2 *Oplossingen*

Ten eerste gaven de deelnemers aan dat het belangrijk is de casemanager los te zien van de persoon waar ouders terecht kunnen met vragen over voeding, groei etc.

Ten tweede is het volgens de deelnemers van wezenlijk belang om per regio/ziekenhuis duidelijke regels af te spreken. In Amsterdam is tijdens de proefimplementatie afgesproken dat de JGZ direct na ontslag uit het ziekenhuis de casemanager is, tenzij er complicaties zijn. In praktijk waren er drie uitzonderingen om niet direct het casemanagement bij de GGD te leggen: 1. bij extreem vroeggeboorte, 2. na lange ziekenhuisopname en 3. wanneer na ontslag nog veel ziekenhuisbezoeken gepland zijn. Het ligt in eerste instantie bij het ziekenhuis om te bepalen of van de afgesproken regels afgeweken moet worden.

Dat de JGZ direct na ontslag casemanager is, wijkt af van het advies in de richtlijn. De deelnemers noemden twee redenen om af te wijken. Ten eerste is het belangrijk om ouders te versterken in hun gevoel dat het goed gaat met hun kind en het kind naar de reguliere zorg gaat (de JGZ). Ten tweede achten zowel JGZ als het ziekenhuis de JGZ het beste in staat om na ontslag casemanager te zijn. Voorwaardelijk is dat de kinderarts tijdig aangeeft dat het kind met ontslag gaat en

de JGZ intern aangeeft wie de casemanager is voor het betreffende kind. Op het overdrachtsformulier moet ook staan bij wie ouders terecht kunnen met bepaalde vragen.

5.6 Invulling warme overdracht

5.6.1 Uitvoeringsproblemen

In beide focusgroepen werd aangegeven dat, net als bij het casemanagement, ook voor de warme overdracht geldt dat dit in de praktijk verder 'uitgevonden' en ingevuld moet worden. Vanuit elk ziekenhuis vond er bij slechts 1 of 2 kinderen een warme overdracht plaats. De deelnemers gaven aan dat het bijzonder lastig is het juiste moment voor een warme overdracht te bepalen. Eén kind werd vrij snel ontslagen waardoor het JGZ niet tijdig meer bereikt kon worden door het ziekenhuis. Daarna heeft het ziekenhuis niet meer geprobeerd een warme overdracht te initiëren. Bij het andere ziekenhuis was er op het moment van overdracht vaak nog weinig bekend over het verdere beleid in het ziekenhuis en het beleid na ontslag. Deze overdracht was meer een kennismaking dan een uitwisseling van gegevens, wat overigens door de ouders zeer gewaardeerd werd.

5.6.2 Oplossingen

Het ideale moment voor een warme overdracht is volgens de deelnemers minder dan een week voor ontslag. Een warme overdracht is vooral goed voor het contact met ouders en om te laten zien dat er contact is tussen ziekenhuis en JGZ. Een warme overdracht is volgens de deelnemers vooral van belang bij: 1. psychosociale problemen, 2. als een kind lang opgenomen is in het ziekenhuis, 3. als de ouders het moeilijk hebben/onzeker zijn. Het ligt in eerste instantie bij het ziekenhuis om te bepalen of een warme overdracht nodig is, maar rekening houdend met wat voor de JGZ haalbaar is.

5.7 Afstemming voedingsadviezen

5.7.1 Uitvoeringsproblemen

Ouders blijken na ontslag vooral veel vragen te hebben over voeding en hier onzeker over te zijn. Het ziekenhuis gaat ervan uit dat de JGZ hier eigenstandig advies over geeft. De JGZ doet dit ook. Maar het probleem is dat ouders vaak niet goed meer weten wat met het ziekenhuis is afgesproken. Ouders bellen dan zowel het ziekenhuis als de JGZ en krijgen dan soms tegenstrijdige adviezen. Op de overdrachtsformulieren staat niet altijd ingevuld wie het advies over de voeding moet geven.

Ook werd opgemerkt dat er onder kinderartsen vaak geen consensus is over voedingsadviezen.

5.7.2 Oplossingen

Volgens de deelnemers moet afgesproken en op het overdrachtsformulier genoteerd worden tot wanneer het voedingsbeleid bij het ziekenhuis ligt en bij wie de ouder terecht kan. Besloten zou kunnen worden dat het ziekenhuis standaard aangeeft dat de JGZ het voedingsbeleid na ontslag bepaalt en de kinderarts slechts op indicatie. Mede omdat na twee weken na ontslag het ziekenhuis de kinderen met te grote tussenpozen ziet om het voedingsadvies op maat te kunnen aanpassen.

Bij een normale hoeveelheid (6x120ml) kan de JGZ het voedingsbeleid overnemen. Bij niet iedere ziekenhuisdeelnemer bleek bekend dat 6x120ml een normale hoeveelheid betreft. Bij bijvoeding of voedingsproblemen moet duidelijk zijn wanneer wie wat overneemt.

Volgens de deelnemers is het van groot belang om informatie over het voedingsbeleid te hebben bij het eerste huisbezoek. Het OLVG zet nu onder aan de artsbrief wat het standaard voedingsadvies voor prematuren is. Het is ook van belang dat de JGZ weet dat bij voedingsbeleid gecorrigeerd moet worden voor vroeggeboorte en er niet te snel begonnen wordt met vaste voeding.

5.8 Randvoorwaarden voor de landelijke invoering

5.8.1 Voorbereiding van de invoering

Volgens de deelnemers was de tijd van de proefimplementatie te kort om de richtlijn echt te testen. Er is geruime tijd nodig voor de voorbereiding van de invoering. Het is van belang om iedereen die een taak heeft bij deze richtlijn er persoonlijk bij te betrekken en dat kost tijd. Betrokkenheid van het secretariaat van het ziekenhuis was van groot belang bij de proefimplementatie, evenals het aanstellen van een aandachtfunctionaris binnen iedere organisatie.

Verder kost het veel tijd om de voorbereiding van de logistiek te regelen (o.a. het nieuwe overdrachtsformulier) en in de praktijk gezamenlijk (JGZ en ziekenhuis) uit te vinden hoe het casemanagement en de warme overdracht vorm te geven.

Alle betrokkenen gaven aan dat de essentie van een goede overdracht en nazorg begint bij elkaar en elkaars werkwijze leren kennen. In dat verband noemde men de proefimplementatie zeker geslaagd: nu is duidelijk welk gezicht bij wie hoort en zijn de lijntjes kort.

5.8.2 Inhoudelijke instructie / scholing

De JGZ vond de huidige instructie prettig maar teveel theorie en te weinig aangepast op dagelijkse praktijk en de eigen organisatie. Omdat de inhoud van de richtlijn niet ingewikkeld is, is bij de instructie vooral de toepassing in de dagelijkse praktijk van belang, samen met het ziekenhuis. Dat laat zich lastig landelijk vormgeven. Als oplossing werd aangedragen dat er een coördinator "vroeggeboorte" aangesteld wordt per organisatie die ook de bijscholing in de eigen organisatie verzorgt.

De ziekenhuizen vonden een bijscholing eveneens van belang maar dan kort en op diverse dagen zodat iedereen erbij kan zijn in verband met wisselende diensten. In dit verband werd expliciet genoemd om de arts-assistenten niet te vergeten.

