

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

Verslag praktijktest JGZ-richtlijn ‘Opsporen oogafwijkingen’

TNO innovation
for life

mei 2018 >

› Verslag praktijktest JGZ-richtlijn ‘Opsporen oogafwijkingen’

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

Datum mei 2018

Auteurs C.I. Lanting
M. Schoone
R. van Zoonen

Projectnummer 060.15122
Rapportnummer CH 2018 R10492

Contact TNO C.I. Lanting
Telefoon 088-8866266
E-mail careen.lanting@tno.nl

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

T 088 866 61 00
infodesk@tno.nl

© 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

Samenvatting

In dit rapport worden de resultaten van de praktijktest van de JGZ-richtlijn 'Opsporen oogafwijkingen' beschreven en worden aanbevelingen voor de implementatie van deze richtlijn gegeven. Het doel van de praktijktest is:

1. Inzicht verkrijgen in welke determinanten een rol spelen bij het gebruik van de JGZ-richtlijn om op basis daarvan adviezen voor de implementatie op te kunnen stellen;
2. Aan de hand van de ervaringen van JGZ-professionals beoordelen op welke punten de richtlijn bijgesteld moet worden.

Methode

Veertig JGZ-professionals en vier managers/coördinatoren van vier JGZ-organisaties hebben deelgenomen aan de praktijktest. De JGZ-professionals hebben gedurende drie tot vier maanden, in de periode januari t/m april 2018, met de richtlijn gewerkt. Voorafgaand aan het werken met de richtlijn zijn vier instructiebijeenkomsten van elk 2,5 uur georganiseerd. De resultaten van de praktijktest zijn afkomstig van online vragenlijsten ingevuld door JGZ-professionals, tussentijdse communicatie met de betrokken deelnemers en coördinatoren (mondeling en per mail), interviews met drie van de vier deelnemende managers/coördinatoren en een online focusgroep met JGZ-professionals. Determinanten en knelpunten die werden genoemd werden gecodeerd aan de hand van het MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI) (Fleuren 2012). Dit is een generiek instrument om determinanten te meten die het gebruik van innovaties (o.a. richtlijnen) voorspellen.

Resultaten

Negenendertig van de veertig professionals (dat zijn 17 jeugdartsen, 18 jeugdverpleegkundigen en 4 doktersassistenten), vulden de starvragenlijsten in. Ruim de helft van hen werkt in de zorg voor kinderen van 0-4 jaar; de andere helft in de zorg voor jeugdigen van 4-19 jaar. De meesten van hen hebben 10 jaar of meer werkervaring.

De deelnemers gaven in meerderheid aan de richtlijn op overzichtelijk en duidelijk te vinden en ook over voldoende kennis en vaardigheden te beschikken om deze uit te voeren. Vooral de uitleg over mogelijke afwijkingen aan de ogen en de foto's daarbij vonden de professionals heel goed. Niet duidelijk vonden de professionals wat de reden is waarom zij niet zelf een visustest mogen doen bij klachten bij een driejarige. Men schat in dat het niet zelf mogen doen van een visustest op deze leeftijd zal leiden tot een aanzienlijke toename van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn, hoewel de praktijktest te kort was om dit cijfermatig te kunnen onderbouwen.

Een bijzonder relevant punt van discussie was het vervallen van de standaard visustest op de leeftijd van 36 maanden. De onderbouwing hiervoor vinden de professionals té eenzijdig. De organisaties die met de praktijktest meededen vinden het een dilemma of zij bij beëindiging van de test op de leeftijd van 36 maanden wel of niet met de nieuwe werkwijze door zullen blijven gaan, of tot het moment van definitieve invoering weer terug zullen vallen op hun oude werkwijze.

Een ernstige hindernis tijdens de praktijktest was dat de E-haken visuskaarten niet tijdig en in voldoende aantallen beschikbaar waren en bovendien uiteindelijk slecht bleken te voldoen. Hierdoor is een onvolledig beeld ontstaan van de geschiktheid van deze kaart, maar het is wel duidelijk dat er veel twijfel heerst over de onderbouwing van de keuze voor deze kaart. De E-haken kaart wordt bovendien ervaren als moeilijk aan het kind en de ouders/verzorgers uit te leggen. Men heeft behoefte aan materialen om het kind te helpen om gemakkelijk te kunnen

antwoorden (b.v. aanwijshulpmiddel, een plastic of kartonnen E die het kind omhoog kan houden en in de 'goede' richting kan draaien). De professionals zijn verder eensluidend dat de symbolen op de onderste regels van de E-haken kaart onhandig dicht bij elkaar staan.

De beschikbare ruimte in de spreekkamer voor het afstand nemen van de kaart is in veel gevallen niet meer dan 4 meter, soms slechts 3 meter. In de richtlijn is hier rekening mee gehouden. Men merkte wel op dat in de testruimte de verlichtingsomstandigheden erg verschillen, vooral op de scholen. Door geen gebruik meer te maken van een lichtbak (zoals wordt aanbevolen in de richtlijn) zal de consistentie van de metingen afnemen. Ook merkte men op dat het afnemen van de visustest tussen 60 en 66 maanden (zoals aanbevolen in de richtlijn) niet in alle gevallen gemakkelijk zal lukken omdat de werkwijze nu meestal zo is dat men eens per jaar naar de scholen gaat en de kinderen in een bepaald leerjaar voor een deel nog jonger zijn dan 60 maanden en voor een ander deel juist al ouder dan 66 maanden.

Conclusie

Hoewel de richtlijn overwegend als overzichtelijk en duidelijk wordt gezien bestaat er bij de professionals nog op enkele belangrijke punten twijfel. Het wordt sterk aanbevolen de richtlijn voorafgaand aan de landelijke invoering op enkele punten te verbeteren omdat anders een reëel gevaar ontstaat dat de richtlijn in onvoldoende mate gebruikt gaat worden. Het betreft:

- › Twijfel bij professionals over de praktische geschiktheid van de E-haken kaart en, mede gezien de investering die dit met zich meebrengt, over het nut en de noodzaak van de overstap van de Landolt-C kaart naar de E-haken kaart.
- › De professionals voelen zich onvoldoende gehoord over het afschaffen van de visustest bij kinderen van 36 maanden en kunnen zich niet vinden in de onderliggende argumentatie
- › De verwachting dat er in teveel gevallen onnodig wordt doorverwezen naar de tweede lijn, zonder dat volgens de richtlijn eerst een aantal nadere onderzoeken kan worden gedaan door de jeugdarts

Verder zijn goed materiaal (m.n. visuskaarten), goede verlichtingsomstandigheden in de testruimten en goede scholing van professionals essentieel voor het (juiste) gebruik van de richtlijn in de praktijk; de scholing dient vooral ook in te gaan op de redenen van de aanpassingen in de richtlijn (vnl. verdwijnen visustest bij 3 jaar) om het draagvlak hiervoor te vergroten.

Eén van de betrokken deelnemers verwoorde dit als volgt:

'Gezien alle minder positieve reacties van een flink deel van mijn collega's lijkt het belangrijk eerst de zaken nog eens goed te evalueren voor de definitieve implementatie plaats zal vinden.'

Inhoudsopgave

Samenvatting.....	i
Inhoudsopgave	1
1 Inleiding	1
2 Doelstelling.....	2
3 Methode	3
3.1 Werving van JGZ-organisaties.....	3
3.2 Instructiebijeenkomsten	3
3.3 Werken in de praktijk met de richtlijn	3
3.4 Evaluatie onder JGZ-professionals en managers.....	3
3.5 Analyses.....	4
4 Resultaten	5
4.1 Deelnemers praktijktest.....	5
4.2 Voorbereiding praktijktest.....	5
4.3 Wat vinden JGZ professionals van de richtlijn?	5
4.3.1 Eerste indruk	5
4.3.2 Uitvoerbaarheid van de richtlijn en de praktijktest	6
4.3.3 Casuïstiek vragenlijsten	7
4.3.4 Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de richtlijn?.....	8
4.3.5 Aanvullende opmerkingen en adviezen van de deelnemers over de richtlijn.....	12
4.4 De instructie	13
4.5 Basis DataSet (BDS).....	13
4.6 Samenvattingskaart	14
4.7 Impact analyse	14
5 Conclusies en aanbevelingen voor landelijke implementatie van de richtlijn	15
5.1 De praktijktest	15
5.2 De richtlijn en bijbehorende materialen.....	16
5.3 De JGZ-professional	17
5.4 De organisatie en omgeving	17
6 Dankwoord	19
7 Referenties	20

1 Inleiding

De JGZ-richtlijn 'Opsporen oogafwijkingen' [1] is ontwikkeld in opdracht van ZonMw. Het betreft een herziening van de richtlijn 'Opsporing Visuele stoornissen' uit 2010. De richtlijn beschrijft het hele opsporingsprogramma voor visuele stoornissen voor jeugdigen van 0-18 jaar en beoogt handvatten te bieden voor het handelen van JGZ-professionals in hun contacten met individuele kinderen en/of jongeren van 0-18 jaar en/of hun ouders/verzorgers. Startpunt voor de richtlijn is een set van uitgangsvragen die onder leiding van het CBO en de Argumentenfabriek is vastgesteld tijdens een knelpuntenanalyse onder JGZ-professionals en andere experts [2].

De richtlijn wordt onder regie van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid (NCJ) in de JGZ geïmplementeerd. Om een succesvolle implementatie van de richtlijn onder JGZ-professionals mogelijk te maken is inzicht nodig in factoren die een rol spelen bij het gebruik van de richtlijn [3]. Daartoe vindt een analyse plaats onder de beoogde gebruikers van een richtlijn vóórdat deze definitief vastgesteld is en verspreid wordt. Daarnaast wordt aan de hand van de praktijktest bekeken of de richtlijn nog bijstelling behoeft. Op grond van de uitkomsten kunnen invoerstrategieën toegesneden worden [4-13]. In de JGZ gebeurt een dergelijke analyse via een praktijktest waarbij uitvoerende JGZ-professionals en managers de conceptrichtlijn gedurende enige maanden, in de dagelijkse praktijk, uittesten [14, 15].

In dit rapport worden de resultaten van de praktijktest van de JGZ-richtlijn 'Opsporen oogafwijkingen' beschreven en worden aanbevelingen voor de implementatie van deze richtlijn gegeven.

2 Doelstelling

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

Vraagstellingen die via de praktijktest beantwoord moeten worden zijn:

1. Wat is de uitvoerbaarheid van de kernelementen van de JGZ-richtlijn 'Opsporen oogafwijkingen'?
2. Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de JGZ-richtlijn 'Opsporen oogafwijkingen' door professionals in de JGZ?
3. Op welke punten heeft de richtlijn nog bijstelling?
4. Welke activiteiten zijn nodig en welke randvoorwaarden moeten worden gerealiseerd bij de landelijke invoering van deze JGZ-richtlijn?

3 Methode

In de praktijktest vonden de volgende activiteiten plaats:

3.1 Werving van JGZ-organisaties

Voor de werving van JGZ-organisaties is een oproep geplaatst op de websites en in de nieuwsbrieven van het NCJ, de beroepsorganisaties (AJN, V&VN, NVDA) en koepels. In totaal hebben 40 JGZ-professionals van vier JGZ-organisaties deelgenomen aan de praktijktest. Het betrof:

- › GGD Fryslân, Sneek: 11 deelnemers
- › GGD Noord-Holland Noord: 6 deelnemers
- › RIVAS: 14 deelnemers
- › STMR Tiel: 9 deelnemers

Daarnaast hebben drie managers/coördinatoren van deelnemende organisaties meegewerkt aan een schriftelijk interview over de impact die de invoering van de nieuwe richtlijn had op hun organisatie.

