

Resultaten praktijktest richtlijn gehoor

Datum	December 2015
Auteurs	Karin Wiefferink Noelle Uilenburg Caren Lanting Jacqueline Deurloo
Opdrachtgever	ZonMw

Inhoudsopgave

1	Inleiding	3
2	Methode	4
3	Resultaten	5
3.1	Determinanten van gebruik	5
3.2	Uitvoerbaarheid	5
3.2.1	Drempelaudiometrie bij 4-6 jarigen	5
3.2.2	Inventarisatie risicofactoren	7
3.2.3	Registratie digitaal dossier	8
3.2.4	Preventie van lawaaischade en overdracht NICU-JGZ	8
3.3	Instructie	8
3.4	Randvoorwaarden	9
3.5	Digitale vorm van richtlijn	9
4	Aanbevelingen	10
	Bijlage 1. Verslag focusgroepinterview	12

1 Inleiding

In opdracht van ZonMw is de JGZ-richtlijn Vroegtijdige opsporing van gehoorverlies bij kinderen en jongeren (0-18 jaar) ontwikkeld. Gehoorverlies kan grote gevolgen hebben voor de ontwikkeling van kinderen. Het is daarom van belang om al dan niet (progressieve) permanente gehoorverliezen zo vroeg mogelijk op te sporen. Zodra het gehoorverlies bekend is, kan de noodzakelijke hulp en begeleiding worden gestart.

Deze richtlijn is bedoeld voor JGZ-professionals (jeugdartsen, verpleegkundig specialisten, jeugdverpleegkundigen, doktersassistenten) en beoogt een richtlijn te zijn voor het handelen in contacten met individuele kinderen, jongeren en hun ouders/verzorgers.

De JGZ-richtlijn 'Gehoor' is gebaseerd op de knelpuntenanalyse uitgevoerd door het CBO (CBO, 2013). De deelnemers aan deze knelpuntenanalyse hebben de uitgangsvragen opgesteld die in de richtlijn zijn beantwoord. De richtlijn is ontwikkeld door TNO en Nederlandse Stichting voor het Dove en Slechthorende Kind (NSDSK) in samenwerking met belanghebbende beroepsgroepen.

Om de kans op succesvolle invoering van een richtlijn te maximaliseren dient de invoerstrategie (zowel landelijk als in de organisaties zelf) aan te sluiten op de belangrijkste belemmerende en bevorderende factoren die een rol spelen bij het invoeringsproces. Daarom is een praktijktest uitgevoerd door JGZ medewerkers. De informatie uit deze praktijktest wordt gebruikt om de richtlijn aan te passen en om invoerstrategieën te ontwikkelen voor landelijke implementatie.

Doelstellingen

Het doel van de praktijktest is nagaan welke factoren een rol spelen bij het gebruik van de JGZ-richtlijn Gehoor in de dagelijkse praktijk, om op basis daarvan aanbevelingen te doen voor de landelijke invoering van deze richtlijn.

De vraagstellingen van het project zijn:

1. Wat is de uitvoerbaarheid van de kernelementen in de richtlijn Gehoor?
2. Welke determinanten spelen een rol bij het gebruik van de JGZ-richtlijn Gehoor en de website van het NCJ door jeugdartsen, 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 in digitale vorm?
5. Is de beschikbaarheid van de webbased gepubliceerde richtlijn op de JGZ-richtlijnenwebsite van het NCJ prettig bij het raadplegen van de richtlijn?

2 Methode

Tijdens de praktijktest vonden de volgende activiteiten plaats:

1. *Werving van JGZ medewerkers.* In februari werd een oproep voor deelname aan de praktijktest geplaatst op de website van het Nederlands Centrum Jeugdgezondheid en in de nieuwsbrief van het NCJ. Tevens werd een oproep voor deelname aan de praktijktest geplaatst op de website van ActiZ en Captise. Hierop kwamen reacties van 38 JGZ medewerkers, waarvan er 35 hebben meegedaan.
 - a. Een team van GGD Twente: drie jeugdartsen, drie doktersassistenten en twee verpleegkundigen
 - b. Een team van GGD Hollands Midden: drie jeugdartsen, twee verpleegkundigen en twee doktersassistenten
 - c. Een team van GGD Westbrabant: een jeugdarts, een verpleegkundige en een doktersassistent
 - d. Een team van GGD Zuid-Holland West: een jeugdarts en drie doktersassistenten
 - e. Een team van GGD Kennemerland: een jeugdarts, een verpleegkundige en twee doktersassistenten

Naast deze teams hebben nog 9 JGZ medewerkers meegedaan (7 jeugdartsen en 2 verpleegkundigen). Twaalf JGZ medewerkers zien zowel 0-4 jarigen als 5-12 jarigen, 20 alleen 5-12 jarigen en drie alleen 0-4 jarigen.