Een kort A-4 met de belangrijkste punten uit de richtlijn zou als 'theorie' voldoende moeten zijn. Evenals de JGZ waren de ziekenhuizen van mening dat uitleg over het overdrachtsformulier, het regelen van de logistiek en het verder vormgeven van het casemanagement en de warme overdracht, het belangrijkste is bij deze richtlijn. Dit kan alleen regionaal en samen met de JGZ ingevuld worden.

Verder gaven de ziekenhuizen aan dat het van groot belang is om regelmatig met iedere ziekenhuismedewerker te bekijken hoe het loopt en om feedback te geven.

5.8.3 *Tijdsinvestering*

De JGZ zou de totale richtlijn moeten lezen, ook omdat de huidige samenvatting niet los te lezen is van de richtlijn. Er is ongeveer vier uur nodig om de richtlijn en de samenvatting te lezen; 1-1,5 uur voor het lezen van alleen de samenvatting. De ziekenhuizen schatten in een uur nodig te hebben om de richtlijn te lezen (de informatie is grotendeels bekend). Het is voor ziekenhuismedewerkers wel belangrijk om de richtlijn te lezen.

Voor de JGZ is een initiële scholing van twee uur (een uur theorie, een uur praktijk) voldoende.

Voor de ziekenhuismedewerkers is een initiële instructie van een uur voldoende. Daarnaast is een half uur tot een uur nodig per aparte medewerker om te kijken hoe het loopt en om feedback te krijgen.

Volgens de JGZ kan de inwerktijd na het lezen van de richtlijn kort zijn. Het eerste huisbezoek bij deze kinderen duurt standaard een half uur langer, maar niet vanwege de richtlijn. De contactmomenten duren alleen langer als er bijzonderheden zijn.

Het kost de ziekenhuismedewerkers extra tijd om de overdrachtsformulieren in te vullen, maar het formulier is wel vollediger.

5.8.4 *Digitale systemen*

Een elektronisch dossier of elektronische overdracht werd door zowel JGZ als ziekenhuizen als essentiële voorwaarde gezien bij deze richtlijn.

6 Resultaten interviews ouders

6.1 Respons

Er zijn vier telefonische ouderinterviews gedaan van ieder een kwartier over de ervaringen van de ouders rondom het ontslag van hun kind uit het ziekenhuis en de overdracht naar de JGZ.

6.2 Ziekenhuisopname

De kinderen (een tweeling) zijn allen te vroeg geboren na zwangerschappen van 33, tweemaal 34 en 35 weken. Zij hebben eenmaal een week, en driemaal drie weken opgenomen gelegen in het ziekenhuis. Alle ouders zeiden goede ervaringen te hebben met de opvang en begeleiding in het ziekenhuis en alle drie de kinderen hadden weinig ernstige gezondheidsproblemen (de tweeling had bloedarmoede en zuurstoftekort). De kinderen hadden voornamelijk hulp nodig tot zij zelf goed konden drinken zodat zij met ontslag naar huis konden. Alle ouders hebben een eigen kopie van het overdrachtsformulier meegekregen vanuit het ziekenhuis.

6.3 Eerste contact (huisbezoek) met JGZ na ontslag

Ouders hebben over het algemeen zelf contact opgenomen met de JGZ na ontslag van hun kindje uit het ziekenhuis. De JGZ kon vaak dezelfde week nog langskomen voor een eerste huisbezoek. Bij de tweeling kwam de JGZ direct op de dag van ontslag op eerste huisbezoek; dat vonden de ouders wat snel. Alle ouders hebben een overdrachtsformulier meegekregen vanuit het ziekenhuis. Twee ouders gaven aan dat de JGZ het overdrachtsformulier nog niet had en van ouders gekopieerd hebben, één ouder ging ervan uit dat het ziekenhuis ook een kopie naar het consultatiebureau gestuurd had en van één ouder werd de eigen kopie van het formulier door de JGZ na afloop meegenomen waardoor de ouders niet het gevoel hadden dat dit formulier voor hen bestemd was. Deze laatste ouders vonden het formulier wel waardevol om te hebben (net als de andere ouders) en gingen kijken of zij het formulier nog terug konden krijgen. Alle ouders waren tevreden met de kennis van de JGZ over de opname in het ziekenhuis en hadden het idee dat zij hun verhaal hierover kwijt konden tijdens het eerste huisbezoek.

6.4 Corrigeren van vroeggeboorte bij contactmomenten JGZ

Alle ouders gaven aan dat er altijd wel rekening gehouden wordt met de vroeggeboorte en dat door de JGZ wordt aangegeven dat het kindje daardoor best wat mag achterlopen. Correctie voor vroeggeboorte op de groeicurve vond ook altijd plaats en ouders vonden dit erg prettig. Bij één kindje werd juist wel gecorrigeerd op het consultatiebureau maar bleek dit technisch lastig op de polikliniek in het ziekenhuis. Bij een ander kindje werd eerst wel gecorrigeerd maar nu niet meer, waarschijnlijk omdat hij nu intussen al mooi binnen de standaard curve valt.

6.5 Afstemmen van afspraken en adviezen

Drie ouders gaven aan dat het ziekenhuis en het consultatiebureau de afspraken slecht afstemmen. Soms werd er op één dag zowel een afspraak in het ziekenhuis en op het consultatiebureau gepland of in dezelfde week twee groeimetingen. Het afstemmen van afspraken ligt in de praktijk vaak bij ouders zelf. Een ouder gaf aan dat hij niet wist of de afspraken op elkaar afgestemd worden. Vaak wordt bij het consultatiebureau gevraagd wanneer de afspraken in het ziekenhuis zijn.

Twee ouders gaven aan dat er geen tegenstrijdige adviezen werden gegeven tussen JGZ en ziekenhuis. Twee ouders hadden juist heel tegenstrijdige adviezen gekregen; één over nachtvoeding waarbij het ziekenhuis geen rekening had gehouden met de vroeggeboorte, één over zij-ligging waarbij de fout bij het ziekenhuis lag volgens het consultatiebureau. Alle ouders gaven aan dat zij na ontslag goed terecht konden voor vragen, vaak telefonisch met het ziekenhuis (kinderarts) of met het consultatiebureau, of op andere contactmomenten (zoals bij de kraamzorg).

6.6 Casemanager

Bij geen van de deze ouders is bekend wie de casemanager is. Drie ouders geven aan dat er na ontslag niet één persoon is die de nazorg coördineert. Een ouder ging er bij ontslag vanuit dat ze bij zowel het ziekenhuis als het consultatiebureau terecht kon. Volgens de beleving van één ouder gaat alles via de kinderopvang. Een ouder zag hierbij de kinderarts die hun kind begeleidt nog steeds als belangrijkste persoon. Een andere ouder zei dat bij het ontslag in het ziekenhuis wel werd aangegeven dat er een casemanager aangegeven zou worden, maar ze hier niets meer van heeft vernomen.

