

Dysplastische heupontwikkeling: ervaringen van ouders met de screening door de jeugdgezondheidszorg

T. S. Berkenbosch · T. Ronde · A. A. J. Konijnendijk · M. M. Boere-Boonekamp

Published online: 25 May 2016
© Bohn Stafleu van Loghum 2016

Samenvatting

Inleiding De jeugdgezondheidszorg heeft een belangrijke taak bij het vroegtijdig opsporen van kinderen met een dysplastische heupontwikkeling en streeft naar een hoge kwaliteit van zorg. Patiënttevredenheid of oudertevredenheid is daarbij een belangrijk aspect. **Methode** In mei en juni 2015 is een online vragenlijstonderzoek uitgevoerd naar de ervaringen van ouders met de screening op heupdysplasie en eventuele verwijzing en begeleiding. Ouders die met hun kind het consultatiebureau bezochten, zijn uitgenodigd om deel te nemen aan het onderzoek via sociale media en de Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen.

Resultaten In totaal vulden 194 ouders de vragenlijst volledig in. Verdeeld over vier groepen: niet verwezen, geen heupdysplasie ($n = 57$): niet verwezen, wel heupdysplasie ($n = 35$): wel verwezen, wel heupdysplasie ($n = 81$): en wel verwezen, geen heupdysplasie ($n = 21$). De ouders waren matig tevreden over de gehele screening: de score was 6,5 op een schaal van 1 tot 10. De niet verwezen, wel heupdysplasie-groep waardeerde de screening aanmerkelijk negatiever (5,3). Voor vrijwel alle respondenten met verwezen kinderen was duidelijk waarom zij werden verwezen. Over de communicatie waren de ouders minder positief: het op de hoogte zijn van de verschillende zorgverleners verderop in het verwijstraject van hetgeen eerder met de ouders was besproken, werd gemiddeld met een 5,9 gewaardeerd.

Discussie Betere communicatie tussen jeugdarts en ouders tijdens screeningsconsulten en tussen jeugdarts en specialisten in het ziekenhuis kan bijdragen aan een hogere oudertevredenheid en daarmee aan een hogere kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg. Het laatste kan gerealiseerd worden door goede samenwerkingsafspraken.

Trefwoorden patiënttevredenheid · heupdysplasie · jeugdgezondheidszorg

Inleiding

Dysplastische heupontwikkeling, hierna genoemd heupdysplasie, is een veel voorkomende aandoening. De periode-prevalentie van heupdysplasie is 1 % tot 4 % bij zuigelingen in de leeftijd van 0 tot 6 maanden [1, 2]. Bij heupdysplasie is sprake van een onderontwikkeling van het heupgewricht. Dit leidt ertoe dat de heupkom de heupkop onvoldoende overdekt. Heupdysplasie kan heupinstabiliteit veroorzaken of in ernstige gevallen leiden tot ontwrichting van de heupkop uit de heupkom. In het Engels wordt de term *developmental dysplasia of the hip* (DDH) gebruikt. Onbehandeld kan heupdysplasie leiden tot ernstige invaliditeit en vroege coxartrose [2]. Late behandeling (boven de leeftijd van 12 maanden) is langduriger, invasiever en minder effectief dan vroegtijdige behandeling [2]. Vroege opsporing en behandeling van heupdysplasie is daarom belangrijk.

De jeugdgezondheidszorg (JGZ) heeft een belangrijke taak bij de screening op heupdysplasie. Het screeningsprotocol omvat een anamnese en een lichamelijk onderzoek van de heupen. De anamnese bestaat uit het identificeren van risicofactoren, zoals een stuitligging of gevallen van heupdysplasie of coxartrose in de familie [1]. De anamnese vindt plaats bij het eerste huisbezoek door de jeugdverpleegkun-

T. S. Berkenbosch · T. Ronde
Universiteit Twente, Enschede, Nederland

A. A. J. Konijnendijk · M. M. Boere-Boonekamp (✉)
Vakgroep Health Technology and Services Research,
Universiteit Twente, Enschede, Nederland
E-mail: m.m.boere-boonekamp@utwente.nl

dige en door de jeugdarts tijdens het eerste bezoek op het consultatiebureau (CB). Het lichamelijk onderzoek richt zich op verschillende waarneembare afwijkingen, zoals een afwijkende heupabductie of een kniehoogteverschil [1]. Het lichamelijk onderzoek wordt drie keer uitgevoerd door de jeugdarts in de eerste 6 levensmaanden, meestal wanneer de baby 1, 3 en 6 maanden oud is [2].