3.2 Instructiebijeenkomsten

Voorafgaand aan het werken met de richtlijn zijn in de periode november 2017 tot en met januari 2018 in totaal vier bijeenkomsten van ongeveer 2,5 uur georganiseerd. Tijdens deze bijeenkomsten werden de deelnemers geïnstrueerd over de inhoud en het gebruik van de richtlijn en is uitleg gegeven over de manier waarop het gebruik van de richtlijn in de praktijktest geëvalueerd zou worden. Aan de deelnemers is gevraagd de richtlijn van tevoren te lezen. Tijdens de bijeenkomst konden de deelnemers vragen stellen over de richtlijn. De instructies werden verzorgd door een jeugdarts en een implementatiedeskundige van TNO.

3.3 Werken in de praktijk met de richtlijn

De JGZ-professionals hebben gedurende drie tot vier maanden, in de periode januari t/m april 2018, met de richtlijn gewerkt. In het kader van de praktijktest werd iedere organisatie voorzien van één LEA kaart en drie oprolbare E-haken kaarten (type Good-lite # 500044).

3.4 Evaluatie onder JGZ-professionals en managers

Voor dit onderdeel werd gebruik gemaakt van:

- a) Web-based vragenlijsten voor JGZ-professionals;
- b) Tussentijdse communicatie met de betrokken deelnemers en coördinatoren (mondeling en per mail)
- c) Schriftelijke interviews met managers/coördinatoren;
- d) Online focusgroep met JGZ-professionals.

Ad a en b)

Startvragenlijst: 39 van de in totaal 40 deelnemers hebben na de instructiebijeenkomst een digitale startvragenlijst ingevuld. Hierin werden vragen gesteld over de benodigde inleestijd en de eerste indruk van de inhoudelijke juistheid en volledigheid van de richtlijn. Ook zijn tijdens

deze bijeenkomst al verwachte bevorderende en belemmerende factoren voor het gebruik van de richtlijn naar voren gekomen.

Vragenlijst casuïstiek: Gedurende het werken met de richtlijn hebben de deelnemers één tot vijf vragenlijsten per persoon ingevuld over cases waarbij zij de richtlijn toepasten. Via de vragenlijst werd geïnterviewd welke problemen en knelpunten de deelnemers ervoeren bij het gebruik van de richtlijn, en welke oplossingen zij daarvoor hadden. Daarnaast zijn ook via directe communicatie (mail) aanvullende opmerkingen ingebracht over belemmeringen met de richtlijn in de praktijk.

Eindvragenlijst: In de laatste twee weken van de praktijktest hebben 32 van de 40 deelnemers de eindvragenlijst ingevuld. Hierin werd gevraagd naar determinanten (bevorderende en belemmerende factoren) die een rol spelen bij het (kunnen) gebruiken van de richtlijn. Daarnaast werd gevraagd aan welke randvoorwaarden er naar hun mening voldaan moet worden om goed met de richtlijn te kunnen werken. Er is gebruik gemaakt van (onderdelen van) het MeetInstrument Determinanten van Innovaties (MIDI) [13, 16]. Dit is een generiek instrument om determinanten te meten die het gebruik van innovaties (o.a. richtlijnen) voorspellen.

Ad c)

Na afloop van de praktijktest zijn drie managers/coördinatoren geïnterviewd, die de gang van zaken in de praktijktest hebben gevolgd. Dit ging in de vorm van het schriftelijk beantwoorden van vragen. Er werden onder andere vragen gesteld over de randvoorwaarden binnen de organisatie die belangrijk zijn voor de implementatie van de richtlijn, zoals beschikbare tijd, scholing, begeleiding en ondersteuning.

Ad d)

Na afloop van de praktijktest is een online focusgroep interview gehouden met in totaal zes deelnemers uit de vier organisaties die met de praktijktest hebben meegedaan (3 jeugdartsen, 2 jeugdverpleegkundigen en een doktersassistente) aan de hand van een interviewprotocol dat van tevoren was toegestuurd. 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 vragenlijstonderzoek besproken en uitgediept. Ook werd een vertaalslag gemaakt naar activiteiten en randvoorwaarden die nodig zijn voor de landelijke invoering. Het interview duurde ongeveer 1,5 uur. In bijlage 1 is een transcript van het interview opgenomen.

Voor de uitwisseling is een online focusgroep-programma gebruikt. Deze manier van uitwisselen is beoordeeld als een goede manier van communiceren en zeker gezien de drukke agenda's en de spreiding over Nederland een eenvoudige oplossing. Op het gebruikte programma zijn nog enkele praktische aanmerkingen gemaakt, met name over het gemak van invoeren van een nieuwe opmerking en het verwerken van de gegevens achteraf.

3.5 Analyses

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

4 Resultaten

In dit hoofdstuk zijn de resultaten van alle contactmomenten gecombineerd per onderwerp weergegeven. Het betreft kwantitatieve gegevens uit de vragenlijsten en kwalitatieve gegevens uit de bijeenkomsten en tussentijdse communicatie. Citaten van de deelnemers zijn cursief en tussenaanhalingstekens in de tekst weergegeven.

4.1 Deelnemers praktijktest

In totaal namen 40 professionals deel aan de instructie van de praktijktest.

De startvragenlijst is ingevuld door 39 professionals, dat zijn 17 jeugdartsen (44%), 18 jeugdverpleegkundigen (46%) en 4 doktersassistenten (10%). Van de deelnemers die de startvragenlijst hebben ingevuld was 54% (21/39) werkzaam in de zorg voor kinderen van 0-4 jaar, 26% (10/39) in de zorg voor 0-12 jarigen, 10% (4/39) van 0-19 jaar, 3% (1/39) van 4-12 jaar en 7% (3/39) van 4-19 jaar. Van de 39 deelnemers hadden er 16 (41%) minder dan tien jaar ervaring, 13 deelnemers (33%) hadden tien tot en met 25 jaar ervaring en tien deelnemers (26%) hadden meer dan 25 jaar ervaring. De meeste deelnemers (23/39; 59%) vielen in de leeftijdscategorie 45 jaar en ouder.

De casuïstiek vragenlijsten zijn door de deelnemers 1 tot 5 maal ingevuld. In totaal zijn 136 casuïstiek vragenlijsten ontvangen.

De eindvragenlijst is ingevuld door 32 van de 40 (80%) deelnemers. Tussentijdse uitval had verschillende redenen, o.a. pensionering, zwangerschap, tijdgebrek, werkzaam buiten testgebied, te weinig met richtlijn gewerkt.

4.2 Voorbereiding praktijktest

Ruim de helft van de deelnemers (21/39; 54%) gaf aan de richtlijn voor de start van de praktijktest oppervlakkig gelezen te hebben. De deelnemers gaven aan gemiddeld circa 67 minuten nodig te hebben gehad om de richtlijn te lezen. De gerapporteerde leestijd varieerde per persoon van 10 tot 240 minuten. Van de deelnemers heeft 67% (26/39) de richtlijn via de website gelezen, 21% (8/39) heeft de richtlijn vanaf de website geprint en gelezen en 8% (6/40) heeft de richtlijn op een andere wijze bekeken, bijvoorbeeld als pdf van een collega doorgestuurd gekregen of heeft alleen de samenvatting gelezen.

4.3 Wat vinden JGZ professionals van de richtlijn?

4.3.1 Eerste indruk

De deelnemers gaven aan de richtlijn op het eerste gezicht overzichtelijk en duidelijk te vinden. Een aantal gaf aan dat het veel leeswerk was. Daarnaast merkten veel professionals het missen van de visustest bij 3 jaar op (zie quotes in kader).

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

- > *'Best veel verandering'*
- > *'Mooie richtlijn, wel heel anders nu wij opeens niet meer het 3 jaar consult hoeven te doen'*
- > *'Bijzonder dat er zo snel verwezen moet worden'.*
- > *'Wel goed, wel twijfel bij weghalen 3 jaar visustest'*

- > *'Interessant, verhelderend. Veel informatie toepasbaar voor de JGZ. Wel veranderingen i.v.m. geen visustest meer bij 3 jaar'*
- > *'Er verdwijnt wat aan onderzoek. Zal er zo niets meer gemist worden? Voornamelijk bij 3 jaar?'*

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

- > *'Duidelijke uitleg van de mogelijke afwijkingen aan de ogen'*
- > *'Afbeeldingen van de oogafwijkingen'*
- > *'Verhaal over amblyopie'*
- > *'Erg veel om te lezen, maar wel goed onderbouwd. Goed gestructureerd'*
- > *'Duidelijk verhaal, kan ik mee uit de voeten'*
- > *'Duidelijke richtlijn, het lijkt erop dat er veel minder hoeft'*
- > *'Verrassend, wel heel anders dan we nu werken'*
- > *'In principe scheelt het heel veel werk'*
- > *'VOV niet meer zo uitvoerig'*
- > *'Goed dat er naar efficiëntie wordt gekeken.'*
- > *'Ouders vinden APK ouderwets, hopelijk is dit beter'*

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

- > *'De meerwaarde van de E-haken t.o.v. de Landolt-C'*
- > *'Erg lang, de samenvattingskaart is wel erg handig'*
- > *'Je moet in de anamnese veel vragen gaan stellen, een spiekbriefje (referentiekaart) zou wel handig zijn'*
- > *'Anamnese uitvraag: vragen stellen OK, maar wanneer of hoe beoordeel je dan dat er klachten zijn en hoe je moet doorvragen. Voorbeeld: houdt voorwerp heel dichtbij, dat doen jonge kinderen vaak. Wat moet je doen om erachter te komen of er ook werkelijk sprake is van een oogafwijkingen.'*
- > *'Wat moet je met welk antwoord uit de anamnese, dat staat niet in de richtlijn'*
- > *'Bijzonder dat er zo snel verwezen moet worden. Meer onterechte verwijzing'*
- > *'Er zijn nu meer redenen om in één keer door te verwijzen, kijken in de praktijk hoe dat uitwerkt'*
- > *'Als de test goed is, dan wil je niet al die extra voorwaarden'*
- > *'Hoe ga je om met een afwijkende voorkeurshouding van het hoofd bij de volgbeweging'*
- > *'Hoe leg je de E-haken kaart uit? Welke instructie geef je.'*
- > *'Soms wat onduidelijk welke discipline wat doet.'*
- > *'Wat is de reden dat we niet zelf een visus mogen doen bij klachten bij een 3-jarige'.*

4.3.2 ***Uitvoerbaarheid van de richtlijn en de praktijktest***

In de startvragenlijst is gevraagd of professionals volgens de richtlijn zouden kunnen werken. Op deze vraag antwoordde 39% (15/39) met 'nee' en 59% (23/39) met 'ja'. Eén persoon vulde de vraag niet in.