6.7 Positieve ervaringen

Ouders gaven aan de persoonlijke benadering vanuit JGZ erg prettig te vinden. Ook vonden zij het prettig dat zij vlak na ontslag nog snel telefonisch contact met het ziekenhuis konden opnemen voor vragen. Een ouder gaf aan dat hij het fijn vond dat diverse zorgprofessionals digitale systemen gebruiken, zodat ouders niet bij elke nieuwe persoon het verhaal opnieuw hoeven vertellen.

6.8 Aandachts- en verbeterpunten

- Ouders wilden graag voldoende informatie bij ontslag over de zorg thuis en de nazorg na ontslag ontvangen, vooral als het voor ouders het eerste kindje is. Vragen na ontslag gaan vooral over (borst)voeding en in dat verband darmkrampjes, zijligging. Ouders bespreken dit over het algemeen bij de eerstvolgende afspraak in het ziekenhuis of op het consultatiebureau. Met dringende vragen bellen ze vlak na ontslag met de kinderarts en gaan ze al gauw naar het consultatiebureau omdat dat in de buurt is.
- Een ouder vond het prima dat er weinig informatie en uitwisseling was; er waren weinig problemen dus zij had ook geen behoefte aan extra informatie. Een andere ouder gaf wel aan dat het gebruik van digitale systemen tussen ziekenhuis en JGZ voorkomt dat je steeds hetzelfde verhaal hoeft te vertellen.
- Ouders vonden het belangrijk dat nazorg afspraken (ziekenhuis en consultatiebureau) niet op dezelfde dag of vlak na elkaar ingepland werden

(gewicht- en lengte-metingen zijn dan dubbel/overbodig). Dit is verwarrend en kost veel tijd.

- De informatie die het ziekenhuis en de JGZ geven moet beter afgestemd worden, zodat adviezen op één lijn zitten.
- Er moet voldoende tijd ingepland worden voor ontslag om ouders te informeren en voldoende informatie mee te geven.
- Eén ouder vertelde dat ze door de vroeggeboorte nog niet voorbereid was op de bevalling en nog geen tijd had gehad om rustig alle boeken met adviezen te lezen. Ze had hierdoor graag wat meer algemene informatie gehad vanuit het ziekenhuis, zodat zij niet midden in de nacht de eerste hulp had hoeven bellen over krampjes.

7 Nabespreking proefimplementatie

Eind november 2012, een half jaar na formele afsluiting van de proefimplementatie, vond een nabespreking plaats met de aandachtsfunctionarissen uit het OLVG (plus een kinderarts uit OLVG), het SLAZ, de GGD (plus een hoofd van de staf JGZ) en de implementatieonderzoekers vanuit TNO. Het doel was na te gaan in hoeverre de afspraken die tijdens de proefimplementatie werden gemaakt, zijn gecontinueerd, wat goed en minder goed liep en wat de plannen voor de toekomst waren.

Alle organisaties hadden de onderling overeengekomen afspraken die tijdens de proefimplementatie waren gemaakt gecontinueerd. Dat wil zeggen dat het nieuwe overdrachtsformulier nog steeds werd gebruikt, een kopie aan de ouders werd meegegeven en de ziekenhuizen de JGZ belden voor een warme overdracht.

Er werden een paar praktische knelpunten geconstateerd:

1. *Warme overdracht*

Er wordt aangegeven dat men het nog steeds lastig vindt om een warme overdracht te regelen.

Omdat de ziekenhuizen nu alle JGZ-teams benaderen voor een warme overdracht, blijkt dat sommige JGZ-teams niet op de hoogte zijn van de inhoud van de richtlijn en de afspraken. Daarnaast geeft men aan dat de ontslagplanning beter moet en dat beter moet worden aangegeven om welke kinderen het gaat. De aanwezige kinderarts geeft aan om als criteria de kleinsten en lichtste kinderen te nemen en ouders die wat extra ondersteuning kunnen gebruiken. Als men uitgaat van alle zeer te vroeg geboren kinderen gaat het om 1.5% (zie inleiding) en gaat het voor de GGD Amsterdam om 100-200 kinderen. Volgens alle aanwezigen is dat een kwestie van tijd. Het moet onderdeel van de gebruikelijke zorg worden. Dit geldt ook voor de overige aanbevelingen in de richtlijn.

2. *Kopie overdrachtsformulier via ouders naar JGZ*

De GGD geeft aan dat op sommige locaties de ouders geen extra kopie van het overdrachtformulier voor de JGZ in bezit hadden. Ter plekke werd geconstateerd dat één ziekenhuis na de proefimplementatie abusievelijk was gestopt om ouders een extra kopie voor de JGZ mee te geven. De aandachtsfunctionaris zou de volgende dag alle ziekenhuismedewerkers op de hoogte stellen dat ouders twee kopieën moeten krijgen.

3. *Voortzetting implementatie van richtlijn*

Door alle aanwezigen werd gezegd dat de invoering nog lang niet afgerond was. Immers alle medewerkers, dus ook zij die niet aan de proefimplementatie hebben meegedaan, moeten op de hoogte zijn van de richtlijn, de samenwerkingsafspraken en ernaar handelen. Er moet regelmatig een evaluatie van de voortgang van de invoering plaatsvinden. Juist bij zaken die niet zo frequent voorkomen, zoals een warme overdracht, is aandacht voor de richtlijn en feedback op de invoering van belang. De JGZ-teams die niet hebben meegedaan zullen bij de landelijke implementatie door het NCJ van de definitieve richtlijn bijgeschoold worden.

4. Overdracht van gegevens

In het OLVG zijn na afloop van de proefimplementatie afspraken gemaakt met de ICT-afdeling over de invoering van Zorgmail. De GGD maakt hier al gebruik van. Sinds kort kunnen diverse ziekenhuismedewerkers hiervan gebruik maken waardoor een snelle overdracht van gegevens mogelijk is. Het SLAZ gaat hierover nog in overleg met haar ICT-afdeling. In een van de ziekenhuizen probeert men aan te sluiten bij de digitale overdracht vanuit de kinder/kraam-afdeling omdat kinderen vaak eerst nog even naar deze afdeling overgeplaatst worden alvorens zij met ontslag naar huis gaan.

5. Regionaal overleg

De deelnemers aan de proefimplementatie geven aan dat het regelmatige overleg van belang was om elkaar te leren kennen en afspraken te maken. Zij bevelen echter niet aan om extra regionale overleggen over vroeg/SGA-geboorte te plannen maar zoveel mogelijk aan te sluiten bij andere overlegmomenten tussen ziekenhuis en GGD bijvoorbeeld rondom onderwerpen als overgewicht.

Samenvattend werd geconstateerd dat er grote stappen zijn gezet en dat na de officiële afronding van de proefimplementatie de activiteiten zijn voortgezet door de ziekenhuizen en de GGD. De kans is klein dat het proces zal stoppen omdat men elkaar nu kent en weet te vinden.

Alle aanwezigen benadrukten het belang van een goede externe begeleiding bij de voorbereiding en daadwerkelijke invoering, zoals nu door TNO is gebeurd.

Geconstateerd werd dat een dergelijke externe begeleiding ook in andere regio's nodig is. Het systeem met in iedere organisatie een aandachtsfunctionaris voor de invoering, die op hun beurt weer in eerste instantie extern worden begeleid, werkte goed.

