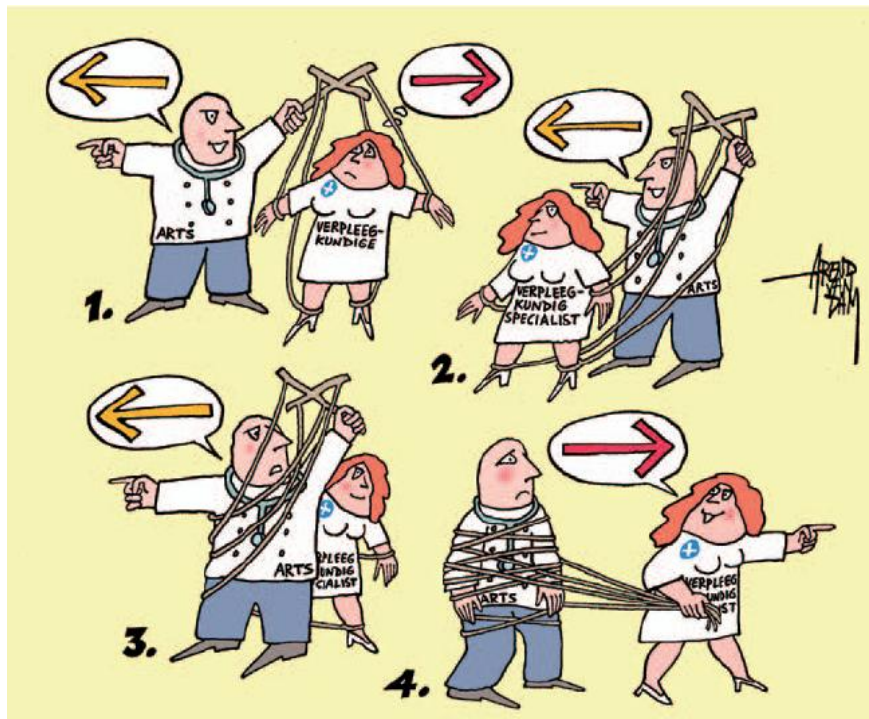


M. Fledderus

Wat kunnen Nurse Practitioners betekenen in de jeugdgezondheidszorg in de regio Twente?

Een onderzoek naar de inzetbaarheid van de Nurse Practitioner



Wat kunnen Nurse Practitioners betekenen in de jeugdgezondheidszorg in de regio Twente?

Een onderzoek naar de inzetbaarheid van de Nurse Practitioner

M. Fledderus
Gezondheidswetenschappen
Universiteit Twente

Werkgroep Advanced Nursing Practice
Enschede, 5 oktober 2006

Begeleidsters:
L. Keur
dr. M.M. Boere-Boonekamp

Meelezer:
prof. dr. A.H.M. Kerkhoff

Management summary

Aanleiding

In 1997 is de nieuwe opleiding Advanced Nursing Practice (ANP) ontstaan. Na afronding van deze opleiding kunnen verpleegkundigen onder andere diverse taken van de arts overnemen. In de regio Twente is de werkgroep ANP opgericht. Deze wil onderzoeken wat een verpleegkundige met de opleiding ANP, een Nurse Practitioner, in de praktijk kan betekenen in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) 0-19 jaar. Het antwoord op deze vraag is nog niet gegeven, omdat er op dit moment hierover geen onderzoeksresultaten bekend zijn. De werkgroep ANP heeft een opdracht geformuleerd die ik in dit onderzoek heb beantwoord. De opdracht luidde: wat kan de toegevoegde waarde van een Nurse Practitioner zijn met betrekking tot de taakverdeling in de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar in Twente.

Aanbevelingen:

- De werkgroep concentreert zich op de invulling van de opleiding ANP specifiek gericht op de JGZ.
- De opleiding ANP wordt vooralsnog niet aan geboden aan de verpleegkundigen.
- Er wordt vooralsnog geen NP aangesteld in de JGZ in Twente.
- De onderzoeken van Zorggroep Almere en Stichting JGZ Groningen blijven volgen.

Motivatie

De opleiding ANP is nog niet specifiek gericht op de JGZ en er zijn geen algemene taken en verantwoordelijkheden vastgelegd voor de NP. Ook de onderzoeksresultaten leveren tot nu toe onvoldoende kennis. Daarnaast geven de vragenlijsten weer dat de professionals de NP meer zien als een onafhankelijk persoon in de organisatie die kan zorgen voor een oplossing voor het artsentekort of om de artsen te ontlasten. Er is nu nog geen toegevoegde waarde aan te geven van de NP met betrekking tot de taakverdeling. Daarom kan de werkgroep ANP zich beter concentreren op de invulling van de opleiding ANP die specifiek gericht is op de JGZ. Hierdoor wordt duidelijk welke taken en verantwoordelijkheden de NP kan vervullen in de JGZ. Op basis hiervan kan het management van de JGZ beter wachten tot de opleiding ANP specifiek gericht is op de JGZ. Het is daardoor op dit moment niet nuttig om een verpleegkundige de opleiding aan te bieden of om een NP in te zetten in de JGZ in de regio Twente. Het management en de werkgroep moeten de onderzoeken van de Zorggroep Almere en de Stichting JGZ Groningen blijven volgen, zodat ze wel op de hoogte blijven van de ontwikkelingen rondom de NP.

Consequenties

Deze aanbevelingen hebben weinig consequenties voor de organisaties in de JGZ in Twente. Wel moet de werkgroep ANP kijken op welke manier zij nu verder gaat en een plan opstellen voor verder onderzoek.

Inhoudsopgave

Management summary.....	3
Inhoudsopgave.....	4
Voorwoord.....	6
1. Inleiding.....	7
2. Probleemstelling	8
2.1 De opdracht.....	8
2.2 De onderzoeksvragen	8
2.3 Methoden van onderzoek.....	9
3. Wat houdt de opleiding Advanced Nursing Practice in?.....	11
3.1 Het ontstaan van Advanced Nursing Practice	11
3.2 De eisen van de opleiding ANP	11
3.3 De opleiding ANP	12
3.4 Opleiding ANP Saxion Hogeschool Enschede	13
3.5 Opleiding ANP Hogeschool Groningen	14
3.6 Opleiding ANP Hogeschool Utrecht	14
4. Wat is de huidige taakverdeling bij de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar in Twente?	15
4.1 Wat houdt de jeugdgezondheidszorg in?	15
4.2 Actoren op het gebied van de jeugdgezondheidszorg	16
4.2.1 Ministerie van VWS.....	16
4.2.2 De gemeente.....	17
4.2.3 Overige actoren	17
4.3 Zorginstellingen van de jeugdgezondheidszorg in Twente.....	17
4.3.1 Thuiszorg	17
4.3.2 GGD	18
4.4 Professionals in de jeugdgezondheidszorg Twente	18
4.4.1 Artsen en verpleegkundigen in de JGZ.....	18
4.4.2 Professionals bij de thuiszorg regio Twente	19
4.4.3 Professionals bij de GGD regio Twente	20
5. Kan de NP worden ingezet in de jeugdgezondheidszorg?	22
5.1 Onderzoek Zorggroep Almere	22
5.1.1 Opzet van de pilot.....	22
5.1.2 Resultaten van de pilot.....	23
5.2 Onderzoek Stichting JGZ Groningen	25
5.2.1 Opzet van de pilot.....	25
5.2.2 Resultaten tot nu toe	26
5.3 Onderzoek bij JGZ 4-19 jaar.....	27
6. Opvattingen in het veld	28
6.1 Advies van de Raad van Volksgezondheid en Zorg.....	28
6.2 Reactie Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden	29
6.3 Artsen (vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland	29
6.4 Beroepsverenigingen van de verpleegkundigen.....	30
6.5 Consument	31
6.6 Nurse Practitioner.....	32

7. Resultaten van de vragenlijsten	33
7.1 De respondenten.....	33
7.2 Opzet van de vragenlijst	33
7.3 Resultaten thuiszorginstellingen.....	34
7.4 Resultaten GGD	35
8. Conclusie.....	36
8.1 Wat houdt de opleiding Advanced Nursing Practice in?	36
8.2 Wat is de huidige taakverdeling bij de JGZ 0-19 jaar in Twente?	36
8.3 Welke taken en verantwoordelijkheden kan de NP vervullen in de jeugdgezondheidszorg?	36
8.4 Wat zijn de opvattingen van de actoren die te maken hebben met de NP met betrekking tot de taakverdeling?	37
8.5 Kan een NP een bijdrage leveren aan de invulling van de taken van de jeugdgezondheidszorg in de regio Twente?	38
8.6 In hoeverre kan een NP worden ingevoerd in de JGZ in de regio Twente?.....	38
9. Aanbevelingen.....	39
10. Literatuurlijst	40

Voorwoord

Ter afsluiting van de Bachelor van de opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente heb ik een bacheloropdracht uitgevoerd bij de werkgroep Advanced Nursing Practice (ANP). Deze is opgezet door vier organisaties die betrokken zijn vanuit de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar in de regio Twente. De werkgroep bestaat in totaal uit negen mensen die functies vervullen in de jeugdgezondheidszorg. Vanuit de drie thuiszorginstellingen van Twente (Carint, Livo en Thuiszorg Noord West Twente) zitten in de werkgroep drie consultatiebureauartsen en drie verpleegkundigen. Vanuit de GGD regio Twente zit een kwaliteitsfunctionaris van de afdeling Jeugdgezondheidszorg in de werkgroep. Daarnaast bestaat de werkgroep uit leden van de staf Jeugdgezondheidszorg Twente, te weten een stafarts en een stafverpleegkundige.

In opdracht van de werkgroep heb ik onderzoek uitgevoerd naar de inzetbaarheid van Nurse Practitioners in de jeugdgezondheidszorg in Twente. Hierbij is gekeken of een Nurse Practitioner een toegevoegde waarde kan hebben ten opzichte van de huidige situatie. De uitvoering van deze opdracht heeft plaats gevonden in de weken 17 tot en met 26. Hierbij ben ik begeleid door mevrouw L. Keur van de afdeling Jeugdgezondheidszorg van Carint en mevrouw dr. M.M. Boere-Boonekamp van de faculteit Bedrijf, Bestuur en Technologie aan de Universiteit Twente. De meelezer tijdens de opdracht was de heer prof.dr. A.H.M. Kerkhoff van faculteit Bedrijf, Bestuur en Technologie aan de Universiteit Twente.

Graag wil ik mijn begeleiders bedanken voor de begeleiding tijdens mijn opdracht en de adviezen die zij mij hebben gegeven. Ook wil ik de werkgroep ANP bedanken voor het organiseren van de werkbezoeken en het helpen zoeken naar artsen, verpleegkundigen en doktersassistentes die de vragenlijsten wilden afnemen. Als laatste wil ik de mensen bedanken die hebben meegewerkt aan de vragenlijsten en de mensen die ons te woord hebben gestaan bij de werkbezoeken.

Enschede, 5 oktober 2006
Martine Fledderus

1. Inleiding

Artsen en verpleegkundigen werken al jaren samen op allerlei gebieden in de Nederlandse gezondheidszorg. De afgelopen jaren hebben verschuivingen plaatsgevonden van de functies en taken tussen deze beroepsgroepen. Zo is in 1997 een nieuwe opleiding voor verpleegkundigen, Advanced Nursing Practice (ANP) gestart. Verpleegkundigen met deze opleiding, Nurse Practitioners (NP's), kunnen diverse taken van de arts overnemen. In 2005 is de werkgroep ANP opgericht vanuit de drie thuiszorginstellingen van de regio Twente en de GGD Regio Twente om meer kennis te krijgen over de inzet van verpleegkundigen met een opleiding ANP in de jeugdgezondheidszorg. Inzet van een NP bij de jeugdgezondheidszorg is in Twente nog niet voorgekomen.

De inzet van een NP heeft voor een groot deel te maken met taakverschuivingen in de curatieve zorg. De meeste afgestudeerden werken nu in ziekenhuizen. Doel van het onderzoek is om de toegevoegde waarde van een Nurse Practitioner te onderzoeken met betrekking tot de taakverdeling in de preventieve zorg. Aanleiding om hier onderzoek naar te doen is het feit dat er nog weinig resultaten bekend zijn over het inzetten van deze opgeleide verpleegkundigen in de preventieve jeugdgezondheidszorg. Alleen bij de Jeugdgezondheidszorg Almere is een NP aan de slag en bij de Jeugdgezondheidszorg Groningen zijn op dit moment experimentele onderzoeken. Twente wil graag deze tendens volgen om meer kennis op het gebied van NP's te krijgen.

In de regio Twente vragen verpleegkundigen van de instellingen of ze de opleiding ANP mogen volgen als een verdere professionalisering van hun beroep en voor hun persoonlijke ontplooiingsmogelijkheden. Hierbij is het belangrijk om te onderzoeken of de opleiding een toegevoegde waarde met betrekking tot de taakverdeling kan hebben voor de jeugdgezondheidszorg in Twente. Daarbij is het tevens van belang om te onderzoeken wat de toegevoegde waarde van een NP is, omdat de jeugdgezondheidszorg in de toekomst misschien te maken krijgt met een tekort aan artsen.

Het einddoel van de werkgroep is om voor de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar in Twente de mogelijkheid en wenselijkheid van de inzet van NP en de taakherschikking te onderzoeken, zodat door het management strategische keuzes kunnen worden gemaakt. Uitgangspunt hierbij is dat er draagvlak ontstaat bij de werknemers en het management.

De opbouw van dit verslag is als volgt. In hoofdstuk 2 worden de probleemstelling, de onderzoeksvragen en de methodiek uitgewerkt. In de daaropvolgende hoofdstukken worden de resultaten van literatuur- en veldonderzoek beschreven naar de inhoud van de opleiding (hoofdstuk 3), de huidige taakverdeling van de JGZ 0-19 jaar (hoofdstuk 4), de inzet van een NP in de JGZ (hoofdstuk 5) en de opvattingen in het veld (hoofdstuk 6). In hoofdstuk 7 worden de onderzoeksresultaten besproken, waarna in hoofdstuk 8 conclusies worden getrokken en in hoofdstuk 9 enkele aanbevelingen worden gedaan.

2. Probleemstelling

Bij het opstellen van de hoofdvraag is uitgegaan van de wensen van de werkgroep ANP. In overleg met de werkgroep is bepaald welke onderdelen ik moest onderzoeken. In hoofdstuk 2.1 wordt de opdracht besproken zoals die is voorgelegd door de werkgroep. In hoofdstuk 2.2 wordt de onderzoeksvraag geformuleerd met de bijbehorende deelvragen. In hoofdstuk 2.3 worden de methoden en technieken van dit onderzoek behandeld.

2.1 De opdracht

Bij het opstellen van de onderzoeksvraag is uitgegaan van de opdrachtomschrijving van de werkgroep ANP. Voor de opdracht die de werkgroep uitvoert, zijn verschillende punten opgesteld die moeten worden onderzocht. De onderstaande punten werden aan mij voorgelegd.

- Beschrijf de voorwaarden en toelatingscriteria voor het volgen van deze opleiding.
- Beschrijf de studielast van de opleiding.
- Onderzoek de toegevoegde waarde van de NP binnen de JGZ.
- Schets een organisatieplaatje en bijbehorende werkwijzen, waarin taken en verantwoordelijkheden van zowel de Nurse Practitioner, als de consultatiebureauarts, de ouder- en kindzorg verpleegkundige, consultatiebureauassistente, jeugdarts, jeugdverpleegkundige en doktersassistente zijn benoemd.
- Leg contact met de Thuiszorg in Groningen en Almere. De werkgroep laat zich informeren over de ervaringen van deze organisaties.

De werkgroep heeft andere punten van het onderzoek op zich genomen. Zij onderzoeken de financiële consequenties van het inzetten van een NP in de JGZ. Daarnaast onderzoekt de werkgroep de consequenties voor de ouders/cliënten als een NP wordt ingezet in de jeugdgezondheidszorg. Deze punten zijn niet opgenomen in dit onderzoek.