Na een positief screeningsresultaat wordt het kind verwezen voor aanvullend (beeldvormend) onderzoek. Sinds 2014 kan verwijzing zonder tussenkomst van de huisarts plaatsvinden [3]. De diagnose heupdysplasie zal worden gesteld door een (kinder)orthopeed [4]. De behandeling hangt af van de ernst van de afwijking en de leeftijd waarop deze wordt vastgesteld. Milde vormen van heupdysplasie worden behandeld met een spreidbroek, terwijl bij ernstige vormen of laat ontdekte gevallen een operatie en gipsbehandeling nodig kunnen zijn [2, 5].

De screening op heupdysplasie in de JGZ heeft helaas een beperkte validiteit. Eén op de zeven zuigelingen met heupdysplasie wordt door de JGZ niet opgespoord, wat de kans op late diagnosestelling en behandeling verhoogt. Daarnaast wordt één op de zes zuigelingen zonder heupdysplasie op basis van de screening wél doorverwezen voor aanvullend onderzoek [6]. De screeningsuitslag kan voor ouders dus zowel tot valse geruststelling als tot valse ongerustheid leiden. Onduidelijke communicatie over deze kansen kan onrealistische verwachtingen scheppen bij ouders over de screening. Eerder onderzoek naar tevredenheid van ouders over echografische screening op heupdysplasie door de JGZ toonde aan dat ouders meer tevreden waren als zij realistische verwachtingen hadden over de screening [7].

Patiënttevredenheid, of oudertevredenheid, is naast aspecten zoals een zo vroeg en effectief mogelijke behandeling, onderdeel van goede kwaliteit van zorg [8–10]. Oudertevredenheid uit zich in de verwachtingen en meningen van ouders over zorg. Oudertevredenheid kan bijdragen aan een hogere therapietrouw van ouders aan de adviezen van de JGZ, waardoor betere uitkomsten te verwachten zijn [11]. Uit een onlangs uitgevoerde knelpuntenanalyse [12] ter voorbereiding op de ontwikkeling van de JGZ-richtlijn over heupdysplasie (verwacht eind 2017) blijkt dat ouders op verschillende terreinen knelpunten ervaren bij de screening, verwijzing en zorg bij heupdysplasie door de JGZ. Zo benoemden ouders dat de voorlichting door jeugdartsen niet altijd eenduidig en volledig was en dat een duidelijk verwijsbeleid ontbreekt. Om de kwaliteit van zorg bij heupdysplasie door de JGZ te kunnen verbeteren, is meer inzicht nodig in hoeverre deze en andere knelpunten bestaan onder een bredere populatie van ouders. Om die reden is een vragenlijstonderzoek uitgevoerd dat zich richtte op de volgende vraag: Wat zijn de ervaringen van ouders met de JGZ-screening op heupdysplasie en de eventuele verwijzing en zorg bij een kind dat behan-

deld wordt voor heupdysplasie, en verschillen deze ervaringen afhankelijk van het screeningsresultaat?

Methode

In mei en juni 2015 zijn ouders, die vanaf de geboorte van hun kind het CB bezochten, uitgenodigd om deel te nemen aan een online onderzoek in de vorm van een vragenlijst.

Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit vier groepen: 1) ouders van terecht-negatief gescreende kinderen (niet verwezen, geen heupdysplasie), 2) ouders van fout-negatief gescreende kinderen (niet verwezen, wel heupdysplasie), 3) ouders van terecht-positief gescreende kinderen (wel verwezen, wel heupdysplasie) en 4) ouders van fout-positief gescreende kinderen (wel verwezen, geen heupdysplasie). Ouders konden alleen deelnemen als hun kind jonger dan 4 jaar was.