8 Conclusies en aanbevelingen voor landelijke invoering

8.1 Conclusies

- De richtlijn is goed ontvangen door JGZ- en ziekenhuismedewerkers, zowel op relevantie als op inhoud. Benadrukt werd dat het goed is dat er een landelijk richtlijn is met duidelijke basiskennis en aanbevelingen. De eenduidige correctie van vroeggeboorte werd als echt winstpunt van de richtlijn beschouwd. Naar verwachting leidt de richtlijn tot een eenduidige en gestroomlijnde zorg vanuit het ziekenhuis naar de JGZ waarvan ouders zullen profiteren.
- De richtlijn werd inhoudelijk juist en duidelijk bevonden en in basis niet ingewikkeld om uit te voeren. Inhoudelijke opmerkingen naar aanleiding van de proefimplementatie zijn door de ontwikkelaars verwerkt in de definitieve richtlijn. De benodigde tijd voor de voorbereiding en daadwerkelijke invoering van de richtlijn, én het ontbreken van een digitaal dossier, werden als kritieke determinanten genoemd voor de uitvoering van de richtlijn. Andere determinanten speelden geen noemenswaardige rol.
- Het belangrijkste aandachtspunt ligt volgens de deelnemers bij het zoeken naar een goede vertaalslag van de richtlijn naar de dagelijkse praktijk. Het gaat dan specifiek om vier zaken: 1) een tijdige overdracht van gegevens, 2) invulling van het begrip casemanager, 3) invulling van het begrip warme overdracht en 4) afspraken over voedingsadviezen. Ook uit de registratieformulieren, de overdrachtsformulieren en de vragenlijsten blijkt dat de knelpunten zich op deze onderwerpen concentreren. Een concrete invulling zal volgens de deelnemers regionaal moeten plaatsvinden, waarbij het streven is zoveel mogelijk aan te sluiten bij de bestaande plaatselijke procedures en logistiek, zonder dat de inhoud van de richtlijn verloren gaat.
- Voor een goede invoering van de richtlijn zouden verschillende randvoorwaarden gerealiseerd moeten worden. Zij zijn geïntegreerd in de aanbevelingen voor de landelijke invoering en worden in paragraaf 7.3 besproken.
- Ouders zijn positief over de nazorg van hun kind na ontslag maar geven aan dat de volgende zaken van groot belang zijn: 1) een goede ontslagplanning en voldoende tijd en informatie vóór ontslag, 2) afstemmen van afspraken en adviezen tussen ziekenhuis en JGZ en 3) het opslaan van informatie in digitale systemen (zodat zij de informatie niet steeds hoeven te herhalen) van belang is.

8.2 Kritische kanttekeningen

De opzet van de proefimplementatie is kwalitatief van aard waarbij het accent lag op het krijgen van een overzicht van zoveel mogelijk invoeringsproblemen en oplossingen daarvoor, met name ook ten aanzien van de (logistieke) procedure bij de overdracht. Aangezien de regionale samenwerking tussen ziekenhuis en JGZ ten grondslag ligt aan de meeste aanbevelingen binnen richtlijn, is gekozen voor een regionale implementatie. Hierdoor waren slechts twee ziekenhuizen en één

JGZ organisatie betrokken bij de proefimplementatie, waar normaal gesproken verschillende medewerkers vanuit diverse JGZ-organisaties in het land betrokken zijn. Dit heeft consequenties voor de reikwijdte van de conclusies en laat onverlet dat bij de landelijke invoering in andere regio's andere problemen kunnen optreden of bepaalde problemen juist niet optreden.

Problemen in andere regio's zijn deels geïnterviewd bij de landelijke commentaarronde op de richtlijn en kwamen op hoofdlijnen overeen met die uit de onderhavige proefimplementatie. We verwachten daardoor toch goed zicht te hebben gekregen op de meest basale uitvoeringsproblemen.

Het is belangrijk om te beseffen dat, ook al waren er meer organisaties in de proefimplementatie betrokken, het niet mogelijk is alle uitvoeringsproblemen te inventariseren. Zoals de deelnemers aangaven zal iedere regio zijn eigen vertaalslag van de richtlijn moeten maken en te maken krijgen met lokale uitvoeringsproblemen waar JGZ en ziekenhuis gezamenlijk een oplossing voor moeten zien te vinden.

8.3 Aanbevelingen en randvoorwaarden voor de landelijke invoering

8.3.1 Voorbereiding en daadwerkelijke invoering

- Volgens de deelnemers was de tijd van de proefimplementatie te kort om de richtlijn echt te testen. Er is geruime tijd nodig voor de voorbereiding van de invoering. Verder kost het veel tijd om de voorbereiding van de logistiek te regelen (o.a. het nieuwe overdrachtsformulier) en in de praktijk gezamenlijk (JGZ en ziekenhuis) uit te vinden hoe het casemanagement en de warme overdracht vorm te geven.
- Volgens de deelnemers is het van belang dat de voorbereiding en de daadwerkelijke invoering wordt begeleid en gecoördineerd, zoals nu het geval was door de aandachtfunctionarissen bij de GGD en in elk ziekenhuis, en op afstand door TNO. Een half jaar voorbereidingstijd lijkt redelijk. Voor de daadwerkelijke invoering zou eveneens een periode van een half jaar uitgetrokken moeten worden. Verder zou er minimaal één keer per kwartaal en maximaal één keer per maand gezamenlijk overleg moeten zijn tussen de aandachtfunctionarissen. Het is belangrijk dat dit overleg aangestuurd wordt door iemand die hier verantwoordelijk voor is, bij voorkeur vanuit de JGZ.
- Een aandachtspunt is dat tijdens de proefimplementatie de aandachtfunctionarissen vanuit het project betaald werden voor hun werkzaamheden. De aandachtfunctionaris vanuit de GGD Amsterdam besteedde 44 uur aan de voorbereiding en de daadwerkelijke invoering. Daarbij moet rekening worden gehouden dat bij afsluiting van de proefimplementatie door TNO, de invoering in de ziekenhuizen en bij de GGD nog volop in gang was. Er dient bij de landelijke invoering eveneens financiering en tijd beschikbaar te zijn voor de taken van de aandachtfunctionaris. Het wegvallen van financiering zal zonder twijfel consequenties hebben voor de invoering.
- Tijdens de proefimplementatie organiseerde TNO de gezamenlijke overleggen tussen de aandachtfunctionarissen, inventariseerde problemen en gaf advies ten aanzien van de opzet en daadwerkelijke invoering (dit kostte naar schatting

15-20 uur). Bij de landelijke invoering moet deze functie elders belegd worden. Ook is het belangrijk dat er de mogelijkheid bestaat tot het uitwisselen van informatie en oplossingen voor uitvoeringsproblemen tussen regio's. Dit zou landelijk opgepakt en gecoördineerd moeten worden. Het ligt in de rede dat NCJ en NVK dit gezamenlijk oppakken, waarbij het NCJ de lead zou kunnen nemen, gezien hun expertise bij de invoering van JGZ-richtlijnen.