2.2 De onderzoeksvragen

Bij dit onderzoek heb ik mij gericht op de taakverdeling tussen de professionals in de jeugdgezondheidszorg. Er wordt onderzocht welke toegevoegde waarde een NP kan hebben in de organisatie met betrekking tot de taakverdeling. Met toegevoegde waarde wordt bedoeld wat de meerwaarde van de nieuwe discipline zal worden als hij wordt ingevoerd bij de afdeling jeugdgezondheidszorg ten opzichte van de huidige situatie. Hierbij wordt voornamelijk gekeken naar de taken en verantwoordelijkheden van de NP en hoe dit mogelijk de taakverdeling in de jeugdgezondheidszorg verandert. Er zal worden onderzocht of de NP bij de huidige taakverdeling taken kan vervullen, overnemen en verbeteren. Hierbij zal vooral worden gekeken of het mogelijk en wenselijk is. Op basis hiervan is de onderzoeksvraag als volgt:

Wat is de toegevoegde waarde van de inzet van een Nurse Practitioner met betrekking tot de taakverdeling in de jeugdgezondheidszorg in de regio Twente?

De onderzoeksvraag is uitgewerkt in verschillende deelvragen:

1. Wat houdt de opleiding Advanced Nursing Practice in?
 - *Wat zijn de eisen voor de opleiding?*
 - *Wat is de studielast?*
2. Wat is de huidige taakverdeling bij de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar in Twente?
 - *Welke (wettelijke) taken heeft de jeugdgezondheidszorg?*
 - *Wat zijn de taken en verantwoordelijkheden van de consultatiebureauarts, de ouder- en kindzorg verpleegkundige, de consultatiebureauassistente, de jeugdarts, de jeugdverpleegkundige en de doktersassistente in de huidige situatie?*

- *Hoe werken deze professionals met elkaar samen?*
3. Welke taken en verantwoordelijkheden kan de NP vervullen in de jeugdgezondheidszorg?
- *Welke taken kan de NP invullen op basis van de genoten opleiding?*
 - *Hoe verandert dat de huidige situatie?*
 - *Welke voordelen en nadelen zijn hieraan verbonden?*
4. Wat zijn de opvattingen van de actoren die te maken hebben met de NP met betrekking tot de taakverdeling?
5. Kan een NP een bijdrage leveren aan de invulling van de taken van de jeugdgezondheidszorg in de regio Twente?
- *Wat vinden de professionals van de JGZ in de regio Twente van de huidige taakverdeling?*
 - *Wat vinden de professionals van de JGZ in de regio Twente van de opleiding ANP?*
 - *Welke taken kan een NP volgens de professionals wel of niet vervullen, overnemen of verbeteren?*
6. In hoeverre kan een NP worden ingevoerd in de JGZ in de regio Twente?
- *Is het mogelijk om een NP in te voeren?*
 - *Is het wenselijk om een NP in te voeren?*

2.3 Methoden van onderzoek

De onderzoeksvariabele of de te beschrijven variabele bij dit onderzoek is de toegevoegde waarde met betrekking tot de taakverdeling. Het interne onderzoeksdoel is kennis op zichzelf te verzamelen. De methode die hierbij wordt gebruikt is een literatuurstudie. Om kennis te verkrijgen is het belangrijk om eerst een goed beeld te krijgen wat het begrip Nurse Practitioner inhoudt, om vervolgens de toegevoegde waarde te bepalen. Dit zal worden bepaald aan de hand van een analyse van de inhoud en de eisen van de opleiding ANP. Daarna zal een beeld worden geschetst van de huidige situatie van de jeugdgezondheidszorg in Twente. Vervolgens wordt gekeken wat de NP in de jeugdgezondheidszorg betekent en ten slotte wordt een overzicht gegeven van de opvattingen van de actoren die te maken hebben met de NP met betrekking tot de taakverdeling. Dit wordt behandeld in de deelvragen 1 tot en met 4.

Het tweede deel van het onderzoek bestaat uit resultaten van vragenlijsten. Er zijn vragenlijsten gestuurd naar de professionals in de jeugdgezondheidszorg Twente. Het doel van de vragenlijsten is om een beeld te krijgen hoe de professionals denken over de inzet van een NP en hoe deze mogelijk zou moeten plaatsvinden in de JGZ. De analyse-eenheid in dit onderzoek is de jeugdgezondheidszorg in de regio Twente. Het domein van de JGZ in de regio Twente is bepaald aan de hand van vier zorginstellingen. De waarnemingseenheden die ik hierbij heb gebruikt zijn de verschillende professionals die er werken, zoals de consultatiebureauarts, de ouder- kindzorgverpleegkundige, de consultatiebureauassistente, de jeugdarts, de jeugdverpleegkundige en de doktersassistente. Vanuit elke thuiszorginstelling in Twente hebben 3 consultatiebureauarts en 3 ouder-kindzorgverpleegkundigen de vragenlijst ingevuld (in totaal 18 vragenlijsten). Vanuit de GGD Regio Twente hebben 2 doktersassistenten, 3 jeugdverpleegkundigen en 3 jeugdartsen de vragenlijst ingevuld. Omdat het om een klein aantal gaat, moet het worden beschouwd als een kwalitatief onderzoek. De resultaten worden verwerkt in de deelvraag 5. Bij de conclusie zal worden geprobeerd om deelvraag 6 te beantwoorden om vervolgens te komen tot een antwoord op de onderzoeksvraag.

Verder is informatie verzameld aan de hand van werkbezoeken in de jeugdgezondheidszorg in Groningen en Almere waarbij de betrokken personen zijn geïnterviewd. Ook is een bezoek gebracht aan een consultatiebureau om een indruk te krijgen hoe het in de praktijk werkt.

Bij het onderzoek ben ik niet bevooroordeeld met betrekking tot de inzet van NP met een positief of negatief standpunt. Ik heb getracht als een soort deskundige op het gebied van de volksgezondheid een beeld neer te zetten over de NP en de taakverdeling en daarbij de negatieve en positieve kanten te belichten. In dit onderzoek is niet de financiële kant of de beleidskant meegenomen. Er is voornamelijk uitgegaan van de opvattingen die in het veld leven, door te kijken naar de actoren en de uitvoerders van de JGZ. Ik schrijf dit onderzoek voor de werkgroep ANP, zodat zij een helder overzicht hebben over dit onderwerp en alle factoren die erbij horen. Het onderzoek is ook van belang voor het management van de instellingen, omdat zij uiteindelijk besluiten over eventuele innovaties in de jeugdgezondheidszorg. Daarom is ervoor gekozen om uitgebreid de jeugdgezondheidszorg en de taken van de verschillende professionals te behandelen, zodat dit verslag ook toegankelijk is voor het management.

3. Wat houdt de opleiding Advanced Nursing Practice in?

3.1 Het ontstaan van Advanced Nursing Practice

Het begrip “Nurse Practitioner” is in de Verenigde Staten en Canada in de jaren zestig en zeventig ontstaan.¹ Daar werden de verpleegkundigen ingezet met Advanced Nursing Practice functies. Dit kwam door een tekort aan artsen, vooral op het gebied van de publieke gezondheidszorg. Hierdoor gingen de verpleegkundigen hun eigen werkveld steeds meer verleggen naar het medische domein. Ze kregen een grotere zelfstandigheid om het tekort aan artsen te compenseren. Ook in Zuid-Afrika en Engeland waren deze ontwikkelingen een tijd aan de gang. Nederland volgde enige tijd later. In 1996 deed minister Borst van het ministerie van Volksgezondheid, Sport en Welzijn het voorstel om verpleegkundigen meer taken van artsen te laten overnemen. Hierdoor ontstond discussie over de professionalisering in de zorg, dit had te maken met de taakherschikking. Taakherschikking betekent een structurele herverdeling van taken tussen verschillende beroepen. Door de taakherschikking werden nieuwe eisen gesteld aan de deskundigheid van en de taakverdeling tussen zorgprofessionals.² Daarbij onderging de gezondheidszorg verschillende ontwikkelingen, waardoor het verpleegkundig domein veranderde.

Ten eerste veranderde de zorgvraag. De zorgvraag veranderde door de dubbele vergrijzing, de mondiger wordende cliënt/patiënt, de groei van medisch-technische mogelijkheden en de transmuralisering. Transmuralisering houdt in dat zorg als het ware wordt getransporteerd naar een andere plaats of zorgverlener. Zorg hoeft niet per se verleend te worden in de zorginstelling. Hierdoor regelt de zorg zich meer rond de ziekte/behoefte van de patiënt.³ Ook werd de gezondheidszorg anders door de toenemende ethische vraagstukken en het stijgende aantal migranten.

Ten tweede veranderde het zorgaanbod op de arbeidsmarkt. Er heerste een dreigend artsentekort en er was sprake van een uitstroom van verpleegkundigen. De meest genoemde redenen voor de uitstroom van verpleegkundigen waren het gebrek aan loopbaanperspectief, tekort aan ontplooiingskansen, onderwaardering (financieel) en te weinig mogelijkheden voor opleiding en vorming. Het toenemende tekort van artsen kwam doordat steeds meer mensen parttime wilden werken en door de toename van vrouwen in het medische beroep. Hierdoor kreeg de verpleegkundige de kans om zijn domein verder uit te breiden. Daarnaast was er een verandering op het gebied van professionalisering van de verpleegkundige beroepsgroep. Als laatste waren er nog veranderingen in de wetgeving door onder andere de invoering van de Wet op de beroepen in de individuele gezondheidszorg (Wet BIG) en de vernieuwingen binnen het onderwijs. Door al deze veranderingen in de gezondheidszorg werd meer geëxperimenteerd met de deskundigheid, het verbreden en het uitdiepen van het terrein van de verpleegkunde.⁴ Door bovengenoemde ontwikkelingen in de gezondheidszorg was de overheid genoodzaakt om een nieuwe opleiding in het leven te roepen die hierop inspeelde. Zo ontstond in 1997 de eerste mogelijkheid voor de opleiding Advanced Nursing Practice bij de Hanze Hogeschool in Groningen.⁵ Inmiddels zijn er door het hele land meer mogelijkheden om deze opleiding te volgen en is de opleiding erkend volgens de Nederlandse wet.

3.2 De eisen van de opleiding ANP

Om de opleiding Advanced Nursing Practice te volgen, moet worden voldaan aan verschillende eisen voordat kan worden gestart. ANP is een masteropleiding. Als voorkennis moet de student beschikken

¹ Winkel-Veninga, A. & A. Bakker (2005) *Werkdocument, Nurse practitioner <-> cb-arts op het consultatiebureau*, Groningen, p. 3

² <http://www.hanze.nl/Hanzeconnect/Opleidingen+en+cursussen/Masteropleidingen+Graduate+School/Master+Advanced+Nursing+Practice/Masterstopleiding+Advanced+Nursing+Practice+in+detail.htm>, 26-04-2006

³ Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (2001) *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*, Het Spectrum, Utrecht, p. 180

⁴ Portengen, J. e.a. (1999) *Advanced Nursing Practice. Een studie. Actief naar Perspectief*, Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging, Utrecht, pp. 11-14

⁵ Winkel-Veninga, A. & A. Bakker (2005) *Werkdocument, Nurse practitioner <-> cb-arts op het consultatiebureau*, Groningen, p. 3

over een bachelordiploma HBO Verpleegkunde. Dit moet geregistreerd staan in artikel drie van de Wet BIG. In deze wet staan alle verpleegkundigen geregistreerd die wettelijk bevoegd zijn om hun beroep in de individuele gezondheidszorg uit te oefenen omdat ze hebben voldaan aan de wettelijke opleidingseisen.⁶ Daarnaast is werkervaring verplicht in de gezondheidszorg. Hoeveel jaren werkervaring verschilt per hogeschool en ligt tussen de twee en vier jaar.⁷ Als laatste moet er voldoende kennis van de Nederlandse en Engelse taal zijn om de vakliteratuur te begrijpen. De opleiding duurt twee jaar en is duaal, wat inhoudt dat er tegelijkertijd wordt gewerkt en geleerd. De tijdsbesteding van de opleiding verschilt per hogeschool tussen de 20 en 35 uur per week, waarbij de uren worden onderverdeeld tussen de school en de werkomgeving.^{8 9} De student werkt meestal in de werkomgeving waar hij al ervaring heeft. Na deze opleiding mogen de afstudeerders de titel Master Advanced Nursing Practice voeren. De opleiding ANP is geaccrediteerd door de Nederlands-Vlaamse Accreditatie Organisatie. Sinds 2004 wordt de opleiding gefinancierd door het ministerie van Volksgezondheid, Sport en Welzijn en het ministerie van Onderwijs, Cultuur en Wetenschap.¹⁰

3.3 De opleiding ANP

De opleiding ANP houdt in dat studenten leren te werken op het overgangsgedebied van het medische en verpleegkundige domein en breed te kijken vanuit gezondheidsproblemen.¹¹ De opleiding streeft er naar om studenten op te leiden tot vooruitstrevende, hoogopgeleide verpleegkundigen, de Nurse Practitioners. Verpleegkundigen met deze opleiding kunnen hierdoor sommige taken van de arts overnemen. Zij moeten op een wetenschappelijke verantwoorde wijze een bijdrage leveren aan een zo best mogelijke praktijkvoering, ook wel best practice genoemd. Hiermee wordt bijvoorbeeld bedoeld dat de NP's nieuwe behandelingsprogramma's vanuit wetenschappelijk onderzoek kunnen onderbouwen. Ook moeten ze kunnen onderzoeken wat het effect is van de handelingen in de praktijk. De opleiding ANP kan op verschillende Hogescholen worden gevolgd. Per school verschilt het curriculum. De opleiding kan worden gevolgd bij de Fontys University of applied sciences, Stichting Hogeschool Leiden, Hanzehogeschool Groningen, Hogeschool INHOLLAND, Hogeschool Rotterdam, Hogeschool Utrecht, Saxion Hogeschool Enschede, Hogeschool Zuyd en Hogeschool Arnhem en Nijmegen.¹²

De Raad van het HBO heeft een landelijk opleidingsprofiel opgesteld. Dit profiel geeft weer welke competenties afgestudeerde NP's moeten hebben. De opleidingen van de verschillende hogescholen werken dan aan een verdere ontwikkeling van het opleidingsprofiel. De competenties die de Raad stelt waarover de afgestudeerden moeten beschikken om kwalitatieve patiëntenzorg te leveren, zijn onderverdeeld in drie gebieden. De gebieden zijn patiëntenzorg, samenwerking en kwaliteitsbeleid.¹³ In bijlage 1 staan de taken die de afgestudeerden moeten kunnen vervullen na het afronden van de opleiding. De hogescholen moeten voldoen aan deze competenties en kunnen de opleiding verder zelf invullen.

