

› TNO rapport voor
ZonMw

Verslag praktijktest JGZ-richtlijn Extremiteiten

TNO innovation
for life

17 december 2018 ›

› Verslag praktijktest JGZ-richtlijn Extremiteiten

Rapport voor:	ZonMw
Datum	17 december 2018
Auteurs	J. Deurloo R. van Zoonen C. Lanting
Projectnummer Rapportnummer	060.21493
Contact TNO E-mail Rapport voor:	Renate van Zoonen Renate.vanzoonen@tno.nl ZonMw

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

T 088 866 61 00
infodesk@tno.nl

© 2018 TNO

Alle rechten voorbehouden.

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

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

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

Handelsregisternummer 27376655

Inhoudsopgave

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

1 Inleiding

In opdracht van ZonMw is de richtlijn Extremiteten voor de jeugdgezondheidszorg (JGZ) ontwikkeld [1]. Deze richtlijn biedt handvatten voor het handelen van JGZ-professionals in hun contacten met individuele kinderen en/of jongeren van 0-18 jaar en/of hun ouders/verzorgers. De richtlijn is geschreven door TNO, in samenwerking met JGZ-professionals en een werkgroep van experts uit aanpalende beroepsgroepen.

De richtlijn zal onder regie van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) in de JGZ worden geïmplementeerd. Voor een succesvolle implementatie van de richtlijn onder JGZ-professionals is inzicht nodig in factoren die een rol spelen bij het gebruik van de richtlijn (belemmerende en bevorderende factoren). Daartoe heeft een analyse van determinanten plaats gevonden onder de beoogde gebruikers van de richtlijn Extremiteten vóórdat deze definitief vastgesteld en verspreid wordt. Aan de hand van de praktijktest is bekeken of de richtlijn nog bijstelling behoeft [2-11].

1.1 Vraagstellingen

Vraagstellingen die door middel van de praktijktest beantwoord worden zijn:

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

2 Methode

Voor de praktijktest zijn de volgende activiteiten uitgevoerd:

2.1 Werving van JGZ-organisaties

Voor de werving van JGZ-organisaties is een oproep geplaatst op de websites en in de nieuwsbrieven van het NCJ, de beroepsorganisaties (AJN, V&VN, NVDA) en koepels. Na het uitblijven van aanmeldingen is er een oproep geplaatst voor deelname als individu. Uiteindelijk hebben in totaal 20 deelnemers van negen JGZ-organisaties deelgenomen. Het betrof:

- VRLN (n=2)
- Kennemerland (n=2)
- GGD IJsselland (n=1)
- GGD RU (n=4)
- Rivas (n=1)
- GGD Zeeland (n=5)
- GGD HVB (n=3)
- GGD BZO (n=1)
- GGD NOG (n=1)

Onder de 20 deelnemers bevonden zich 13 jeugdartsen, zes jeugdverpleegkundigen en één verpleegkundig specialist.

2.2 Online scholing

Voorafgaand aan het werken met de richtlijn volgden de deelnemers een online scholing. Tijdens deze online scholing werden de deelnemers geïnstrueerd over de inhoud en uitvoering van de richtlijn en is uitleg gegeven over de manier waarop het gebruik van de richtlijn geëvalueerd zou worden. Aan de deelnemers is gevraagd de richtlijn van te voren te lezen. Vervolgens zijn er individuele gesprekken geweest met één van de richtlijnontwikkelaars om de online scholing te bespreken en eventuele vragen te beantwoorden.

2.3 Werken in de praktijk met de richtlijn

De deelnemende JGZ-professionals hebben gedurende een periode van vier maanden (juli 2018 t/m oktober 2018) in de praktijk met de richtlijn gewerkt.

2.4 Evaluatie onder JGZ-professionals

Voor dit onderdeel werd gebruik gemaakt van:

- a) Vragenlijsten voor JGZ-professionals;
- b) Online groepsinterview met JGZ-professionals

Ad a) Vragenlijsten voor JGZ-professionals

Startvragenlijst: Alle 20 deelnemers (100%) hebben na de online scholing een startvragenlijst ingevuld. Hierin werden vragen gesteld over de benodigde inleestijd en de eerste indruk van de inhoudelijke juistheid en volledigheid van de richtlijn.

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

Eindvragenlijst: In de laatste twee weken van de praktijktest hebben 16 van de 20 deelnemers (80%) de eindvragenlijst ingevuld. Hierin werd gevraagd naar determinanten (belemmerende en bevorderende factoren) die een rol spelen bij het (kunnen) gebruiken van de richtlijn. Daarnaast werd gevraagd aan welke randvoorwaarden voldaan moet worden om goed met de richtlijn te kunnen werken. Voor de vragenlijst is gebruik gemaakt van (onderdelen van) het MeetInstrument Determinanten van Innovaties (MIDI) [11, 14]. Dit is een generiek instrument om determinanten te meten die het gebruik van innovaties (o.a. richtlijnen) voorspellen.

Ad c) Online focusgroep met JGZ-professionals

Voor de online focusgroep hadden vijf professionals zich aangemeld. Na afloop van de praktijktest is één online focusgroep gehouden aan de hand van een interviewprotocol met drie JGZ-professionals die daadwerkelijk hebben deelgenomen. Hiervoor is een online focusgroep-programma gebruikt. Dit interview werd begeleid door een moderator en twee onderzoekers van TNO ter ondersteuning. Tijdens het interview werden de ervaringen van de praktijktest en de resultaten uit het vragenlijst onderzoek besproken en uitgediept. Ook werd een vertaalslag gemaakt naar activiteiten en randvoorwaarden die nodig zijn voor de landelijke invoering. De resultaten van de online focusgroep zijn te vinden in bijlage 1.