Werving

Voor het werven van ouders van fout-positief gescreende kinderen en ouders van terecht-negatief gescreende kinderen is een oproep tot deelname aan het onderzoek geplaatst op de website van Ouders Online (www.ouders.nl), de grootste online oudergemeenschap van Nederland. Daarnaast is de vragenlijst gedeeld in Facebookgroepen met daarin ouders die zich hebben aangemeld voor een ouder-Facebookgroep. Ook is gebruik gemaakt van Twitter en overige netwerken van de onderzoekers om de vragenlijst te verspreiden.

Voor het werven van ouders van terecht-positief gescreende kinderen en ouders van fout-negatief gescreende kinderen (dus ouders van kinderen met heupdysplasie) is contact gezocht met de Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen (VAH). Via de vereniging is een oproep tot deelname aan het onderzoek geplaatst in twee Facebookgroepen ($n = 573$). Daarnaast is de uitnodiging ge-e-maild aan patiënten en ouders van kinderen met heupdysplasie via de mailinglijst van de VAH ($n = 265$). De werving duurde 2 weken. Na één week is een herinnering gestuurd.

Meetinstrument

De digitale vragenlijst is afgenomen via Lime Survey [13]. Het aantal vragen (maximaal 56) verschilde afhankelijk van de mate waarin het proces van screening, verwijzing en behandeling was doorlopen door het kind en de ouders. Bij het ontwikkelen van de vragenlijst is gebruik gemaakt van de meetstandaard voor het meten van kwaliteit van JGZ vanuit het perspectief van cliënten, de CQ-index JGZ [14]. Hierbij zijn de relevante vragen voor dit onderzoek gebruikt als leidraad voor de vragenlijstontwikkeling. Om de

representativiteit van de respondenten ten opzichte van de gehele ouderpopulatie vast te kunnen stellen, zijn achtergrondkenmerken uitgevraagd, waaronder geslacht, opleidingsniveau en woonplaats.

De tevredenheid van ouders is gemeten met betrekking tot de screening zelf, de verwijzing bij risicofactoren en/of afwijkend lichamelijk onderzoek, en de begeleiding en zorg door de JGZ wanneer een kind behandeld werd voor heupdysplasie. De vragenlijst bevatte vragen over de ervaringen van ouders met de werkwijze van de JGZ en met de communicatie in het gehele traject; ook is hun gevraagd een waardering te geven via een cijfer op een schaal van 1 (zeer slecht) tot 10 (uitstekend). Ten slotte is gevraagd om suggesties te geven voor verbetering voor de JGZ-praktijk.

Data-analyse

Kwantitatieve data zijn geanalyseerd in het computerprogramma SPSS 20. Daarbij zijn variantieanalyses en post-hoc paarsgewijze t-toetsen uitgevoerd om verschillen tussen de vier groepen ouders vast te kunnen stellen. Verschillen met een p -waarde $< 0,05$ werden als significant beschouwd (tweezijdige toetsing). De resultaten zijn steeds voor alle groepen samen en voor de vier groepen apart geanalyseerd. De kwalitatieve data zijn ingedeeld in suggesties voor verbetering van de uitvoering en van de communicatie met betrekking tot screening, verwijzing en begeleiding tijdens behandeling. Alleen suggesties die door meer dan zeven verschillende respondenten werden genoemd, worden besproken bij de resultaten.

Resultaten

Onderzoekspopulatie

In totaal vulden 194 ouders de vragenlijsten volledig in. De respondenten zijn als volgt verdeeld over de vier groepen: terecht-negatief: $n = 57$; fout-negatief: $n = 35$; terecht-positief: $n = 81$; en fout-positief: $n = 21$. Van de 194 respondenten was 96 % vrouw, 98 % in Nederland geboren en 77 % hoogopgeleid. De vragenlijst is ingevuld door ouders afkomstig uit elf Nederlandse provincies, alleen niet door ouders uit Flevoland.