Het Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging heeft daarom geprobeerd om een landelijk concept te geven voor ANP. Zij probeert hiermee meer helderheid te krijgen over deze opleiding. Daardoor is in 1998 een Platform Advanced Nursing Practice ontstaan dat vanuit drie verschillende perspectieven

⁶ <http://www.bigregister.nl/ned/index.html>, 26-04-2006

⁷ <http://www.hanze.nl/Hanzeconnect/Opleidingen+en+cursussen/Masteropleidingen+Graduate+School/Master+Advanced+Nursing+Practice/Praktische+informatie+masteropleiding+Advanced+Nursing+Practice.htm>, 27-04-2006

⁸ <http://www.hu.nl/NR/rdonlyres/0F046E1B-7509-4766-83A3-6BF3B22A269/4355/infobrochurezorginstellingenANPfebruari2006.pdf>, 27-04-2006

⁹ <http://www.hanze.nl/Hanzeconnect/Opleidingen+en+cursussen/Masteropleidingen+Graduate+School/Master+Advanced+Nursing+Practice/Praktische+informatie+masteropleiding+Advanced+Nursing+Practice.htm>, 27-04-2006

¹⁰ <http://www.minocw.nl/factsheets/359#A771>, 27-04-2006

¹¹ Landelijk opleidingsoverleg MANP en PA HBO-raad, 2006, folder

¹² <http://www.theofficialmasterguide.nl/nl/doc.phtml?p=Opleidingen+Gezondheidszorg>, 27-04-2006

¹³ <http://www.hbo-raad.nl/?i=576&t=doc>, 28-04-2006

aankijkt tegen de opleiding: beroepsinhoudelijk, onderwijskundig en wetenschappelijk. Zij geven voor ANP de volgende definitie:

*“Advanced Nursing Practice is een verpleegkundige praktijkvoering waarin academische competenties zijn geïntegreerd. Advanced Nursing Practice wordt verleend door de Advanced Practice Nurse. De Advanced Practice Nurse combineert als verpleegkundige verschillende rollen (of beroepscompetenties) namelijk zorgverlening op expert-niveau, consulentschap, deskundigheidsbevordering, onderzoek en verpleegkundig leiderschap. In de praktijk kan de verhouding tussen de rollen leiden tot verschillende functies”.*¹⁴

Omdat deze bacheloropdracht over de regio Twente gaat, zal worden gekeken naar de opleiding ANP op de Saxion Hogeschool Enschede. Daarnaast zal gekeken worden naar de Hogeschool Groningen, aangezien in Groningen een onderzoek is gedaan naar ANP. Als laatste zal worden gekeken naar de Hogeschool Utrecht omdat bij deze school een speciale module Jeugdgezondheidszorg wordt aangeboden, waarbij de inhoud wordt ingevuld door het werkveld.¹⁵ Bij de andere hogescholen is geen speciale module Jeugdgezondheidszorg. Daar wordt de module ontwikkeld in samenspraak met de JGZ-medewerker die de opleiding vanuit de afdeling jeugdgezondheidszorg volgt. Het werkveld, in dit geval dus jeugdgezondheidszorg, moet namelijk zelf aangeven wat moet worden geleerd.

3.4 Opleiding ANP Saxion Hogeschool Enschede

De opleiding wordt in Enschede gegeven in samenwerking met de Hogeschool Arnhem-Nijmegen. Er moet zijn voldaan aan minimaal twee jaar relevante werkervaring. De opleiding sluit aan bij de ontwikkeling dat taken van de arts steeds meer worden overgenomen door andere disciplines.¹⁶ Bij de opleiding staat de kwaliteit van de patiëntenzorg centraal in de praktijkgerichte en beroepsspecifieke opleiding. Het is gericht op meer specifieke medische kennis met betrekking tot patiëntencategorieën. De opleiding is onderverdeeld in acht modules. De eerste module is “zicht op Advanced Nursing Practice”. In deze module leert de student wat de rol van de NP is en hoe deze rol te plaatsen is in vergelijking met andere hulpverleners. Hij krijgt daarbij zicht op de theoretische kennis die hij nodig heeft om te functioneren als expert in de zorgverlening en als vakinhoudelijk leider. De tweede module is “geneeskundige vaardigheden”. Hierbij krijgt de student kennis over onder andere de meest voorkomende ziektebeelden en het afnemen van anamnese bij patiënten. Bij een anamnese wordt aan de patiënt gevraagd wat hij kan vertellen over de voorgeschiedenis van zijn ziekte/klachten. De derde module gaat over “educatie, consultatie en empowerment”. Hierin leert de student onder andere over patiëntenvoorlichting en gesprekken. Bij de vierde module “verdieping” neemt de student een medische anamnese af en geeft daarbij aan welke onderzoeken moeten worden uitgevoerd. Daarna moet de student een scriptie schrijven over een analyse van een veel voorkomende patiëntensituatie in eigen setting. Bij de vijfde module “evidence based practice” schrijft de student een onderzoeksvoorstel, waarbij verschillende statistische methoden en technieken moeten worden toegepast. Bij de zesde module “kwaliteit en innovatie” leert de student over kwaliteitsbeleid, kwaliteitszorg en implementatiestrategieën. De zevende module “praktijkleren” is er op gericht dat de student in staat is om adequaat te handelen op het niveau van Advanced Nursing Practice. De laatste module is de “afstudeermodule”, ofwel de meesterproef. Hier moet de student een praktijkgericht onderzoek in eigen setting uitvoeren onder begeleiding van een docent.

De taken die de Nurse Practitioner uiteindelijk heeft zijn:

- *“functioneren als expert voor een specifieke patiënten categorie;*
- *op basis van anamnese lichamelijk onderzoek verrichten;*
- *met de patiënt een behandelplan opstellen en zonodig de daarbij behorende specifieke medische/verpleegkundige vaardigheden verrichten;*
- *werken vanuit het principe Evidence Based Practice;*

¹⁴ Portengen, J. e.a. (1999) *Advanced Nursing Practice. Een studie. Actief naar Perspectief*, Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging, Utrecht, p.27

¹⁵

<http://www.hu.nl/OpleidingenMasters/Master+Advanced+Nursing+Practice/Meer+over+deze+master/De+opleiding.htm>, 27-04-2006

¹⁶ <http://www.saxion.nl/manp/deeltijd/enschede/kort>, 28-04-2006

- *praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek verrichten;*
- *zorgbeleid en zorgprogramma's ontwikkelen binnen een totale zorgketen;*
- *(multi)professionele kwaliteitszorg bevorderen, o.a. door coaching van andere hulpverleners.*" ¹⁷

3.5 Opleiding ANP Hogeschool Groningen

In Groningen moet de student vooraf aan de opleiding minstens vier jaar werkervaring hebben in de directe patiëntenzorg. Zij stellen de belangrijkste rol van een Nurse Practitioner als een expert in de patiëntenzorg, ook wel een klinisch expert wat gelijk is aan de belangrijkste rol van de arts. Daarom maakt de NP gebruik van dezelfde rollen die een arts vervult, namelijk die van een communicator, onderzoeker, belangenbehartiger, manager, teamwerker en professional. Deze opleiding is gericht op het verwerven van competenties van deze beroepsrollen. De NP wordt opgeleid voor een specialisatie in een bepaalde patiëntencategorie. Iedere rol bestaat uit een algemeen en specifiek deel. Het algemeen deel wordt geleerd via het onderwijs. In het specifieke deel wordt kennis vergaard door middel van de praktijk. De modules van deze opleiding gaan per beroepsrol. Bij de module klinische expert staan de gezondheidsproblemen van de patiënten centraal, waarbij onderzoeksinstrumenten worden geleerd en toegepast. Bij de rol van communicator worden vaardigheden geleerd voor de communicatie met de patiënt. Bij de rol teamwerker leert de student hoe hij moet samenwerken met andere zorgverleners. Als manager leert de student hoe alles zo effectief mogelijk kan worden ingezet, zodat er doeltreffend kan worden gewerkt. Bijvoorbeeld door het inzetten van informatietechnologie. Bij de rol belangenbehartiging wordt geleerd wat de bepalende gezondheidsfactoren zijn voor de patiënt, waarbij ook wordt gekeken naar de belangen van de patiënt. Als onderzoeker wordt geleerd om bij te dragen aan het ontwikkelen van nieuwe kennis en het bijhouden van kennis. Als professional wordt de student geacht om de hoogste kwaliteit zorg te leveren, waarbij er respect is voor medische, juridische en professionele verplichtingen die er zijn in de organisatie.¹⁸

3.6 Opleiding ANP Hogeschool Utrecht

De opleiding ANP aan de Hogeschool Utrecht geeft als voorwaarde minstens twee jaar werkervaring in de directe gezondheidszorg. Bij deze opleiding wordt gekeken welke functies en taken de NP moet gaan vervullen in de zorginstelling of afdelingen. In ieder geval bestaat de opleiding uit drie competenties, namelijk patiëntenzorg (cure en care), kwaliteitszorg en kwaliteitsbeleid en multidisciplinaire samenwerking in de organisatie. Deze opleiding van de Hogeschool Utrecht gaat uit van de taakherschikking tussen de taken van de arts en de NP. Het medisch afdelingshoofd van de instelling waar de NP gaat werken, moet daarom wel de taakherschikking ondersteunen. In overleg met de medisch specialisten, worden dan de taken van de NP vastgesteld. Vanuit hier wordt een opleidingsplan opgesteld. Er wordt hierbij rekening gehouden dat de opleiding eerst moet worden geïntroduceerd in de organisatie en het management. De Hogeschool helpt als het nodig is met het informeren over de opleiding, wat de doelen en taken zijn van de NP. De student leert zo op zijn eigen afdeling, binnen het eigen specialisme.¹⁹ Het is de bedoeling dat de opleiding gebaseerd is op best practice. Deze praktijkvoering is gebaseerd op resultaten van verplegingswetenschappelijk onderzoek (evidence based). De student moet kiezen uit verschillende differentiaties, waaronder Kraam-, Kind,- en Jeugdzorg. Daarnaast is het mogelijk om bij deze opleiding een keuzemodule te doen op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Deze module is op dit moment nog in ontwikkeling.²⁰

¹⁷ Informatiefolder (2006), Saxion Enschede

¹⁸ <http://www.hanze.nl/Hanzeconnect/Opleidingen+en+cursussen/Masteropleidingen+Graduate+School/Master+Advanced+Nursing+Practice/Masterstopleiding+Advanced+Nursing+Practice+in+detail.htm>, 28-04-2006

¹⁹ <http://www.hu.nl/NR/rdonlyres/0F046E1B-7509-4766-83A3-56BF3B22A269/4355/infobrochurezorginstellingenANPfebruari2006.pdf>, 28-04-2006

²⁰

<http://www.hu.nl/OpleidingenMasters/Master+Advanced+Nursing+Practice/Meer+over+deze+master/De+opleiding.htm>, 28-04-2006

4. Wat is de huidige taakverdeling bij de jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar in Twente?

4.1 Wat houdt de jeugdgezondheidszorg in?

De jeugdgezondheidszorg behoort tot de openbare gezondheidszorg. De jeugdgezondheidszorg heeft als doel het bevorderen, beschermen en beveiligen van de lichamelijke, cognitieve, sociale en geestelijke gezondheid en de ontwikkeling van alle kinderen en jeugdigen.²¹ Er wordt geprobeerd om de gezondheidsverschillen zo klein mogelijk te houden en mogelijk te verkleinen. Daarbij wordt gestreefd om iedereen gelijke kansen te bieden op het gebied van de gezondheid. De jeugdgezondheidszorg richt zich op de leeftijdsgroep 0 tot 19 jaar, de ouders van deze kinderen en jeugdigen. De groep bestaat uit ongeveer vier miljoen 0 tot 19 jarigen in Nederland. Daarnaast kan de jeugdgezondheidszorg zich richten op intermediaire doelgroepen, zoals scholen en gemeenten. De volgende activiteiten behoren tot het gebied van de jeugdgezondheidszorg:

- *“het verschaffen van inzicht in de gezondheidstoestand van de jeugd;*
- *het opsporen van bepaalde ziektes of het voorkomen daarvan middels screening en vaccinaties;*
- *het afstemmen van de zorgverlening op de zorgbehoefte;*
- *het bevorderen van gezond gedrag;*
- *het onderkennen van gezondheidsbedreigende factoren in de fysieke en sociale omgeving en het leveren van een bijdrage aan de vermindering en uitschakeling daarvan.”*²²

De jeugdgezondheidszorg is gericht op primaire en secundaire preventie. Het voorkomen van ziektes, zoals infectieziekten, behoort tot de primaire preventie. Hierbij wordt geprobeerd om te voorkomen dat er een ziekte ontstaat. Bij secundaire preventie wordt geprobeerd om gezondheidsproblemen in een vroeg stadium te ontdekken, zodat er maatregelen kunnen worden getroffen om het niet erger te laten worden. Hierbij hoort bijvoorbeeld het onderzoeken van de taal- en spraakontwikkeling van het kind.²³

Sinds 1 januari 2003 is het beleid met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg veranderd. Er is nu een integrale jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 19 jarigen. Dit betekent dat de bestaande splitsing tussen 0-4 jaar en 4-19 jaar is komen te vervallen. De zorg van 0-4 jaar wordt uitgevoerd door thuiszorginstellingen en de zorg van 4-19 jaar door GGD'en. In Twente wordt momenteel toegewerkt naar een JGZ 0-19 jaar. De taken die de jeugdgezondheidszorg moet uitvoeren zijn wettelijk vastgelegd in het Basistakenpakket. In dit pakket staan de taken van de openbare gezondheidszorg vastgelegd voor 0 tot 19 jarigen.²⁴ Het ministerie van VWS heeft het ondergebracht in een schema wat te vinden is in bijlage 2.

Het Basistakenpakket bestaat uit twee delen, een uniform deel en een maatwerkdeel. Het uniforme deel bestaat uit producten die gevraagd en ongevraagd op gestandaardiseerde wijze aan alle kinderen en jeugdigen van een bepaalde leeftijd minimaal moeten worden aangeboden.²⁵ Dit houdt in dat zorg wordt aangeboden aan elk kind, zoals vaccinaties. Het maatwerkdeel moet ook worden aangeboden, maar de gemeenten zijn vrij om in te vullen hoe en in welke mate ze de maatwerkproducten aanbieden. Zo kunnen zij het aanbod afstemmen op de lokale zorgbehoefte.²⁶ Zij moeten ramen welke

²¹ Boudewijnse, H.B. e.a. (2005) *Nederlands Leerboek, Jeugdgezondheidszorg, Deel A organisatie*, Koninklijke van Gorcum, Assen, p. 1

²² http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2391n20930.html, 02-05-2006

²³ Boudewijnse, H.B. e.a. (2005) *Nederlands Leerboek, Jeugdgezondheidszorg, Deel A organisatie*, Koninklijke van Gorcum, Assen, pp. 2,3

²⁴ http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3351n20930.html, 02-05-2006

²⁵ Mast, J. & A. Pool (2005) *Competentieprofiel voor jeugdverpleegkundige in de Jeugdgezondheidszorg (0-19)*, NIZW Zorg, Utrecht, pp. 10, 11

²⁶ <http://www.platformjgz.nl/blobs/regeling-4531.rtf>, 02-05-2006

zorgverlening op maat nodig is en welke risicogroepgerichte zorg nodig is, zodat bijvoorbeeld een bepaalde risicogroep meer voorlichting krijgt.^{27,28} De thuiszorginstellingen en de GGD'en voeren onder regie van de gemeente de taken uit. Het Basistakenpakket bestaat uit de volgende productgroepen:

1. *“monitoring en signalering;*
2. *inschatten zorgbehoefte,;*
3. *screeningen en vaccinatie;*
4. *voorlichting, advies, instructie en begeleiding;*
5. *beïnvloeden van gezondheidsbedreigingen;*
6. *zorgsysteem, netwerken, overleg en samenwerking.”*²⁹

De productgroepen zijn individueel en populatiegericht. Per productgroep zijn verschillende producten omschreven, die dan onderverdeeld zijn in een uniform deel en een maatwerkdeel. De producten bestaan uit activiteiten die in beginsel in protocollen, standaarden en collegiale afspraken worden beschreven.³⁰

4.2 Actoren op het gebied van de jeugdgezondheidszorg

4.2.1 Ministerie van VWS

Bij de jeugdgezondheidszorg zijn verschillende actoren van belang. Ten eerste het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Dit is als hoogste orgaan verantwoordelijk voor het beleid en de wetgeving op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Het Basistakenpakket dat het ministerie heeft opgesteld, is vastgelegd in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) en het Besluit Jeugdgezondheidszorg. In de WCPV staan de taken die de gemeente moet uitvoeren ten aanzien van collectieve preventie voor de volksgezondheid. De gemeente zorgt voor de uitvoering van taken voor de jeugdgezondheidszorg. Dit zijn de volgende taken:

- *“verwerven van inzicht in de ontwikkelingen in de gezondheidstoestand van jeugdigen en van gezondheidsbevorderende en -bedreigende factoren;*
- *ramen van de behoefte aan zorg;*
- *vroegtijdige opsporing en preventie van een aantal specifieke stoornissen en het aanbieden van vaccinaties voortkomend uit het Rijksvaccinatieprogramma;*
- *geven van voorlichting, advies, instructie en begeleiding;*
- *formuleren van maatregelen ter beïnvloeding van gezondheidsbedreigingen.”*³¹