2.5 Analyses

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

3 Resultaten

3.1 Deelnemers praktijktest

In totaal namen 20 professionals deel aan de online scholing voor de praktijktest. De startvragenlijst is ingevuld door 20 deelnemers: jeugdartsen (65%; 13/20), jeugdverpleegkundigen (30%; 6/20) en een verpleegkundig specialist (5%; 1/20). De eindvragenlijst is ingevuld door 16 deelnemers: jeugdartsen (63%; 10/16), jeugdverpleegkundigen (31%; 5/16) en een verpleegkundig specialist (6%; 1/16).

Van de 20 deelnemers van de startvragenlijst was 25% (5/20) werkzaam in de zorg voor kinderen van 0-4 jaar, 40% (8/20) in de zorg voor 0-12 jarigen, 25% (5/20) in de zorg voor 0-18 jarigen en 10% (2/20) in de zorg voor 4-12 jarigen.

3.2 Voorbereiding praktijktest

In de startvragenlijst gaf 10% (2/20) aan de richtlijn oppervlakkig doorgelezen te hebben en 90% (18/20) gaf aan de richtlijn volledig en grondig doorgelezen.

De JGZ-professionals gaven aan gemiddeld circa 144 minuten nodig te hebben om de richtlijn te lezen. Van de deelnemers heeft 50% (10/20) de richtlijn via de website gelezen, 45% (9/20) heeft de richtlijn geprint en gelezen en 5% (1/20) heeft hem deels digitaal en deels geprint gelezen.

3.3 Wat vinden JGZ-professionals van de richtlijn?

3.3.1 Eerste indruk

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

- > "Duidelijk en ook herkenbaar. Geeft handvatten voor mijn advisering"
- > "Grondige toelichting van de verschillende afwijkingen. Ook helder wat onze rol is en wanneer verwijzing raadzaam is."
- > "De inhoud sluit goed aan bij de praktijk; leesbaarheid is een punt; door de vele dubbelingen en achtergrondinformatie over de uitgangsvragen leest het lastig en is het moeilijk de concentratie vast te houden"

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

- > "De meeste onderwerpen komen veel voor in de spreekkamer, fijn dat je nu ergens op kunt terugvallen"
- > "Duidelijke opbouw, structuur, duidelijke stroomschema's, overzicht van aandoeningen per ontwikkelingsfase en het schoenadvies"
- > "Overzicht aandoeningen per leeftijdsfase/stroomschema's. Duidelijke beschrijving van de aandoening en de anamnese, alarmsignalen"

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

- > "Dat er verschillende keren genoemd wordt dat er verwezen kan worden naar een podoloog of ergotherapeut, maar dat dit niet de eerste voorkeur van de JGZ heeft"
- > "Niet altijd duidelijk hoe lang je iets moet vervolgen en hoe vaak/hoe frequent je kind dan moet zien"
- > "Soms moeilijk te vinden wat ik wil weten"

Onderwerpen die de deelnemers missen zijn (1) bacteriële artritis heup, spasticiteit, (2) billenschuiven, (3) jeugdreuma, (4) ontstekingen, reumatische aandoeningen, (5) oriënterend orthopedisch lichamelijk onderzoek, (6) printversies van X-benen, O-benen om aan ouders te laten zien of op te hangen. Eventueel ook voor andere veel voorkomende normale bevindingen waar ouders vaak vragen over hebben, (7) specificatie van de anamnese en lichamelijk onderzoek over het lokaliseren van de pijn (definitie) en (8) trillen van extremiteiten tot bepaalde leeftijden en wonden aan extremiteiten in beperkingen daarvan. (9) Afwijkingen aan extremiteiten en vaccineren.

Deelnemers aan de focusgroep gaven aan de onderwerpen in de huidige richtlijn moeilijk los te kunnen zien van motoriek en houding(safwijkingen).

3.3.2 Uitvoerbaarheid van de richtlijn en de praktijktest

In de startvragenlijst is gevraagd of professionals belemmeringen zien om te werken met de richtlijn. Hierbij gaf 85% (17/20) aan geen belemmeringen te zien en 15% (3/20) ziet wel belemmeringen:

- > Onvoldoende kennis (n=1). De reden hiervoor is: "4-18 deel is voor mij niet van toepassing en kan ik daarom niet goed beoordelen"
- > Onvoldoende vaardigheden (n=3). Hierbij werd aangegeven (1) "Lichamelijk onderzoek weinig ervaring", (2) "reflexen bij kinderen beoordelen, andere onderdelen van specifiek lichamelijk onderzoek" en (3) "reflexen slaan".
- > Praktische bezwaren (n=3). De deelnemers geven aan (1) "Geen onderzoeksbank bij kinderen -12, eigenlijk geen echte onderzoeksruimte voor 12+", (2) "Niet altijd onderzoeksbank aanwezig" en (3) "Onvoldoende tijd binnen het consult om aanvullend lichamelijk onderzoek te doen; te weinig ruimte in de planning om hier onderzoek op indicatie voor te maken".

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

Determinanten met betrekking tot de richtlijn

In de eindvragenlijst zijn de onderstaande determinanten nagevraagd.