2. *Instructiebijeenkomsten.* Voor JGZ medewerkers zijn instructiebijeenkomsten over de inhoud en de praktische uitvoering van de richtlijn gehouden. Er zijn in totaal vijf bijeenkomsten geweest van twee uur: in Gouda, Breda, Utrecht, Enschede en Rijswijk. Tijdens deze bijeenkomsten kregen de deelnemers instructie over de inhoud van de richtlijn en over uitvoering van inventarisatie van risicofactoren en uitvoering van drempelaudiometrie. De deelnemers hadden van te voren de richtlijn gelezen (beschikbaar via de website van het NCJ).
3. *JGZ medewerkers werken zelfstandig met de richtlijn.* JGZ medewerkers hebben voor een periode van vier à vijf maanden (mei-september 2015) met de richtlijn gewerkt.
4. *Evaluatie onder JGZ medewerkers en managers.* De evaluatie vond plaats aan de hand van:
 - a. Registratieformulieren: alle deelnemende JGZ medewerkers registreerden voor tien kinderen de uitvoering van (een onderdeel van) de richtlijn op een registratieformulier
 - b. Een vragenlijst na afloop van het werken met de richtlijn: alle deelnemende JGZ medewerkers. Van de 35 deelnemers hebben er 28 de vragenlijst ingevuld: 15 jeugdartsen, 5 jeugdverpleegkundigen en 7 doktersassistenten (1 professional had deze vraag niet beantwoord)..
 - c. Groepsinterviews: Tijdens de bijeenkomst zijn knelpunten besproken die de artsen en doktersassistenten hebben ervaren tijdens de praktijktest. Vier jeugdartsen en één doktersassistente namen deel aan dit groepsinterview. De aanwezigen spreken ook namens collega's in hun eigen organisatie die ook meededen aan de praktijktest.

3 Resultaten

De resultaten die in dit hoofdstuk beschreven worden, zijn een synthese van de vragenlijsten, de registratieformulieren en het groepsinterview. Een verslag van het groepsinterview is te vinden in bijlage 1.

Twintig professionals (71%) hadden de samenvatting van de richtlijn volledig en grondig gelezen, de overige acht hadden de samenvatting oppervlakkig doorgelezen. De wetenschappelijke onderbouwing werd minder gelezen: vijf jeugdartsen en één doktersassistente hadden deze volledig en grondig gelezen, vier professionals hadden hem nog niet gelezen en de overige 22 hadden hem oppervlakkig gelezen. Gemiddeld hadden professionals hier 49 minuten aan besteed.

De meeste professionals, op vier na, vonden dat ze ruim voldoende gelegenheid hadden om uit te proberen hoe het werken met de richtlijn hen bevalt. Een enkeling vond de richtlijn te ingewikkeld om er prettig mee te kunnen werken, maar ruim 90% vond dat niet.

3.1 *Determinanten van gebruik*

Op één na zijn alle professionals van mening dat de richtlijn bijdraagt aan hun deskundigheid en dat het werken met de richtlijn hen veel voldoening geeft. Ook denkt hetzelfde aantal dat de richtlijn een meerwaarde heeft voor het kind. De meningen zijn verdeeld over de stelling of er met de nieuwe richtlijn meer kinderen met gehoorverlies opgespoord zullen worden. Een derde denkt dat dit niet zo is, tweederde denkt dat dit wel zo is.

Over het algemeen zijn professionals van mening dat het inventariseren van risicofactoren en het uitvoeren van drempelaudiometrie tot hun taak behoort. Dat geldt ook voor het geven van adviezen aan jongeren over preventie van gehoorschade. De jeugdartsen zijn verdeeld over de stelling dat de overdracht van gegevens van NICU naar JGZ tot hun taak behoort: de helft van de jeugdartsen is het hier mee eens, de andere helft niet. Verpleegkundigen en doktersassistenten hebben deze vraag niet ingevuld. Registratie van bevindingen in het digitaal dossier vindt ook bijna iedereen tot zijn taak behoren. Actief nagaan wat er met een verwijzing gebeurt, vindt ongeveer de helft tot zijn taak behoren.