In het Besluit Jeugdgezondheidszorg staat een nadere uitwerking van de taken die de gemeenten moeten uitvoeren op het gebied van de jeugdgezondheidszorg.³² Het ministerie zorgt voor de wettelijke bepalingen van het financieren van de jeugdgezondheidszorg. Sinds 1 januari 2003 loopt de financiering via het Gemeentefonds en een Regeling specifieke uitkering (Rsu) van het Rijk.³³ Een ander onderdeel van het ministerie van VWS is de Inspectie voor de Gezondheid. Zij onderzoekt of de wet- en regelgeving van de overheid op het gebied van het voorkomen van ziektes en de zorgverlening aan zieken wordt uitgevoerd en nageleefd. Hierdoor wordt de kwaliteit van de

²⁷ <http://www.platformjgz.nl/platform%20jgz/het%20basistakenpakket>, 02-05-2006

²⁸ Boudewijnse, H.B. e.a. (2005) *Nederlands Leerboek, Jeugdgezondheidszorg, Deel A organisatie, Koninklijke van Gorcum, Assen*, pp. 62-65

²⁹ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002) *Het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar*, p. 6

³⁰ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002) *Het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar*, pp. 5-9

³¹ http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3135n20331.html, 02-05-2006

³² <http://www.platformjgz.nl/blobs/regeling-4531.rtf>, 02-05-2006

³³ http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2391n20930.html, 02-05-2006

jeugdgezondheidszorg in de gaten gehouden.³⁴ Als laatste zorgt de overheid voor het Rijksvaccinatieprogramma. Dit landelijke beleid zorgt ervoor dat kinderen worden gevaccineerd tegen gevaarlijke infectieziektes.³⁵

4.2.2 De gemeente

De gemeente heeft een belangrijke taak om het Basistakenpakket zo goed mogelijk uit te voeren. Zij is hiervoor verantwoordelijk en zij heeft als het ware de regie. De gemeente voert een lokaal gezondheidsbeleid uit dat ze specifiek kan aanpassen aan de zorgbehoefte van de kinderen en jeugdigen in de eigen gemeente door middel van het maatwerkdeel. De gemeente zal dus onderzoek moeten doen en bekijken waar zij het best op kan inspelen. Daarnaast moet de gemeente zorg dragen voor een goede afstemming tussen het zorgaanbod en de zorgvraag. Hierdoor zal de gemeente vaak met andere actoren die te maken hebben met de jeugdgezondheidszorg moeten overleggen, bijvoorbeeld met scholen, buurthuizen en peuterspeelzalen.³⁶

4.2.3 Overige actoren

Naast de overheid en de gemeente zijn er nog verschillende koepelorganisaties, instituten en beroepsverenigingen actief op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Als koepelorganisaties kunnen de Vereniging van Nederlandse Gemeenten, Landelijke Vereniging Entadministraties, ActiZ (organisatie van zorgondernemers) en de Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden worden genoemd. Als instituut kan het Rijksinstituut voor Volksgezondheid en Milieu worden genoemd. Beroepsverenigingen zijn de Artsen (vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland, de Landelijke Vereniging voor Wijkverpleegkundigen en de Landelijke Vereniging voor Sociaal Verpleegkundigen.³⁷

4.3 Zorginstellingen van de jeugdgezondheidszorg in Twente

4.3.1 Thuiszorg

De thuiszorg heeft als doel dat de mens zo lang en goed mogelijk thuis kan blijven wonen. De thuiszorg is een organisatie voor eerstelijnsgezondheidszorg. Dit betekent dat de zorg onder andere vrij toegankelijk is en in het midden van de doelgroep staat. De thuiszorg behoort tot de care(verzorging)-sector.³⁸ Het gaat voornamelijk om chronische zorg. De thuiszorg geeft hiervoor professionele hulp. Zij geeft op verschillende gebieden verzorging, bijvoorbeeld verpleging en/of persoonlijke en huishoudelijke verzorging. Daarnaast kan de thuiszorg ook voedingsvoorlichting en dieetadvies geven.³⁹ Thuiszorg wordt aangeboden door thuiszorginstellingen, verpleeghuizen en verzorgingshuizen.

Voor de jeugdgezondheidszorg zijn de thuiszorginstellingen van belang. Bij deze instellingen zijn de consultatiebureaus ondergebracht. Alle kinderen die in Nederland worden geboren, zo rond de 200.000 per jaar, gaan in principe naar het consultatiebureau. Er zijn meer dan 1400 consultatiebureaus in Nederland. In de regio Twente zijn drie thuiszorginstellingen; Thuiszorg Noord West Twente, Livio en Carint. Zij hebben op verschillende locaties consultatiebureaus. Bij het bureau wordt zorg volgens het Basistakenpakket aangeboden voor alle kinderen van 0 tot 4 jaar en hun ouders.⁴⁰ Het bezoeken van het consultatiebureau is gratis voor de ouders en wordt gefinancierd door

³⁴

<http://www.platformjgz.nl/wie%20doet%20wat%20in%20de%20jgz/overheid/Inspectie%20voor%20de%20gezondheidszorg>, 02-05-2006

³⁵ <http://www.rivm.nl/rvp/>, 02-05-2006

³⁶ Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002) *Het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar*, p. 7

³⁷ <http://www.platformjgz.nl/wie%20doet%20wat%20in%20de%20jgz>, 02-05-2006

³⁸ Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (2001) *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*, Het Spectrum, Utrecht, p. 109

³⁹ <http://www.thuiszorg.nl/index.php?item=159&z-org=1&mword=1>, 03-05-2006

⁴⁰ <http://www.jeugdgezondheidszorg.org/index.php?item=1>, 03-05-2006

het Gemeentefonds. Alleen het Rijksvaccinatieprogramma en de neonatale screening worden gefinancierd uit de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (AWBZ).⁴¹

4.3.2 GGD

De GGD staat voor Gemeentelijke Gezondheidsdienst. De GGD'en voeren in opdracht van de gemeentes verschillende taken uit in de openbare gezondheidszorg voor heel Nederland. Zij vervullen een belangrijk deel van de preventieve zorgtaken. In de WCPV staan de taken die de GGD moet uitvoeren, deze zijn voor elke GGD hetzelfde. Hierbij kan onderscheid worden gemaakt in algemene preventieve zorg, preventieve jeugdgezondheidszorg en bestrijding van specifieke (infectie)ziekten. Daarnaast kan de GGD per gemeente nog specifieke taken hebben. De GGD wordt gefinancierd door het Gemeentefonds.⁴²

In Twente heeft de GGD Regio Twente de afdeling Jeugdgezondheidszorg voor de leeftijd 4-19 jaar. Het werkgebied van de GGD bestaat uit 14 Twentse gemeenten. Tussen de thuiszorg en de GGD vindt een overdracht plaats van de 4 jarige kinderen. De zorg bij de GGD wordt gegeven door zogenaamde JGZ-teams. Een team is werkzaam binnen een eigen deelgebied van de regio en de scholen die daarbij verbonden zijn.

4.4 Professionals in de jeugdgezondheidszorg Twente

Om te onderzoeken wat een NP in de jeugdgezondheidszorg in Twente kan betekenen, zal eerst een organisatieplaatje bekend moeten zijn met de taken en verantwoordelijkheden die de professionals nu hebben. Bij de drie thuiszorginstellingen en de GGD regio Twente zijn verschillende professionals aan de slag om jeugdgezondheidszorg te verlenen. Bij de GGD regio Twente bestaat een JGZ-team uit drie professionals: de jeugdarts, de jeugdverpleegkundige en de doktersassistente. Bij de thuiszorginstellingen krijgen de ouders te maken met de consultatiebureauarts, de ouder- en kindzorg verpleegkundige en een consultatiebureauassistente. Bij de vragenlijsten aan de professionals is gevraagd welke taken en verantwoordelijkheden ze hebben. De taken van de arts en verpleegkundige zijn grotendeels gelijk bij de GGD en de thuiszorginstellingen met betrekking tot het primaire proces in de preventieve gezondheidszorg. De specifieke taken die de professionals hebben, onder andere tijdens de verschillende contactmomenten, worden hierna besproken evenals de taken van de doktersassistente en de consultatiebureauassistente.

4.4.1 Artsen en verpleegkundigen in de JGZ

De taken van een jeugdarts en jeugdverpleegkundige bestaan uit het zo vroeg mogelijk signaleren en opsporen van stoornissen bij een kind of jeugdige door middel van preventief gezondheidsonderzoek (PGO) en gerichte onderzoeken. Zij onderzoeken hierbij of er sprake is van ontwikkelings- en/of gezondheidsproblemen. Zij adviseren de ouders en de kinderen. Als een verwijzing nodig is, wordt het kind meestal doorverwezen naar de huisarts of naar Bureau Jeugdzorg. De arts en de verpleegkundige stimuleren allebei gezondheidsbevorderend gedrag bij de ouders in relatie tot het kind en bij de kinderen zelf. Zij proberen de ouders bewust te maken van wat gezondheid inhoudt en hoe zij hun kind zo gezond kunnen laten opgroeien en opvoeden.⁴³

De jeugdarts houdt zich voornamelijk bezig met het periodiek vaststellen en volgen van de ontwikkeling en de gezondheidstoestand van individuele kinderen en jeugdigen, groepen en daarbinnen nog weer van specifieke subgroepen met een verhoogd risico. Het gaat hierbij bijvoorbeeld over kinderen met allochtone ouders of ouders met drugsproblemen. De arts beoordeelt periodiek de lichamelijke toestand en de functieontwikkeling van het kind. Daarbij stelt de arts vast of

⁴¹ Boudewijnse, H.B. e.a. (2005) *Nederlands Leerboek, Jeugdgezondheidszorg, Deel A organisatie*, Koninklijke van Gorcum, Assen, p. 59

⁴² Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (2001) *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*, Het Spectrum, Utrecht, pp. 134 -136

⁴³ Boudewijnse, H.B. e.a. (2005) *Nederlands Leerboek, Jeugdgezondheidszorg, Deel A organisatie*, Koninklijke van Gorcum, Assen, pp. 65, 66

er sprake is van een contra-indicatie voor de inentingen. Hij beoordeelt of er sprake is van voedingsstoornissen. Ook zorgt de arts voor de schriftelijke verwijzing naar de huisarts/specialist.⁴⁴

De arts voert de medische handelingen uit. Onderzoek door de jeugdverpleegkundige heeft vooral te maken met de psychosociale gezondheid. Ook houdt de jeugdverpleegkundige zich bezig met gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO). Zij richt zich op probleemsignalering en –analyse en als er een probleem is, bepaalt zij of verpleegkundige interventie gewenst is. De verpleegkundige kan op huisbezoek gaan of een bezoek aan school brengen voor bijvoorbeeld voorlichting. Zij kan dan ook kijken naar de fysieke omgeving, bijvoorbeeld de veiligheid van het schoolgebouw. De verpleegkundige probeert zo te handelen dat er een evenwicht ontstaat tussen de behoeften van het kind en het vermogen van de ouders en het kind om daarin te voorzien. Er kan daarna worden gekeken of de verpleegkundige interventie heeft geholpen. De kerntaken van een jeugdverpleegkundige bestaan uit de onderstaande taken.⁴⁵

“De jeugdverpleegkundige:

- *volgt de gezondheid, groei, ontwikkeling van jeugdigen, selecteert risicogroepen en indiceert risicokinderen;*
- *signaleert potentiële of erfelijke bedreigingen in de groei en ontwikkeling van jeugdigen;*
- *schat in welke gevolgen deze bedreigingen hebben voor het individu, voor een specifieke doelgroep of voor de hele groep jeugdigen;*
- *past adequate interventies toe ter instandhouding of bevordering van de gezondheid van de jeugdigen;*
- *verwijst indien nodig naar anderen;*
- *is een belangrijke teamspeler in het hele netwerk rond kinderen en jeugdigen en coördineert de zorg.”*

De jeugdverpleegkundige vervult zo verschillende rollen met bepaalde competenties, namelijk die van de zorgverlener, regisseur, ontwerper, coach en beroepsbeoefenaar.⁴⁶

Zo ontstaat er een volgende taakverdeling tussen de twee professionals van het JGZ-team:

- *“jeugdarts: medische diagnostiek, psychomotorisch onderzoek, psychiatrie, vaccinatie(indicatie);*
- *jeugdverpleegkundige: probleemsignalering en – analyse, zorg en begeleiding, medische gedelegeerde taken.”*⁴⁷

4.4.2 Professionals bij de thuiszorg regio Twente

De professionals bij de thuiszorg begeleiden, ondersteunen en adviseren de ouders. Zij houden de lichamelijke, sociaal-emotionele en psychische ontwikkeling van het kind bij. Bij de geboorte van het kind gaat de OKZ-verpleegkundige op huisbezoek. Zij legt uit wat de JGZ inhoudt en hoe het consultatiebureau werkt. Op het bureau worden de ouders en het kind ontvangen door de consultatiebureauassistente. De taken van de consultatiebureauassistente bestaan uit het meten en wegen, het maken van afspraken met de ouders en het functioneren als gastvrouw. De CB-arts en de OKZ-verpleegkundige hebben een gezamenlijke verantwoordelijkheid voor het volgen van de ontwikkeling van het kind.⁴⁸ De arts richt zich meer op de medische kanten van de groei en ontwikkeling van kind. Maar de arts en de verpleegkundige hebben beiden kennis over verzorging,

⁴⁴ Boudewijnse, H.B. e.a. (2005) *Nederlands Leerboek, Jeugdgezondheidszorg, Deel A organisatie*, Koninklijke van Gorcum, Assen, p. 72

⁴⁵ Boudewijnse, H.B. e.a. (2005) *Nederlands Leerboek, Jeugdgezondheidszorg, Deel A organisatie*, Koninklijke van Gorcum, Assen, pp. 66, 67

⁴⁶ Mast, J. & A. Pool (2005) *Competentieprofiel voor jeugdverpleegkundige in de Jeugdgezondheidszorg (0-19)*, NIZW Zorg, Utrecht, p. 20

⁴⁷ Boudewijnse, H.B. e.a. (2005) *Nederlands Leerboek, Jeugdgezondheidszorg, Deel A organisatie*, Koninklijke van Gorcum, Assen, p. 67

⁴⁸ Boudewijnse, H.B. e.a. (2005) *Nederlands Leerboek, Jeugdgezondheidszorg, Deel A organisatie*, Koninklijke van Gorcum, Assen, p. 75

voeding, veiligheid, ontwikkeling, opvoeding en het gedrag van het kind. In bijlage 3 staat het oproepschema van de thuiszorginstellingen in de Regio Twente voor bezoek van ouders en het kind aan het consultatiebureau. De contactmomenten die professionals verplicht moeten hebben met de 0-4 jarigen zijn wettelijk vastgelegd in de Richtlijn contactmomenten bij het Basistakenpakket. Dit is het uniforme deel (zie bijlage 4).

Een consult duurt ongeveer 15-20 minuten. Tijdens de zuigelingenperiode wordt het kind vaak bekeken (acht keer) en worden verscheidene inentingen uitgevoerd. De inentingen staan vast in het Rijksvaccinatieprogramma. Er worden verschillende screenings uitgevoerd, zoals een neonatale gehoorscreening. Tijdens de peuterperiode (één tot vier jaar) worden de ouders en het kind uitgenodigd om nog vijf keer het consultatiebureau te bezoeken. Als er tussendoor problemen zijn, kunnen de ouders terecht bij de OKZ-verpleegkundige. De verpleegkundige organiseert ook themabijeenkomsten voor ouders, bijvoorbeeld over het gedrag van de peuter.⁴⁹ Zelf mocht ik een ochtend meelopen op een consultatiebureau van Carint in Hengelo. Mijn ervaringen hiervan staan in bijlage 5.