Als mogelijke belemmerende factoren bij de uitvoering van de richtlijn noemden zij:

- > Onvoldoende kennis (n=1)
- > Onvoldoende vaardigheden (n=2)
- > Onvoldoende tijd (n=3)
- > Praktische bezwaren (n=7), bijvoorbeeld *'Tot op heden nog geen E haken kaart'* en *'Dat de goede kaarten voor een onderzoek er niet zijn'*
- > Andere redenen (n=8). Voorbeelden van antwoorden zijn:

‘Blijft de motivatie voor het 3 jaar consult als de visustest daar verdwijnt?’

‘Gevoel dat er juist kinderen vroeg gemist gaan worden met wegvallen van 3 jaar visus’.

‘Verwijzen naar opticiens was lastig bij kinderen onder de 12 jaar, opticiens werken volgens andere protocollen en in de regio ook nog wisselend, de meeste willen pas tussenkomst van de oogarts bij kinderen vanaf 11 á 12 jaar’

‘In de praktijktest had men te maken met veel ouders die een visustest verwachtten voor hun 3-jarige kind. Vaak komt men specifiek voor deze test. Soms is daarom besloten de test toch uit te voeren als ouders daarom vroegen en ook bij twijfel heeft men tijdens de testperiode de visustest bij 3-jarigen wel uitgevoerd’.

‘De uitgebreide familieanamnese zet ouders wel aan het denken. Niet in alle gevallen kunnen ouders de anamnese vragen goed beantwoorden. De familieanamnese wordt meestal al gedaan bij het zuigelingen huisbezoek’.

4.3.3 Casuïstiek vragenlijsten

Gemiddeld is de casuïstiek vragenlijst drie keer per persoon ingevuld. De vragenlijst is ingevuld voor 42 kinderen (33%) in de leeftijdscategorie 0-36 maanden; 26 keer (21%) in de leeftijdscategorie 37-42 maanden; 34 keer (27%) in de leeftijdscategorie 43-48 maanden; 22 keer (17%) in de leeftijdscategorie 4-12 jaar en 2 keer (2%) in de leeftijdscategorie ouder dan 12 jaar.

Redenen die genoemd worden voor het contactmoment zijn een afwijkende ogentest, herhalingsonderzoeken en visus consult voor een collega. Gemiddeld hebben de deelnemers 6-7 minuten besteed aan het onderwerp ‘Opsporen oogafwijkingen’ in het consult. Van de deelnemers vond 34% het consult extra tijd kosten in vergelijking met de werkwijze volgens de oude richtlijn.

Redenen extra tijd consult in vergelijking met oude werkwijze:

- › *‘E-haken is moeilijk voor de kinderen’*
- › *‘Het testen met de LEA en E-haken. Vooral de onderste regels kost veel tijd’*
- › *‘Ik moet uitleggen dat het onderzoek anders is dan dat ze in de uitnodigingsbrief uitgelegd hebben gekregen’*
- › *‘Kind snapte er niets van, heb uiteindelijke andere kaart gedaan’*

Suggesties die de deelnemers geven voor verbetering zijn onder andere:

- › *‘Als ouders weten dat de visus niet meer gedaan wordt met 3 jaar; is het probleem opgelost. Ik ben nu veel aan het uitleggen, waarom het niet hoeft’*
- › *‘De E-haken zijn wel erg moeilijk voor een 3-jarige. Bij de Landolt-C hebben we een “stokje” daarvoor, misschien dat die er ook voor de E haken is. Toch blijft dit lastig. Lang niet alle kinderen ‘snappen’ de bedoeling. ‘*
- › *‘De E-kaart is niet praktisch om mee te nemen naar school. Hij is te groot en is niet altijd ergens op te hangen. Ook vind ik hem niet duidelijk doordat het toeloopt aan de onderkant, de E's staan te dicht op elkaar’*
- › *‘Onduidelijk wat de uitslag is bij de visus met E-haken. Bij dezelfde regel staat vermeld; 4/4 5/5 en 1.0’*

Ook tijdens de focusgroep was er veel discussie over de E-haken kaart. Het kostte moeite om met deze kaart te werken ten gevolge van de verwarrende notaties op de kaart en de dicht op elkaar staande symbolen. De kaarten waren door de lange besteltijd ook pas laat in de test beschikbaar en er waren maar enkele exemplaren per organisatie. Uiteindelijk lukte het bij vierjarigen wel. De belichting in de onderzoeksruijnte op de scholen is verder niet altijd optimaal, daar was het werken zonder lichtbak wel wennen. De belichting is dan niet meer gestandaardiseerd. Er is een subjectief gevoel dat de Landolt-C een ‘betere’ uitslag geeft. De

meerwaarde van de E-halen kaart wordt niet gezien. Een aanwijshulpmiddel (E op een stokje) helpt wel. De testduur is door de noodzaak voor extra uitleg en de lay-out van de kaart wel langer (geschat ca. 5 minuten).

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

Determinanten m.b.t. de richtlijn

In de eindvragenlijst zijn de onderstaande determinanten nagevraagd.

- > **Procedurele helderheid:** 82% van de deelnemers (28/34) vond dat de richtlijn helder aangeeft welke en in welke volgorde de activiteiten uitgevoerd moeten worden bij alle kinderen en bij kinderen met (mogelijk) oogafwijkingen.
- > **Juistheid:** 41% van de deelnemers (14/34) vond dat de adviezen gebaseerd zijn op feitelijk juiste kennis. Van de overige deelnemers had 50% (17/34) hier geen mening over en 6% (2/34) was het hier mee oneens.
- > **Compleetheid:** 59% van de deelnemers (20/34) vond dat de richtlijn alle informatie en materialen biedt die nodig zijn om er goed mee te werken. Van de overige deelnemers had 27% (9/34) hier geen mening over en 12% (4/34) was het hiermee oneens. Ook tijdens de focusgroep was men het erover eens dat de richtlijn heel compleet is. Als mogelijke aanvullingen is nog genoemd: betere onderbouwing van de keuze voor E-halen kaart en uitleg van scheelkijken bij moeheid.
- > **Complexiteit:** 59% van de deelnemers (20/34) vond dat de richtlijn eenvoudig te gebruiken was. Van de overige deelnemers had 24% (8/34) hier geen mening over en 15% (5/34) vond dat de richtlijn niet eenvoudig te gebruiken was.
'Alle onderzoeken zijn in principe uit te voeren door een geschoolde doktersassistente'
- > **Congruentie huidige werkwijze professionals en zorgketen:** 41% van de deelnemers (14/34) vond dat de richtlijn goed aansloot bij hoe men gewend was te werken. Van de overige deelnemers had 24% (8/34) hier geen mening over en 32% (11/34) vond dat de richtlijn niet goed aansloot bij hoe men gewend was om te werken.

Door 24% (8/34) van de deelnemers werd aangegeven dat de richtlijn niet goed aansluit bij de werkwijze van professionals in de zorgketen (bijvoorbeeld huisarts, oogarts, orthoptist etc.). Van de deelnemers gaf 44% (15/34) aan hier geen mening over te hebben.

Redenen waarom de richtlijn wel/niet goed aansluit bij de huidige werkwijze:

- > *'De familie anamnese doen we al heel uitgebreid'*
 - > *'Alles wordt al wel gevraagd (i.e. familieanamnese) maar er wordt niet altijd goed geregistreerd'*
 - > *'Geen VOV meer dat is fijn, vooral de alternerende afdektest is moeilijk'*
 - > *'Monoculair VOV is vaak een ramp (één oog goed afdekken). Kind wil dat niet. Binoculaire volgttest is wel gemakkelijk, waarom is die verdwenen? Dit is voor de gezichtsscherpte niet van belang, maar voor amblyopie wel.'*
 - > *'Het 9 maanden consult gebeurt niet overal'*
-
- > **Zichtbaarheid uitkomsten:** 12% van de deelnemers (4/34) vond de effecten van het gebruik van de richtlijn duidelijk zichtbaar. Van de deelnemers vond 24% (8/34) de effecten van het gebruik niet duidelijk en 62% (21/34) had hier geen mening over.

- > **Relevantie ouders en kinderen:** 56% van de deelnemers (19/34) vond de richtlijn relevant voor ouders en jeugdigen.
- > **Nut & belang van de richtlijn:** 77% van de deelnemers (26/34) vond de richtlijn belangrijk, 68% van de deelnemers (23/34) vond de richtlijn nuttig.

Determinanten m.b.t. de professional

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

- > **Uitkomstverwachting:** 62% van de deelnemers (21/34) vond dat men door het gebruik van de richtlijn duidelijk weet wanneer een kind met een vermoeden van oogafwijkingen verwezen dient te worden, 68% van de deelnemers (23/34) vond het belangrijk om kinderen met een vermoeden van oogafwijkingen tijdig te verwijzen. Van de deelnemers vond 47% (16/34) dat de richtlijn bijdraagt aan het duidelijk informatie geven aan ouders over oogafwijkingen; 59% (20/34) vond het belangrijk om de communicatie over oogafwijkingen met ouders te verbeteren.
- > **Eigen effectiviteit:**
Op de vraag of het professionals lukt om:
 - a) Op de juiste leeftijd te onderzoeken geeft 50% (17/34) aan dat dit lukt, 29% (10/34) geeft aan dat dit misschien niet, misschien wel lukt en 6% (2/34) lukt dit niet. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing.
 - b) Tijdens het huisbezoek of het eerste contact de familieanamnese na te vragen en te noteren geeft 50% (17/34) aan dat dit lukt, 18% geeft aan dat dit misschien niet, misschien wel lukt en 3% (1/34) lukt dit niet. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing.
 - c) De anamnese af te nemen op alle gevraagde leeftijden geeft 47% (16/34) aan dat dit lukt, 23% (8/34) geeft aan dat dit misschien niet, misschien wel lukt en 9% (3/34) geeft aan dat dit zeker niet lukt. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing.
 - d) De fundusreflex te beoordelen tussen 0-3 maanden geeft 32% (11/34) aan dat dit lukt, 12% (4/34) dat dit misschien niet, misschien wel lukt en 6% (2/34) dat het niet lukt. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing.
 - e) Tussen 6-24 maanden de corneareflex, instelbeweging en monoculaire volgbeweging te onderzoeken geeft 29% (10/34) aan dat dit lukt, 12% (4/34) dat dit misschien niet, misschien wel lukt en 9% (3/34) dat dit niet lukt. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing.
 - f) De nieuwe visusmeting materialen te gebruiken geeft 32% (11/34) aan dat het lukt, 23% (8/34) dat het misschien niet, misschien wel lukt en 18% (6/34) dat het niet lukt. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing.
 - g) De visustest zonder extra verlichting te doen geeft 38% (13/34) aan dat dit lukt, 29% (10/34) aan dat het misschien niet, misschien wel lukt en 6% (2/34) dat het niet lukt. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing.