3.2 *Uitvoerbaarheid*

3.2.1 Drempelaudiometrie bij 4-6 jarigen

Uit het vragenlijstonderzoek na afloop van de praktijktest bleek dat de deelnemers van mening waren dat in de richtlijn duidelijk is beschreven hoe de drempelaudiometrie uitgevoerd moet worden en dat het stroomschema duidelijk is en houvast biedt. Ook vond bijna iedereen dat de beschrijving van de uitvoering van de drempelaudiometrie volledig was en dat de adviezen omtrent herhaling van drempelaudiometrie bij een twijfelachtig resultaat juist zijn. Vier professionals waren van mening dat de adviezen m.b.t. de verwijscriteria bij onvoldoende drempelaudiometrie niet volledig zijn, de overige professionals vonden ze wel volledig. Men was minder unaniem als het ging om of de werkwijze aansloot bij de werkwijze die men gewend was: een kwart van de professionals was het hier niet mee eens.

In totaal zijn er in het kader van de praktijktest 129 drempelaudiometrieën geregistreerd, de meeste (74 %) zijn door doktersassistenten gedaan tijdens reguliere contactmomenten (84 %). In de meeste gevallen lukte het om de drempelaudiometrie in een rustige ruimte (omgevingslawaai < 30 dB) uit te

voeren (88 %). De deelnemers deden gemiddeld ruim vijf minuten over de drempelaudiometrie. Daarnaast zijn er 73 follow-up drempelaudiometrieën geregistreerd, de meeste (62 %) zijn door jeugdartsen gedaan op indicatie (93 %). In de meeste gevallen lukte het om de drempelaudiometrie in een rustige ruimte (omgevingslawaai < 30 dB) uit te voeren (82 %). De deelnemers deden gemiddeld ruim zeven minuten over de drempelaudiometrie, drie minuten over de anamnese, twee minuten over de otoscopie en zes minuten over de verwijzing.

De uitvoering van de (follow-up) drempelaudiometrie was in het algemeen goed uitvoerbaar. Maar er waren wel enkele knelpunten:

- Het ijken van de audiometer aan het begin van de dag lukte niet altijd. Hiervoor werden verschillende redenen genoemd, zoals te weinig tijd, ik was het vergeten, dat doe ik nooit, ik wist niet hoe het moest en de audiometer is net geijkt door het bedrijf.
- Bij een kwart van de kinderen was niet gecontroleerd of het kind de instructie begrepen had.
- Hoewel het geen probleem was om de standaardvolgorde van de frequenties aan te houden, hadden enkele deelnemers toch nog 3000 en 6000 Hz gedaan, hoewel dat niet hoeft volgens de nieuwe richtlijn. De meesten gaven aan dat ze dat doen omdat ze het zo gewend zijn of omdat ze dit blijven doen zolang de nieuwe richtlijn nog niet officieel is.
- Bij ongeveer 10% van de kinderen is niet gestart bij 40 dB. De enige reden die de deelnemers gaven was dat het anders te lang duurt voordat je bij 20 dB bent.
- Bij een derde van de kinderen is bij volgende frequenties is niet gestart op een niveau 10 dB hoger dan de drempelwaarde bij 1000 Hz. De deelnemers gaven aan dat als het gehoor goed was bij 1000 Hz, ze op hetzelfde niveau starten als de drempelwaarde bij 1000 Hz. Ook hier was de belangrijkste reden dat het anders te lang duurt of dat het kind zich niet zo lang kon concentreren.
- Veel deelnemers vinden stappen van 5 dB te klein en zijn op dit punt vaak van de richtlijn afgeweken. Ook hier was de belangrijkste reden dat de test dan te lang duurt.
- Bovendien gaven veel deelnemers aan niet verder te gaan dan 20 dB omdat een lagere drempelwaarde toch geen gevolgen heeft voor wel of niet verwijzen of controle audiometrie.
- De eerste drempelaudiometrie was bij 71% van de kinderen voldoende. Bij een deel van deze kinderen is een controle audiometrie gepland, maar een enkeling werd meteen verwezen of was al bekend bij b.v. Kentalis. Bij 57% van de kinderen was de uitslag van de follow-up drempelaudiometrie voldoende. Bij de meeste kinderen waarbij de uitslag niet voldoende was, is otoscopie en anamnese verricht. Als kinderen verwezen werden, was dat meestal naar de huisarts of de KNO-arts, slechts 1 kind werd verwezen naar het AC. Bij de meeste kinderen was dan ook sprake van middenoorproblematiek of aanhoudende verkoudheid.