- > **Procedurele helderheid:** 88% (14/16) van de deelnemers vond dat de richtlijn helder aangeeft welke activiteiten uitgevoerd moeten worden. Van de overige deelnemers had 12% (2/16) hier geen mening over.
- > **Juistheid:** 88% (14/16) van de deelnemers vond dat de adviezen gebaseerd zijn op feitelijk juiste kennis. Van de overige deelnemers had 12% (2/16) hier geen mening over.
- > **Complexiteit:** 81% (13/16) van de deelnemers vond dat de richtlijn eenvoudig te gebruiken was en 7% (1/16) vond dat de richtlijn niet eenvoudig te gebruiken was. Van de overige deelnemers had 12% (2/16) hier geen mening over.

- > **Congruentie huidige werkwijze professionals en zorgketen:** 88% (14/16) van de deelnemers vond dat de richtlijn goed aansloot bij hoe men gewend was te werken. Van de overige deelnemers had 12% (2/16) hier geen mening over.

Door 63% (10/16) van de deelnemers werd aangegeven dat de richtlijn goed aansluit bij de werkwijze van professionals in de zorgketen (bijvoorbeeld huisarts, kinderarts etc.). De overige 37% (6/16) had hier geen mening over.

- > **Relevantie ouders en kinderen:** 100% (16/16) van de deelnemers vond de richtlijn relevant voor ouders en jeugdigen.
- > **Nut & belang van de richtlijn:** 100% van de deelnemers vond de richtlijn nuttig. Van de deelnemers vond 88% (14/16) de richtlijn belangrijk en 12% (2/16) had hier geen mening over.

Overige opmerkingen

Overige opmerkingen van deelnemers waren:

- > "Ik vind hem nuttig maar niet compleet. Ik mis nog een stuk over beoordeling van het looppatroon. Er wordt alleen gesproken over tenenloop, terwijl er zo veel meer afwijkende looppatronen zijn."
- > "De implementatie binnen de organisatie is sterk afhankelijk van de presentatie van de richtlijn en de ondersteunende materialen t.b.v. de implementatie (PowerPoint, e-learning, visuele materialen, goede en goed bruikbare samenvatting) en daarnaast gevoel van urgentie binnen de eigen organisatie en ruimte om de richtlijn te implementeren"
- > "Wel is het noodzakelijk om de stof te laten beklijven: dat de inhoud in mijn hele team wordt opgepakt, dat er een e-learning of inhoudelijke scholing volgt".

Determinanten met betrekking tot de professional

De determinanten met betrekking tot de professional zijn nagevraagd voor de 4 onderwerpen tenenloop, platvoeten, X- en O-benen en beenlengteverschil. Waar mogelijk zijn de resultaten voor deze onderwerpen gezamenlijk weergegeven. Opvallende verschillen worden apart benoemd. In de eindvragenlijst zijn de volgende determinanten nagevraagd met betrekking tot de professional:

> Eigen effectiviteit:

In de eindvragenlijst gaf de meerderheid (75-95%) van de deelnemers aan dat het (zeer) zeker wel lukt om de 4 onderwerpen te signaleren.

In de eindvragenlijst gaf de meerderheid (69-81%) van de deelnemers aan dat het (zeer) zeker wel lukt om de verwijscriteria voor de 4 onderwerpen te hanteren.

In de eindvragenlijst gaf de meerderheid (69-94%) van de deelnemers aan dat het (zeer) zeker wel lukt om de ouders en/of jongeren te begeleiden voor de 4 onderwerpen te hanteren.

In de eindvragenlijst gaf de meerderheid (88-94%) van de deelnemers aan dat het (zeer) zeker wel lukt om de ouders en/of jongeren na te vragen of ze problemen ervaren voor de 4 onderwerpen te hanteren.

In de eindvragenlijst gaf de meerderheid (81-88%) van de deelnemers aan dat het (zeer) zeker wel lukt om samen te werken met andere partijen voor de 4 onderwerpen te hanteren.

> **Taakopvatting:**

In de eindvragenlijst gaf de meerderheid (>69%) aan dat zij van mening zijn dat het doen van een anamnese en lichamelijk onderzoek, signalering, inzetten van vervolgacties, rechtstreeks verwijzen en het nagaan van resultaten tot hun taak behoren bij de vier onderwerpen.

Overige opmerkingen met betrekking tot eigen effectiviteit en taakopvatting:

- "Als jeugdverpleegkundige heb ik een rol in signalering en advisering wanneer na lichamelijk onderzoek door de jeugdarts is vastgesteld om welke problematiek het gaat. Echter het verwijzen en daar bijhorende acties zie ik als taak van de arts. Het opvolgen van deze verwijzing (resultaat, terugkoppeling, samenwerken met andere partijen) zie ik wel als mijn rol."
- "Het signaleren zal steeds meer een taak van de verpleegkundige worden omdat ik als jeugdarts de kinderen minder zie. Aandacht voor de onderkenning door verpleegkundigen is daarom iets wat wel opgepakt moet worden. Heb daarom bij de onderwerpen signalering neutraal geantwoord."
- "Op dit moment is het waterdicht nagaan van alle verwijzingen niet mogelijk binnen de huidige financiering. Wij werken met 75% direct cliënt en 25% overige werkzaamheden. Als ouders weer op CB komen kan het nagevraagd worden. Jeugdarts heeft geen tijd om bij andere artsen en verpleegkundigen te gaan checken of ze opvolgen. Als ouders niet komen is het opvolgen van milde aandoeningen nu niet te organiseren. Dus eis van opvolging is te idealistisch en kost te veel geld"

> **Tevredenheid en medewerking van ouders en jeugdigen:** 93% (15/16) van de deelnemers vond dat de richtlijn bijdraagt aan de tevredenheid van ouders en jeugdigen. Van de deelnemers vond 93% (15/16) dat ouders en jeugdigen mee werkten als de richtlijn gebruikt werd.