4.4.3 Professionals bij de GGD regio Twente

Ook de professionals van de GGD regio Twente hebben verplichte contactmomenten met de 4-19 jarigen (zie bijlage 4). Bij de contacten voeren ze preventieve gezondheidsonderzoeken uit. In groep twee van het (speciaal) basisonderwijs wordt een kind onderzocht op groei en ontwikkeling door middel van een lichamelijk onderzoek. Ook worden vragen gesteld door de arts of assistente aan de ouders over het functioneren van het kind, bijvoorbeeld over het eten en slapen. In groep zeven onderzoekt de jeugdverpleegkundige het kind. Bij dit onderzoek kijkt de jeugdverpleegkundige naar lengte en gewicht en stelt zij vragen aan het kind, zodat zij kan beoordelen of het kind voorbereid is op het voorgezet onderwijs. Daarnaast wordt gekeken of het kind zich gezond ontwikkelt, met name wat betreft de psychosociale ontwikkeling. In de eerste of tweede klas van het voorgezet onderwijs onderzoekt de GGD het kind nog een keer. Hierbij wordt gekeken naar de rug en de houding en worden vragen gesteld aan het kind over gezondheid en welbevinden. Verder zorgt de GGD voor de inentingen die gebeuren tot het kind negen jaar is. Daarnaast biedt de GGD logopedie aan. Hierbij kunnen kinderen worden aangemeld voor een logopedische screening door een logopediste. De GGD Regio Twente biedt ook cursussen aan voor de ouders, onder andere over het opvoeden van kinderen. Een maatwerkdeel in de regio Twente wat is ondernomen, is dat extra preventief onderzoek werd gedaan bij kinderen in groep vier in 2004, om te kijken wat de impact van de vuurwerkcramp in Enschede is geweest op de kinderen.⁵⁰

De JGZ heeft dus veel binding met de scholen van hun werkgebied. Zo is de GGD Regio Twente bezig met het helpen met de uitvoering van schoolgezondheidsbeleid voor basisscholen. De leerkrachten kunnen natuurlijk ook problemen signaleren. De GGD kan de school advies en informatie geven over de begeleiding van de groei en ontwikkeling van de leerlingen, het bevorderen van gezond gedrag en de zorg voor een goed leef- en werkmilieu. De jeugdverpleegkundige of de jeugdarts heeft contacten met de school over leerlingen die extra zorg nodig hebben. Zo kan de arts sociaal-medisch advies geven bij schoolverzuim en leerplichtproblematiek. Als het kind naar het speciaal onderwijs moet, is de jeugdarts daarbij aanwezig om advies te geven, aanvullend onderzoek te verrichten en te overleggen met de scholen.⁵¹ Er kunnen ook onderzoeken op basis van een verzoek van een JGZ professional of ouder plaatsvinden, dit heet onderzoek op indicatie. De jeugdverpleegkundige heeft minimaal één keer per jaar contact met de interne begeleider van de basisschool om kinderen die extra zorg nodig hebben te bespreken. In Twente wordt zeker 90% van de schoolgaande jeugd preventief onderzocht.⁵²

⁴⁹ <http://www.livio.nl/Images1/Brochures/jgz-aug2005.pdf>, 03-05-2006

⁵⁰ GGD Regio Twente (2005) *jaarverslag 2004*, p. 17

⁵¹ <http://www.regiotwente.nl/ariadne/loader.php/regiotwente/ggd/jeugdgezondheidszorg/>, 03-05-2006

⁵² GGD Regio Twente (2005) *jaarverslag 2004*, p. 17

Bij de GGD regio Twente wordt gewerkt met zelforganiserende teams. Binnen deze teams ligt de verantwoordelijkheid en de bevoegdheid om de taken uit te voeren binnen hun gesteld gebied.⁵³ Binnen het JGZ-team wordt overlegd om zo een goed beeld te krijgen van het kind, waarbij wordt gekeken vanuit verschillende invalshoeken en disciplines.

De doktersassistente verleent assistentie bij een eerste inventarisatie van de problemen en de achtergrondgegevens en bij het onderzoek naar visus en gehoor. Daarnaast houdt zij de administratie en gegevens bij. Zij geeft voorlichting en advisering in de vorm van informatieverstrekking. Ook coördineert en plant ze ten behoeve van het JGZ-team.⁵⁴

⁵³ GGD Regio Twente (2005) jaarverslag 2004, p. 15

⁵⁴ Boudewijnse, H.B. e.a. (2005) *Nederlands Leerboek, Jeugdgezondheidszorg, Deel A organisatie*, Koninklijke van Gorcum, Assen, pp. 75,76

5. Kan de NP worden ingezet in de jeugdgezondheidszorg?

Om te onderzoeken wat verpleegkundigen met de opleiding ANP te bieden hebben in de JGZ, zullen de taken en verantwoordelijkheden van de Nurse Practitioner duidelijk moeten worden gemaakt. In Nederland is voor de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar nog geen onderzoek gedaan naar het inzetten van een NP. Er zijn tot nu toe alleen twee onderzoeken gedaan naar een NP in de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar. In hoofdstuk 5.1 wordt het eerste onderzoek dat is gedaan door de Zorggroep JGZ Almere in 2004-2005 besproken.

De Stichting Jeugdgezondheidszorg Groningen is in maart 2006 begonnen met een pilot Nurse Practitioner. Omdat deze pilot net is gestart, zijn er nog geen resultaten bekend. In hoofdstuk 5.2 wordt dit verder uitgewerkt. Met de werkgroep ANP zijn we naar beide instellingen geweest. Bij de instellingen zijn de vragen gesteld die zijn opgenomen in bijlage 6. Vanuit Almere zijn I. Brokx en J. Rutten geïnterviewd. In bijlage 7 is dit interview opgenomen. Vanuit Groningen zijn A. Winkel en E. Wiersma geïnterviewd. Dit interview staat in bijlage 8.

5.1 Onderzoek Zorggroep Almere

5.1.1 Opzet van de pilot

In 2004-2005 heeft de Zorggroep Almere de pilot "*Nurse Practitioner in de Jeugdgezondheidszorg*" gestart. Zij heeft een jaar lang een afgestudeerde NP ingezet bij het consultatiebureau bij het zorgcentrum De Spil. Op verzoek van de Zorggroep heeft de betreffende NP (Ingrid Brokx) een onderzoek verricht om te kijken of een NP in staat is de taken uit te voeren die in het Basistakenpakket staan, met behoud van de kwaliteit.⁵⁵ Uit dit onderzoek bleek dat de NP prima in staat lijkt te zijn om deze taken uit te voeren. De medische werkzaamheden die staan in het Basistakenpakket kunnen worden uitgevoerd door de NP. Dit onderzoek is echter meer een verkennend onderzoek en is gebaseerd op onderzoeken uit het buitenland waar NP's zijn ingezet, waardoor de voorgaande conclusie niet generaliserend is.

In het gezondheidscentrum de Spil was sprake van een andere situatie dan in de regio Twente voor wat betreft de organisatie van de consultatiebureaus. De huisartsen voerden namelijk de taak van de consultatiebureauarts uit. Vijf huisartsen van de wijk voerden de consulten uit, dit deden ze naast hun eigen taken. Er zijn bij het gezondheidscentrum de Spil geen CB-artsen aan het werk.

Bij de pilot werden bepaalde taken van de arts overgenomen door de NP. De NP heeft op eigen initiatief de pilot gestart en heeft haar intrede gemaakt als eerste NP in de jeugdgezondheidszorg. Aan de hand van het Basistakenpakket heeft zij gekeken welke taken de NP kan overnemen van de arts.

"De Nurse Practitioner:

- *voert een volledige anamnese en zo nodig een speciale anamnese uit;*
- *verricht lichamelijk onderzoek volgens de juiste procedure;*
- *voert de aanbevolen juiste screeningprocedures uit;*
- *beschrijft de bevindingen en maakt zonodig een probleemlijst met gegevens van het kind en ouders;*
- *beoordeelt en interpreteert aan de hand van alle gegevens en afgesproken criteria;*
- *verwijst naar een medicus, andere hulpverlener of instantie, indien nodig.*

De Nurse Practitioner is in Nederland niet bevoegd tot:

- *het stellen van een medische diagnose met betrekking tot ziekten, afwijkingen en achterstand;*
- *indicatiestelling voor de uitvoering van het Rijks Vaccinatie Programma, beoordeling van de vaccinatiegraad op populatieniveau en hierop actie te ondernemen.*"⁵⁶

⁵⁵Brokx, I. (2003) *De Nurse Practitioner in de Jeugdgezondheidszorg. Onderzoek naar de mogelijkheden van een nieuwe functie binnen de jeugdgezondheidszorg*, Almere p. 9

⁵⁶Brokx, I. (2003) *De Nurse Practitioner in de Jeugdgezondheidszorg. Onderzoek naar de mogelijkheden van een nieuwe functie binnen de jeugdgezondheidszorg*, Zorggroep Almere, p. 31

Alle consulten die wettelijk vaststaan, worden uitgevoerd door de NP, met als uitzondering het eerste consult als het kind vier weken oud is. Dit wordt gedaan door de eigen huisarts, waarbij ook de indicaties voor de vaccinaties worden gesteld. Als de huisarts denkt dat het kind een risicokind is, wordt bij de vervolgsconsulten gezamenlijk (de huisarts en de NP) gekeken naar het kind. Het kind gaat dan naar het zogenaamde risicobureau wat twee keer in de maand wordt gehouden. Als het kind zich dan verder goed ontwikkelt, kan de NP het kind weer alleen zien. De NP kan altijd terugvallen op de huisarts als zij twijfels heeft. Voor de criteria wanneer een kind wel of geen risicokind is, heeft de Zorggroep een risicoprofielformulier opgesteld. In bijlage 9 is het risicoformulier opgenomen. Dit wordt ingevuld door de huisarts en de NP. De NP vult dit formulier bij het eerste huisbezoek in, de huisarts bij het eerste consult. De uitkomsten worden dan gezamenlijk vergeleken en aan de hand daarvan wordt besloten of het kind wel of niet zal worden gevolgd door de huisarts.

“De taken van de huisarts/CB-arts zijn;

- *het nabespreken van de consultatiebureaus van de NP aan de hand van de door NP genoteerde vragen en problemen (specifieke registratielijst);*
- *het samen met de NP zien van kinderen met risico's of onduidelijkheden of afwijkingen;*
- *het feedback geven aan de NP ter verbetering van de kwaliteit van haar handelen.”⁵⁷*

Zo ontstaat er een geïntegreerd medisch- en verpleegkundig consultatiebureau.⁵⁸ Omdat alle consulten nu maar door één persoon worden uitgevoerd, is geen sprake meer van twee bureaus die gelijktijdig lopen. Er is nu gekozen voor een zuigelingen- en kleuterbureau. De consulten duren 20 minuten. De CB-assistente helpt alleen bij het zuigelingenbureau. Bij het kleuterbureau doet de NP het meten en wegen zelf.⁵⁹

5.1.2 Resultaten van de pilot

Na het pilotjaar is er een evaluatierapport geschreven met de resultaten van de pilot in Almere. Het evaluatierapport is gebaseerd op onder andere de registraties die zijn bijgehouden tijdens de pilot. De bijzondere bevindingen die zijn genoteerd door de NP en de acties die door de NP zijn ondernomen zijn geregistreerd. Ook zijn de registraties van het risicoformulier gebruikt. Daarnaast werd de kwaliteit van de screening uitgevoerd door de NP gemeten door middel van somatische indicatoren. De ervaringen van de ouders zijn geëvalueerd door een enquête, waarbij de respons 55 ouders waren van de 100 (55%) verstuurdde enquêtes. De ervaringen van de vijf huisartsen zijn gemeten met behulp van een vragenlijst.

De resultaten worden als positief beschreven. Doordat de ouders in het hele traject van consulten maar met één persoon te maken hebben, wordt de preventieve jeugdgezondheidszorg als kwalitatief beter en effectiever ervaren. Problemen worden vroegtijdig gesignaleerd, interventies kunnen direct worden uitgevoerd en er vindt gepast vervolg plaats.⁶⁰ Het levert zo tijdwinst op voor de huisarts en de NP. Voor de ouders zijn de wachttijden korter, omdat geen rekening gehouden hoeft te worden met de roosters van de huisartsen. De NP is vier dagen in de week aanwezig op het bureau.⁶¹ De NP kan waardevolle informatie die zij krijgt door alle contacten die zij heeft, doorgeven naar de artsen. Zij maakt hier veelvuldig gebruik van en kan kinderen zo doorverwijzen. Het blijkt dat de consulten vooral bestaan uit verpleegkundige consulten, met een aantal medische handelingen. De ouders kunnen vragen stellen op medisch, lichamelijk en verpleegkundig gebied. Doordat de NP ook

⁵⁷ Brokx, I. (2004) *De Nurse Practitioner JGZ in gezondheidscentrum De Spil, Zorggroep Almere*, pp. 3,4

⁵⁸ Brokx, I. (2004) *De Nurse Practitioner JGZ in gezondheidscentrum De Spil, Almere*, p. 1

⁵⁹ Brokx, I. (2005) *Nurse Practitioner JGZ, in gezondheidscentrum De Spil, Almere, uitkomsten en evaluatie van de pilot januari-december 2004*, Almere, pp. 5,6

⁶⁰ Brokx, I. (2005) *Nurse Practitioner JGZ, in gezondheidscentrum De Spil, Almere, uitkomsten en evaluatie van de pilot januari-december 2004*, Almere, p. 16

⁶¹ Brokx, I. (2005) *Nurse Practitioner JGZ, in gezondheidscentrum De Spil, Almere, uitkomsten en evaluatie van de pilot januari-december 2004*, Almere, p. 8

aandacht heeft voor psychosociale problemen, ontstaat er een completer beeld van het kind in zijn omgeving.⁶²

Uit registratie van de Zorggroep blijkt dat de NP veel en juist gesignaleerd heeft, bijvoorbeeld bepaalde afwijkingen bij de kinderen. De NP heeft alle consulten uitgevoerd die stonden ingepland en alle vaccinaties zijn gegeven. Daarnaast heeft zij de huisarts op juiste wijze geïnformeerd. Als er actie moest worden ondernomen, heeft de NP dit in helft van de gevallen zelf opgelost en bij de andere helft heeft zij een huisarts ingeschakeld voor overleg of een verwijzing. De Zorggroep benoemt de nieuwe rol van de NP als een soort casemanager bij medisch/sociale complexe problematiek. Zij heeft hierbij veel deskundigheid en ervaring, is laagdrempelig en houdt de regie bij het inzetten van diverse vormen van hulp. Zij werkt hierbij samen met huisartsen en coördineert het inzetten van derden.⁶³ De lijnen tussen de verschillende disciplines zijn hierdoor kort.

De ouders zijn ook tevreden over de nieuwe werkwijze. Zij geven vooral hoge waardering voor persoonlijke zorg en continuïteit in persoon. Omdat de consulten elke keer door één persoon worden gedaan, kunnen bepaalde onderwerpen die bij het vorige consult werden aangehaald, eenvoudig worden opgepakt. Hierdoor wordt het contact met de ouders intensiever en durven de ouders ook eerder te komen met vragen en twijfels.

De rol van de huisarts is meer coachend en begeleidend naar de NP toe. Hij bewaakt zo de kwaliteit van het handelen van de NP. De CB-assistente heeft meer tijd voor administratieve handelingen. De huisartsen willen graag het nieuwe systeem behouden, omdat zij denken dat de NP een meerwaarde heeft voor de preventieve jeugdgezondheidszorg. Zij vinden de zorg effectiever, kwalitatief beter en klantvriendelijker. Er is meer continuïteit in de zorg en minder werkdruk. Zij willen wel graag het kind van vier weken blijven zien, omdat dit meer betrokkenheid en binding oplevert.⁶⁴

Als eindconclusie stelt de Zorggroep Almere dat de nieuwe werkwijze een duidelijke meerwaarde heeft. De medische werkzaamheden die beschreven staan in het basistakenpakket, met uitzondering van het vier-weken consult, kunnen uitgevoerd worden door een speciaal opgeleide NP met behoud van kwaliteit en met tevredenheid van de gebruikers en professionals binnen de wettelijke kaders.⁶⁵ De Zorggroep stelt wel enkele voorwaarden waaraan voldaan moet worden voordat een NP in de jeugdgezondheidszorg kan worden ingezet. In bijlage 10 zijn deze voorwaarden opgenomen.