- h) Boven de 7 jaar met indicatie een visustest af te nemen geeft 21% (7/34) aan dat dit lukt, 18% (6/34) dat het misschien niet, misschien wel lukt en 3% (1/34) dat het niet lukt. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing.
- i) De instelbeweging/afdektest goed uit te voeren als dat aan de orde is volgens de richtlijn geeft 35% (12/34) aan dat het wel lukt, 21% (7/34) dat het misschien niet, misschien wel lukt en 6% (2/34) dat het niet lukt. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing. Tijdens de focusgroep werd opgemerkt dat de 'verkorte VOV' goed werkt.
- j) Te verwijzen binnen de gestelde termijnen geeft 50% (17/34) aan dat dit lukt, 12% (4/34) dat het misschien niet, misschien wel lukt en 3% (1/34) dat het niet lukt. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing.
- k) De verwijzingen op te volgen geeft 29% (10/34) aan dat het lukt, 29% (10/34) dat het misschien niet, misschien wel lukt en 3% (1/34) dat het niet lukt. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing.
- l) Als sprake is van twijfel over een situatie, te overleggen met een directe collega, aandacht functionaris of stafarts geeft 56% (19/34) aan dat het lukt en 26% (9/34) dat het misschien niet, misschien wel lukt. De overige deelnemers hebben deze vraag niet beantwoord of de vraag is voor hen niet van toepassing.

Tijdens de instructiebijeenkomst merkte men ook op dat het afnemen van de visustest tussen 60 en 66 maanden niet altijd zal lukken omdat de werkwijze zo is dat men eens per jaar naar de scholen gaat en de kinderen in een bepaald leerjaar voor een deel nog jonger zijn dan 60 maanden en voor een ander deel juist al ouder dan 66 maanden. Bij de grensleeftijden is het bovendien de vraag welke afkapwaarde geldt (bij 4 jaar 0,5 en bij 5 jaar 0,8, maar wat bij 4,9 jaar?)

Ook heeft men ervaren dat bij kinderen met donkere ogen sommige afwijkingen moeilijker te zien zijn (o.a. de fundusreflex). In de focusgroep wordt door meerdere bevestigd dat dit inderdaad een moeilijkheid is. De richtlijn bevat wel duidelijke beschrijving van beoordeling en plaatjes met uitleg van oogaandoeningen.

De afdektest wordt door meerdere deelnemers als moeilijk ervaren.

Verwijzen zodanig dat binnen één week het kind door een oogarts kan worden gezien acht men niet altijd haalbaar. Dit hangt samen met het contact met het ziekenhuis en de geldende afspraken daarover. Als de testen door een goed geschoolde verpleegkundige of assistente worden uitgevoerd is de arts niet altijd aanwezig en is op zo'n moment geen direct meekijken door de jeugdarts te realiseren. Ook doorverwijzen mag alleen door de arts gedaan worden, dat stuit op hetzelfde praktische probleem.

- > **Taakopvatting:** Uit de eindvragenlijst bleek dat bijna alle deelnemende JGZ-professionals vonden dat het doen van een anamnese voor oogafwijkingen tot de taak behoren (27/34; 79%) vroeg signalering van oogafwijkingen (25/34; 74%), uitvoeren van het oogonderzoek bij kinderen van 0-36 maanden (23/34; 68%), 36 maanden – 42 maanden (21/34; 62%), ouder dan 42 maanden (15/34; 44%), verwijzen voor oogafwijkingen (22/34; 65%), inzetten van vervolgacties (22/34; 65%), rechtstreeks verwijzen naar de oogarts/orthoptist (18/34; 53%), nagaan van resultaat (18/34; 53%), op de hoogte brengen van ouders (22/34; 65%), op de hoogte brengen van de JGZ-assistente over een (zo nodig) aangepaste werkwijze (19/34; 56%), op de hoogte brengen van ouders over een patiëntenvereniging (11/34; 32%). Een opmerking van een deelnemer was bijvoorbeeld 'Oogafwijkingen opsporen is heel belangrijk. Ik vind de E-haken vaak te

moeilijk. Kinderen vinden de plaatjes makkelijker en dit gaat ook beter. Ouders vinden het ook goed als we de plaatjes doen. Bij de uitleg van de E-haken haken ouders soms ook al af. Bij kinderen op de leeftijd van 60-66 maanden geeft 82% (28/34) aan dat het niet lukt om bij elk kind de visustest te doen. De belangrijkste reden is dat de professionals niet met deze doelgroep werken. Andere redenen waren *'Sommige kinderen door de assistente werden onderzocht, en 2 keer omdat het kind niet meewerkte'* en *'Sommigen het niet snappen'*.

Tijdens de verschillende contactmomenten zijn de verwijscriteria vaak aan de orde geweest. De deelnemers vinden dat in de nieuwe richtlijn snel moet worden doorverwezen, terwijl een aanvullende test (bv. visustest) dan kan leiden tot een meer gefundeerde afweging:

'Hoe erg moet je twijfelen?? Hoe prematuur is prematuur?'

'Als ouders zich zorgen maken wil je toch wel doorverwijzen'

'In de richtlijn staat dat je altijd moet verwijzen als er in de familie lui oog is. Dat is niet uitvoerbaar. Dat worden er veel te veel.'

'Verwijzen als de ogentest van het kind goed verloopt, maar de moeder is scheel.'

'Idem voor alle nieuwkomers, dat zijn er ook teveel. Als die de test goed doen, is er geen aanleiding om door te sturen.'

'Latent scheelzien intermitterend moet eigenlijk dus wel doorverwezen, maar kan vermoeidheid zijn. In de praktijk sturen ze dat niet door.'

- > **Tevredenheid en medewerking van ouders en jeugdigen:** 35% van de deelnemers (12/34) vond dat de richtlijn bijdraagt aan de tevredenheid van ouders en jeugdigen, 59% (20/34) vond dat ouders en jeugdigen meewerkten als de richtlijn gebruikt werd.
- > **Kennis en vaardigheden:** 65% van de deelnemers (22/34) vond dat zij over voldoende kennis beschikt om met de richtlijn te kunnen werken, 71% van de deelnemers (24/34) vond dat zij over voldoende vaardigheden beschikt om met de richtlijn te kunnen werken. Een opmerking van een professional is bijvoorbeeld *'Ik vind hem voor veel kinderen te moeilijk en je moet ook te vlug doorverwijzen'*.
- > **Descriptieve & subjectieve norm:** De descriptieve norm is het verwachte of waargenomen gedrag bij collega's: 44% van de deelnemers (15/34) verwacht dat (bijna) alle collega's de richtlijn na de landelijke invoering daadwerkelijk zullen gaan gebruiken en 12% (4/34) verwacht dat bijna geen enkele collega 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 2 factoren: de verwachting van belangrijke anderen en hoeveel men zich 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 (zeer) zeker wel: 68% (23/34) van de collega's binnen de afdeling, 65% (22/34) van de directe leidinggevende en 38% (13/34) van de ouders van jeugdigen. In hoeverre professionals zich wat aantrekken van de mening van de volgende personen werd geantwoord (zeer) veel: 68% (23/34) van de collega's binnen de afdeling, 47% (16/34) van de direct leidinggevende en 50% (17/34) van de ouders van jeugdigen.
- > **Sociale steun:** 77% van de deelnemers (26/34) gaf aan op voldoende steun van collega's te kunnen rekenen; 41% (14/34) verwacht voldoende steun van de direct leidinggevende; 38% (13/34) verwacht voldoende steun van andere zorgprofessionals in de zorgketen en 62% (21/34) verwacht voldoende steun van ouders.

Determinanten m.b.t. de organisatie

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

- > **Tijd:** 44% (15/34) van de deelnemers ervaart voldoende tijd om de richtlijn te integreren in hun dagelijks werk, 29% (10/34) had hier geen mening over en 18% (6/34) ervaart onvoldoende tijd om de richtlijn zoals bedoeld te integreren in het dagelijkse werk. *'Tijdens de praktijktest koste het mij tijd en ruimte in het spreekuur om de nieuwe richtlijn goed eigen te maken'*
- > **Beschikbaarheid materialen en informatie:** 59% van de deelnemers (20/34) gaf aan dat er voldoende materialen en voorzieningen beschikbaar waren om de richtlijn zoals bedoeld te gebruiken.
- > **Capaciteit / bezettingsgraad:** 65% van de deelnemers (22/34) vond dat er voldoende personeel in de organisatie is om de richtlijn te gebruiken zoals bedoeld, 24% (8/34) had hier geen mening over en 3% (1/34) was het hier niet mee eens.
- > **Coördinatie richtlijn:** 79% van de deelnemers (27/34) gaf aan dat er in hun organisatie één of meerdere personen aangewezen zijn/worden voor het coördineren van de implementatie van de JGZ-richtlijn, 12% (4/34) gaf aan dat er geen personen zijn aangewezen en 9% (3/34) heeft deze vraag niet beantwoord.

4.3.5 Aanvullende opmerkingen en adviezen van de deelnemers over de richtlijn

Overige opmerkingen van de deelnemers over de richtlijn waren onder meer:

- > *'Onderbouwing rondom wegvallen 3 jaar vind ik toch dubieus'*
- > *'Dat andere landen het niet doen vind ik een raar argument'*
- > *'Richtlijn moet goed bestudeerd worden om alle veranderingen te begrijpen'*
- > *'Ik kan me niet zo vinden in de verwijscriteria Landolt-C bij 42-48 maanden. Ik verwacht onnodig veel verwijzingen.'*
- > *'Andere visuskaarten maken; die overzichtelijker zijn, de E's en LEA symbolen meer verspreiden over de kaart'*
- > *'De visuskaart met 3 jaar niet afschaffen'*
- > *'Kinderen komen met 4 vaak niet meer, dus dan zou de visus test er helemaal bij kunnen inschieten.'*
- > *'Wat je wel mist is dat je al gedragsproblemen kunt oplossen met een bril op 3 jaar. Dan kan het kind ineens veel meer zien!'*
- > *'Tussen 3 en 4 kan er wel al een enorme achteruitgang hebben plaatsgevonden. Als je bij 3 wel al een eerste keer constateert, kun je het vast in de week leggen, dan is de drempel lager als je op 4 jaar dat opnieuw constateert. Angst dat je iets gaat missen.'*
- > *'Visus is soms een trekker voor het JGZ consult. Dat valt nu weg. We gaan in de praktijk zien of dat uitmaakt.'*
- > *'Diverse onderdelen zijn wel in te voeren, maar een flink deel niet. Zoals E-haken in plaats van Landolt-C, ik zie geen meerwaarde.'*
- > *'Kwaliteit visuskaart, met name stevigheid, moet beter'*
- > *'Goede communicatie vanuit de organisatie naar ouders toe met duidelijke uitleg en onderbouwing. Dit dient ook aangepast te worden in de uitnodigingsbrief voor de kinderen van 3 jaar. Alle collega's uit de JGZ zullen op dezelfde manier moeten werken zodat er*

eenduidigheid bestaat, ook naar ouders toe. De implementatie moet binnen de organisaties goed geëvalueerd worden'

Adviezen voor verbetering zijn onder andere:

- › *'Duidelijkheid verschaffen over gebruik juiste E-haken kaart'*
- › *'Ouders hebben verwachtingen, hebben geoefend, dit meenemen in voorbereiding'*
- › *'Over het algemeen is het voor veel leerlingen een te drukke, onoverzichtelijke kaart. De leerlingen hebben er veel moeite mee en het onderzoek kost dus meer tijd'*
- › *'E-haken zijn voor veel 4-jarigen te moeilijk'*
- › *'Inlichten van oogartsen, orthoptisten en opticiens was voor mij vrijwel niet te doen vanwege tijdsinvestering'*
- › *'Tijdsdruk maakt dat je eerder kiest voor een vertrouwde methode'*

4.4 De instructie

Uit de eindvragenlijst bleek dat de meerderheid van de deelnemers aan de praktijktest (24/34; 75%) de instructie die voor de praktijktest werd gegeven ook zeer geschikt vond voor de landelijke implementatie. Deze instructie werd gemiddeld met het cijfer 7,5 (range: 6-9) beoordeeld.