> **Kennis en vaardigheden:** 94% (15/16) van de deelnemers vond dat zij over voldoende kennis beschikt om met de richtlijn te kunnen werken. Van de deelnemers gaf 69% (11/16) aan dat zij over voldoende vaardigheden beschikken om met de richtlijn te kunnen werken, 13% (2/16) gaf aan over onvoldoende vaardigheden te beschikken en 19% (3/16) had hier geen mening over.

> **Descriptieve & subjectieve norm:** De descriptieve norm is het verwachte of waargenomen gedrag bij collega's: 38% (6/16) van de deelnemers verwacht dat (bijna) alle collega's de richtlijn na de landelijke invoering daadwerkelijk zullen gaan gebruiken, 56% (9/16) verwacht dat de meerderheid de richtlijn zal gaan gebruiken en 6% (1/16) verwacht dat de helft van de collega's de richtlijn daadwerkelijk zal gaan gebruiken.

De subjectieve norm is de invloed van belangrijke anderen op het gebruik van de richtlijn. Dit is een samengestelde maat, en bestaat uit twee factoren: de verwachting van belangrijke anderen en hoeveel men zich iets aantrekt van de mening van belangrijke anderen.

Op de vraag in hoeverre de volgende personen verwachten dat de professional met de richtlijn werkt, werd geantwoord bij (zeer) zeker wel: 94% (15/16) van de collega's binnen de afdeling, 81% (13/16) van de directe leidinggevende en 69% (11/16) van de ouders van jeugdigen.

Op de vraag in hoeverre professionals zich wat aantrekken van de mening van de volgende personen werd geantwoord op de antwoordcategorie (zeer) veel: 68% (11/16)

van de collega's binnen de afdeling, 43% (7/16) van de direct leidinggevende en 56% (9/16) van de ouders van jeugdigen.

Overige opmerkingen

Overige opmerkingen van deelnemers waren:

- > "Ik denk ook dat het ervan af hangt hoe de jeugdarts de richtlijn draagt voor mij."
- > "Ik kan niet voldoende inschatten of ouders tevreden zijn, omdat ik er helaas maar beperkte ervaring mee heb kunnen opdoen. Ik merk wel dat ouders het waarderen als je door voldoende kennis hen kunt geruststellen, of hun vraag of zorg serieus neemt door het op te volgen. Als ik de richtlijn gebruik, moet de jeugdarts, huisarts en de fysiotherapeut van de richtlijn op de hoogte zijn. De jeugdarts met wie ik werkte was niet bekend met de inhoud, en dit gaf andere uitkomsten. Er is een multidisciplinaire implementatie noodzakelijk."
- > "Ik vind hem erg praktisch in gebruik. Komen veel zaken aan bod die we veel tegenkomen in ons werk, ouders vonden het fijn als ik de richtlijn erbij pakte als zij een vraag over dit onderwerp hadden."

Determinanten m.b.t. de organisatie

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

- > **Tijd:** 50% (8/16) van de deelnemers ervaart voldoende tijd om de richtlijn te integreren in hun dagelijks werk, 25% (4/16) ervaart onvoldoende tijd om de richtlijn zoals bedoeld te integreren in het dagelijkse werk en 25% (4/16) had hier geen mening over.
- > **Beschikbaarheid materialen en voorzieningen:** 56% (9/16) van de deelnemers gaf aan dat er voldoende materialen en voorzieningen beschikbaar waren om de richtlijn zoals bedoeld te gebruiken, 19% (3/16) was het hier niet mee eens en 25% (4/16) had hier geen mening over.
- > **Capaciteit/ bezettingsgraad:** 63% (10/16) van de deelnemers vond dat er voldoende personeel in de organisatie is om de richtlijn te gebruiken zoals bedoeld, 12% (2/16) was het hier niet mee eens en 25% (4/16) had hier geen mening over.
- > **Registratiemogelijkheden:** 81% (13/16) van de deelnemers gaf aan dat zij bij het werken met de richtlijn hun bevindingen goed in het digitaal dossier hebben kunnen registreren.
- > **Coördinatie richtlijn:** 75% (12/16) van de deelnemers gaf aan dat er in hun organisatie één of meerdere personen aangewezen zijn/worden voor het coördineren van de implementatie van de JGZ-richtlijn.

Overige opmerkingen en adviezen over de richtlijn

Overige adviezen van de deelnemers over de richtlijn waren:

- > "Implementatie is nog niet ingepland bij de eigen afdeling. Momenteel groot formatietekort en nieuwe organisatiestructuur. Vanuit de praktijk merk ik dat e-learnings met toets het beste werken om de kennis op peil te krijgen. Daarnaast merk ik dat een groot deel van de richtlijn niet direct mijn doelgroep raakt (0-4 jaar) het is de vraag in hoeverre je iedereen helemaal op de hoogte moet brengen van de hele richtlijn of dat je een praktisch onderscheid moet maken naar doelgroep en daarop moet prioriteren"

- > "In mijn organisatie vinden op dit moment veel veranderingen plaats, onder andere invoering van een nieuw digitaal dossier. Daardoor komt de implementatie van richtlijnen meer op de achtergrond te staan."
- > "Niet alle onderzoeksruimten zijn groot genoeg om looppatroon goed te kunnen beoordelen, niet alle onderzoeksruimten hebben een onderzoeksbank."
- > "Vaardigheden betreft m.n. de reflexen. Het is mij slechts bij één kind gelukt van alle kinderen met tenenloop, wellicht is het een tekortkoming van mijzelf, maar bij navraag aan collega's proefde ik meer gelijke ervaringen."