De NP geeft aan dat ze niet denkt dat een NP de aangewezen persoon is die moet worden ingezet in het kader van taakherschikking. Er kunnen mogelijk ook andere oplossingen zijn. Zij denkt hierbij aan scholing van een verpleegkundige waarbij ze alleen specifieke kennis over de JGZ bestudeert. De opleiding ANP is hiervoor te uitgebreid, omdat er bij de opleiding ook veel wordt geleerd over andere zorgdisciplines, wat niet toepasbaar is op het gebied van de jeugdgezondheidszorg.

In Almere zijn inmiddels drie verpleegkundigen de opleiding ANP aan het volgen. Ingrid Brokx heeft hiervoor een nieuw projectplan geschreven.⁶⁶ Bij dit projectplan wil de Zorggroep Almere drie NP's inzetten bij consultatiebureaus in drie gezondheidscentra. Zij willen hierbij drie verschillende JGZ-teamsamenstellingen uitproberen. In bijlage 11 zijn deze samenstellingen opgenomen. Zo kunnen ze uitspraken doen over het functioneren van een NP in andere werksettings en kan het meest wenselijke team naar voren komen.⁶⁷ Om de NP binnen de eigen organisatie te introduceren zijn twee

⁶² Brokx, I. (2005) *Nurse Practitioner JGZ, in gezondheidscentrum De Spil, Almere, uitkomsten en evaluatie van de pilot januari-december 2004*, Almere, p. 16

⁶³ Brokx, I. (2005) *Nurse Practitioner JGZ, in gezondheidscentrum De Spil, Almere, uitkomsten en evaluatie van de pilot januari-december 2004*, Almere, p. 12

⁶⁴ Brokx, I. (2005) *Nurse Practitioner JGZ, in gezondheidscentrum De Spil, Almere, uitkomsten en evaluatie van de pilot januari-december 2004*, Almere, p. 14

⁶⁵ Brokx, I. (2005) *Nurse Practitioner JGZ, in gezondheidscentrum De Spil, Almere, uitkomsten en evaluatie van de pilot januari-december 2004*, Almere, p. 16

⁶⁶ Interview met I. Brokx, 31 mei 2006, Almere, zie bijlage 7

⁶⁷ Brokx, I. (2006) *Projectplan NP-JGZ, 2004-2008*, Almere, p. 3

bijeenkomsten gehouden met de medewerkers van de drie gezondheidscentra waar de NP's gaan werken. Bij deze bijeenkomsten is al wel gemerkt dat de positie van de NP met terughoudendheid en scepsis werd ontvangen door de eigen medewerkers. Daarom probeert het projectteam ervoor te zorgen dat informatie wordt gegeven en betrokkenheid wordt gecreëerd bij de medewerkers en vooral bij de CB-artsen.⁶⁸ Het projectplan loopt van 2005-2008. De NP's en de betrokken medewerkers zullen tijdens de opleidingsperiode van de NP's een werkdocument samenstellen, waarbij het werkdocument van Groningen als richtlijn zal worden gebruikt.⁶⁹

5.2 Onderzoek Stichting JGZ Groningen

5.2.1 Opzet van de pilot

Ook in Groningen is er een pilot "*De Nurse Practitioner in de JGZ*" gestart in maart 2006. Deze is opgezet door de Stichting Jeugdgezondheidszorg Groningen bij twee consultatiebureaus in Stadskanaal en Delfzijl. De Stichting heeft hiervoor twee modellen opgesteld. In het eerste model worden alleen de medische consulten gedaan door de NP. In het tweede model worden de verpleegkundige en de medische consulten door de NP gedaan.⁷⁰

Model 1 houdt in dat er een overname is van de medische consulten door de NP van de CB-arts. Hierbij neemt de NP alle consulten over, behalve het eerste consult als het kind vier weken oud is. Een verschil met Almere is dat bepaalde consulten door een wijkverpleegkundige worden gedaan. De wijkverpleegkundige doet ook de huisbezoeken. In bijlage 12 is het consultschema opgenomen, waarbij de consulten worden afgewisseld door de wijkverpleegkundige en de NP. Net als in Almere werkt men in Groningen met een risicoprofiel. Zij hebben hierbij het risicoprofiel gebruikt dat Almere heeft opgesteld (zie bijlage 9).⁷¹ Het enige verschil is dat ze hierbij de "gezinssituatie" hebben weggehaald. Er wordt een beoordeling gegeven door de CB-arts of het kind wel of niet door de NP kan worden blijven gezien. Als het kind een risico heeft, wordt het kind gezamenlijk door de CB-arts en de NP gezien bij het risicobureau. De arts is dan verantwoordelijk en de NP krijgt begeleiding van de CB-arts.

In model 2 worden alle medische en verpleegkundige consulten en huisbezoeken door de NP overgenomen. Er worden hierbij geen consulten meer gedaan door de wijkverpleegkundige, die doet de NP nu ook (zie bijlage 13). De enige uitzondering hierbij is weer het eerste consult als het kind op de leeftijd van vier weken is, dit wordt door de CB-arts gedaan. Ook bij model 2 worden kinderen die een risico hebben gezamenlijk gezien door de NP en de CB-arts. De consulten duren bij beide modellen en tijdens het risicobureau 20 minuten.

Taken van de CB-assistente zullen bij beide modellen veranderen. Zij zal meer gevarieerde handelingen moeten uitvoeren, het plannen van risicokinderen en de verwijzingen van de NP naar de CB-arts. Daarnaast moet zij minder gestandaardiseerd werken, zij zal zich flexibel moeten instellen en daarbij stressbestendig moeten zijn.⁷²

De Stichting heeft voor de CB-arts en de NP taak- en verantwoordelijkheidsgebieden uitgewerkt in zogenaamde werkdocumenten.

⁶⁸ Brokx, I. (2006) *Projectplan NP-JGZ, 2004-2008*, Almere, p. 4

⁶⁹ Brokx, I. (2006) *Projectplan NP-JGZ, 2004-2008*, Almere, p. 8

⁷⁰ Winkel-Veninga, A. & A. Bakker (2005) *Procesbeschrijving, Nurse practitioner in de JGZ, model 1 en 2*, Groningen, p. 4

⁷¹ Winkel-Veninga, A. & A. Bakker (2005) *Werkdocument, Nurse practitioner <-> cb-arts op het consultatiebureau*, Groningen, p. 6

⁷² Winkel-Veninga, A. & A. Bakker (2005) *Procesbeschrijving, Nurse practitioner in de JGZ, model 1*, Groningen, pp. 2- 7

“In het consultatiebureau zijn de NP en de CB-arts verantwoordelijk voor:

- *het uitvoeren van het periodiek gezondheidsonderzoek en de screenings van zuigelingen en peuters;*
- *het begeleiden van ouders bij de groei en ontwikkeling van zuigelingen en peuters;*
- *het geven van voorlichting en advies m.b.t. gezondheid, rekening houdend met specifieke culturele aspecten;*
- *het vroegtijdig opsporen van ontwikkelingsstoornissen en overige afwijkingen bij zuigelingen en peuters;*
- *het zorgdragen voor een adequate verwijzing van (risico)kinderen;*
- *het initiëren van interventies of het, binnen het bestek van het consultatiebureau, in voorkomende situaties zelf bieden van crisisinterventie bij acute problematiek;*

Taken waar de NP alleen voor verantwoordelijk is, zijn:

- *het methodisch uitvoeren van de zorg;*
- *het begeleiden van cliënten vanuit eigen deskundigheidsniveau;*
- *het geven van advies, instructie en voorlichting gericht op preventie en gezondheidsverstoringen;*
- *de evaluatie van de zorg met cliënten.*

De CB-arts is verantwoordelijk voor:

- *de indicatiestelling voor het uitvoeren van het Rijksvaccinatieprogramma conform de wet BIG;*
- *het diagnosticeren van specifieke klachten en het op grond hiervan adviseren, behandelen en zonodig verwijzen.”⁷³*

5.2.2 Resultaten tot nu toe

Uit het werkbezoek aan de Stichting JGZ Groningen blijkt dat tot nu toe nog niet veel resultaten bekend zijn, omdat de pilot te kort loopt. Opvallend is voordat er werd gestart met de pilot veel weerstand heerste in de organisatie. Artsen en verpleegkundigen waren bang voor de nieuwe ontwikkelingen. Zij zagen de NP meer als een bedreiging. Er heerste onzekerheid over medische en juridische zaken.⁷⁴ Achteraf gezien was het beter om de artsen vanaf het begin van het traject meer betrokken te laten zijn, waardoor ze meer kennis konden krijgen over de opleiding en wat een NP precies kan.⁷⁵ De organisatie heeft besloten om ondanks de onzekerheid door te gaan met de pilot. In Delfzijl is op dit moment een NP aan de slag met het eerste model. Zij doet alleen de medische handelingen. Het blijkt dat zij op dit moment niet blij is met de situatie. Met de opleiding wordt juist geleerd om medische en verpleegkundige taken te integreren. In dit model is dat niet mogelijk. In Stadskanaal is de andere NP aan de slag met het tweede model. Zij vindt haar baan erg leuk en kan goed haar medische en verpleegkundige taken integreren. Tot nu toe merkt ze dat de ouders het prettig vinden dat ze elke keer maar één gezicht zien. Er kan zo gemakkelijk een relatie worden opgebouwd met de ouders. Model 2 lijkt tot nu toe het meest functioneel en sluit beter aan bij de verwachting van de NP zelf. Daarnaast kan doordat alle kinderen worden gezien door de NP een beter beeld worden geschetst van de omgeving van het kind. Ook kunnen makkelijk huisbezoeken en consulten worden ingepland, omdat de NP vier dagen in de week werkt. De ouders hebben hierdoor meer vrijheid met inplannen. De ouders kunnen binnen twee weken de arts zien op het risicobureau. Als de NP het kind eerder wil zien dan het eerstvolgende consult, zijn daar nu ook meer mogelijkheden voor. Doordat er maar één NP werkt, is het wel kwetsbaar als de NP ziek wordt. Ook is het problematisch als het niet klikt tussen de NP en de ouders.

⁷³ Winkel-Veninga, A. & A. Bakker (2005) *Uitwerking projectbeschrijving en uitvoeringsplan (randvoorwaarden) Bijlage 1*, Groningen, pp. 6, 12

⁷⁴ Interview met A. Winkel en E. Wiersma, 25 mei 2006, Stadskanaal, zie bijlage 8

⁷⁵ Brouwer, R. (2006) *Nurse Practitioner in de JGZ, geen doktertje spelen, maar een verpleegkundige met specifieke medische taken*, Ja!

Stichting Groningen JGZ vindt dat een NP zeker een meerwaarde heeft voor de organisatie. Er moet nog wel onderzoek worden gedaan naar de kosten, de medische en juridische zaken, zoals de verantwoordelijkheid. Ook moet nog worden nagedacht over mogelijke toepassingen van andere modellen. Bijvoorbeeld hoe vaak de arts het kind moet zien, maar één keer of toch vaker? Tot nu toe zijn Winkel en Wiersma erg enthousiast. Zij stellen voor dat er meer aandacht aan moet worden gegeven bij andere organisaties, bijvoorbeeld door ActiZ.⁷⁶

5.3 Onderzoek bij JGZ 4-19 jaar

Tot nu toe is nog geen onderzoek bekend over een NP in de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar. In de regio Twente probeert men meer aandacht te geven aan de nieuwe opleiding. Zo is in de Jeugdgezondheidscurant van de GGD regio Twente een stuk geschreven over de opleiding (zie bijlage 14). Hierbij wordt kort uitgelegd wat de werkgroep ANP doet en of het interessant is voor de JGZ 4-19 jaar.⁷⁷ Zo wordt geprobeerd om meer bekendheid te geven aan de opleiding ANP en wat voor functies een NP kan vervullen.

⁷⁶ Interview met A. Winkel en E. Wiersma, 25 mei 2006, Stadskanaal, zie bijlage 8

⁷⁷ Jeugdgezondheidscurant, GGD regio Twente, Jaargang 5, 2006, nr. 2

6. Opvattingen in het veld

Om te onderzoeken of een NP kan worden ingezet in de jeugdgezondheidszorg in Twente, is het van belang hoe verschillende actoren denken over de taakherschikking in de gezondheidszorg met betrekking tot de NP. Actoren die hiermee te maken hebben, zijn de overheid, de beroepsverenigingen, de koepelorganisatie en de consument. Daarnaast is het interessant om te kijken hoe de NP er zelf overdenkt. In dit hoofdstuk zullen deze actoren worden behandeld en wordt hun opvatting weergegeven met betrekking tot taakherschikking, waarbij de nadruk wordt gelegd op de NP.

In 2002 is een rapport uitgebracht door de Raad van Volksgezondheid en Zorg over taakherschikking in de zorg, niet specifiek gericht op de JGZ. In dit rapport wordt de opleiding ANP genoemd, maar hierbij niet in relatie tot de jeugdgezondheidszorg. De reactie hierop van de koepelorganisatie van de verpleegkundigen zal worden behandeld. Daarna zal worden gekeken hoe de beroepsverenigingen van artsen en verpleegkundigen over taakherschikking en NP denken. Vervolgens wordt gekeken hoe de consument denkt over de taakherschikking van de zorg. Ten slotte zal worden behandeld hoe de NP's denken over hun eigen werk, opleiding en plaats in de zorgorganisatie.

6.1 Advies van de Raad van Volksgezondheid en Zorg

In 2002 kwam er een advies uit van de Raad van Volksgezondheid en Zorg (RVZ) over taakherschikking in de zorg. In dit rapport geeft de RVZ een advies over de verschuivingen die er zijn tussen de verschillende beroepsgroepen die in de praktijk steeds meer plaatsvinden. Onder andere dat verpleegkundigen steeds meer taken overnemen van de arts.⁷⁸ Zij onderscheiden vijf mogelijke belemmeringen van de taakherschikking: acceptatie van taakherschikking door patiënten, domeindenken bij beroepsgroepen, onzekerheid over de effecten van taakherschikking, juridische obstakels en financiële barrières.

Toch denken zij dat taakherschikking een grote toegevoegde waarde kan hebben, maar dan moet er wel eenheid zijn bij de zorgaanbieder en zorgvragers. De toegevoegde waarde ligt dan in de mogelijkheden om de zorg anders te organiseren. Voor de belemmeringen heeft de RVZ oplossingen bedacht. Ten eerste moeten de patiënten erkennen dat de zorgvraag een grote mate van diversiteit heeft. Zo kan het aanbod worden gedifferentieerd door middel van taakherschikking.⁷⁹ Door deze differentiatie kan de zorg toegankelijker worden. Er kan meer worden gekeken naar de competenties en deskundigheid van de hulpverleners in plaats van te kijken naar de oude hiërarchische beroepsstructuur. Het domeindenken en psychologische barrières bij de beroepsgroepen kan dan worden veranderd.

Taakherschikking kan zorgen voor wachtlijstvermindering, betere bereikbaarheid en toegankelijkheid en een betere informatievoorziening aan patiënten.⁸⁰ Uit onderzoek is gebleken dat dit de effecten van taakherschikking zijn tot nu toe. Daarnaast kan de taakherschikking een toegevoegde waarde hebben voor de arbeidsmarkt. Zo adviseert de RVZ dat de opleidingscapaciteit van ANP moet worden uitgebreid om het capaciteitstekort van de arts weg te werken. De RVZ refereert aan buitenlands onderzoek dat laat zien dat de Nurse Practitioner een grote tevredenheid geeft bij de patiënten. De patiënten voelen zich beter geholpen dan door een arts. Er is meer bereikbaarheid en er zijn minder wachtlijsten.⁸¹ De RVZ adviseert dat er voor de opleiding een opleidingsfonds moet worden gecreëerd, zodat geld kan worden gestoken in vernieuwing. Ook beveelt ze experimenten met NP aan.⁸²

⁷⁸ Raad van Volksgezondheid en Zorg (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer p.5

⁷⁹ Raad van Volksgezondheid en Zorg (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer pp.59, 60

⁸⁰ Raad van Volksgezondheid en Zorg (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer p.63

⁸¹ Raad van Volksgezondheid en Zorg (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer p.18

⁸² Raad van Volksgezondheid en Zorg (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer p.66

Juridisch gezien vindt de RVZ dat de overheid de wet- en regelgeving kan aanpassen zodat er meer ruimte is voor de gewenste taakherschikking, maar wel met bescherming voor de patiënt. De verantwoordelijkheden van de zorgverleners moeten duidelijk zijn omschreven. Ook zorgt aanpassing van de wet dat domein denken niet een belemmering vormt voor de wenselijke taakherschikking.⁸³ De financiële barrières zijn volgens het RVZ te overzien en weg te nemen.⁸⁴ Zo kunnen uiteindelijk financiële prikkels ontstaan om taakherschikking te stimuleren.