Suggesties ter verbetering zijn:

- › *'Er zitten een paar onduidelijkheden in de richtlijn, die tijdens de instructie niet beantwoord kunnen worden. Dit ligt niet aan de manier van instructie'*
- › *'Omdat het soms onduidelijk is welke discipline iets uitvoert, kan er een wisselende werkwijze ontstaan. Dit kan soms lastig zijn'*
- › *'Scholing was prima. Over de richtlijn zelf zijn nog dingen te zeggen. Die komen er dan bij de praktijktest uit. Voor de invoering moet er voor de verpleegkundigen wel meer 'medische' informatie worden uitgelegd'.*

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

Tijdens de praktijktest is er onder de deelnemers veel overleg geweest over de wijzigingen en de interpretatie van de richtlijn. Uit overleg met oogartsen tijdens de praktijktest bleek dat zij de nieuwe richtlijn nauwelijks kennen. Bij definitieve invoering wordt het informeren van oogartsen, orthoptisten en opticiens *'prioriteit nummer 1'*.

4.5 Basis DataSet (BDS)

Tijdens de focusgroep is ook het BDS protocol de ter sprake gekomen. Voor zover nu te overzien sluit het BDS protocol goed aan bij de gegevens die geregistreerd moeten worden. In het systeem dat men gebruikt (KD+ van Topicus) kunnen de bevindingen bij de visustest met E-haken en LEA nu niet standaard worden ingevuld (alleen bij bijzonderheden visusonderzoek). Het KD+ moet hierop aangepast worden.

4.6 Samenvattingskaart

In de vragenlijsten is meerdere malen aangegeven dat de richtlijn uitgebreid is en veel leestijd kost. In de opmerkingen daarbij geeft men aan dat de samenvattingskaart een waardevolle aanvulling is. Men benoemt ook dat het handig zou zijn als er “spiekbrieftjes” of “een checklist” zouden zijn voor bv. de vragen die gesteld moeten worden tijdens de familieanamnese of de zaken die gecontroleerd moeten worden tijdens het bezoek aan de arts.

Ook bij de discussie hierover in de focusgroep wordt dit bevestigd. De samenvattingskaart zoals die nu is, is daarvoor zeker waardevol en een aanvulling.

Suggesties ter verbetering zijn:

- › *‘In tabel 1 met screening per uitvoeringsmoment missen de kruisjes bij 60-66 maanden en >8 jaar’*
- › *‘tabel 6A komt niet tot zijn recht (kan veel eenvoudiger door geen onderverdeling meer te maken bij visus van 0,5 en minder)’*

4.7 Impact analyse

Door middel van een schriftelijk interview met drie managers/coördinatoren is navraag gedaan naar de impact die de nieuwe werkwijze en randvoorwaarden van de richtlijn heeft op de organisaties die er mee moeten werken.

Als extra zaken die voor het werken met de nieuwe richtlijn moesten worden geregeld zijn genoemd:

- › Vervanging voor of extra tijdsbesteding van collega’s die aan de test deelnamen
- › Veel mailen over onderzoeksmaterialen
- › Informatie voor in de wachtkamers over andere werkwijze
- › Extra uren voor scholing, uitleg en lezen van de richtlijn
- › Inzet van een aanspreekpunt om interne vragen te beantwoorden
- › Zelf aanwijshulpmiddel maken voor E-haken kaart

Bij de manager/coördinatoren zijn reacties en vragen van de deelnemers gekomen. Die gingen vooral over de vertraging en onduidelijkheden van het onderzoeksmateriaal. Men heeft deze vragen doorspeeld naar de onderzoekers.

Volgens de managers/coördinatoren is essentieel voor een succesvolle (landelijke) invoering van de richtlijn:

- › Duidelijke voorlichting voor JGZ-professionals over het vernieuwde onderzoeksprogramma.
- › Ruimte in onderzoeksprogramma voor flexibilisering (mag een onderzoek bijv. ook een maand later worden uitgevoerd, en door elke discipline).
- › Informatie/voorlichtingsmateriaal voor ouders omdat/als het programma beduidend anders wordt dan ouders gewend zijn.
- › Op tijd de mogelijkheid om juiste materialen aan te schaffen. Als dit voor eigen rekening JGZ-organisaties is dan is dat is een flinke investering.
- › Goed materiaal en scholing/duidelijk uitleg over de reden van aanpassingen (vnl. verdwijnen visustest bij 3 jaar)
- › Beschikbaarheid van een aanspreekpunt binnen de organisatie.

5 Conclusies en aanbevelingen voor landelijke implementatie van de richtlijn

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

5.1 De praktijktest

- › De deelnemers hebben enthousiast meegedaan met de praktijktest en belangrijke praktijkervaringen kunnen inbrengen via de vragenlijsten, de focusgroep sessie, het management interview en via tussentijdse communicatie.
- › Het aantal deelnemende organisaties en het aantal deelnemende professionals is voldoende om een goed beeld te krijgen van de belangrijkste bevorderende en belemmerende factoren bij implementatie van deze richtlijn.
- › Een ernstige hindernis was dat de E-haken kaarten niet tijdig en in voldoende aantallen beschikbaar waren en uiteindelijk slecht bleken te voldoen in de praktijk. Hierdoor is een onvolledig beeld ontstaan van de geschiktheid van deze kaart, maar het is wel duidelijk dat er veel twijfel heerst wel over de onderbouwing van de keuze voor deze kaart ter vervanging van de Landolt-C kaart ook gelet op de investering die dit met zich meebrengt.
- › Een bijzonder relevant punt van discussie is het vervallen van de visustest op de leeftijd van 36 maanden. De onderbouwing hiervoor vindt men te eenzijdig en men voelt zich onvoldoende gehoord (zie voor details hieronder bij 5.2).
- › Aanvankelijk schatte men in dat de herziening van de verwijscriteria zou gaan leiden tot een aanzienlijke toename van onnodige verwijzingen naar de tweede lijn. De praktijktest was te kort om dit effect ook werkelijk (cijfermatig) te kunnen vaststellen. Wel zijn de belangrijkste oorzaken die zouden kunnen leiden tot deze toename geïdentificeerd (zie voor details hieronder bij 5.3)
- › De organisaties die met de praktijktest meededen vinden het een dilemma of zij bij beëindiging van de test op de leeftijd van 36 maanden wel of niet met de nieuwe werkwijze door zullen blijven gaan, of tot het moment van definitieve invoering weer terug zullen vallen op hun oude werkwijze.

Aanbevelingen:

- > *Een praktijktest is een zeer waardevolle toets en zou bij geen enkele richtlijn mogen ontbreken in het traject naar vaststelling en invoering.*
- > *Goede voorbereiding van de praktijktest is noodzakelijk om te borgen dat er voldoende deelnemers zijn en om een representatief beeld te verkrijgen. Ook moet men in de voorbereiding van de praktijktest rekening houden met de beschikbaarheid van in de richtlijn genoemde materialen.*
- > *De lengte van de praktijktest moet worden afgestemd op de termijn waarop effecten zichtbaar worden, echter zal het altijd een compromis blijven met de belasting die de praktijktest voor de deelnemers oplevert.*
- > *Bij grote veranderingen in de werkwijze zal, met name als de praktijktest slechts een korte periode beslaat, het beeld vertekend zijn door opstart en omschakel verschijnselen. Bij de interpretatie van de resultaten moet hiermee rekening worden gehouden.*

5.2 De richtlijn en bijbehorende materialen

De richtlijn

- › De richtlijn wordt over het algemeen als uitgebreid, maar duidelijk en helder beoordeeld. Vooral de beschrijving van de oogafwijkingen en de foto's daarbij worden gewaardeerd.
- › Er is onduidelijkheid bij de professionals over de geschiktheid van de E-haken kaart en over het nut en de noodzaak van de overstap van de Landolt-C kaart naar de E-haken kaart.
- › Bij het laten vervallen van de visustest op de leeftijd van 3 jaar wordt in de richtlijn het argument gebruikt dat de test niet goed kan worden uitgevoerd. De deelnemers aan de praktijktest zijn het daar niet mee eens, in de meeste gevallen lukt hen dat namelijk uitstekend. Tevens voert men als onderbouwing aan dat de vroege detectie niet nodig is omdat amblyopie ook op leeftijden tot 6 jaar nog uitstekend behandelbaar is. Uit de praktijktest kwam naar voren dat dan geen rekening is gehouden met a) de aantrekkende werking voor ouders die van de visustest uitgaat, b) de detectie van andere oogafwijkingen via de visustest op 3 jaar, c) het pedagogische voordeel van behandeling van amblyopie op jongere leeftijd en de kortere duur van de behandeling, d) de negatieve bijeffecten van het minder goed zien en daardoor minder goed functioneren en ontwikkelen van het kind tussen 3 en 4 jaar.
- › De beschrijving van de visustest is te theoretisch (Richtlijn bijlage 1d) en de afkapwaarde tabellen (Richtlijn bijlage 1e) leveren veel praktische vragen op.

Aanbevelingen:

- *De richtlijn dient op bovenstaande punten aangepast te worden en bij voorkeur ook (opnieuw) voorgelegd te worden aan (enkele) praktijkprofessionals om de helderheid en de overtuigingskracht te bevestigen dan wel te weerleggen.*
- *Bijlagen 1d en 1e met de beschrijving van de visustest herschrijven en de tabel met afkapwaarden dienen te worden herzien om ze meer praktisch bruikbaar te maken.*
- *Meer flexibel zijn in het wel/niet afnemen van de visus test op de leeftijd van 36 maanden en dit ter beoordeling van de JGZ-professional laten afhankelijk van ieder individueel geval.*

Materialen en voorzieningen

- › De E-haken kaart voldoet slecht. De E-haken kaart zoals die in de praktijktest is gebruikt is van onvoldoende kwaliteit.
- › De E-haken kaart wordt als moeilijk uit te leggen ervaren. Men heeft behoefte aan materialen om het kind te helpen om gemakkelijk te kunnen antwoorden (b.v. aanwijshulpmiddel, een plastic of kartonnen E die het kind omhoog kan houden en in de 'goede' richting kan draaien)
- › De informatie op de tijdens de test beschikbare E-haken kaarten sluit niet goed aan bij waardes/eenheden van de richtlijn, zodat interpretatie niet eenduidig is. De professionals zijn eensluidend over dat de symbolen op de onderste regels te dicht bij elkaar staan, dat maakt aanwijzen moeilijk.
- › Er is veel twijfel over het nut en de noodzaak van het verkiezen van de E-haken kaart boven de Landolt-C. Vervanging brengt voor organisaties een grote investering met zich mee.
- › De beschikbare ruimte in de spreekkamer voor het afstand nemen van de kaart is in veel gevallen niet meer dan 4 meter en in sommige gevallen slechts 3 meter. In de richtlijn wordt uitgegaan van 4 meter.

- › In de visus testruimte verschillen de verlichtingsomstandigheden erg, vooral op de scholen. Door geen gebruik meer te maken van de standaard lichtbak zal dit invloed hebben op de consistentie van de metingen.