Uitvoering van de screening

Tab. 1 toont per groep respondenten de ervaringen van ouders met de screening op heupdysplasie, de verwijzing en de zorg en begeleiding door de JGZ tijdens de behandeling.

Voor elk onderdeel van de anamnese gaf ongeveer 60 % van de respondenten aan dat deze risicofactoren inderdaad ter sprake zijn gekomen tijdens het huisbezoek en/of op het CB. De ouders van verwezen kinderen (terecht-positieven en fout-positieven samen) gaven vaker aan dat deze vragen waren gesteld, dan ouders van niet verwezen kinderen (terecht-negatie-

ven en fout-negatieven samen); de verschillen zijn echter niet significant. Het heuponderzoek is volgens 89 % van de respondenten tenminste één keer uitgevoerd. Dit percentage was significant hoger bij ouders van verwezen kinderen vergeleken met ouders van niet verwezen kinderen, respectievelijk 95 % en 83 % ($p < 0,05$).

De meerderheid van de respondenten van verwezen kinderen (83 %) gaf aan dat bij verwijzing een verwijsbrief is meegegeven voor de huisarts, radioloog of orthopeed. Slechts twee respondenten (3 %) gaven aan een cliëntenfolder te hebben ontvangen bij verwijzing.

De begeleiding van kinderen met heupdysplasie gebeurt door de behandelaar. JGZ-professionals hebben in dit stadium een beperkte rol. Zij kunnen ouders informeren over de VAH: dit gebeurde bij 3 van de 81 behandelde kinderen. Verder kan de JGZ rekening houden met de behandeling met een spreidorthese door af te zien van het meten van de lengte in de behandelperiode en door te vaccineren in de bovenarm; dit gebeurde volgens de ouders (alleen terecht-positieve groep, waar de behandeling is gestart) in minder dan de helft van de gevallen (lengtemeting: 43 %; vaccineren: 34 %).

Ouders gaven verschillende suggesties voor verbetering. Allereerst werd in meerdere gevallen getwijfeld aan de deskundigheid van de jeugdarts op het gebied van heupdysplasie en werd het beter opleiden als suggestie genoemd. Ouders vonden bijvoorbeeld dat jeugdartsen beter horen te weten hoe zij, wanneer sprake is van een behandeling voor heupdysplasie, daar tijdens reguliere consulten op het CB rekening mee kunnen houden. Verder gaven ouders aan dat er ruimte is voor verbetering van de mondelinge en schriftelijke informatievoorziening.

Communicatie

Tab. 2 toont de ervaringen van ouders met de communicatie van de jeugdarts tijdens de screening en rond verwijzing voor de vier groepen respondenten. Volgens 49 % van de ouders werd uitleg gegeven tijdens de uitvoering van het lichamelijk onderzoek. De meerderheid van de ouders gaf aan dat de jeugdarts meestal/altijd aandachtig luisterde en voldoende tijd voor de ouder en het kind nam. Ouders in de terecht-positieve groep gaven veel vaker aan dat de jeugdarts aandachtig luisterde dan ouders in de fout-negatieve groep bij wie later dus alsnog heupdysplasie werd vastgesteld (respectievelijk 89 % en 68 %; $p < 0,05$). Eenzelfde verschil was te zien bij de vraag of de jeugdarts voldoende tijd nam: 96 % tegenover 71 % ($p < 0,05$). In 78 % van de gevallen gaven de ouders aan dat de jeugdarts meestal of altijd goed antwoord gaf op hun vragen. Ook hier bestond een verschil: door de respondenten in de terecht-positieve groep werd veel vaker aangegeven dat er goed antwoord werd gege-

Tabel 1 Ervaringen van ouders met de uitvoering van de screening op heupdysplasie, eventuele verwijzing en begeleiding tijdens de behandeling, weergegeven in percentage per groep^a.