3.4 Casuïstiek vragenlijst

Gemiddeld is de casuïstiek vier keer per deelnemer ingevuld. Ongeveer de helft (49%) van vragenlijst is ingevuld voor kinderen in de leeftijdscategorie 1 tot 3 jaar en 25% voor kinderen in de leeftijdscategorie tussen 3 en 7 jaar. De overige 25% is verdeeld over de categorieën <4 weken, 4 weken – 12 maanden, 7 tot 10 jaar en ouder dan 10 jaar.

De kinderen zijn voornamelijk gezien vanwege een regulier contactmoment. Andere redenen zijn houding, overgewicht, tenenloop, looppatroon, stand van tenen, zorgen over hypermobiliteit, pijnlijke voeten in schoenen en afwijkende stand van knieën en pijn.

Gemiddeld besteedden de deelnemers 7-8 minuten aan het onderwerp "Extremiteten" in het consult.

Deelnemers geven het onder andere de volgende positieve punten aan:

- > "Dat ik moeder grotendeels gerust kon stellen doordat hypermobiliteit veel voorkomt bij jonge kinderen; dat ik wist welke vragen ik moest stellen om te achterhalen of er andere klachten waren en de jeugdarts voor consult nodig was"
- > "Door middel van de richtlijn navraag gedaan over tenenloop, door de richtlijn had ik nu handvaten om te bespreken en wist ik wat ik kon adviseren"
- > "Duidelijk in de richtlijn hoe het verloop is, van O-benen naar X-benen naar recht, en op welke leeftijd."
- > "Duidelijk stroomdiagram en duidelijke afbakening van de leeftijd"
- > "Hoofdstuk over platvoeten is goed te vinden, compact, praktisch en duidelijk"
- > "Ik kon ouders geruststellen en bijpassende info geven. Ik kon beoordelen wat voor soort platvoet het was"
- > "Via de inhoudsopgave kwam ik via het kopje hand snel bij het onderwerp triggerfinger uit. Het hoofdstuk over de triggerfinger beschrijft duidelijk wat er gedaan moet worden bij anamnese, lichamelijk onderzoek en beleid"

Suggesties die de deelnemers onder andere geven voor verbetering zijn:

- > "Andere opbouw: beschrijving aandoening, anamnese, onderzoek, alarmsignalen, beleid of aanbevelingen, literatuur. Uitgangsvragen niet telkens herhalen, 1 maal aan het begin van de richtlijn lijkt me voldoende."
- > "Beenlengte verschil: Ik vond het lastig om precies het beenlengte verschil te bepalen. Bij aanvullend lichamelijk onderzoek: plaatjes/ foto's van onderzoek tonen. Verschil/ onderscheid tussen bekkenscheefstand en beenlengteverschil lastig, graag duidelijker uitleggen/ illustreren. Wat is het beleid bij bekkenscheefstand? Compensatoire scoliose benoemen/ uitleggen"

- > "Betreft onderwerp tenenloop. Bij leeftijd >4 met tenenloop hoe lang vervolgen, hoe frequent. Verder bij beschrijving aandoening discussie over effect behandeling idiopathische tenenloop. Bij overwegingen staat dan ook nog een stuk over podotherapeut. Het lijkt me logischer om een en ander samen te voegen."
- > "Groeipijn is lastig te diagnosticeren. Advies zou toch zijn om fysiotherapie in het advies op te nemen om andere oorzaken uit te sluiten"
- > "Ik heb het meisje met tenenloop doorverwezen naar de kinderfysiotherapeut. Ik kon in de richtlijn niet terugvinden op welke termijn ik het meisje weer terug zou moeten zien. Terugzien op termijn van 3 maanden wordt wel genoemd, maar dit is van toepassing bij kinderen die pas net kunnen lopen (en dit meisje loopt al heel lang). Het zou fijn zijn als deze termijn wel genoemd zou worden in de richtlijn"
- > "Ik zou het zelf nog wel praktisch vinden om een duidelijk overzicht te hebben met welke testen ik moet doen. Nu doe ik tenen/hakken lopen, koorddansloop ed., maar wil wel graag een overzicht in een apart document."
- > "In de richtlijn is niet duidelijk hoe de samenhang is met O- en X- benen en overgewicht"
- > "Het zou fijn zijn om ouders een link te kunnen sturen met advies goed schoeisel."

3.5 Wat vinden JGZ-professionals van de online scholing?

De deelnemers hebben de instructie door middel van de online scholing positief ervaren. De bijbehorende online "instructiefilm" was duidelijk. Voornamelijk dat het op eigen te bepalen tijd gevolgd kan worden werd als positief ervaren. Daarnaast werd efficiëntie benoemd. De interactie met anderen werd door de meeste deelnemers niet gemist.

4 Conclusies en aanbevelingen voor landelijke implementatie van de richtlijn

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

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

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

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

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

4.2.1 De richtlijn

Inhoud

- > De richtlijn wordt door de deelnemers positief beoordeeld op inhoud en procedurele helderheid.