- Er is instructie / scholing nodig voorafgaande aan de invoering. Daarbij zouden zowel JGZ- als ziekenhuismedewerkers de richtlijn moeten lezen. JGZ-medewerkers hebben ongeveer 4 uur nodig om de richtlijn en de samenvatting te lezen; 1-1,5 uur voor het lezen van alleen de samenvatting. De ziekenhuismedewerkers hebben ongeveer een uur leestijd nodig (de informatie is grotendeels bekend). Voor de JGZ is een initiële scholing van 2 uur (1 uur theorie, 1 uur praktijk) voldoende. Voor de ziekenhuismedewerkers is een initiële instructie van 1 uur voldoende.
- Volgens de JGZ kan de inwerktijd na het lezen van de richtlijn kort zijn: een half uur tot drie kwartier. Het eerste huisbezoek bij te vroeg geboren kinderen duurt soms tot een half uur langer dan bij niet te vroeg geboren kinderen, maar vooral door de medische achtergrond van deze groep kinderen en niet vanwege de richtlijn. De contactmomenten duren alleen langer als er bijzonderheden zijn.
- Het kost de ziekenhuismedewerkers ongeveer een uur extra tijd om ingewerkt te raken in de nieuwe overdrachtsformulieren. Maar het formulier wordt wel als vollediger en een verbetering gezien.
- Na de initiële invoering is het belangrijk dat de aandachtfunctionaris in het ziekenhuis met iedere afzonderlijke medewerkers meekijkt hoe het loopt en feedback geeft. Hiervoor moet een half uur tot een uur per medewerker worden uitgetrokken.

8.3.2 Materialen

- De richtlijn zou vooral als naslagwerk moeten dienen. Er is daarnaast behoefte aan handzame en praktische documenten / tools voor de dagelijkse praktijk, zoals de samenvatting en een geplastificeerde overzichtskaart (A-4 of dubbel A-4). Deze materialen zijn reeds uitgedeeld bij de bijscholing maar blijkbaar niet als dusdanig gebruikt tijdens de proefimplementatie. Voor het ziekenhuis zou apart een geplastificeerde kaart ontwikkeld moeten worden.
- Tijdens de proefimplementatie werd een apart (papieren) overdrachtsformulier gebruikt. Opname van het nieuwe overdrachtsformulier in het ziekuissysteem is nodig omdat het invullen anders teveel tijd kost of er een kans is dat het formulier kwijt raakt.
- Vanuit de JGZ ligt er de wens om de groeicurves voor prematuren in het digitaal dossier in te bouwen evenals de mogelijkheid om te kunnen corrigeren voor vroeggeboorte. Ook ligt er de wens om een alert melding in te bouwen dat het om te vroeg/SGA geboren kind gaat met overdracht vanuit het ziekenhuis.

- Het uitdelen van de foldertekst voor ouders na ontslag uit het ziekenhuis en na contactmomenten bij de JGZ is slechts zelden gebeurd tijdens de proefimplementatie. Het is belangrijk dat ouders informatie krijgen en dat deze tekst uitgedeeld wordt en dat dit onderdeel van de routine bij ontslag en tijdens JGZ-contactmomenten wordt.

8.3.3 *Tijdige overdracht gegevens*

- Een elektronisch dossier of elektronische overdracht werd door zowel de JGZ als de ziekenhuizen als essentiële voorwaarde gezien bij deze richtlijn.
- Het is van belang dat de JGZ vóór het eerste huisbezoek over de gegevens beschikt. Als tussenoplossing voor het elektronisch dossier is in Amsterdam besloten twee kopieën van de *verpleegkundige overdrachtsgegevens* aan de ouders mee te geven; één voor de ouders zelf en één om aan de JGZ-medewerker tijdens het huisbezoek te overhandigen. Dit is geen ideale oplossing omdat de JGZ-medewerker ter plekke de gegevens krijgt en zich niet kan voorbereiden. Tijdens de focusgroepen werd ook nog de mogelijkheid van het gebruiken van Zorgmail genoemd en tijdens de landelijke commentaarronde bleek dat een JGZ-organisatie de overdrachten op het hoofdkantoor scant en vervolgens aan het dossier van het kind hangt met een melding erbij. Ook deze oplossingen zijn echter niet zo ideaal als het invoeren van een elektronisch dossier waar zowel het ziekenhuis, de JGZ en andere zorgverleners (en eventueel ouders) bij kunnen.
- Eveneens als tussenoplossing voor het elektronisch dossier kan gekeken worden welke gegevens al vóór ontslag overgedragen kunnen worden en relevant zijn voor de JGZ. Volgens de deelnemers zijn dit: 1. het algemeen beloop (niet te gedetailleerd), 2. Voeding(sbeleid) en wie doet dit beleid tot wanneer, 3. informatie over ouders; bijvoorbeeld “pluis - niet pluis” gevoel of onzekerheid aan de kant van ouders zodat de JGZ eventueel eerder thuis langs kan gaan.
- Ook is het van belang dat de *medische overdracht* binnen 14 dagen bij de JGZ-teams aanwezig is. Deze blijkt vaak (zeer) verlaat bij de JGZ aan te komen.
- De jeugdarts zou ook het verpleegkundig overdrachtsformulier moeten raadplegen voor gegevens en de jeugdverpleegkundige de medische overdrachtsbrief.
- Het is van belang dat het verpleegkundig overdrachtsformulier en de medische brief volledig ingevuld worden. Bijvoorbeeld de lengte van het kind bij geboorte en ontslag is belangrijk voor de JGZ als uitgangspunt van de groei.

8.3.4 *Casemanagement*

- Bij slechts een derde van de geregistreerde contactmomenten tijdens de proefimplementatie is bij de JGZ bekend wie de casemanager is. Het is van wezenlijk belang om per regio/ziekenhuis duidelijke regels af te spreken over wie in principe de casemanager is en wat het casemanagement praktisch inhoudt (met name m.b.t. het afstemmen van afspraken). In tegenstelling tot het

advies in de richtlijn is in Amsterdam afgesproken dat de JGZ direct na ontslag casemanager is. Uitzonderingen daarop zijn: 1. bij extreem vroeggeboorte, 2. na lange ziekenhuisopname en 3. wanneer na ontslag nog veel ziekenhuisbezoeken gepland zijn. Het ziekenhuis bepaalt of van de afgesproken regels afgeweken moet worden. De overwegingen hierbij zijn: a. ouders versterken in hun gevoel dat het goed gaat met hun kind en het kind naar de reguliere zorg gaat (de JGZ), b. zowel JGZ als het ziekenhuis achten de JGZ het beste in staat om na ontslag casemanager te zijn.