		niet verwezen terecht-negatief (n = 57)	niet verwezen fout-negatief (n = 35)	verwezen terecht-positief (n = 81)	verwezen fout-positief (n = 21)	totaal (n = 194)
<i>screening</i>						
werd het vóórkomen van heupafwijkingen in de familie besproken tijdens het huisbezoek en/of op het CB?	ja	51	60	67	62	60
	nee	23	31	19	24	23
	weet ik niet	26	9	15	14	17
werd stuitligging tijdens de zwangerschap of bij de bevalling besproken tijdens het huisbezoek en/of op het CB?	ja	53	52	70	76	63
	nee	33	31	16	10	23
	weet ik niet	14	17	14	14	14
werden de heupen onderzocht door de jeugdarts op het CB?	ja	88	74	95	95	89
	nee	9	23	1	5	8
	weet ik niet	3	3	4	0	3
<i>verwijzing</i>						
gaf de jeugdarts een verwijsbrief mee?	ja			85	76	83
	nee			15	24	17
gaf de jeugdarts schriftelijke informatie over heupdysplasie in geval van verwijzing/behandeling?	ja			3		
	nee			96		
	weet ik niet			1		
<i>tijdens behandeling</i>						
vertelde de jeugdarts over de Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen?	ja			4		
	nee			96		
werd rekening gehouden met de lengtemeting? ^b	ja			43		
	nee			57		
werd rekening gehouden met het geven van vaccinaties? ^c	ja			34		
	nee			66		

^a Door afronding kunnen percentages niet exact optellen tot 100 %
^b Betreft 68 kinderen, vanwege 13 missende waarden
^c Betreft 62 kinderen, vanwege 19 missende waarden

Tabel 2 Ervaringen van ouders met de communicatie van de jeugdarts tijdens de screening en rond de verwijzing, weergegeven in percentages per groep.

		niet-verwezen terecht-negatief (n = 57)	niet-verwezen fout-negatief (n = 35)	verwezen terecht-positief (n = 81)	verwezen fout-positief (n = 21)	totaal (n = 194)
<i>screening</i>						
legde de jeugdarts uit wat hij/zij aan het doen was bij uw kind tijdens het onderzoek van de heupen?	meestal/altijd	38	46	58	45	49
	nooit/soms	62	54	42	55	51
luisterde de jeugdarts aandachtig naar u?	meestal/altijd	88	68	89	81	84
	nooit/soms	12	32	11	19	16
nam de jeugdarts voldoende tijd voor u en uw kind?	meestal/altijd	93	71	96	90	90
	nooit/soms	7	29	4	10	10
gaf de jeugdarts goed antwoord op uw vragen?	meestal/altijd	80	60	82	86	78
	nooit/soms	20	40	18	14	22
<i>verwijzing</i>						
was de reden van verwijzing door de jeugdarts duidelijk voor u?	ja			95	100	96
	nee			5	0	4
was het CB op de hoogte van het doorlopen traject na verwijzing	meestal/altijd			26	38	28
	nooit/soms			74	62	72

ven op de vragen van ouders dan in de fout-negatieve groep (82 % versus 60 %; $p < 0,01$).

De reden voor de verwijzing was voor vrijwel alle ouders van de verwezen kinderen duidelijk. Van de ouders van verwezen kinderen gaf 72 % aan dat het CB later nooit/soms op de hoogte was van het traject dat het kind na verwijzing had doorlopen.

Uit de kwalitatieve data bleek dat ouders het belangrijk vinden dat de jeugdarts goed naar hen luistert. Daarnaast werd aangegeven dat de communicatie tussen de medewerkers van het ziekenhuis en het CB tijdens het proces van de behandeling van heupdysplasie beter kan.