Samenvattend bleek uit de praktijktest (zowel uit de registratieformulieren als uit de vragenlijst) dat de JGZ-medewerkers bij bijna de helft van de kinderen uitvoeringsproblemen tegenkwamen. De belangrijkste problemen liggen bij het feit dat starten met 40 dB en/of iedere keer 10 dB hoger starten en/of verder doorgaan dan 20 dB en/of stappen van 5 dB teveel tijd kost. De concentratie van veel kinderen neemt dan af, de kinderen zijn hier nog te jong voor. Ook kwam het soms voor dat er teveel omgevingslawaai was. Enkele JGZ-medewerkers gaven aan dat er geen mogelijkheid was om omgevingsgeluid te testen.

Aanvullende opmerkingen die hierboven nog niet aan de orde zijn geweest:

- De zin 3 frequenties aan een of beide oren toelichten met een paar voorbeelden voor de juiste interpretatie van deze zin., bijv. li 1000 re 1000 en re 2000 onvold. en li 500, re 1000 en 2000 onvold.
- Werkwijze drempelaudiometrie wordt pas genoemd in de bijlage. Zou wat mij betreft ook plaats mogen hebben op een losse samenvattingskaart (kun je nl. makkelijk terugvinden en deze pak je er snel even bij).

- Ik werk veel met kinderen met een verstandelijke beperking, daar duurt de beschreven werkwijze om een audiogram te maken vaak te lang. Er is in de richtlijn geen rekening gehouden met kinderen die moeite hebben met drempelaudiometrie, bv ivm concentratieproblemen, ADHD, ASS of ontwikkelingsachterstand. Er zijn zeker alternatieven, anders dan herhalen cq doorverwijzen. Fluisterkaart kan een rol hebben bij ontwikkelingsachterstand, maar ook bv om en om aanwijzen wanneer de concentratie beperkt is.
- In onze organisatie is het eerste onderzoek meteen met de jeugdarts, die dan ook in de oren kan kijken. Anders dan in de richtlijn, en meteen een voordeel. Dit heeft invloed op de vervolgacties. Wanneer het onderzoek door assistente en jeugdarts wordt uitgevoerd, klopt het stroomdiagram niet altijd meer. Otoscopie bepaalt mede het beleid.
- Bij afwijkend audiogram en geen ontwikkeling- of spraak/taalprobleem verwijs ik niet naar audiologisch centrum maar naar KNO; dat staat niet in de richtlijn, dat vind ik onduidelijk.
- Waarom is er gekozen om het kind van 4-6 jaar met gezicht naar screener te plaatsen? Tijdens het afnemen van het drempelaudiogram gaat mijn voorkeur ernaar uit om het kind een kwartslag te draaien, zodat de medewerker zicht heeft op het gezicht van het kind, maar het kind niet kan zien wat de medewerker doet.

3.2.2 Inventarisatie risicofactoren

Uit het vragenlijstonderzoek na afloop van de praktijktest bleek dat alle professionals van mening waren dat in de richtlijn duidelijk is beschreven hoe de risicofactoren geïnterviewd moeten worden en dat het stroomschema duidelijk is en houvast biedt. Ook vond bijna iedereen dat de beschrijving van de uitvoering van de inventarisatie van risicofactoren volledig was evenals de adviezen over wanneer extra aandacht voor gehoorverlies nodig is in vervolggconsulten. Bijna alle professionals, op twee na, waren van mening dat het goed aansloot bij de bestaande werkwijze.

In totaal zijn er in het kader van de praktijktest 62 inventarisaties van risicofactoren geregistreerd, de meeste (60 %) zijn door jeugdartsen gedaan tijdens het 1^e contactmoment met de jeugdarts (54 %). Bij de overige kinderen is de inventarisatie tijdens het 1^e huisbezoek gedaan door de jeugdverpleegkundige. Bij 30% van de kinderen waren risicofactoren aanwezig. Daarnaast zijn er 16 follow-up bij aanwezigheid van risicofactoren geregistreerd, de meeste door jeugdartsen (79 %). Bij een enkel kind is de follow-up gedaan door de jeugdverpleegkundige. Gemiddeld is de JGZ-medewerker er ruim 5 minuten mee bezig om risicofactoren te inventariseren. De tijd die nodig was voor follow-up bij aanwezigheid van risicofactoren is gemiddeld 10 minuten, en voor verwijzing bijna 7 minuten.