Vorm

- > Van de deelnemers heeft 50% (10/20) de richtlijn via de website gelezen, 45% (9/20) heeft de richtlijn geprint en gelezen en 5% (1/20) heeft hem deels digitaal en deels geprint gelezen.

4.2.2 De JGZ-professional

Kennis en vaardigheden

- > JGZ-professionals beschikken over voldoende kennis om met de richtlijn te kunnen werken.
- > Er is behoefte aan instructiemateriaal en gelegenheid tot het oefenen van praktische vaardigheden zoals het uitvoeren van het oriënterend neurologisch onderzoek.
- > Instructie over de richtlijn is nodig voordat ermee gewerkt kan worden.

4.2.3 De organisatie en omgeving

Tijd

- > De JGZ-professional heeft ongeveer 2,5 uur inleestijd nodig.

Ketenpartners

- > De deelnemers geven aan dat het belangrijk is dat ketenpartners zoals huisartsen en kinderfysiotherapeuten op de hoogte zijn van het bestaan van de JGZ-richtlijn Extremiteiten.

Materialen en voorzieningen

- > Niet alle deelnemers beschikken over de juiste materialen voor het lichamelijk onderzoek, zoals een reflexhamer en plankjes ter bepaling van een beenlengteverschil.

4.3 Op welke punten heeft de richtlijn nog bijstelling?

- > Er zijn meerdere onderwerpen die door de deelnemers worden gemist, enkelen daarvan (zoals billenschuiven, gewrichtsklachten, tremoren) zullen worden behandeld in twee andere richtlijnen die momenteel in ontwikkeling zijn, te weten 'Motorische ontwikkeling' en 'Houding en bewegen'.
- > Diverse deelnemers gaven aan behoefte te hebben aan een uitgebreidere beschrijving van onderdelen van het lichamelijk onderzoek. Hierover is informatie toegevoegd aan de richtlijn, daarnaast wordt verwezen naar de JGZ-richtlijn Motorische Ontwikkeling.
- > De stroomschema's zijn toegevoegd aan de samenvattingskaart.
- > Deelnemers zouden het liefst nog meer illustraties in de richtlijn willen zien.
- > Er is behoefte aan (visueel) voorlichtingsmateriaal voor ouders over veel voorkomende onderwerpen als O- en X-benen.
- > Er was behoefte aan meer informatie over hypermobiliteit op jonge leeftijd, deze is toegevoegd.
- > De richtlijn is naar aanleiding van de praktijktest en de landelijke commentaarronde op diverse punten tekstueel aangepast, .

Voor de plaatsing op de website www.jgzrichtlijnen.nl gaven deelnemers nog de volgende tips:

- Bij de overzichtspagina een poppetje plaatsen, waarbij op een lichaamsdeel geklikt kan worden om bij een onderwerp te komen.
- Een printversie van de richtlijn waarbij de uitgangsvragen niet telkens herhaald worden.

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

Activiteiten

Voor de landelijke implementatie van de richtlijn is het zinvol om rekening te houden met een (online) scholing over de richtlijn van ongeveer 60 minuten. Voorafgaand aan de scholing dienen de JGZ-professionals de richtlijn te lezen, hiervoor hebben zij ongeveer 2,5 uur leestijd nodig.

Het is aan te bevelen dat JGZ-organisaties jeugdartsen de mogelijkheid bieden tot extra scholing/instructie over het aanvullend lichamelijk onderzoek. De instructie kan gegeven worden door iemand uit de eigen organisatie die zich heeft verdiept in de richtlijn en ervaring heeft met het onderwerp. Tijdens de instructie dient er ruimte te zijn voor het oefenen van praktische vaardigheden.

Het is aan te bevelen dat JGZ-organisaties waar de jeugdarts de kinderen op indicatie ziet, extra aandacht besteden aan de scholing van jeugdverpleegkundigen. Zij zijn dan immers de eerst signalerende discipline, en zij dienen over voldoende kennis te beschikken om de jeugdarts op de juiste indicatie in te schakelen.

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

Naast de (online) scholing wordt geadviseerd om de richtlijn te bespreken op team- of discipline overleggen. Op deze manier kunnen JGZ-professionals in een kleine setting hun ervaringen, knelpunten en daarbij gehanteerde oplossingen met elkaar bespreken.

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

Randvoorwaarden

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

JGZ-organisaties dienen na te gaan of JGZ-professionals beschikken over de benodigde onderzoeksmaterialen (een reflexhamer en plankjes ter bepaling van een beenlengteverschil). Het verdient de voorkeur dat er op JGZ-locaties een onderzoeksbank beschikbaar is voor het uitvoeren van het lichamelijk onderzoek. Zo nodig dient materiaal aangeschaft te worden.