Aanbevelingen:

- › *Voorafgaand aan de landelijke invoering dient geborgd te worden dat de in de richtlijn beschreven kaarten van goede kwaliteit zijn en gemakkelijk beschikbaar moeten zijn (d.w.z. te bestellen zijn bij een Nederlandse groothandel in medische materialen). De opdruk en informatie op deze kaarten moet verder overeenkomen met de in de richtlijn gebruikte waarden. Bij de onderste regels moet voldoende ruimte tussen de symbolen zijn zodat aanwijzen van een symbool geen verwarring oplevert.*
- › *Tevens is het belangrijk dat de benodigde aanwijshulpmiddelen voorhanden zijn.*
- › *In de beschrijving van de visustest moet rekening gehouden worden met de beschikbare ruimte (3 tot 4 meter) en de verlichting (variabel) in de testruimte.*

5.3 De JGZ-professional

Kennis en vaardigheden

- › De deelnemers zeggen voldoende kennis te hebben om met de richtlijn te kunnen werken. Wel vindt men het veel leeswerk.
- › Instructie over de richtlijn is nodig voordat ermee gewerkt kan worden.
- › De instructie die voor de praktijktest is gegeven, is in basis geschikt, mits verder ondersteund met e-learning materialen en ondersteuning bij het werken met de nieuwe materialen in de praktijk.

Aanbevelingen:

- › *Bij de landelijke invoering veel aandacht besteden aan instructie en uitleg over de bedoelde werkwijze omdat velen moeite zullen hebben de gehele richtlijn (grondig) door te nemen.*
- › *E-learning materialen ontwikkelen, die goed kunnen worden ingezet voor bijscholing en inwerken.*

Taakopvatting

- › De deelnemers vinden het hun taak om door te verwijzen naar de tweede lijn, maar verwachten dat met de voorgestelde werkwijze te veel en onnodig wordt doorverwezen, met name onder de 3-jarigen.
- › Onnodige toename van verwijzing naar de tweede lijn wordt verwacht op basis van de anamnestiche gegevens ook als de visus in orde is.

Aanbevelingen:

- › *Verwijscriteria aanscherpen en de JGZ professionals meer ruimte bieden om bij twijfel eerst zelf nog verdere testen uit te voeren (zoals de visustest op jongere leeftijd).*

5.4 De organisatie en omgeving

Ketenpartners

- › De deelnemers hebben zorgen over onbekendheid met en onbegrip over de gevolgde werkwijze en de gewijzigde verwijscriteria in de JGZ-richtlijn bij hun ketenpartners, met name oogartsen en orthoptisten.

- > *Aanbevolen wordt dat het NCJ de richtlijn na autorisatie verspreidt en bekend maakt bij de beroepsorganisaties van huisartsen, oogartsen en orthoptisten met de vraag of zij hun leden op de hoogte willen stellen van de wijzigingen in de richtlijn en de gewijzigde verwijscriteria. Aanbevolen wordt tevens dat JGZ-organisaties de richtlijn tijdens regionale overleggen met ketenpartners bespreken.*

Tijd

- > De JGZ-professional heeft ongeveer twee tot vier uur inleestijd nodig.
- > Er is extra onderzoektijd nodig voor JGZ-professionals om te oefenen met de nieuwe werkwijze.

Sterk aanbevolen wordt dat (managers van) JGZ-organisaties rekening houden met bovenstaande organisatorische randvoorwaarden. 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 en de scholing in werktijd plaats zodat de kans groter is dat men de richtlijn ook daadwerkelijk leest

6 Dankwoord

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

7 Referenties

1. Raat H, Schalijs-Delfos N, Simonsz H, Lanting CI, Sloot F, Sami A en van den Toren S JGZ-richtlijn 'Opsporen oogafwijkingen'. NCJ, verwacht eind 2018.
2. ZonMW, CBO, de Argumentenfabriek. Knelpuntenanalyses jeugdgezondheidszorg. Juli 2014.
3. 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.
4. 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.
5. 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.
6. 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.
7. Bartholomew Eldredge LK, Markham CM, Ruiter RAC, Fernandez ME, Kok G, Parcel GS. Planning health promotion programs: An intervention mapping approach. Jossey-Bass, 2016.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Procter EK, Powell BJ, McMillen JC. Implementation strategies: recommendations for specifying and reporting. *Implementation Science* 2013;8:139.
12. 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
13. Fleuren MAH (2010). Essentiële activiteiten en infrastructuur voor de landelijke invoering en monitoring van het gebruik van de JGZ-richtlijnen. TNO, 2010.
14. 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.
15. Fleuren MAH, Paulussen TGWM, Van Dommelen P, Van Buuren S. MeetInstrument voor Determinanten van Innovaties (MIDI). Leiden: TNO, 2012.
16. Fleuren MAH, Kamphuis M, Velzen-Mol HWM. Determinantenanalyse JGZ-standaard Opsporing aangeboren hartafwijkingen. Leiden: TNO, 2005.
17. Fleuren MAH, Dommelen van P, Kamphuis M, Velzen-Mol HWM. Landelijke implementatie JGZ-standaard Vroegtijdige opsporing van aangeboren hartafwijkingen 0-19 jaar. Leiden: TNO, 2007.

Bijlage 1 Transcript focusgroep

TOPIC 1: De nieuwe werkwijze

Een flink aantal van de deelnemers (ca 40%) geeft aan dat ze slechts af en toe met de richtlijn hebben kunnen werken. Circa 30% van de professionals vindt de richtlijn niet goed aansluiten bij hoe men gewend is te werken.

a. Waarom denk je dat de professionals dit ingevuld hebben?

b. Wat ging er goed, en wat ging minder goed bij het werken volgens de nieuwe richtlijn Opsporen Oogafwijkingen?

M

a. het kost tijd en ruimte in het spreekuur om een nieuwe richtlijn goed eigen te maken, daarnaast werden de materialen laat geleverd.

b. goed: 'verkorte' VOV. minder goed: werken met E haken Kaart kostte moeite; te kleine symbolen, verkeerde notatie op de kaart; gevoel om zaken te missen bij 3 jr (minder belang familieanamnese en geen test)

L

a. kaarten kwamen erg laat en er waren weinig exemplaren. ik vind de richtlijn goed aansluiten bij de praktijk.

b. de e-haken kaart vind ik minder prettig werken, ik denk vanwege de layout (er kot mi echt een focus te liggen op het feit dat de kleine symbolen ook echt klein zijn doordat de layout in een driehoek op zijn punt is, itt de landolt C die het hele oppervlak invult)

I

a. klopt idd. Kaarten kwamen bij ons ook erg laat.'

b. ook ik heb het ervaren als onduidelijk. Te dicht op elkaar!!

A b. de kaarten werkten verrassend goed met de 4-jarigen, tijd extra bij 3-jaar vanwege niet doen visus,.

Wennen aan veranderingen en niet altijd even goed praktisch bezig kunnen zijn wegens late levering kaarten.

MODERATOR Bedoel je hier de E-haken kaart? dat is wel interessant omdat de anderen deze kaart onduidelijk vonden... A: Ja

F

m.n. het gedeelte bij kinderen van 0-4 jaar kost wat meer tijd, en bij de planning van de contactmomenten is daar geen rekening mee gehouden; het niet uitvoeren van de visustest bij 3 jaar leverde lang niet altijd tijdswinst op, omdat een deel van de ouders de gestelde vragen niet (volledig) (juist) kan beantwoorden; de te gebruiken materialen (E-haken en LEA) werden erg laat aangeleverd.

b) GOED: afname visus met E-haken lukte uiteindelijk goed (maar geen duidelijk verschil met Landolt-C)

MINDER GOED: E-hakenkaart is erg druk, in eerste instantie lastig af te lezen, symbolen staan erg dicht op elkaar; het werken zonder lichtbak was even wennen, belichting op scholen is lang niet altijd optimaal; verwijzen naar opticiens was lastig bij kinderen onder de 12 jaar, opticiens werken volgens andere protocollen

MODERATOR Komt de onduidelijkheid door de Amerikaanse versie van de kaart en door de cijfers aan de zijkant?

F Daar lijkt het op, de trechtervorm leverde ondanks afplakken van de kantlijncijfers toch nog veel problemen op (kleine E's staan echt te dicht op elkaar

vervolg:

MODERATOR Hoe werken de opticiens precies?

F Opticiens werken wisselend in onze regio, maar de meesten willen / durven pas zonder tussenkomst van de oogarts bij kinderen vanaf 11 à 12 jaar

L

a) Veel veranderingen waar niet altijd tijd voor is geweest, denk ik. En de praktische uitvoerbaarheid was ook lastig op zijn tijd.

b) Goed: fundusreflex, VOV, anamnese.

Minder goed: visus bij 4 jaar; niet altijd even goed begrepen, moeite met de kleine E's. Op de grote afstand getest in de eerste periode. Wennen aan geen visustest meer bij 3 jaar.

MODERATOR

Gaat het erom dat de E's op de onderste regels zo dicht bij elkaar staan? L: Inderdaad

TOPIC 2: Fundusreflex

Wat zijn je ervaringen met het beoordelen van de fundusreflex bij kinderen van 0-3 maanden?

M nvt

L was ik al gewend vanuit de oude richtlijn, gaat goed, alleen bij niet blanken is het moeilijk te beoordelen

MODERATOR Horen we vaker; hebben de anderen hier ook last van?

L Ja.

F Ook bij ons is dit een regelmatig gehoorde opmerking

A nvt

I nvt

F persoonlijk heb ik hier vrijwel geen ervaring mee omdat ik kinderen van deze leeftijd niet zie; ik heb van mijn collega's geen problemen op dit gebied doorgerekend;

F Info van één van mijn collega's: Zoals bijvoorbeeld over het beoordelen van de fundus staat er duidelijk in wat er van je verwacht wordt als arts, hoe het beoordeeld moet worden (ook een aantal plaatjes erbij) en wanneer in te sturen. De richtlijn is overzichtelijk met behulp van de plaatjes en uitleg over oogaandoeningen.

L Vergelijkbaar met de oude richtlijn. Wat wel helpend is, is de uitleg van de verschillende aandoeningen in de richtlijn.

F Klopt, inderdaad zijn de voorbeelden / plaatjes erg fijn!

MODERATOR Goed om te horen!

TOPIC 3: Visustest algemeen

Wat zijn je ervaringen met het uitvoeren van de visustest?

Meer specifiek: gaat het onderzoek op de scholen goed? En lukt het om de juiste leeftijdsgroepen (42-48 mnd en 60-66 mnd) op de scholen te onderzoeken?

M subjectief 'betere' uitslagen bij de Landolt C, moeite met leesbaarheid E haken door de kinderen (te dicht op elkaar) en de professionals (onjuiste notatie bij 5 m op de kaart). Wij hebben zelf een plastic E gemaakt voor de kinderen om vast te houden. Wat betreft de termijn bij 3,9 jaar: wel tijdig. Bij groep 2: ook geregeld later dan 66 mnd (zelfde principe als F).

MODERATOR Wat een leuke oplossing die E! Werkte dat goed?

L Op zich wel, maar naarmate de E vaker gebruikt werd, gingen kinderen hem wel meer buigen en werd hij slechter van kwaliteit.