6.2 Reactie Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden

De Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden (AVVV) is een koepelorganisatie voor verpleegkundige en verzorgende beroepsgroepen.⁸⁵ In 2003 heeft zij een reactie geschreven over het rapport van de RVZ, waarin de JGZ ook niet specifiek wordt benoemd. De AVVV is het grotendeels eens en geven als aanvulling enkele aanbevelingen. Zo vinden zij dat de wetgeving moet worden aangepast zodat de verantwoordelijkheden en bevoegdheden aansluiten op de taakherschikking. De AVVV is wel voorzichtig met de opkomst van nieuwe beroepsgroepen. Zij denkt dat bij een toename van nieuwe beroepen de gezondheidszorg niet meer overzichtelijkheid is voor de patiënt. Daarom hebben zij liever specialisaties en differentiaties binnen de bestaande beroepsgroepen. De AVVV vindt NP daarom een goede ontwikkeling, omdat hierbij geen nieuw beroep wordt geïntroduceerd, maar een nieuwe functie bij het verpleegkundige domein. In het rapport "*Verpleegkundige toekomst in goede banen*" wat in mei 2006 is uitgekomen van de AVVV geeft zij dan ook het advies dat de NP in de nieuwe beroepsstructuur moet worden opgenomen binnen het verpleegkundige beroep en niet als een nieuw beroep. De AVVV ziet de NP als een verpleegkundig specialist.⁸⁶ Als laatste geeft zij in haar reactie aan dat meer onderzoek moet worden gedaan naar de effecten van taakherschikking op de kwaliteit van de zorgverlening.⁸⁷

6.3 Artsen (vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland

Artsen (vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) is een wetenschappelijke vereniging voor artsen werkzaam in de JGZ.⁸⁸ Zij zet zich in voor wetenschappelijke onderbouwing van de JGZ. In oktober 2004 is vanuit de AJN een commissie Taakherschikking opgesteld. Zij wil onderzoek doen of en in hoeverre taakherschikking mogelijk en wenselijk is. De redenen waarom zij hier onderzoek naar heeft gedaan is onder andere het ontstaan van de nieuwe opleiding ANP. In het rapport dat de commissie Taakherschikking heeft geschreven zijn drie invalshoeken gekozen. Bij de vakinhoudelijke invalshoek heeft de commissie verschillende opleidingen van verpleegkundigen, artsen, NP en physician assistants (PA) vergeleken. De commissie stelt dat de eindtermen van de opleidingen NP en PA de mogelijkheid geven tot taakherschikking. Maar de commissie zegt dat als wordt gekeken naar de opleiding en het competentieprofiel van een verpleegkundige, taakherschikking voor een fundamenteel deel van de artsentaken naar de verpleegkundige niet mogelijk zal zijn. Bij de juridische invalshoek stelt de commissie dat wettelijke aanpassingen nodig zijn om de NP te kunnen laten werken, als het gaat om de voorbehouden handelingen. Dit zijn in de wet vastgelegde handelingen die onaanvaardbare risico's voor de gezondheid van de patiënt meebrengen als ze door ondeskundigen worden uitgevoerd. Volgens de commissie Taakherschikking ligt de vraag of taakherschikking wenselijk is vooral op organisatorisch niveau. De afstemming tussen de verschillende professionals moet goed zijn. Iedereen moet zijn eigen grenzen kennen en de verantwoordelijkheden moeten zijn vastgelegd.⁸⁹

⁸³ Raad van Volksgezondheid en Zorg (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer pp. 62-63

⁸⁴ Raad van Volksgezondheid en Zorg (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer p. 63

⁸⁵ <http://www.avvv.nl/page.php?page=35>, 13-06-2006

⁸⁶ VBOC-AVVV (2006) *Verpleegkundige toekomst in goede banen*, Utrecht, p.32

⁸⁷ AVVV (2003) *Competenties van professionals centraal bij taakherschikking in de gezondheidszorg, De reactie van de AVVV op het adviesrapport "Taakherschikking in de gezondheidszorg" van de Raad voor de Volkgezondheid en Zorg*, Utrecht, pp. 2-5

⁸⁸

http://ajn.artsenet.nl/content/resources/AMGATE_6059_109_TICH_L697202225/AMGATE_6059_109_TIC_H_R1287331114993048//, 08-06-2006

⁸⁹ Mette- Kroese, C. (2006) *Taakherschikking in de JGZ: Mogelijk? Wenselijk?*, Ja!

De commissie Taakherschikking heeft op basis van het onderzoek een aantal adviezen gegeven. Taakherschikking is mogelijk, maar er moet nog worden voldaan aan bepaalde voorwaarden. Zo is het belangrijk dat de wet wordt aangepast. Verder doet de commissie het voorstel tot het inrichten van een opleiding ANP die specifiek gericht op de JGZ. Zij adviseert hierbij om de inhoud van deze opleiding landelijk te organiseren, zodat het theoretische en praktische gedeelte en de eindtermen landelijk worden vastgesteld. Voor deze opleiding zou een samenwerking moeten plaatsvinden tussen de betrokken beroepsgroepen, de huidige opleiding tot jeugdarts en de hogescholen die de opleiding ANP aanbieden. Zo kan ook een goede afstemming komen tussen de verschillende beroepsgroepen. De commissie heeft wel twijfels of alle taken en contactmomenten overal in Nederland op dezelfde manier kunnen worden hergeschikt.

Als eindconclusie stelt de commissie Taakherschikking dat taakherschikking mogelijk is, maar dat de wenselijkheid nog niet te beoordelen is. Er zal eerst meer informatie bekend moeten zijn over bijvoorbeeld de consultinhoud, de cliëntgerichtheid, het aantal overdrachtmomenten en de financiële gevolgen.⁹⁰

Het standpunt van de AJN is nog een conceptversie maar blijkt belangrijk te zijn. De werkgroep heeft een brief gestuurd naar de Inspectie van de Gezondheidszorg met de vraag wat hun standpunt is met betrekking tot de inzet van de NP in de jeugdgezondheidszorg. De Inspectie geeft als antwoord dat zij nog wachten op het definitieve standpunt van de AJN en dat dit standpunt een belangrijk toetskader gaat vormen. De Inspectie geeft aan dat ze op dit moment nog geen algemeen standpunt hebben ten aanzien van de inzet van de Nurse Practitioner. Zij geven aan dat ze in "*individuele gevallen toetsen of de kwaliteit van zorg en de voorwaarden voor verantwoorde zorg in voldoende mate geborgd zijn bij de inzet van andere beroepsgroepen*".⁹¹

6.4 Beroepsverenigingen van de verpleegkundigen

Belangrijke beroepsverenigingen bij de jeugdgezondheidszorg voor verpleegkundigen zijn de Landelijke Vereniging van Wijkverpleegkundigen (LVW) en de Landelijke Vereniging Sociaal-Verpleegkundigen (LVSV). De LVW probeert om zoveel mogelijk verpleegkundigen die werkzaam zijn in de maatschappelijke gezondheidszorg te verenigen.⁹² De LVSV is het aanspreekpunt van de sociaalverpleegkundige beroepsgroep in Nederland.⁹³

In april 2006 hebben de LVW sectie JGZ en de LVSV commissie jeugd een standpuntbepaling opgesteld met betrekking tot NP: innovator in de jeugdgezondheidszorg. Hierin heeft men geprobeerd om een antwoord te krijgen op de vraag: is het inzetten van een Nurse Practitioner in de JGZ een kans of een bedreiging? De beroepsverenigingen vinden het positief dat experimenten worden gedaan, zoals in Almere in de JGZ. Er zullen meer experimenten moeten worden gedaan, zodat ook in verschillende settings de meerwaarde van een NP kan worden onderzocht. Er zal wel eerst meer kennis moeten komen hoe de JGZ er in de toekomst uit gaat zien. Zo kan een beter inzicht ontstaan hoe de NP kan worden ingezet en of zij er bij past. Toch vinden de sectie JGZ en de commissie jeugd dat een NP een meerwaarde kan hebben voor de jeugdgezondheidszorg.⁹⁴ Op de volgende punten zien ze een meerwaarde voor de invoering van een NP om:

- *“een kwaliteitsverbetering in de breedte te bewerkstelligen: het stimuleren dat op 5^e deskundigheidsniveau opgeleide verpleegkundigen in de praktijk hun professionele capaciteiten ten volle kunnen benutten. Voorwaarde is dan wel dat er meerdere NP's in een organisatie aangesteld moeten worden;*

⁹⁰ http://ajn.artsenet.nl/content/resources//AMGATE_6059_109_TICH_R173132792379669//, 08-06-2006

⁹¹ Schilthuis, H.J., *brief van de Inspectie van de Gezondheidszorg over standpunt NP*, 03-08-2006

⁹² <http://www.lvw.nl/page.php?id=5>, 12-06-2006

⁹³ <http://www.lsvs.nl/home/index.php>, 12-06-2006

⁹⁴ LVW sectie JGZ en LVSV commissie jeugd (2006) *Standpuntbepaling Nurse Practitioner: Innovator in de jeugdgezondheidszorg*, Utrecht, pp. 1, 4

- ‘Best Practices’ ofwel een zo best mogelijke praktijkvoering te ontwerpen en te implementeren;
- wetenschappelijk onderzoek te initiëren of hier een bijdrage aan te leveren;
- zorgvernieuwingen in de JGZ te bereiken;
- een impuls te geven aan het proces van verandering om verdere taakherschikking van hypothese naar werkelijkheid te tillen. De inzet van NP's kan dit proces in beweging zetten c.q. versnellen.”⁹⁵

Als conclusie stellen de sectie JGZ en de commissie jeugd dat de NP niet moet worden gezien als het antwoord op de taakherschikking en/of vragen over de toekomst. Het moet worden gezien als een belangrijke kans voor de JGZ. Als aanbevelingen stellen zij dat er meer voorlichting nodig is over de juridische aspecten, zoals de verantwoordelijkheden. Daarnaast moet het JGZ-veld input leveren voor het curriculum voor de opleiding ANP. De inzet van een NP in de JGZ moet ten slotte worden ondersteund door effectiviteitsonderzoek.⁹⁶

6.5 Consument

Bij het onderzoek van Almere kwam naar voren dat de cliënten, de ouders, erg tevreden waren over de NP.⁹⁷ In uitvoering van de Raad van Volksgezondheid en Zorg is er een achtergrondstudie gedaan naar de mening van de consument over taakherschikking. Er is gekeken naar de taakherschikking van verschillende zorgverleners, zoals huisartsen en tandartsen.⁹⁸ De specialisten van jeugdgezondheidszorg zijn niet meegenomen in dit onderzoek. Bij het onderzoek is gekeken naar de mening van de consument over de invloed van taakherschikking. In bijlage 15 is een overzicht te vinden van de mening van de respondenten over de mate waarin taakherschikking bepaalde aspecten van de zorg beïnvloedt. Hieruit komt naar voren dat taakherschikking vooral van invloed is op de wachtlijsten en efficiëntie van hulpverleners volgens de respondenten. De meeste respondenten denken dat taakherschikking geen invloed heeft op de samenwerking tussen de zorgverleners, de persoonlijke aandacht en het ook niet zal leiden tot lagere tarieven.⁹⁹ Over het algemeen stelt de Consumentenbond dat taakverschuiving bij de beroepsgroepen huisartsen, tandartsen en specialisten zullen worden geaccepteerd door de Nederlandse bevolking. Maar op sommige onderdelen zijn de respondenten wel terughoudend. Zo vinden zij het belangrijk dat de zorgverlener die er extra taken bij krijgt wel wordt gecontroleerd door de “originele” hulpverlener die ook de eindverantwoordelijkheid heeft. Daarnaast hechten de respondenten veel waarde aan de vrijheid om zelf te kiezen voor de behandelaar. Dit heeft te maken met de twijfel die er is ten aanzien van de opleiding en de capaciteiten van de “nieuwe” hulpverlener. Het blijkt dat consumenten graag snel willen worden geholpen, maar dat ook een groot deel niet kan inschatten wat de deskundigheid is van zorgverleners. De RVZ vindt dat de overheid hierover meer voorlichting moet geven aan de consument.¹⁰⁰ Toch zijn mensen die al te maken hebben gehad met taakverschuiving voor het grootste gedeelte positief.¹⁰¹

⁹⁵ LVW sectie JGZ en LSVV commissie jeugd (2006) *Standpuntbepaling Nurse Practitioner: Innovator in de jeugdgezondheidszorg*, Utrecht, p. 7

⁹⁶ LVW sectie JGZ en LSVV commissie jeugd (2006) *Standpuntbepaling Nurse Practitioner: Innovator in de jeugdgezondheidszorg*, Utrecht, p. 7

⁹⁷ Brokx, I. (2005) *Nurse Practitioner JGZ, in gezondheidscentrum De Spil, Almere, uitkomsten en evaluatie van de pilot januari-december 2004*, Almere, p. 12

⁹⁸ Jakobs, C., D. van Nobelen & A. Broerse (2002) *Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg*, Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, p. 5

⁹⁹ Jakobs C., D. van Nobelen & A. Broerse (2002) *Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg*, Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, p. 41

¹⁰⁰ Raad van Volksgezondheid en Zorg (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer p. 64

¹⁰¹ Jakobs C., D. van Nobelen & A. Broerse, (2002) *Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg*, Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, pp. 48, 49

6.6 Nurse Practitioner

Om te kijken of een NP kan worden ingezet in de JGZ, is ook de mening van de NP zelf belangrijk. In 2003 is in opdracht van het ministerie van VWS een vragenlijst opgestuurd naar alle 147 NP's die voor 2002 waren gestart met de opleiding. De respons was 106 bruikbare vragenlijsten (72,1%). Er werd bij dit onderzoek vooral gekeken welke rollen worden vervuld door de NP's, de arbeidstevredenheid van de NP's en de inbedding van de NP's in de zorgorganisatie. Bij dit onderzoek werkten de NP's alleen in de ziekenhuizen. Van de respondenten die een NP functie hebben gekregen, zegt 75% tevreden te zijn met haar functie. Langer afgestudeerden blijken minder tevreden te zijn. Het meest ontevreden zijn ze over het langzame tempo van eigen ontwikkeling, onduidelijkheid over de positie binnen het ziekenhuis, het ontbreken van een formele taakfunctieomschrijving, het ontbreken van een formele aanstelling als NP en het juridische kader. Over de opleiding zijn de respondenten over grote lijnen tevreden.

In het zorgproces blijkt dat NP's vaak taken doen, die eerst niet werden uitgevoerd of bleven liggen. Vaak voeren ze nieuwe taken uit, in combinatie met de oude taken. Sommige nieuwe taken werden eerst uitgevoerd door de medisch specialist, maar het takenpakket van de NP bestaat bijna nooit uit alleen maar de vervanging van de taken van de arts.