5 Dankwoord

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

6 Referenties

1. Deurloo J., Lanting, C., Zoonen van R. JGZ-richtlijn Extremiteten (2019). Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ).
2. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: systematic review and recommendations. *The Milbank Quarterly* 2004;82:581-629.
3. Fleuren MAH, Wiefferink CH, Paulussen TGW. Determinants of innovation within health care organizations: Literature review and Delphi-study. *Int J Qual Health Care* 2004;16:107-123.
4. Feldstein AC, Glasgow RE. A practical, robust implementation and sustainability model (PRISM) for integrating research findings into practice. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety / Joint Commission Resources* 2008;34(4):228-243.
5. Durlak JA, DuPre EP. Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation. *American Journal of Community Psychology* 2008;41(3-4), 327-350.
6. Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruiter RAC, Fernandez ME, Kok G, Parcel GS. *Planning health promotion programs: An intervention mapping approach*. Jossey-Bass, 2016.
7. Borrelli B. The assessment, monitoring, and enhancement of treatment fidelity in public health clinical trials. *Journal of Public Health Dentistry* 2011;71(s1):52-63.
8. Michie S, Fixen D, Grimshaw JM, Eccles MP. Specifying and reporting complex behaviour change interventions: the need for a scientific method. *Implementation Science* 2009;4:40.
9. Michie S, Ashford S, Sniehotta FF, Dombrowski SU, Bishop A, French DP. A refined taxonomy of behaviour change techniques to help people change their physical activity and healthy eating behaviours: the CALO-RE taxonomy. *Psychology and Health* 2011;26(11):1479–1498.
10. Procter EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science* 2013;8:139.
11. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. Towards a measurement instrument for determinants of innovation. *International Journal for Quality in Health Care* 2014, 26 (5): 501-510
12. Fleuren MAH (2010). Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. TNO, 2010.
13. MAH Fleuren, P van Dommelen, T. Dunnink. A systematic approach to implementing and evaluating clinical guidelines: the results of fifteen years of Preventive Child Health Care guidelines in the Netherlands. *Social Science & Medicine* 2015, 136-137: 35-43
14. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI). Leiden: TNO, 2012.

Bijlage 1 Overzicht wijzigingen naar aanleiding van praktijktest

- Referenties zijn genummerd weergegeven in de tekst en samengevoegd in 1 lijst.
- 'dient te worden verwezen naar de kinderneuroloog' is aangepast naar '(kinder)neuroloog/kinderarts', met toelichtende voetnoot.
- Het vervolgen van het looppatroon bij tenenloop is meer concreet beschreven qua termijn.
- Aan afbeelding 2 zijn ter verduidelijking de woorden 'endorotatie' en 'exorotatie' toegevoegd.
- Bij het onderwerp 'hypermobiliteit' is extra informatie over hypermobiliteit op jonge leeftijd toegevoegd.
- De term 'grijze literatuur' is nader verklaard.
- De controletermijn bij O- en X-benen is aangepast.
- De leeftijdscategorieën in tekst en afbeelding bij O- en X-benen zijn afgestemd.
- De klinische kenmerken van rachitis zijn toegevoegd.
- Bij diverse onderwerpen is de verwijstermijn concreet beschreven.
- De beschrijving van het lichamelijk onderzoek bij beenlengteverschil is aangepast.
- De aanbevelingen bij metatarsus adductus en metatarsus primus varus zijn verduidelijkt.
- 'Een anamnestic passend klachtenpatroon' is op enkele plaatsen verduidelijkt.
- De overige overwegingen bij groei pijn zijn aangepast (hier bleek een kopie van de ziekte van Sever te staan).
- Het schoenadvies is aangepast.
- De verklarende woordenlijst is uitgebreid.

Bijlage 2 Verslag online focusgroep interview

Er hebben drie JGZ-professionals deelgenomen aan de online focusgroep. De vragen die gesteld zijn, waren met bijbehorende selectie van reacties:

1. We zijn heel erg benieuwd naar jouw algemene indruk van de richtlijn: wat vind je van deze richtlijn?

"Ik vind de richtlijn een mooi overzicht geven van de aandoeningen van de extremiteiten belangrijk voor JGZ-professionals" en "Ik mis houding en houdingsafwijkingen, ik vind lastig om extremiteiten los te zien van gehele steun-bewegingsapparaat."

2. De richtlijn beschrijft per onderwerp achtergrondkennis over de diverse onderwerpen. Daarnaast beschrijft de richtlijn waar tijdens het lichamelijk onderzoek op gelet moet worden.

• Helpt deze achtergrondkennis jou als professional in de praktijk?

• Mis je nog achtergrondkennis?

"De achtergrond informatie vind ik zeker waardevol. Zelf weinig ervaring met lichamelijk onderzoek bij toeing-in: heuprotatie en dij-voet hoek. Misschien is het goed om lichamelijk onderzoek te oefenen in de opleiding ?Als voorlichtingsmateriaal gebruik ik vaak de website thuisarts.nl, bijvoorbeeld:

[https://www.thuisarts.nl/x-en-o-benen-bij-kinderen/heeft-mijn-kind-afwijkende knie%C3%ABn-0-of-x-benen](https://www.thuisarts.nl/x-en-o-benen-bij-kinderen/heeft-mijn-kind-afwijkende-knie%C3%ABn-0-of-x-benen) of [https://www.thuisarts.nl/osgood-schlatter-knie/ik-heb Osgood-Schlatter-knie](https://www.thuisarts.nl/osgood-schlatter-knie/ik-heb-Osgood-Schlatter-knie) . Hier echter niet over elk onderwerp informatie te vinden. Daarnaast heb ik ook niet altijd een onderzoeksbank tot mijn beschikking, inmiddels wel weer een reflexhamer maar is de spreekkamer niet altijd groot genoeg om het looppatroon goed te kunnen beoordelen. Misschien moeten we als jeugdartsen duidelijker aangeven wat we nodig hebben om ons werk goed te kunnen doen?" en "Onderzoek van de reflexen bij baby's lijkt me helemaal lastig! Hier ook (nog) geen ervaring mee."