L Uitleg aan kinderen in het begin lastig. Ik heb zelf een "E op een stokje" gemaakt waarmee kinderen de stand van de E konden nadoen, daarna ging het een stuk makkelijker. In mijn optiek kwamen de kinderen vaker niet tot de juiste regel in vergelijking tot de LandoltC

MODERATOR Ook al zo'n creatieve oplossing! kan het aan de belichting liggen?

A Nvt

A 4 jaar ging best goed, beter dan ik vooraf verwachtte.

MODERATOR Fijn

I Voor de 5-jarige leerlingen die ik op het basisonderwijs zie lukte het in principe wel, maar over het algemeen wordt de kaart wel als heel druk en onduidelijk ervaren.

De kleine E's zijn vaak wel moeilijk te zien en kost meer tijd. Dit is vooral omdat de E's zo dicht op elkaar staan.

MODERATOR Kan je inschatten hoeveel extra tijd je nodig hebt?

I Dit is moeilijk te zeggen, maar over het algemeen kost het wel 5 minuten extra. Dit is niet handig, want concentratie gaat weg.

L mee eens

F Ik heb in de testperiode m.n. kinderen op het Speciaal (Basis) Onderwijs gezien, daardoor is het visusonderzoek bij kinderen van diverse leeftijden uitgevoerd (4-16 jaar).

Voor wat betreft de leeftijdsgroep 42-48 maand: deze gaan nog niet naar school.

Voor wat betreft de leeftijdsgroep 60-66 maand: in onze regio worden dit schooljaar de leerlingen opgeroepen die zijn geboren in 2012, waardoor de leeftijd varieert van 4J9M tot 6J6M

F Info van één van mijn collega's: Ik heb gemerkt dat enorm veel ouders verwachten dat er een ogentest gedaan wordt en dat hier ook specifiek naar gevraagd wordt. Vaak komen ouders specifiek alleen voor de ogentest. Daarnaast is in mijn ogen de E haken kaart moeilijk en onoverzichtelijk.

MODERATOR Bedoel je hier de test op 3 jaar? F Klopt

L Ik doe zelf niet de onderzoeken op school. Wat ik van collega's heb gehoord, was dat het lastig was om te testen. Kaart niet altijd goed op kunnen hangen, moeilijk mee te nemen. Met de Landolt C werden andere resultaten (betere uitslagen) gevonden dan met de E-haken.

Op het bureau bij 4 jaar: kinderen begrepen het niet altijd, waren afgeleid bij de kleine E's, ook omdat het moeilijk te zien was. Gaan op het einde meer zitten spelen, dan dat ze nog interesse in de test tonen.

MODERATOR Is de E-haken kaart voor jou gevoel minder betrouwbaar?

L Moeilijk om te concluderen. Mogelijk helpt een overzichtelijke kaart al voor een betere test.

TOPIC 4: Visustest bij 3-jarigen

Bijna 60% van de deelnemers heeft om diverse redenen besloten de visustest bij de 3-jarigen wél uit te voeren, terwijl de nieuwe richtlijn deze test NIET aanbeveelt op de leeftijd van 3 jaar.

Wat waren de reacties op het achterwege laten van de visustest op 3 jaar van ouders en/of collega's?

M collega's: goed uit te voeren, wel het idee kinderen te missen omdat er niet naar familieanamnese gevraagd wordt. wel tijds winst en ook ervaring dat voorheen bij ogentest 3 jr er veel fout negatieven uitkwamen en het moeite kostte om hem af te nemen. ouders: hebben wel uitleg nodig maar geen weerstand opgemerkt, wel dat ouders er door de vragen nú pas op gaan letten en niet in de voorgaande periode (wordt mogelijk opgelost als richtlijn langer geïmplementeerd is)

MODERATOR Lukt het om de familie anamnese sowieso in beeld te krijgen?

M redelijk, niet heel specifiek, wel betreffende ouders met zelf amblyopie in het verleden wel maar betreffende bril dragers ed. (welke sterkte ed) minder.

F Heel lastig, m.n. bij ouders van kinderen op het speciaal (basis)onderwijs, waar een groter deel van de ouders zelf ook een achtergrond op het speciaal onderwijs heeft en vaak niet goed weet wat er door ons bedoeld wordt (sterke bril heb ik soms maar vertaald in jampotglazen, daar werd het dan wel eens duidelijker door); vanuit het dossier is vaak wel bekend dat er oogafwijkingen in de familie zijn, en regelmatig ook nog wel bij wie, maar niet of het hier om sterke brillen gaat

MODERATOR En wanneer doen jullie die familie anamnese in het algemeen?

L In het algemeen tijdens het zuigelingen huisbezoek en bij een twijfelachtige visustest (LEA/E-haken) opnieuw de familie anamnese nagaan.

M over het algemeen alleen op jongere leeftijd (huisbezoek) en eerste 6 mnd

L geen ervaring mee

A Bij ons wisselend, in de uitnodigingsbrief stond de visus nog genoemd, na uitleg gingen de meeste ouders akkoord met het niet uitvoeren. Bij enkele kinderen wél gedaan als zij speciaal voor de visus retour kwamen of in familie jonge leeftijd brillen.

I Nvt

F Van mijn collega's heb ik begrepen dat zij het visusonderzoek bij 3-jarigen alsnog uitvoerden in die situaties waarbij er twijfels waren (onderbouwing verwijzing oogarts).

F Info van één van mijn collega's: Ik ben meerdere keren er tegenaan gelopen dat ik wel de ogentest heb gedaan en deze ook afwijkend is maar dat wanneer ik de nieuwe richtlijn zou volgen dit er niet uitgekomen was. Dat is voor mijn gevoel het grootste probleem en dat er daardoor kinderen gemist worden.

MODERATOR Wat is dan de aanleiding om toch een ogentest te doen?

F volgens mij omdat de ouders hier toch om vroegen

L Wij hebben ons aan de richtlijn gehouden en de visustest niet bij 3 jaar uitgevoerd, bij twijfel ben ik er wel als arts bij geroepen om mee te beoordelen wat we zouden doen. We hebben de vragen zoveel mogelijk gesteld aan ouders en zover ik het kan beoordelen, vonden ouders het goed. Zolang je de uitleg er maar bij geeft, waarom je het zo doet.

MODERATOR Dit klinkt positief! en handig dat jullie er meteen een arts bij konden roepen. Lukt dat altijd?

L Meestal hebben op het CB de arts en verpleegkundige samen bureau en kunnen we bij elkaar binnen lopen.

TOPIC 5: Visus kaarten

Hoe was het werken met de E-haken kaart (op 4 meter of op 5 meter, bij verschillende leeftijdsgroepen) en de LEA kaart?

Is het duidelijk waarom voor deze visuskaarten is gekozen?

M Bruikbaarheid van de toegezonden E haken kaarten liet te wensen over: verkeerde notatie bij 5M, kleine en dicht op elkaar staande E's, papieren kaart (lastiger op te hangen). LEA prima, ook goed bruikbaar maar weinig toegepast. Meerwaarde tov van LandoltC wordt niet gezien.

MODERATOR Sorry dit is natuurlijk heel vervelend, het zijn Amerikaanse kaarten met andere notatie. Dit is niet de definitieve versie, voor de richtlijn gebruiken we jullie opmerkingen om dit te verbeteren. Het moet een Nederlandse kaart worden.

L lastig in gebruik door de layout; kinderen vaker terug laten komen omdat ze de vereiste regel niet haalde. Na gebruik van zelf gemaakte E haak op een stokje wel wat betere resultaten.

MODERATOR We weten dat bij de oude kaarten met lichtbak de resultaten te optimistisch waren. Daarom is de lichtbak afgeschaft.

F De lichtsterkte van de lichtbak is wel gestandaardiseerd, de belichting door TL, ander kunstlicht of daglicht varieert nogal; Ik heb in sommige situaties de lichtbak gebruikt zonder het licht van de bak aan te zetten, dan was e.e.a. vaak iets (1 regel) minder goed dan met het licht aan

MODERATOR Doen anderen dit ook zo?

A Koste wel uitleg idd, 'waar wijst hij heen' werkte goed.

I helemaal mee eens

L LEA kaart niet in bezit gehad, dus geen ervaring

A Lea niet gebruikt/hoeven gebruiken. E-haken ging goed.

I De E-haken kaart is onduidelijker en de E's staan te dicht op elkaar. Het kost op deze manier meer tijd en als de leerlingen er te lang mee bezig zijn, worden ze minder geconcentreerd. Bij de leerlingen van het speciaal onderwijs (waarbij de leeftijden erg verschillen), is de concentratie nog sneller weg en lukt het regelmatig niet. Op deze manier halen ze minder ver en/of moeten ze nog een keer terugkomen.

I Als de verdeling van de E's net zo zou zijn als bij de Landolt-kaart, dan denk ik dat het veel beter zou werken!!

F Persoonlijk zie ik geen meerwaarde bij de E-haken t.o.v. de Landolt-C; verder is de toegezonden versie van de E-hakenkaart zeker niet de meest optimale (de kleine E's staan erg dicht op elkaar, dit geeft problemen bij het aanwijzen, m.n. wanneer de kaart niet opgehangen kan worden; aanvankelijk veel afleiding door de symbolen in de kantlijn); bij de oogarts zag ik een E-hakenkaart op de lichtbak die qua verdeling veel lijkt op de Landolt-C die wij gebruiken. Met de LEA heb ik niet kunnen werken omdat er maar 1 exemplaar was (op het c.b. gebruikt)

MODERATOR Een belangrijke reden om over te stappen naar de E-haken was de aansluiting bij gebruik van die kaart in het ziekenhuis (door oogarts en de orthoptist).

F dat is op zich geen reden om die methode ook te gaan gebruiken, zeker niet wanneer de oude methode (Landolt-C) net zo goed blijkt te werken. Bij gelijke geschiktheid gaat dan het kostenaspect een niet-onbelangrijke rol spelen, en daarbij het feit dat de werkwijze aangepast moet worden!

Alleen wanneer de oogartsen en orthoptisten andere onderzoeksmaterialen hebben omdat de Landolt-C door hen als kwalitatief minder zou worden bestempeld is er een reden voor de JGZ om over te stappen, anders niet!

L Lastig, vooral omdat na 2 maanden bekend werd dat de test op 4m ipv 5m gebruikt moest worden. Daardoor veel extra kinderen terug moeten laten komen. Kinderen raakte snel verveeld bij deze kaart, vooral bij de kleinere E's.

De LEA heb ik weinig gebruikt, maar ook daar was het lastig om in 1x een goed testresultaat te krijgen, vaak moest ik kinderen toch terug laten komen. Het is wel duidelijk, maar de uitvoerbaarheid laat nog te wensen over.

TOPIC 6: VOV nieuw

Wat zijn je ervaringen bij het uitvoeren van de instelbeweging/afdektest?

M nvt

L Al bekend vanuit de oude richtlijn, dus al jaren ervaring. gaat prima

A nvt

I nvt

F Hier heb ik niet mee gewerkt, van mijn collega's heb ik hier (nog) geen opmerkingen over binnengekregen.

L Vergelijkbaar met de huidige richtlijn. Het blijft lastig om uit te voeren, omdat niet ieder kind mee wil doen. Veel kinderen vinden het niet leuk om afgedekt worden.

MODERATOR Heb jullie suggesties om dit te verbeteren?

L Niet direct, maar misschien nog een keer een scholing door een orthoptist bijvoorbeeld.