Tabel 3 Gemiddelde waardering (standaarddeviatie) per groep op een schaal van 1–10 van ouders van de screeningsconsulten, de uitleg over het traject na verwijzing, de begeleiding vanuit het CB tijdens eventuele behandeling en de ervaren communicatie tussen zorgverleners.

	niet verwezen terecht-negatief (n = 57)	niet verwezen fout-negatief (n = 35)	verwezen terecht-positief (n = 81)	verwezen fout-positief (n = 21)	totaal (n = 194)
uitvoering anamnese en heuponderzoek tijdens de screeningsconsulten door de jeugdarts	6,3 (2,2)	5,3 (2,4)	6,8 (2,1)	7,5 (2,0)	6,5 (2,2)
uitleg over traject na verwijzing door jeugdarts			6,1 (2,4)	6,9 (2,2)	6,3 (2,3)
begeleiding vanuit het CB tijdens behandeling			5,2 (2,8)		5,2 (2,8)
communicatie tussen de verschillende zorgverleners tijdens behandeling ^a			4,7 (2,7)		4,7 (2,7)
mate waarin de afdeling Beeldvormend onderzoek op de hoogte was van wat door de jeugdarts en/of huisarts met ouders was besproken			5,7 (2,7)*	6,3 (2,4)**	5,9 (2,6)
mate waarin orthopeed op de hoogte was van wat door de jeugdarts en/of huisarts en/of afdeling radiologie met ouders was besproken?			5,9 (2,9)***		5,9 (2,9)

*n = 62, **n = 18, ***n = 68
^aHuisartsen, radiologen, orthopeden en andere betrokken disciplines

Waardering

De waardering van ouders van de screeningsconsulten voor heupdysplasie, de uitleg over het traject na verwijzing, de begeleiding vanuit het CB tijdens eventuele behandeling en de ervaren communicatie tussen zorgverleners staan vermeld in tab. 3. De ouders in de fout-positieve groep waren het meest positief in hun waardering over de uitvoering van de anamnese en het heuponderzoek door de jeugdarts (7,5 op een schaal van 1 tot 10); de gemiddelde waardering verschilt significant tussen de groepen fout-negatief en terecht-positief ($p < 0,005$) en tussen de groepen fout-negatief en fout-positief ($p < 0,005$).

Discussie

In dit onderzoek zijn de ervaringen geïnventariseerd van ouders van kinderen jonger dan 4 jaar met de screening op heupdysplasie op het consultatiebureau en met de eventuele verwijzing en zorg bij een kind dat behandeld wordt voor heupdysplasie.

Ouders waardeerden de screening door de jeugdarts gemiddeld met een matige voldoende: 6,5 op een schaal van 1 tot 10. Dit is aanmerkelijk lager dan de waardering die in een andere studie naar de tevredenheid van ouders over de (echografische) screening op heupdysplasie werd gemeten (8,1 op een schaal van 1 tot 10) [7]. De ouders van verwezen kinderen gaven een hogere waardering dan de ouders van niet-verwezen kinderen; de verschillen zijn echter alleen significant als de verwezen groepen worden vergeleken met de fout-negatieve groep. In een onderzoek naar echografische screening werd geen verschil gevonden in tevredenheid over de screening tussen ouders van kinderen die wel of niet waren verwezen [7]. Daarentegen bleken in een onderzoek naar neonatale gehoorscreening ouders van verwezen kinderen juist minder tevreden over deze screening dan ouders van

niet verwezen kinderen [7, 15]. In dit onderzoek kan het laat starten van een behandeling van kinderen voor heupdysplasie in de fout-negatieve groep, met alle mogelijke gevolgen, bijgedragen hebben aan de lagere waardering van ouders voor de screening.

De aspecten waarover een deel van de ouders in dit onderzoek ontevreden waren, worden ook in ander onderzoek naar de tevredenheid van ouders naar voren gebracht. Het gaat dan om: weinig luisteren naar ouders, het rekening houden met het kind tijdens een behandeling en gebrekkige communicatie tussen zorgverleners onderling [11, 16]. De respondenten gaven gemiddeld een 5,9 op een schaal van 1 tot 10 voor het op de hoogte zijn van de zorgverleners verderop in het verwijstraject van hetgeen eerder met de ouders was besproken. Wanneer het expliciet ging over de communicatie tussen de verschillende zorgverleners werd lager gescoord, namelijk een 4,7. Dit cijfer wordt geïllustreerd door de bevinding dat volgens 62% van de respondenten het CB nooit op de hoogte was van wat later in het verwijstraject had plaatsgevonden. Eerder onderzoek toonde al aan dat het niet soepel verlopen van een verwijstraject ouder-tevredenheid negatief kan beïnvloeden (4).