De uitvoering van de inventarisatie van risicofactoren was in het algemeen goed uitvoerbaar. Maar er waren wel enkele knelpunten:

- Bij ruim een derde van de kinderen lukte het niet alle risicofactoren na te gaan. Bij de kinderen waarbij het niet lukte om alle factoren na te gaan werden bij meer dan driekwart van de kinderen wel de volgende geïnterviewd: bezorgdheid ouders, familieanamnese voor gehoorverlies, opname NICU, congenitale infecties, craniofaciale dysmorphieën, diabetes bij moeder, ernstige asfyxie en overmatig alcohol/drugsgebruik tijdens zwangerschap. Redenen om de overige factoren niet bij alle kinderen na te gaan waren: niet gewend om het actief na te vragen, de lijst is te gedetailleerd om helemaal uit te vragen in een consult, vergeten of te weinig tijd.
- Voor jeugdverpleegkundigen zijn een aantal factoren te medisch om na te vragen.
- Bij de follow-up bij aanwezigheid van risicofactoren is nauwelijks sprake van problemen. Er wordt slecht bij één kind een uitvoeringsprobleem genoemd. Het betreft een buitenlands/migranten kind waarbij het volgens de JGZ-medewerker beter is om te wachten

tot ze beter aangepast, cq Nederlands kunnen alvorens actie te ondernemen. Is soms beter en goedkoper dan actie ondernemen.

Sommige JGZ-medewerkers merkten op dat het navragen steeds soepeler gaat naarmate je er meer mee werkt.

Samenvattend bleek uit de praktijktest (zowel uit de registratieformulieren als uit de vragenlijst) dat het een derde van de professionals niet lukt het om bij het eerste huisbezoek te vragen naar de aanwezigheid van alle risicofactoren. Bovendien bleek uit de vragenlijst dat het de helft van de JGZ-medewerkers niet lukt om bij het eerste huisbezoek te verwijzen naar KNO of AC bij een afwijkende bevinding en als aan de verwijscriteria wordt voldaan. Dit kwam niet uit de registratieformulieren naar voren. Bijna alle professionals lukt het wel om extra aandacht te besteden aan gehoor en communicatieve ontwikkeling bij de aanwezigheid van risicofactoren en dan bij afwijkende bevindingen te verwijzen.

3.2.3 Registratie digitaal dossier

De meeste professionals (70%) konden alle bevindingen van de praktijktest registreren in het digitaal dossier. Degenen die dat niet konden, gaven de volgende redenen:

- Voor de informatie is niet altijd een eigen vakje maar je kan de informatie altijd wel ergens kwijt
- De inventarisatie van alle risicofactoren staan er niet volledig in
- Hier is geen speciale ruimte voor in ons digitale dossier. Ik maak nu bij afw een signaal aan op het voorblad
- Het digitaal dossier is daar nog niet op ingericht, je moet meer frequenties noteren
- Metingen onder de 20 dB kunnen niet genoteerd worden, zijn m.i. ook niet relevant
- Sommige risicofactoren moet ik los benoemen
- Wel lastig om op latere leeftijd nog aan de risicofactoren te denken, deze komen niet automatisch weer in beeld, tenzij je ernaar gaat zoeken

3.2.4 Preventie van lawaaischade en overdracht NICU-JGZ

Deze onderdelen van de richtlijn zijn in de praktijktest niet getest omdat collectieve preventie en overdracht van informatie van de NICU naar de JGZ niet tijdens individuele consulten gebeurt.

3.3 Instructie

De meeste professionals (90%) waren tevreden over de instructie (veel kennis opgedaan om richtlijn te kunnen uitvoeren; alle info om met richtlijn te kunnen werken kwam aan bod; weet nu wat van mij verwacht wordt bij werken volgens richtlijn) , maar een kwart van de vragenlijstrespondenten vond deze instructie niet geschikt voor de landelijke invoering van de richtlijn. Tijdens de focusgroep is hier expliciet naar gevraagd: alle deelnemers waren echter van mening dat de instructie voldoende was om met de richtlijn te kunnen werken. Geen enkele professional gaf een onvoldoende voor de instructie, het gemiddelde rapportcijfer was 7,5.

3.4 Randvoorwaarden

Ondersteuning van collega's en leidinggevenden, medewerking van het kind en de ouders en beschikbare consulttijd, kennis en vaardigheden wordt door bijna iedereen een voorwaarde gevonden. Overige voorwaarden die genoemd zijn: goede beschikbaarheid audioapparatuur; individueel of in groepsverband richtlijn zo nu en dan herhalen zodat kennis voldoende aanwezig blijft; huis- en KNO-artsen regionaal op de hoogte brengen van de nieuwe richtlijn; goede, stille ruimte om audiogram af te nemen.

3.5 Digitale vorm van richtlijn

Het merendeel van de professionals (80%) had de tekst van de richtlijn geprint. Het vaakst waren de stroomdiagrammen geprint en acht professionals hadden de hele richtlijntekst geprint. Belangrijkste redenen om de tekst te printen waren dat het van papier makkelijker leest; dat het handig is als naslagwerk; dat de informatie beter blijft hangen als je van papier leest; dat je er opmerkingen bij kunt maken; dat je het thuis nog eens rustig na kunt lezen.