TOPIC 7: Verwijzing

Ca. 30% van de deelnemers verwacht op basis van de nieuwe richtlijn dat er meer kinderen verwezen gaan worden naar de tweede lijn.

Is het altijd duidelijk wanneer kinderen verwezen moeten worden?

Denk je dat er meer/minder/ evenveel kinderen verwezen worden door gebruik van de nieuwe richtlijn, en waarom?

M Ervaring is meer: vnl door moeite met E-haken kaart. bij 0-3 jr geen duidelijk verschil opgemerkt maar subjectief wel de ervaring meer te verwijzen obv risicofactoren. L Duidelijk; verwachting meer verwijzingen op basis van anamnestiche gegevens.

A Ja, idd, vanuit de anamnese zou je meer gaan verwijzen idd, ook als de visus oke is

A Duidelijk wanneer verwijzen ja/nee. Op CB denk ik dat minder kinderen verwezen worden.

M MODERATOR

Waarom denk jij dat minder kinderen verwezen worden? De anderen denken juist meer...

I nvt

F Met de nieuwe richtlijn zouden in principe meer kinderen verwezen moeten worden doordat er vaak onduidelijkheid is bij het anamnestiche gedeelte (sterke brillen in de familie: hoe sterk / vanaf welke leeftijd; zijn er twijfels over de visus; enz.; dit geldt m.n. voor de kinderen op het speciaal onderwijs); bij een eerste inventarisatie zou ongeveer 30% van de kinderen die ik heb gezien naar een oogarts moeten (en bij 2/3 van deze groep was dat al eerder gebeurd); ik heb uiteindelijk 3 van de 10 nog niet eerder verwezen kinderen een verwijzing naar de oogarts geregeld (2 keer een bril, 1 keer geen bijzonderheden);

F Info van één van mijn collega's: Een voordeel van de nieuwe richtlijn vond ik dat er duidelijk aan werd gegeven wanneer iemand in te sturen (het is niet zo dat ik het daarmee eens ben wanneer er iemand in gestuurd moet worden. Ik denk dat er anders veel meer kinderen ingestuurd zouden moeten worden bij de 3 jarigen).

MODERATOR Dus de collega vindt het wel duidelijk, maar is het er niet mee eens... weet je waarom?

F Ik weet dat deze collega van de oogartsen bericht heeft gekregen n.a.v. enkele van zijn verwijzingen en dat daar uit naar voren is gekomen dat er geen problemen gevonden waren bij het onderzoek in het ziekenhuis; mijn collega vindt de duidelijkheid over wanneer wel en wanneer niet in te sturen wel prettig (maar hij is nog niet zo lang bij ons werkzaam en heeft mogelijk het verwijsschema van de vorige richtlijn onvoldoende bekeken).

L In principe is wel duidelijk wanneer een kind verwezen moet worden.

Ik denk dat er vooral meer kinderen verwezen worden door gebruik van de nieuwe richtlijn. Zeker met gebruik van de E-haken. En ik denk dat je met 3 jaar wat kinderen mist, soms haal je er toch kinderen uit.

Wat betreft uitgaande van de risicofactoren; worden er ook sneller kinderen verwezen.

MODERATOR Kinderen worden sneller verwezen, maar er worden er ook gemist. Dat lijkt tegenstrijdig Kun je dat uitleggen?

L Voor 3 jarige leeftijd geen visustest meer, bij twijfel vanuit anamnese verwijs je door. Wat ik hiermee bedoel, is dat ouders niet altijd opmerken dat een kind minder ziet, maar tijdens de APK bij 3 jaar haalde je deze kinderen er dan wel uit. Bij de E-haken verwijs je eerder door, omdat de verwijscriteria wat duidelijker/strenger zijn geworden.

TOPIC 8: Overleg met collega's en scholing

Heb je overlegd met collega's over de interpretatie van de werkwijze en aanbevelingen in de nieuwe richtlijn?

Is er bij de professionals behoefte aan meer/minder/andere scholing om met de richtlijn te kunnen werken?

M Intro scholing was zeer informatief en werd goed ontvangen, voor landelijke implementatie is aanvullende scholing wel van groot belang (ook zeker de achterliggende redenen om op deze richtlijn over te gaan).

MODERATOR Dus begrijp ik goed dat het voor jullie nu voldoende duidelijk is waarom de nieuwe richtlijn er moest komen?

M Grotendeels wel, alleen het afschaffen van de visustest bij 3 jr en overgaan naar de E haken mogen mijns inziens nog wel extra aandacht krijgen.

A Ik deel graag de mening van F en L.

I Over het algemeen wordt het niet als een betere manier van werken ervaren.

MODERATOR Kun je daar iets meer over zeggen? Dit is wel interessant.

I Er zijn geen voordelen, maar zoals ik al had aangegeven zou het beter zijn dat de E's net zo zouden staan als bij de Landolt-kaart. Hier zit meer ruimte tussen en is dan aanzienlijk duidelijker.

F Ik heb zowel met mijn collega's als met (een vertegenwoordiger van) de oogartsen in mijn regio overlegd; bij de oogartsen leek het dat men de nieuwe richtlijn amper had bekeken, dus bij definitieve invoering van de richtlijn lijkt het mij verstandig dat het informeren van oogartsen, orthoptisten en opticiens prioriteit nummer 1 is en dat dit landelijk (en niet lokaal) gebeurt!

Om met de nieuwe richtlijn te kunnen gaan werken is het volgens mij voor iedereen noodzakelijk om te weten wat de meerwaarde van de veranderingen t.o.v. de huidige richtlijn is (dus waarom E-haken en geen Landolt-C). Dat er behoefte is aan scholing bij de definitieve invoering lijkt mij wel duidelijk (omdat maar een klein deel van de medewerkers in onze regio aan de praktijktest en de bijbehorende scholing heeft deelgenomen).

MODERATOR Goede suggestie van die oogartsen en opticiens! Nog meer tips voor de implementatie?

F Wanneer het werken met de E-hakenkaart landelijk doorgang vindt is het belangrijk eerst te zorgen dat er voldoende materialen beschikbaar zijn (zowel E-haken als LEA) voor de verdere implementatie plaatsvindt.

L Collega's hebben vaak met mij overlegd over de nieuwe richtlijn. Wanneer verwijzen, wanneer welke test etc. In de richtlijn staat alles vrij duidelijk al omschreven, alleen bij de visustesten is meer informatie nodig over op welke afstand testen.

TOPIC 9: Compleetheid

De nieuwe richtlijn beoogt uiteraard volledig te zijn.

a. Zijn er zaken of thema's die je heb gemist in de richtlijn?

b. Wat vind je overbodig in de richtlijn (m.a.w. wat kan weg)?

M Geen aanvullingen

L -

A Lijkt duidelijk

I Nvt

F Ik heb niet direct iets gemist, alleen is uitleg over waarom bepaalde zaken moeten veranderen niet altijd even duidelijk (waarom E-haken i.p.v. Landolt-C)

MODERATOR Je bedoelt hier vooral een uitleg m.b.t. de meerwaarde van de verandering? F ja

L a) uitleg amblyopie bij moeheid en op foto's.

MODERATOR Bedoel je hier scheel kijken? L Ja inderdaad.

TOPIC 10: Basis Data Set

Circa 30% van de deelnemers zegt niet voldoende mogelijkheden te hebben om de bevindingen in het digitaal dossier te kunnen registreren.

Wat vind jij van het BDS protocol?

a. sluit het aan bij de gegevens die moeten worden geregistreerd?

b. is het BDS volledig genoeg?

c. bevat het BDS misschien meer gegevens dan nodig is voor een goede registratie?

M zie reactie L

L zie onder, eens

A KD+ moet er op aangepast worden

I Nvt

F a) voor zover ik kan overzien wel

b) in het systeem dat bij ons gebruikt wordt (KD+ van Topicus) kunnen de bevindingen bij de visustest met E-haken en LEA niet standaard worden ingevuld (alleen bij bijzonderheden visusonderzoek)

c) voor zover ik kan overzien niet, ik ga er van uit dat items die niet zijn beoordeeld ook niet ingevuld hoeven te worden, en het is vervelend wanneer bepaalde bevindingen nergens neergezet kunnen worden (zoals nu de uitslag van de visustest met E-haken).

L Meestal wel. Je hoeft bij fundus en VOV niet alles meer in te vullen.

b) E-haken en LEA moeten toegevoegd worden.

c) zie A

MODERATOR

Wat betreft a) Gaan er dan dingen ontbreken?

L Pupilreflex hoeven we niet meer in te vullen en binoculaire oogbewegingen hoeven niet meer ingevuld te worden.

MODERATOR Dank je wel voor je reactie!

TOPIC 11: Samenvattingskaart

Wat vind je van de "Opsporing Oogafwijkingen Kaart"? Is de informatie die daar is verzameld nuttig en begrijpelijk?

L Zie A

A Zie antwoord L, zeker waardevol en een aanvulling, maar nog net wat puntje sop de i nodig.

MODERATOR Kun je dat nog iets toelichten?

F In tabel 1 met screening per uitvoeringsmoment missen de kruisjes bij 60-66 mnd en >8 jaar, verder komt tabel 6A niet tot zijn recht (kan veel eenvoudiger door geen onderverdeling meer te maken bij visus

MODERATOR Dit geven we door aan de ontwikkelaars

F Vervolg: bij visus van 0,5 en minder

MODERATOR Bestaat er dan een kans dat we gegevens gaan missen? (als je die onderverdeling onder visus 0,5 en minder verwijdt)?

F Nee, want in alle gevallen moet er worden doorverwezen bij een visus van 0,5 of minder

MODERATOR Helder!

L Interpretatie van visus uitslagen bijstellen. Een tabel voor op 4m en 5m bij de E-haken.

Zijn er nog andere opmerkingen?

.. die wellicht nog niet aan de orde zijn geweest?

En hoe vonden jullie deze online opzet van een focusgroep?

Voor ons was dit de eerste keer om het zo te doen. Is dit voor herhaling vatbaar?

L Ik sluit me hierbij aan.

F Nee, geen opmerkingen over de richtlijn, wel over de chat: het lijkt mij handiger dat er een open tekstvak blijft (zoals voor ik dit invul bij deze vraag) i.p.v. elke keer een comment op iemand anders. Verder kwam niet elke keer de juiste tekst in het overzicht te staan (soms zomaar afgebroken), veranderen van de eigen ingevulde tekst was dan niet mogelijk, alleen aanvullen door een comment op je eigen bericht te plaatsen.

MODERATOR Mee eens, dit gratis chat programma heeft z'n beperkingen. Als we dergelijke opties willen (zoals hierboven beschreven) moet er gewoon betaald worden.

L Vond het een goede manier van communiceren, zeker gezien de drukke agenda's. Mogelijk in de toekomst van te voren aangeven hoe het werkt. Mogelijk hadden collega's een andere voorstelling van een online chat

MODERATOR Dank je wel! Voor ons was het ook een beetje afwachten hoe het werkte... vandaar.

Het programma had wel wat beperkingen inderdaad :-)

F Met de in de vorige vraag vermelde aanpassingen is dit een prima manier, we hoeven elkaar niet persé fysiek te ontmoeten of online te zien, dus dan is dit de eenvoudigste oplossing!

MODERATOR Bedankt! Ook voor de vele constructieve reacties!