Dit onderzoek naar tevredenheid van ouders over de screening op heupdysplasie kent enkele beperkingen. Op de eerste plaats was de periode tussen de screening op het CB en het invullen van de vragenlijst voor sommige ouders erg lang (maximaal na 3,5 jaar). De kans is aanwezig dat vooral ouders van inmiddels oudere kinderen en ouders van kinderen die (terecht) niet werden verwezen zich niet meer goed herinnerden of en hoe de anamnese en het onderzoek plaatsvonden. Daarnaast kan het hebben van een kind met heupdysplasie die ontdekt is via screening de herinnering over hoe de screening werd uitgevoerd, hebben beïnvloed [17] en daardoor ook de waardering.

Ten tweede heeft de werving via sociale media mogelijk tot een selecte onderzoekspopulatie geleid.

De populatie respondenten bestond voornamelijk uit vrouwen, respondenten die Nederland als geboorteland opgaven en hoogopgeleiden. Daarmee is de steekproef niet representatief voor de Nederlandse bevolking. Eerder onderzoek wijst erop dat vrouwen over het algemeen minder tevreden zijn over medische zorg dan mannen [18]. Ook lijkt een hoger opleidingsniveau geassocieerd te zijn met een lagere mate van tevredenheid over de medische zorg, hoewel het gevonden verband zwak is [19]. De werkelijke tevredenheid van ouders over de screening is daarom mogelijk hoger dan de resultaten van dit onderzoek laten zien.

Ten derde kan niet met zekerheid worden gezegd dat de kinderen van de ouders in de terecht-negatieve groep geen heupdysplasie hebben, aangezien zij geen beeldvormend onderzoek hebben gehad. Verwacht wordt dat dit de resultaten niet heeft beïnvloed.

Ten vierde laat dit onderzoek zien dat de vier groepen ouders verschillen in hun ervaringen en waarderingen over de uitvoering van de screening en communicatie. Omdat relatief veel ouders van kinderen met een heupdysplasie deelnamen aan het onderzoek, zijn de gevonden gemiddelden mogelijk lager dan wanneer de onderzoekspopulatie zou bestaan uit een representatieve steekproef.

Respondenten gaven aan dat de screening op heupdysplasie en de voorlichting en begeleiding verbeterd kunnen worden. Vergroten van de deskundigheid van de jeugdarts, goed luisteren naar ouders en voorlichting die tot juiste verwachtingen over de screening leidt, zijn daarbij belangrijke aspecten [7, 11]. Daarnaast kan betere communicatie tussen de jeugdarts aan de ene kant en de huisarts, radioloog en orthopeed aan de andere kant bijdragen aan betere begeleiding. Dit laatste kan gerealiseerd worden door goede samenwerkingsafspraken, zoals beschreven in de Landelijke Eerstelijns Samenwerkingsafspraken (LESA) [1]. Het vaker meegeven van schriftelijke informatie wordt ook in de LESA aanbevolen. De resultaten van dit onderzoek kunnen worden verwerkt in de te ontwikkelen JGZ-richtlijn over heupdysplasie. Dit kan leiden tot een verbetering van kwaliteit van zorg rond het proces van screening, verwijzing en behandeling voor heupdysplasie.

Dankbetuiging Wij willen graag de Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen bedanken voor de medewerking aan dit onderzoek.