- Ook is het belangrijk om de casemanager los te zien van de persoon waar ouders terecht kunnen met vragen over voeding, groei etc. Ouders blijken na ontslag vooral veel vragen te hebben over voeding en hier onzeker over te zijn. Dit betekent dat op het overdrachtsformulier moet staan: a. wat het standaard voedingsadvies voor prematuren is, b. tot wanneer het voedingsbeleid bij het ziekenhuis ligt en c. bij wie de ouder terecht kan met vragen over voeding, maar ook over andere inhoudelijke zaken. In Amsterdam is afgesproken dat het ziekenhuis standaard aan ouders aangeeft dat de JGZ het voedingsbeleid na ontslag bepaalt en de kinderarts slechts op indicatie. De overweging hierbij is dat het ziekenhuis de kinderen pas na twee weken weer ziet en daarna met te grote tussenpozen om het voedingsadvies op maat te kunnen aanpassen. Meestal geven ziekenhuizen wel aan dat ouders de eerste 2 weken met vragen de afdeling in het ziekenhuis kunnen bellen.
- Zowel bij het ziekenhuis als bij de JGZ moeten er meer in investeren om er zeker van te zijn dat de casemanager bij alle betrokken zorgverleners bekend is; het ziekenhuis moet dit duidelijk overdragen bij ontslag en de JGZ zou meer actief kunnen nagaan wie de casemanager is.
- Bij overdracht na ontslag uit het ziekenhuis is het van belang om, naast het casemanagement, apart aangeven bij wie ouders terecht kunnen met specifieke vragen op bepaalde gebieden. Dit moet door het ziekenhuis goed volledig ingevuld worden op het overdrachtsformulier en dient bij ontslag besproken te worden met ouders.

8.3.5 *Warme overdracht*

- Het ideale moment voor een warme overdracht is volgens de deelnemers minder dan een week voor ontslag en is vooral van belang bij: 1. psychosociale problemen, 2. Als een kind lang opgenomen is in het ziekenhuis, 3. als de ouders het moeilijk hebben/onzeker zijn. Het ligt in eerste instantie bij het ziekenhuis om te bepalen of een warme overdracht nodig is, maar rekening houdend met wat voor de JGZ haalbaar is. Van belang is: 1) Om vanuit het ziekenhuis goed van tevoren na te gaan of voor dit kind een warme overdracht van toepassing is 2) Om goed aan ontslagplanning te doen en ouders hierover te informeren 3) Om na te denken wat overgedragen gaat worden en door wie (arts óf verpleegkundige vanuit neonatologie óf kraamafdeling), waarbij rekening gehouden wordt welke gegevens van belang zijn voor JGZ en ouders.

8.3.6 *Succes van de proefinvoering*

- Volgens de deelnemers was het gezamenlijk uittesten van de richtlijn door JGZ en ziekenhuizen een ideale gelegenheid om de richtlijn in werking te zetten. Het leren kennen van elkaar en elkaars werkwijze werd als zeer nuttig gezien.

8.4 **Welke wijzigingen zijn in de conceptrichtlijn doorgevoerd n.a.v. de proefimplementatie**

- Tijdens de proefimplementatie is samen met de 2 ziekenhuizen en de GGD Amsterdam een overdrachtsformulier ontwikkeld. Dit overdrachtsformulier zal toegevoegd worden als bijlage aan de richtlijn. Dit overdrachtsformulier wordt ook aangepast n.a.v. de proefimplementatie;
 - er moet een apart veld “groei tijdens opname” bijkomen
 - als het voedingsbeleid niet door de kinderarts gegeven wordt dan moet aangegeven kunnen worden wie dan wel
 - als het voedingsbeleid wel door de kinderarts wel gegeven wordt dat moet aangegeven worden tot wanneer
 - bij het stukje voedingsbeleid moet aangegeven worden bij wie ouders terecht kunnen met vragen over het voedingsbeleid
 - bij het stukje voedingsbeleid kan de tekst van het OLVG toegevoegd worden over de prematurenvoeding, die zij standaard onderaan de artsbrief noteren
 - op het overdrachtsformulier dient benadrukt te worden dat ouders geïnformeerd worden en een kopie en ouderfolder dienen te krijgen.
- Er wordt een samenvatting met aanbevelingen voor het ziekenhuis als bijlage toegevoegd aan de richtlijn en de richtlijn en deze samenvatting worden ter accordering aangeboden aan de Nederlandse Vereniging Kindergeneeskunde (NVK).
- Er is een hoofdstuk “5. Aanbevelingen voor toekomstig beleid en onderzoek” aan de richtlijn toegevoegd, bijvoorbeeld over het belang van regelmatig regionaal overleg, georganiseerd door aangegeven coördinatoren per ziekenhuis en JGZ-organisatie.
- De definitie van SGA-geboren kinderen is aangepast naar < -2 SDS. Hierdoor gaat het nu om minder kinderen met meer extremere SGA. Dit sluit beter aan bij (inter)nationale definities en werd ook geadviseerd tijdens de landelijke commentaarronde.

9 Literatuur

Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. *International Journal for Quality in Health Care*, 2004; 16, 107-123.

Fleuren MAH. Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. Leiden: TNO, 2010a. Rapportnummer TNO/CH 2012 R11025

M.A.H. Fleuren, S.A.M. van den Bergh-Verhappen, J.F.M. Vlek, D. Wijkkel, J. Wildschut. Handreiking voor de implementatie van een protocol voor de zorgketen van patiënten met een LRS. Leiden: TNO, 2010b. Rapportnummer KvL/P&Z 2010.027

Fleuren MAH,, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. Ontwikkeling MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI). Leiden: TNO, 2012. Rapportnummer TNO 2012 R10625

Huiskes N, Schrijvers G. Het zorgpadenboek. Voorbeelden van goede ziekenhuiszorg. Amsterdam: Thoeis, 2010.

Landelijke werkgroep "Concept JGZ richtlijn Nazorg vroeg en/of SGA-geboorte, conceptversie 2012

PRNa (Stichting Perinatale Registratie Nederland). Perinatale Zorg in Nederland 2008. Jaarboek 2008. Utrecht: Stichting Perinatale Registratie Nederland, 2011. ISBN 978-90-809666-8-0. Pagina 95 en 100. Te downloaden via: www.perinatreg.nl.

van der Pal, SM, van der Pal-de Bruin, KM Call to Action for Newborn Health; Vroeggeboorte in Nederland. Leiden: TNO, 2012. TNO-rapport TNO/CH 2012 R10565

A Gedetailleerde resultaten focusgroepinterviews en vragenlijstonderzoek

In deze bijlage staan detailpunten die niet in de resultatenhoofdstukken van het vragenlijstonderzoek en de focusgroepinterviews zijn besproken. Ze hebben betrekking op conceptversie 'JGZ-Richtlijn Vroeg/SGA-geboorte' (januari 2012).

Tekst richtlijn en samenvatting

- De JGZ vindt het fijn dat de richtlijn informatie geeft over de risicofactoren, bijvoorbeeld de schoolproblemen (klas overslaan en speciaal onderwijs) die uit het POPS onderzoek blijken. De samenvatting bevat alleen een opsomming van risicofactoren; aanbevolen wordt om in de samenvatting te verwijzen naar de bijbehorende pagina's in de richtlijn.
- In de richtlijn wordt aanbevolen eventueel de ASQ aanvullend op het Van Wiechen schema af te nemen. De JGZ gebruikt de ASQ nooit. In 2013 komt er waarschijnlijk een gevalideerd instrument om psychosociale problematiek uit te vragen (SDQ); dit zou in de richtlijn opgenomen moeten worden.

Tekst folder

- De foldertekst is te lang en onduidelijk. De foldertekst is lastig te lezen voor mensen die de Nederlandse taal niet goed beheersen.
- De folder is voor ouders van mild te vroeg geboren kinderen te confronterend (bijvoorbeeld: "er kunnen nog latere gevolgen optreden"). Het is te overwegen een andere versie voor ouders van mild te vroeg geboren kinderen te maken.
- Uitleg ontbreekt waarom het vaccinatie-schema niet corrigeert voor vroeggeboorte.
- De term casemanager (en wie dit is) moet duidelijk aan ouders uitgelegd worden.