Bijna iedereen (90%) kon de onderdelen makkelijk vinden op de website en gaf aan dat de website goed bereikbaar was. De enkeling die aangaf dat de website niet goed bereikbaar was, gaf als reden dat de website van het NCJ eruit lag of dat de ICT in de eigen organisatie het probleem was. Eén deelnemer gaf aan dat er voor de veiligheid van de website gewaarschuwd was.

De voorkeur voor een papieren of digitale versie van de richtlijn is redelijk gelijk verdeeld: 13 papier, 11 digitaal.

Gevraagd naar de voordelen van de digitale vorm werden de volgende aspecten genoemd:

- Makkelijker dat te lezen wat je wilt weten
- Beter voor het milieu, papierbesparend
- Altijd beschikbaar indien internet, altijd bij de hand
- Altijd de meest recente versie
- Snel opzoeken

Maar er werden ook nadelen van de digitale vorm genoemd:

- Niet altijd beschikbaar, omdat er nog wel eens verbindingproblemen zijn op scholen
- Leest lastiger
- Veel gehop tussen sites, ik vind het handig om de kaarten op mijn bureau te hebben liggen
- Je moet wel eerst je laptop aanzetten, kost tijd en stappen om erbij te komen
- Op papier makkelijker om belangrijke pagina's aan te geven
- Bladert niet makkelijk

De deelnemers van de focusgroep kunnen goed uit de voeten met de digitale vorm van de richtlijn. Wel hebben ze grote behoefte aan een beknopte samenvatting van wat ze precies moeten doen. Als dat niet gebeurt, kost het hen teveel tijd om iedere keer weer op te zoeken wat ze precies moeten doen. Zij willen graag het stroomdiagram, de beschrijving drempelaudiometrie en risicofactoren op A5-formaat en geplastificeerd ontvangen.

4 Aanbevelingen

De richtlijn is voor JGZ professionals goed uitvoerbaar, vooral het inventariseren van risicofactoren en het uitvoeren van drempelaudiometrie. Belangrijkste knelpunt was dat de drempelaudiometrie teveel tijd kost en dat veel kleuters zich niet zo lang kunnen concentreren. Dit zal dan ook aangepast moeten worden.

Een belangrijke randvoorwaarde is dat de audiometrie in een stille ruimte afgenomen kan worden. Daarnaast moet er voldoende tijd zijn om zich te verdiepen in de richtlijn, inclusief lezen en instructiebijeenkomst. Daarnaast geven professionals aan dat het goed zou zijn om de richtlijn zo nu en dan te bespreken met collega's.

De digitale vorm van de richtlijn werkt goed. Wel hebben JGZ professionals behoefte aan een beknopte samenvatting van wat ze precies moeten doen. Zij willen graag het stroomdiagram, de beschrijving drempelaudiometrie en risicofactoren op A5-formaat en geplastificeerd ontvangen.

Drempelaudiometrie

- De drempelaudiometrie zoals uitgevoerd in de praktijktest kost teveel tijd en veel kinderen kunnen zich niet zolang concentreren. Een kortere procedure verdient de voorkeur. Het voorstel dat er nu ligt (starten bij 30 dB, met 10 dB versterken en 5 dB verzwakken, doorgaan tot 20 dB) kan op instemming van de deelnemers van de focusgroep rekenen.
- Er bestaat behoefte aan een beschrijving wat je moet doen als het niet lukt om een audiogram te maken, b.v. vanwege een beperking van het kind (laag niveau, psychische problematiek, gedragsproblemen). Sommige deelnemers willen graag dat voor deze kinderen de Fluisterkaart als alternatief in de richtlijn wordt opgenomen, anderen zijn van mening dat de Fluisterkaart niets toevoegt, dat deze methode nog moeilijker is dan audiometrie. Zij willen graag dat toegevoegd wordt dat deze kinderen verwezen worden als de audiometrie niet lukt. Er moet in ieder geval iets toegevoegd worden over wat te doen als een audiometrie, om wat voor reden dan ook, niet lukt.
- De term "ijken" is onduidelijk. De audiometer wordt jaarlijks geijkt. Wat JGZ professionals dagelijks doen, is controleren of de audiometer het doet, bij zichzelf of bij een collega. Dat doen ze zowel links als rechts bij 1000 Hz. Bij moderne apparatuur is dit overigens niet nodig. Het voorstel is dan ook om de term "ijken" niet te gebruiken en te omschrijven hoe je controleert of de audiometer het doet.
- In de richtlijn staat nu dat het kind met het gezicht naar de JGZ medewerker toe zit. Dat is niet altijd haalbaar, want dan kan het kind zien wat de JGZ medewerker doet. Het doel is dat de JGZ medewerker het kind kan observeren, maar dat het kind niet mag zien wanneer de JGZ medewerker een toon laat horen. Dit kan op verschillende manieren. Het zou dan ook beter zijn om in de tekst aan te geven dat de JGZ medewerker het kind kan observeren en dat het kind niet kan zien wanneer een toon wordt aangeboden. Dit kan op verschillende manieren: 1) kind zit met gezicht naar JGZ medewerker en de audiometer wordt afgeschermd, 2) kind een kwartslag draaien, etc.
- In richtlijntekst opnemen waarom de frequenties 3000 en 6000 Hz verdwenen zijn.
- Het is niet altijd duidelijk wanneer je naar AC of KNO verwijst. Het is duidelijk dat je bij een perceptief probleem naar AC verwijst en bij een conductief probleem naar KNO. Maar er is een groot, grijs gebied en de behoefte bestaat om in de richtlijntekst duidelijker te motiveren en beschrijven wanneer naar AC en wanneer naar KNO verwezen moet worden.