Literatuur

- Boere-Boonekamp MM, Klein Ikkink AJ, Sleuwen BE van, et al. Landelijke eerstelijns samenwerkings afspraak dysplastische heupontwikkeling. Tijdschr Jeugdgezondheidsz. 2011;43:7-12.
- Boere-Boonekamp MM, Boere-Boonekamp MM, Mostert AK. Dysplastische heupontwikkeling. In: HiraSing RA, Leerdam FJM (redactie). Basisboek jeugdgezondheidszorg. Amsterdam: Elsevier Gezondheidszorg; 2010. pag. 139-52.
- Salemink GW. Rechtstreeks verwijzen door jeugdartsen 2014. http://artsenijgz.nl/wp-content/uploads/2014/05/Brief_verwijzingen_jeugdartsen.pdf. Geconsulteerd: 16 Juni 2015.
- Witting M, Boere-Boonekamp MM, Fleuren MAH, Sackers RJ, IJzerman MJ. Rechtstreeks verwijzen door de jeugdarts bij verdenking op heupdysplasie: het perspectief van ouders. TSG. 2011;89(8):414-9.
- Vereniging Aangeboren Heupafwijkingen. Spreidmiddelen 2013. <http://www.heupafwijkingen.nl/over-heupdysplasie/spreidmiddelen>. Geconsulteerd: 20 April 2015.
- Boere-Boonekamp MM, Kerhoff TH, Schuil PB, Zielhuis GA. Early detection of developmental dysplasia of the hip in the Netherlands: the validity of a standardized assessment protocol in infants. AJPH. 1998;88(2):285-8.
- Witting M, Boere-Boonekamp MM, Fleuren MA, Sackers RJ, IJzerman MJ. Determinants of parental satisfaction with ultrasound hip screening in child health care. J Child Health Care. 2012;16(2):178-89.
- Donabedian A. The Lichfield Lecture. Quality assurance in health care: consumers' role. Qual Health Care. 1992;1(4):247-51.
- Britton JR. The assessment of satisfaction with care in the perinatal period. JPOG. 2012;33(2):37-44.
- Scheerhagen M, van Stel HF, Birnie E, Franx A, Bonsel GJ. Measuring client experiences in maternity care under change: development of a questionnaire based on the WHO responsiveness model. PLoS ONE. 2015;10(2):e0117031.
- Shendurnikar N, Thakkar PA. Communication skills to ensure patient satisfaction. Indian J Pediatr. 2013;80(11):938-43.
- ZonMW, CBO en Argumentenfabriek, Knelpuntenanalyses Jeugdgezondheidszorg. 2014; 111.
- Schmitz C. LimeSurvey: An Open Source survey tool. L.P. Team, Editor. 2012: Hamburg, Germany.
- Reitsma-van Rooijen M, Damman OC, Sixma HJ, Spreuwenberg P, Rademakers J. CQ-index Jeugdgezondheidszorg: meetinstrumentontwikkeling; Kwaliteit van de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar vanuit het perspectief van ouders en kinderen. Utrecht: NIVEL; 2009.
- Crockett R, Baker H, Uus K, Bamford J, Marteau TM. Maternal anxiety and satisfaction following infant hearing screening: a comparison of the health visitor distraction test and newborn hearing screening. J Med Screen. 2005;12(2):78-82.
- Weissenstein A, Straeter A, Villalon G, Luchter E, Bittmann S. Parent satisfaction with a pediatric practice in Germany: a questionnaire-based study. Ital J Pediatr. 2011, doi:10.1186/1824-7288-37-31.
- Schüz J, Spector LG, Ross JA. Bias in studies of parental self-reported occupational exposure and childhood cancer. Am J Epidemiol. 2003;158(7):710-6.
- Foss C. Gender bias in nursing care? Gender-related differences in patient satisfaction with the quality of nursing care. Scand J Caring Sci. 2002;16(1):19-26.
- Hall JA, Dornan MC. Patient sociodemographic characteristics as predictors of satisfaction with medical care: a meta-analysis. Soc Sci Med. 1990;30(7):811-8.

T.S. Berkenbosch, masterstudent Health Sciences

T. Ronde, masterstudent Health Sciences

A.A.J. Konijnendijk, wetenschappelijk medewerker

M.M. Boere-Boonekamp, arts maatschappij en gezondheid, universitair hoofddocent