Vernieuwde overdrachtsformulier

- Het nieuwe overdrachtsformulier is vooral geschikt voor extreem prematuren. Bij een korte opnameduur kost het teveel tijd om in te vullen. Er zouden meer "geen bijzonderheden" antwoordcategorieën in moeten.
- Aan het begin was niet duidelijk wat je waar moest invullen en het is je eigen klinische ervaring die bepaalt wat de bedoeling is en wat overgedragen moet worden.

Uitvoeringsproblemen

- Soms schiet het erbij in om expliciet risicofactoren na te vragen. Maar de meesten zijn bekend en/of worden nagevraagd. Psychosociale aspecten en ervaring met vroeggeboorte (mogelijk schuldgevoelens) komen meestal ter sprake bij het eerste huisbezoek.
- Uit de registratieformulieren bleek dat naast het Van Wiechen Schema geen aanvullende testen/vragenlijsten gebruikt worden en de JGZ beaamde dit tijdens de focusgroepinterviews.
- Het ziekenhuis slaat bij elk kind een leeg formulier op en dit wordt gedurende de periode van opname steeds aangepast en verder ingevuld. Een elektronisch dossier zou ook hier weer het handigst zijn.

- Verwijzing van de JGZ naar de kinderarts gaat meestal via de huisarts. Deze moet ook zeker niet gepasseerd worden. Een mogelijk snellere manier is via “Zorgmail” (gebruikt vooral de JGZ). Het is wel altijd goed een kopie te sturen naar de huisarts.

B Verpleegkundig overdrachtsformulier; “ontslag ziekenhuis naar huis” (Onze Lieve Vrouwe Gasthuis & Sint Lucas Andreas Ziekenhuis)

Conceptversie proefimplementatie, gebruik van februari - mei 2012
Bij vragen kunt u contact opnemen met Yvonne Blees (OLVG) of Jennie van Tilburg (SLAZ)

1. Gegevens kind (of patiënt-sticker)

Naam kind: _____
Geslacht: ☐ JONGEN / ☐ MEISJE
Geboortedatum: _____
Geboortetijd: _____
Opname datum: _____
Geboortegewicht: _____ gram
Geboortelengte: _____ cm
Hoofdomtrek: _____ cm
APGAR: 1 min: _____
5 min: _____
10min: _____
Duur zwangerschap: _____ weken _____ dagen
Ontslagdatum: _____
Gravida/Para Gravida: _____ Para: _____
Bijz. zwangerschap: ☐ NEE / ☐ JA, namelijk: _____

2. Partus

Plaats van geboorte: _____

Bijzonderheden: _____

Reden van opname: _____

3. Korte samenvatting van het ziektebeloop / de ziekenhuisopname (doorgemaakte gezondheidsproblemen):

4. Gedragsuitingen van het kind:

Motoriek normaal:

☐ JA / ☐ NEE, namelijk/toelichting:

Slaap-waakritme normaal:

☐ JA / ☐ NEE, namelijk/toelichting:

Voorkeurshouding:

☐ Rechterkant ☐ Linkerkant

Bijzonderheden: _____

Advies slaaphouding:

☐ Rechterkant ☐ Linkerkant

Tot wanneer en bijzonderheden: _____

Andere bijzonderheden m.b.t. gedragsuitingen kind:

5. Interactie met ouders (rol van moeder, vader, evt. andere betrokkenen, bijzonderheden)

6. Gezinsamenstelling / psychosociale aspecten (bijv. eerdere zwangerschappen/drugs- of drankgebruik / gezondheid ouders / omgevingsfactoren):

Spreektaal ouders:

☐ Nederlands / ☐ Engels / ☐ Anders, nl: _____

7. Bij ontslag:

Datum ontslag: _____

Ontslag gewicht: _____ gram

Ontslag lengte: _____ cm

Ontslag hoofdomtrek: _____ cm

Temperatuur (indien relevant): _____

Patroon mictie/defecatie normaal: _____ ☐ JA / ☐ NEE, namelijk/toelichting:

Voeding bij ontslag: ☐ Borstvoeding / ☐ Fingerfeeding / ☐ Fles / ☐ Sondevoeding

Frequentie en hoeveelheid: ____ keer ____ ml / ☐ ON DEMAND

Soort voeding: ☐ Moedermelk / ☐ Kunstvoeding, welke: ____

Extra toevoegingen in voeding: ☐ NEE / ☐ JA, namelijk:

☐ BMF: hoeveelheid: ____

☐ Extra poeder: hoeveelheid: ____

☐ Fantomalt: hoeveelheid: ____

☐ Calogen: hoeveelheid: ____

Voedingstijden: ____

Vochtbeperking: ☐ Nee / ☐ Ja: ____ ml/kg/dag (beleid via kinderarts)

Voedingsadvies: wekelijks ____ ml per voeding verhogen tot het 1^e polibezoek

Anders: ____

Aanvullend voedingsadvies ____

Voedingsbeleid door kinderarts tot deze overdraagt aan jeugdarts:

☐ JA / ☐ NEE, namelijk: ____

Medicatie bij ontslag: ☐ NEE / ☐ JA, ____

Vitamine D: ☐ NEE / ☐ JA, ____

Vitamine K: ☐ NEE / ☐ JA, ____

Hielprikscreening: ☐ Niet geprikt / ☐ Wel geprikt, datum: ____

Gehoorscreening ☐ Niet getest / ☐ Wel getest; uitslag: ____

Vaccinaties: ☐ JA / ☐ NEE, ____

Bijzonderheden verzorging rondom ontslag:

8. Betrokken zorgverleners in het ziekenhuis:

☐ Kinderarts (naam & tel): ____

☐ Fysiotherapeut (naam & tel): ____

☐ ToP-ketenzorg (door fysioth) ____

☐ Lactatiekundige (naam & tel): ____

☐ Oogarts (bijv. ivm ROP; naam & tel) ____

☐ Maatschappelijk werker (naam&tel) ____

☐ Logopedist (naam & tel): ____

☐ Anders, namelijk: ____

9. Afspraken die nog volgen (polikliniek kindergeneeskunde, bij andere disciplines en CB):

Datum: ____ bij: ____

Datum: ____ bij: ____

Datum: ____ bij: ____

Datum: ____ bij: ____

Datum: ____ bij: ____

10. Overige bijzonderheden / bijzondere aandachtspunten:

11. Wie is de casemanager na ontslag (alleen maar 1 persoon aankruisen!):

- ☐ Kinderarts (naam&tel): _____
- ☐ CB/Jeugd-arts (naam&tel): _____
- ☐ Huisarts (naam&tel): _____
- ☐ Anders (naam&tel): _____

12. Overdracht aan JGZ:

- ☐ geen overdracht
- ☐ schriftelijk
- ☐ face-to-face
- ☐ telefonisch

Indien persoonlijk: ☐ met ouders ☐ zonder ouders

13. Hulp na ontslag: Uitgestelde kraamzorg?

☐ JA / ☐ NEE Toelichting: _____

Informatie ouders bij ontslag: ☐ Ontslagfolder zkh ☐ Conceptfolder nazorg (richtlijn)

☐ Anders: _____

Bij wie kunnen ouders terecht met vragen over:

- Voeding: ☐ Casemanger / ☐ Anders: _____
- Groei en ontwikkeling: ☐ Casemanger / ☐ Anders: _____
- Intercurrente ziekte: ☐ Casemanger / ☐ Anders: _____

Indien u nog vragen heeft kunt u via telefoonnummer: _____ of emailadres: _____ de afdeling Neonatologie bereiken.