3. Welke (uitvoerings)problemen kom je tegen in de dagelijkse praktijk bij het werken volgens de richtlijn en het gebruik van de website? Op welke punten handel je niet volgens de richtlijn?

"Ik verwijs niet naar de kinderneuroloog. Ik heb 1 kind gehad dat ik heb verwezen i.v.m. 'pathologisch' tenenlopen. Dit kindje heb ik naar de kinderarts verwezen, het ziekenhuis waar wij mee samenwerken heeft geen kinderneuroloog. Eveneens wijk ik wel eens af bij het tenenlopen van de termijn. Als ik een kind heb dat ik verdenk van een ontwikkelingsachterstand dan merk ik dat ouders niet altijd verwijsrijp zijn. Daarbij kies ik vaak voor integrale vroeghulp en niet voor de kinderarts."

4. Wat is er nodig om deze richtlijn in uw eigen organisatie en landelijk in te kunnen voeren?

"Bestuderen richtlijn: ik schat ongeveer 3 uur. Wellicht zou een E-learning met filmpjes van lichamelijk onderzoek met normale en ook afwijkende bevindingen kunnen helpen om goed volgens de richtlijn te kunnen werken. Ik merk nu dat ik de richtlijn er regelmatig pak voor of tijdens een consult omdat vragen voor mij (nog) geen routine zijn."

5. De richtlijn geeft per onderwerp aanbevelingen wat de JGZ-professional moet doen; zoals uitleg geven aan ouders, controle of verwijzing.

" Aanbevelingen zijn in meeste gevallen helder. Ik mis bij manklopen alarmsignalen wanneer naar orthopeed te verwijzen. Stroomdiagrammen zijn zeker helpen, geven een helder overzicht! Graag meer afbeeldingen of foto's. Gegeven afbeeldingen zijn duidelijk."

6. Deze richtlijn bevat slechts één aandoening die actief opgespoord dient te worden door JGZ-professionals (tenenloop). In alle andere gevallen van een 'extremiteit', wordt gereageerd op vragen en zorgen van ouders. De JGZ professional gaat dus niet actief op zoek naar de aanwezigheid van dergelijke extremiteiten.

(1) Is het voldoende duidelijk dat de meeste aandoeningen/onderwerpen niet actief opgespoord hoeven te worden door de JGZ?

(2) Zijn er onderwerpen die volgens jou ook actief opgespoord dienen te worden? Zo ja: welke onderwerpen zijn dit en waarom?

"Is het belangrijk dat tenenloop ook actief opgespoord wordt in de JGZ 4-18?"

7. De richtlijn beschrijft dat het lichamelijk onderzoek door de jeugdarts of verpleegkundig specialist dient te worden uitgevoerd. Door taakherschikking/-verschuiving zien jeugdartsen echter niet altijd alle kinderen.

(1) Hoe zie jij de rol van de jeugdarts, verpleegkundig specialist en jeugdverpleegkundige bij de richtlijn Extremiteiten?

(2) Heb je suggesties hoe de richtlijn zo veel mogelijk kan aansluiten bij taakherschikking/-verschuiving?

"In mijn organisatie zie ik maar een klein deel van de kinderen. Het is daarom van groot belang dat de richtlijn ook voldoende aandacht krijgt bij verpleegkundigen en assistenten."
en " Bij ons wordt (gelukkig) nog wel een groot deel van de onderzoeken gedaan door de jeugdartsen. Ik denk dat wij anders kijken dan een verpleegkundige. Sommige zaken kunnen naar mijn mening prima door de verpleegkundigen opgemerkt en afgehandeld worden (denk aan de meeste standsafwijkingen), andere zaken zouden wel opgemerkt kunnen worden door de verpleegkundige maar nader onderzocht moeten worden door jeugdartsen (bijvoorbeeld looppatroon/tenenloop/hypermobiliteit). Waar mijn zorg in zit bij het herschikken is dat zaken als beweging ook een proces is. Je hebt eerder vermoedens (waar je ouders op kan wijzen/verwijsrijp maken), maar later komen deze pas goed tot uiting. Als kinderen minder vaak gezien worden ben ik bang dit proces verstoord kan worden. Echter, de tijd zal het leren. Misschien is het ook iets waar wij aan moeten wennen. Ik vind het wel een richtlijn welke erg medisch onderlegd is waarvoor veel kennis van bijvoorbeeld anatomie nodig is. Ik ben nieuwsgierig hoe verpleegkundigen zouden reageren als ze de richtlijn zouden lezen."

Overige opmerkingen:

- Omdat ik nog maar een beperkt deel van de kinderen zie (JGZ4-18) en weinig vragen krijg over de onderwerpen uit de richtlijn ben ik bang dat ik weinig ervaring met lichamelijk onderzoek zal ontwikkelen. (momenteel ben ik nog in opleiding tot jeugdarts)
- Toen ik voor de eerste keer de richtlijn las vroeg ik me een beetje af waar de extremiteiten beginnen en waar ze ophouden. Klinkt een beetje gek, maar waarom wel iets zeggen over looppatroon, maar dan niks over kruippatroon en denk bijvoorbeeld aan billenschuiven. En zou bijvoorbeeld een clavicula fractuur dan ook geen plek moeten hebben (komt vaak voor en zie je aan verminderd gebruik van een arm, een extremiteit). En over dat

looppatroon zou wat mij betreft een aparte richtlijn gemaakt kunnen worden. Er zijn zo veel variaties. Wanneer is iets pluis en wanneer niet pluis.