Inventarisatie risicofactoren

- Bij de follow-up van risicofactoren staat dat er extra aandacht voor spraaktaalontwikkeling moet zijn, met b.v. Van Wiechenschema. Dit is echter geen extra aandacht, maar gebeurt

toch al. Wat er eigenlijk moet staan is dat de combinatie van achterblijvende spraaktaal en aanwezigheid van risicofactor reden is om te verwijzen.

Implementatie

- Het uitvragen van risicofactoren is soms lastig. Het zou helpen als tijdens de instructie concrete voorbeelden gegeven worden van hoe je risicofactoren kunt uitvragen.
- Om het gebruik van de richtlijn te bevorderen kan aan JGZ-organisaties het advies gegeven worden om het stroomschema, de tabel met verwijscriteria en de werkwijze van de drempelaudiometrie te printen en te plastificeren en dit beschikbaar te stellen aan de JGZ-medewerkers.

Naar aanleiding van bovenstaande aanbeveling is de richtlijn aangepast. De belangrijkste wijzigingen zijn aanpassing van werkwijze drempelaudiometrie, aanpassing van de verwijscriteria (inclusief toevoeging van verwijsschema) en een beschrijving van de Fluisterkaart.

Bijlage 1 Verslag focusgroepinterview

Drempelaudiometrie

Alle aanwezigen zijn van mening dat de drempelaudiometrie zoals uitgevoerd in de praktijktest te veel tijd kost en dat veel kinderen zich niet zolang kunnen concentreren. Ze zouden het toejuichen als de procedure verkort wordt. Er ontstond enige discussie over of de ascending methode even betrouwbaar is als de descending, maar de meeste deelnemers gaven aan de descending methode betrouwbaarder te vinden. Het voorstel dat er nu ligt (starten bij 30 dB, met 10 dB versterken en 5 dB verzwakken, doorgaan tot 20 dB) kan op instemming van de deelnemers rekenen.

Uit de praktijktest bleek dat het niet iedereen lukt om de audiometer elke dag te ijken. De deelnemers van de focusgroep waren het erover eens dat de term "ijken" onduidelijk is. De audiometer wordt jaarlijks geijkt. Wat ze dagelijks doen, is controleren of de audiometer het doet, bij jezelf of bij een collega. Dat doe je zowel links als rechts bij 1000 Hz. Bij moderne apparatuur is dit overigens niet nodig.

Voorstel: de term "ijken" niet gebruiken en omschrijven hoe je controleert of de audiometer het doet.

In de richtlijn staat nu dat het kind met het gezicht naar de JGZ medewerker toe zit. Dat is niet altijd haalbaar, want dan kan het kind zien wat de JGZ medewerker doet. Het doel is dat de JGZ medewerker het kind kan observeren, maar dat het kind niet mag zien wanneer de JGZ medewerker een toon laat horen. Dit kan op verschillende manieren.

Voorstel: in de tekst aangeven dat de JGZ medewerker het kind kan observeren en dat het kind niet kan zien wanneer een toon wordt aangeboden. Dit kan op verschillende manieren: 1) kind zit met gezicht naar JGZ medewerker en de audiometer wordt afgeschermd, 2) kind een kwartslag draaien, etc.