Met vriendelijke groeten,

Datum

Naam verpleegkundige
Afdeling Neonatologie
Telefoonnummer
Naam ziekenhuis

En

Naam verpleegkundige
Kinderafdeling
Telefoonnummer
Naam ziekenhuis

C Registratieformulier jgz-richtlijn nazorg vroeg/sga-geboorte

1 ALGEMENE GEGEVENS				
Code Kind	.....	Naam JGZ-medewerker	.....	
Functie medewerker	0 Jeugdarts	0 Jeugdverpleegkundige	0 anders.....	
2 KINDGEGEVENS				
Geboortedatum kind	/...../..... (dag/maand/jaar)			
Geboortegewicht	 gram			
Leeftijd kind (kalenderleeftijd)	 maanden			
Geboren met zwangerschapsduur	/..... (weken/dagen)			
3 OVERDRACHT GEGEVENS VANUIT ZIEKENHUIS				
<u>(Niet extra nazoeken, alleen invullen of gegevens bij huidig consult (op het scherm) bekend zijn)</u>				
Zijn onderstaande gegevens overgedragen uit het ziekenhuis bij ontslag?		Ja	Nee	Bijzonderheden:
Gegevens over bevalling en geboorte:	Aard en verloop bevalling	0	0	.....
	Apgar (perinatale problemen)	0	0	.....
	Gewicht, lengte, hoofdomtrek	0	0	.....
	Andere bijzonderheden bevalling	0	0	.....
Gegevens over opname:	Groei-gegevens tijdens opname	0	0	.....
	Medicatie en supplementen	0	0	.....
	Voeding gegevens	0	0	.....
	Verzorging gegevens	0	0	.....
	Doorgemaakte gezondheidsproblemen	0	0	.....
	Hiepruk, neonatale gehoorscreening, ROP	0	0	.....
	Vaccinaties	0	0	.....
	Ingezette ondersteuning/begeleiding	0	0	.....
Gegevens over ontslag:	(Controle)Ander betrokken zorgverleners	0	0	.....
	Ontslag; Gewicht, lengte, hoofdomtrek	0	0	.....
	Nog geplande diagnostiek	0	0	.....
	Datum 1 ^e poli controle + naam arts	0	0	.....
	Andere bijzonderheden	0	0	.....
4 CASEMANAGEMENT / AFSPRAKEN				
Wie is de casemanager?	0 kinderarts	0 huisarts	0 jeugdarts	
	0 niemand	0 weet niet	0 anders	
Bekend hoe deze te bereiken?	0 ja	0 nee	0 anders	
Casemanager bekend bij ouders?	0 ja	0 nee	0 anders	
Wijze medische overdracht?	0 geen overdracht	0 schriftelijk	0 face-to-face	0 telefonisch
Indien face-to-face:	0 met ouders	0 zonder ouders		
Betrokken zorgverleners:	.....			
Wanneer:	0 voor ontslag zkh	0 ≤ 0-14dg na ontslag zkh	0 > 14 dg na ontslag zkh	
Wijze verpleegk. overdracht?	0 geen overdracht	0 schriftelijk	0 face-to-face	0 telefonisch
Indien face-to-face:	0 met ouders	0 zonder ouders		
Betrokken zorgverleners:	.....			
Wanneer:	0 voor ontslag zkh	0 ≤ 0-14dg na ontslag zkh	0 > 14 dg na ontslag zkh	
5 CONTACTGEGEVENS VAN HUIDIG CONSULT				
Datum contact	/...../..... (dag/maand/jaar)			
Aard contact	0 regulier PGO	0 huisbezoek	0 extra contactmoment/op indicatie	
Is dit het eerste contactmoment?	0 eerste contact	0 vervolgecontact	0 laatste PGO moment (3 jr 9 mnd)	

6 GEGEVENS / BIJZONDERHEDEN OUDERS, HUIDIG CONSULT									
nagevraagd?	ja	nee	bijzonderheden:						
risicofactoren ouders	0	0	.....						
draagkracht / stress ouders	0	0	.....						
steun omgeving	0	0	.....						
beheersing NL taal	0	0	.....						
sociaal economische status ouders	0	0	.....						
opvoeding en hechting	0	0	.....						
anders	0	0	.....						
7 ANAMNESE RISICOFACOREN KIND, HUIDIG CONSULT									
nagevraagd?	ja	nee	bijzonderheden:						
mate vroeggeboorte, complicaties	0	0	.....						
cognitieve/gedrag-problemen	0	0	.....						
neurologische/longproblemen	0	0	.....						
anders	0	0	.....						
8 DIAGNOSTIEK KIND, HUIDIG CONSULT									
	onderzocht?		afwijking KL*?			afwijking CL*?			Opmerkingen
Van Wiechen	ja	nee	ja	nee	niet getest	ja	nee	niet getest	
Grove motoriek	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
Fijne motoriek	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
Communicatie (spraak/taal)	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
Psychosociaal (mentaal)	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
Fysiek	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
Lengte	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
Gewicht	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
Andere tests/vragenlijsten?									
.....	0	0	0	0	0	0	0	0	.....
*. KL = op basis van KalenderLeeftijd, CL = op basis van geCorrigeerde Leeftijd									
9 BELEID, HUIDIG CONSULT									
(vervolg)afpraak									
0 terugkomen regulier PGO	0 extra contactmoment		0 controle/overleg ziekenhuis						
0 adviezen vanuit JGZ			0 anders						
overleg met:									
0 kinderarts	0 huisarts		0 schoolarts						
0 casemanager	0 anders								
verwezen/overgedragen naar:									
0 kinderarts	0 huisarts		0 schoolarts						
0 casemanager	0 anders								
Interventies:									
0 folder ouders (bijlage 3 Richtlijn)	0 adviezen, nl		0 anders						
10 KNELPUNTEN BIJ WERKEN MET RICHTLIJN									
0 geen knelpunten	0 geen casemanager / slecht bereikbaar		0 onvoldoende gegevens overdacht						
0 samenwerking zorgverleners	0 tijdgebrek		0 anders						
Toelichting knelpunten:									
Totale tijd huidig consult (<i>zonder het invullen van dit formulier</i>): minuten (naar schatting)									
Is dit langer dan normaal? 0 nee 0 ja, nl .....minuten langer									
Voor vragen over dit formulier kunt u terecht bij Sylvia vd Pal (sylvia.vanderpal@tno.nl) of Marit Recourt (mrecourt@ggd.amsterdam.nl)									
NB Kopie van registratieformulier opsturen naar TNO © MAH Fleuren & SM van der Pal, TNO 2012									