Voor de deelnemers is niet duidelijk waarom 3000 en 6000 Hz verdwenen zijn. Dat willen ze wel graag weten.

Voorstel: in richtlijntekst opnemen waarom deze frequenties verdwenen zijn.

Bij de deelnemers bestaat behoefte aan een beschrijving wat je moet doen als het niet lukt om een audiogram te maken, b.v. vanwege een beperking van het kind (laag niveau, psychische problematiek, gedragsproblemen). De deelnemers zijn van mening dat de Fluisterkaart niets toevoegt, dat deze methode nog moeilijker is dan audiometreeren en dat het beter is om te verwijzen als de audiometrie niet lukt.

Voorstel: duidelijke beschrijving wat te doen als de audiometrie, om wat voor reden dan ook, niet lukt.

Hierop aansluitend gaven de deelnemers aan dat ze behoefte hebben aan informatie met betrekking tot de frequentie van het testen van risicokinderen, zoals licht verstandelijk beperkten en kinderen met Downsyndroom. Moeten deze kinderen vaker gescreend worden? Zo ja, op welke leeftijd zou dat moeten gebeuren?

Voorstel: in de richtlijntekst informatie opnemen over risicokinderen.

Een jeugdarts merkt op dat er in de richtlijn niets over nieuwkomers staat. Bij deze kinderen is vaak nog nooit naar het gehoor gekeken.

Voorstel: bij nieuwkomers 1 keer drempelaudiometrie doen.

Signaleren risicofactoren

Niet alle risicofactoren hoeven bij het eerste huisbezoek uitgevraagd te worden, zoals bezorgdheid van ouders over spraaktaalontwikkeling. De behoefte bestaat om duidelijk aan te geven welke

risicofactoren tijdens het eerste huisbezoek uitgevraagd moeten worden en welke op een later moment.

Voorstel: in richtlijntekst per risicofactor aangeven wanneer deze uitgevraagd moet worden.

Het uitvragen van risicofactoren is soms lastig. Het zou helpen als in de richtlijntekst beschreven wordt hoe je dat kunt doen. Als voorbeeld wordt genoemd dat de verpleegkundige tijdens het eerste huisbezoek vraagt of er handicaps voorkomen in de familie. Als dat zo is, vraagt de jeugdarts in het volgende consult door.

Voorstel: voorbeelden geven van hoe je risicofactoren kunt uitvragen.

Bij de follow-up van risicofactoren staat dat er extra aandacht voor spraaktaalontwikkeling moet zijn, met b.v. Van Wiechenschema. Eén van de jeugdartsen merkt op dat dit geen extra aandacht is, dat gebeurt toch al. Wat er eigenlijk moet staan is dat de combinatie van achterblijvende spraaktaal en aanwezigheid van risicofactor reden is om te verwijzen.

Voorstel: duidelijker beschrijven dat het niet zozeer om extra aandacht gaat, maar dat bij aanwezigheid van risicofactor eerder verwezen moet worden.

Verwijzen

Voor de deelnemers is niet duidelijk waarom je naar AC of KNO verwijst. Wat is de meerwaarde van het AC t.o.v. KNO? De deelnemers verwijzen over het algemeen naar KNO, tenzij er sprake is van een spraaktaalprobleem, ook als er geen bijzonderheden zijn in het oor. Volgens hen is duidelijk dat je bij een perceptief probleem naar AC verwijst en bij een conductief probleem naar KNO. Maar er is een groot, grijs gebied en daar willen ze graag meer duidelijkheid over.

Voorstel: duidelijker motiveren en beschrijven wanneer naar AC verwezen moet worden.

In de richtlijn staat dat de audiometrie bij een verlies van drie x 25 dB herhaald moet worden. Dat gebeurt in de praktijk vaak niet, omdat je toch niets doet bij een gehoorverlies van 25 dB.

Voorstel: om drempelaudiometrie bij drie x 25 dB 1 keer te herhalen door de jeugdarts en dan een gesprek te hebben met de ouders dat gehoor een aandachtspunt is.

Registratie in kinddossier

Levert geen problemen op. Wel moeten de vakjes 3000 en 6000 Hz weg.

Digitale vorm van richtlijn

De deelnemers kunnen goed uit de voeten met de digitale vorm van de richtlijn. Wel hebben ze grote behoefte aan een beknopte samenvatting van wat ze precies moeten doen. Als dat niet gebeurt, kost het hen teveel tijd om iedere keer weer op te zoeken wat ze precies moeten doen.

Voorstel: stroomdiagram, beschrijving drempelaudiometrie en risicofactoren beschikbaar maken: A5-formaat en geplastificeerd.