Naast de vragenlijsten is een onderzoek gedaan naar 12 cases uit verschillende regio's bij ziekenhuizen die een NP in dienst hadden. Bij de cases werden vragenlijsten afgenomen bij betrokkenen. Uit het onderzoek blijkt dat alle betrokkenen het werken met een NP een meerwaarde vinden hebben voor de uitkomsten van het zorgproces. De meerwaarden die worden genoemd zijn de verbeterde kwaliteit van de informatievoorziening, van de psychosociale begeleiding en van de organisatie. De meest genoemde belemmerende factoren bij het inzetten van een NP waren vooral de "formele acceptatie en ontwikkeling van de functie" en de "financiële belemmeringen en beperkingen."¹⁰²

In 2005 is een ander onderzoek gedaan naar het zelfbeeld van de Nurse Practitioner door de Hogeschool Groningen. Hierbij zijn ook vragenlijsten gestuurd naar 373 in Nederland afgestudeerde of nog studerende NP's. Er kwamen 240 bruikbare vragenlijsten terug (64,3%). Het doel van de vragenlijsten was om een beeld te krijgen hoe de NP denkt over haar werk, haar persoon, haar opvattingen en haar positionering binnen de gezondheidszorg. Uit het onderzoek blijkt dat een NP bij haar werk veel aandacht besteedt aan haar eigen deskundigheidsbevordering. De helft van alle NP's is voor een groot deel betrokken bij projecten op het gebied van taakherschikking. In tegenstelling tot het vorige onderzoek blijkt dat een NP een groot deel van haar tijd professionele handelingen uitvoert, die eerst door artsen werden gedaan.¹⁰³

Ook uit dit onderzoek blijkt dat de NP tevreden is over haar functie. In bijlage 16 is een tabel opgenomen waarin de tevredenheid van opleiding en werk is weergegeven met rapportcijfers. Het blijkt dat de NP's denken dat de patiënten tevreden zijn over hun werk (rapportcijfer 8). Over het algemeen kan worden gezegd dat de NP redelijk zelfvertrouwen heeft over haar nieuwe functie. Op alle punten die zijn gevraagd over de tevredenheid worden rapportcijfers gegeven tussen de 7 en 8.¹⁰⁴ Uit de vragenlijst blijkt verder dat de NP's hun beroep het liefst zien als een nieuw beroep binnen het medische domein; een nieuwe zorgprofessional met een verpleegkundige achtergrond.¹⁰⁵

¹⁰² Offenbeek, M.A.G. van, Y.Hoeve, P.F. Roodbol & M.Knip (2003) *Effecten van Nurse Practitioners op de organisatie en effectiviteit van de zorg*, Groningen, p. 1-5

¹⁰³ Tempelman, C.J.J. (2005) *Het zelfbeeld van nurse practitioners anno 2005, Deel I. Kerncijfers*, Groningen, p. 1

¹⁰⁴ Tempelman, C.J.J. (2005) *Het zelfbeeld van nurse practitioners anno 2005, Deel I. Kerncijfers*, Groningen, pp. 15, 16

¹⁰⁵ Tempelman, C.J.J. (2005) *Het zelfbeeld van nurse practitioners anno 2005, Deel I. Kerncijfers*, Groningen, p. 1

7. Resultaten van de vragenlijsten

Om een beeld te krijgen hoe de jeugdgezondheidszorg in Twente denkt over de toegevoegde waarde van de NP met betrekking tot de taakverdeling en de inzet van de NP zijn vragenlijsten ingevuld door de professionals in de JGZ. In 7.1 wordt beschreven hoe de respondenten zijn gekozen en in 7.2 wordt het doel en de opzet van de vragenlijst beschreven. Omdat de antwoorden van de vragenlijsten erg uitgebreid waren, is er voor gekozen om de resultaten van de vragenlijsten weer te geven in bijlage 18. In 7.3 en 7.4 zullen daarom alleen de belangrijkste conclusies worden weergegeven van de resultaten van de antwoorden op de vragenlijsten.

7.1 De respondenten

De professionals van de JGZ, de artsen, de verpleegkundigen en de assistentes zijn gekozen omdat zo kan worden bekeken wat er leeft in het veld van de uitvoerders van de JGZ. Omdat uit de onderzoeken van Groningen en Almere blijkt dat de NP's vooral te maken hebben met de artsen en verpleegkundigen, is gekozen om naar hen vragenlijsten op te sturen. Vragen stellen aan de consultatiebureauassistent is niet noodzakelijk voor dit onderzoek, omdat zij het minst te maken zou hebben met een NP. Bij de GGD zijn de dokterassistentes wel benaderd, omdat bij de GGD niet bekend is, wat een NP kan betekenen in de jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar.

De leden van de werkgroep ANP hebben professionals gevraagd van hun instelling om mee te werken aan de vragenlijsten. Vanuit elke thuiszorgorganisatie, Livio, Carint en Thuiszorg Noord West Twente zijn drie artsen en drie verpleegkundigen gevraagd om de vragenlijst in te vullen. Vanuit de GGD zijn drie artsen, drie verpleegkundigen en twee doktersassistentes gevraagd.

Bij de selectieprocedure is voornamelijk rekening gehouden met of de professionals veel of weinig werkervaring hebben en in wat voor soort wijk ze werken, bijvoorbeeld een wijk met veel of weinig problematiek. Daarnaast is nog gekeken naar de leeftijd van de professionals. De leden van de werkgroep hebben geprobeerd om op deze punten zo veel mogelijk te variëren, zodat er variatie ontstaat in het aantal jaren werkervaring, de verschillende werkomgevingen en de leeftijd van de professionals die de vragenlijsten invullen. De werkgroep ANP heeft vervolgens de mailadressen van de professionals naar mij toegestuurd, zodat ik ze kon benaderen met de vragenlijst.

De leden van de werkgroep ANP hebben de vragenlijst niet ingevuld, omdat zij meer voorkennis hebben, waardoor het misschien een vertekend beeld kan veroorzaken. Bij Livio zijn uiteindelijk vier artsen gevraagd die allemaal de vragenlijsten hebben ingevuld. Alleen bij de Thuiszorg Noord West Twente heeft één verpleegkundige niet gereageerd. Eén verpleegkundige van Carint wilde de vragenlijst niet invullen, omdat ze vond dat ze te weinig kennis over het onderwerp had. Daarom is hierbij de vragenlijst wel door iemand van de werkgroep ingevuld. Uiteindelijk zijn 18 vragenlijsten teruggestuurd van de 20 die waren uitgezet bij de verschillende thuiszorgorganisaties. Bij de GGD hebben alle professionals de vragenlijsten ingevuld (in totaal 8 vragenlijsten).

7.2 Opzet van de vragenlijst

Het doel van de vragenlijst was om te onderzoeken hoe de professionals denken over de toegevoegde waarde en de inzet van een NP in hun eigen organisatie. Dit is aan de hand van verschillende vragen onderzocht die weergegeven zijn in bijlage 16. In de vragenlijst is gekozen om eerst algemene vragen te stellen aan de artsen, verpleegkundigen en doktersassistentes, zoals de leeftijd, werkervaring en de soort wijk waarin ze werken. Omdat het aantal te klein is om statistische conclusies te trekken is per onderdeel aangegeven wat de gemiddelde leeftijd en werkervaring is van de professionals. De wijken waarin de professionals werken, zijn erg divers waardoor het niet mogelijk was om hierover conclusies te trekken. De algemene vragen over de organisatie zijn bedoeld om een beeld te krijgen hoe de professionals op dit moment denken over de organisatie, waardoor duidelijk wordt wat ze missen en zouden willen veranderen. De vragen over de functie, de taken en de verantwoordelijkheden (vraag 1 en 2) zijn meegenomen in hoofdstuk vier en zullen niet worden behandeld.

Met de algemene vragen over de NP wordt geprobeerd inzicht te krijgen in hoe de professionals denken over de ontwikkeling van het ontstaan van de opleiding ANP. Hierbij wordt geprobeerd ze na te laten denken over de mogelijke taken van de NP. Daarnaast wordt gevraagd of een NP een toegevoegde waarde kan hebben ten opzichte van de huidige situatie, waarbij ze ook moeten aangeven welke mogelijke voordelen en nadelen ze zien.

Na de algemene vragen worden specifieke vragen gesteld aan de verpleegkundigen en artsen. Deze vragen hebben als doel om te kijken hoe de professionals denken over een NP als zij ingezet zou worden in hun eigen werkomgeving. Er wordt hierbij gekeken of de professionals de NP een rol toebedelen bij de punten die ze aangeven bij de vraag wat ze zouden willen veranderen in de huidige situatie. Aan de JGZ-verpleegkundige of de OKZ-verpleegkundige wordt gevraagd of ze de opleiding zelf willen volgen en hoe ze denken over de taken en verantwoordelijkheden als een NP wordt aangesteld in hun organisatie. Ook aan de CB-arts en de JGZ-arts wordt gevraagd hoe ze denken over de taken en verantwoordelijkheden van een NP. Vervolgens wordt aan de artsen gevraagd of ze geïnteresseerd zouden zijn in een onderzoeksproject en misschien als coördinator mee zouden willen werken. Deze laatste vragen zijn gericht om te kijken of een draagvlak kan ontstaan bij de artsen. Aan de artsen en verpleegkundigen wordt gevraagd welke consulten de NP zou moeten doen, de verpleegkundige of de medische. Deze vraag komt voort uit de onderzoeken van Groningen en Almere, waarbij de NP verschillende soorten consulten uitvoert. Door deze vraag te stellen kan worden bekeken hoe de artsen en verpleegkundigen in Twente er over denken.

7.3 Resultaten thuiszorginstellingen

Over het algemeen kan worden gesteld dat de tien artsen van de thuiszorginstellingen redelijk tevreden zijn met de huidige situatie met betrekking tot de taakverdeling in de organisatie. Er komen geen belangrijke negatieve punten naar voren bij de vragenlijsten. Naar voren komt dat de artsen nog geen goed beeld hebben wat een NP kan betekenen in de organisatie. De NP kan volgens de artsen voornamelijk worden ingezet buiten hun eigen taken en verantwoordelijkheden en niet als iemand die wordt toegevoegd aan het JGZ-team. Op de vraag of de NP taken van de arts kan overnemen antwoordden de artsen voornamelijk dat een NP kan worden aangesteld voor het onderzoek van een specifieke groep patiënten/cliënten op het gebied waar een NP gespecialiseerd in is, bijvoorbeeld op het gebied van astma. Daarnaast zou de NP gestandaardiseerde en geprotocolleerde taken kunnen uitvoeren, met name om het artsentekort op te lossen of om de artsen te ontlasten. Nadelen die de artsen voornamelijk noemen zijn dat een NP niet over evenveel kwaliteiten en verantwoordelijkheden beschikt als een arts. Zij denken dat een NP niet zo breed is opgeleid en niet dezelfde medische achtergrond heeft als een arts. Verder wordt door de artsen genoemd dat de kosten kunnen oplopen en dat een extra schakel in de zorg niet wenselijk is. De artsen zien verder geen grote voordelen met het inzetten van een NP. De artsen willen dus eigenlijk niet dat de NP in hun taakgebied komt te werken. Toch zouden zes artsen geïnteresseerd zijn in een onderzoek. Dit geeft aan dat de artsen wel nieuwsgierig zijn naar de taken en verantwoordelijkheden waarover de NP kan beschikken en naar de mogelijke voordelen van de NP.

De acht verpleegkundigen zijn minder tevreden over de huidige taakverdeling in de organisatie dan de artsen. De samenwerking tussen arts/verpleegkundige wordt wel bij beiden benoemd als goed. Naar voren komt dat de verpleegkundigen allemaal eigen ideeën hebben om de organisatie op bepaalde punten te veranderen. Bij het kijken naar de NP denken ze hoofdzakelijk aan de taken en de verantwoordelijkheden van de arts die een NP kan overnemen, verbeteren of aanvullen. Net als bij de artsen komt naar voren dat de NP kan worden ingezet om het artsentekort op te lossen of de artsen te ontlasten. Wel wordt aangegeven dat de verpleegkundigen op dit moment taken van de arts zouden kunnen overnemen, die ze nu missen in hun eigen functie. Nadelen die de verpleegkundigen aangeven zijn dat de NP niet de volledige verantwoordelijkheid kan nemen en een solopositie heeft. Daarnaast wordt genoemd dat het moeilijk kan zijn voor de ouders om met vier mensen, als de NP in het team komt, een relatie op te bouwen. Er zijn vijf verpleegkundigen geïnteresseerd in de opleiding ANP als die hun werd aangeboden, waaruit blijkt dat ook de verpleegkundigen nieuwsgierig zijn naar de NP.

7.4 Resultaten GGD

Het blijkt dat de drie artsen van de GGD op dit moment niet tevreden zijn over de taakverdeling binnen het JGZ-team. Over de samenwerking binnen het JGZ-team zijn de artsen niet tevreden, omdat er veel onduidelijkheden zijn tussen de taakverdelingen binnen het team. De NP wordt niet aangedragen als oplossing voor deze problematiek. Zij denken dat het een nadeel is als er een extra gezicht bij het JGZ-team komt, want dit betekent een extra schakel in de communicatie. Voordelen die worden genoemd zijn dat de arts meer tijd overhoudt voor complexere problematiek en dat een NP mogelijk een adviserende en ondersteunende rol voor de verpleegkundigen kan vervullen. Toch zijn de artsen niet uitgesproken "tegen" de NP. De drie artsen zouden geïnteresseerd zijn in een onderzoek of NP een toegevoegde waarde heeft bij de jeugdgezondheidszorg in Twente, waarbij twee artsen een coördinerende rol zouden willen spelen. Ook hier blijkt weer dat de artsen dus wel nieuwsgierig zijn, maar niet een goed beeld kunnen vormen wat de inzet van een NP kan betekenen bij de GGD.

Het is opvallend dat de drie verpleegkundigen de samenwerking met het JGZ-team wel als goed beschouwen. Naar voren komt dat de verpleegkundigen redelijk positief zijn over de NP en veel mogelijkheden zien in de inzet van de NP, waarbij zij taken van de arts kan overnemen, verbeteren en aanvullen. Toch kunnen ze zelf niet echt een beeld vormen hoe een NP de organisatie kan veranderen, welke taken ze zelf willen behouden en welke taken mogelijk kunnen verdwijnen. Het blijkt dat de verpleegkundigen nog te weinig kennis hebben over de NP. Eén verpleegkundige zou de opleiding ANP willen volgen als haar die werd aangeboden.

De twee doktersassistenten geven ook aan dat de samenwerking binnen hun eigen JGZ-team goed verloopt. De dokterassistenten denken dat door de inzet van de NP de taakverdeling verandert, waardoor er veel onhelderheid en verwarring kan ontstaan. Het voordeel wat ze noemen is het ontlasten van de artsen. Ze zijn beiden niet positief over de NP.

8. Conclusie

Voor deze bacheloropdracht is onderzoek gedaan naar de inzetbaarheid van de Nurse Practitioner in de jeugdgezondheidszorg. De onderzoeksvraag luidde:

Wat is de toegevoegde waarde van de inzet van een Nurse Practitioner met betrekking tot de taakverdeling in de jeugdgezondheidszorg in de regio Twente?

In dit hoofdstuk zullen aan de hand van de deelvragen van hoofdstuk 2.2 de belangrijkste resultaten worden weergegeven en zullen conclusies worden getrokken. Aan de hand hiervan zal de onderzoeksvraag worden beantwoord.

8.1 Wat houdt de opleiding Advanced Nursing Practice in?

Om de tweejarige masteropleiding Advanced Nursing Practice te volgen is een HBO-V diploma nodig en minimaal 2 jaar werkervaring in de gezondheidszorg. Verpleegkundigen met deze opleiding, Nurse Practitioners, leren te werken op het overgangsbied tussen het medische en verpleegkundige domein, waardoor ze ook op het terrein van de arts kunnen werken. Ze leren wetenschappelijk onderzoek te verrichten en te onderbouwen. De HBO-raad heeft competenties opgesteld waar de opleiding aan moet voldoen, maar de Hogescholen zijn vrij om die in te vullen op hun eigen manier. Als wordt gekeken naar de opleiding ANP bij de Hogescholen in Enschede, Groningen en Utrecht blijkt dan ook dat per school de inhoud van de opleiding verschillend wordt ingevuld. Er komt naar voren dat er geen algemene landelijke vastgestelde definitie van een Nurse Practitioner bestaat. Ook de taken en verantwoordelijkheden van de NP die de Hogescholen stellen verschillen per school. Daarnaast verschillen de taken en verantwoordelijkheden ook doordat de NP kan worden ingezet bij verschillende afdelingen van zorginstellingen. Er bestaat bij alle Hogescholen ook geen speciaal ingerichte opleiding voor een NP in de jeugdgezondheidszorg.

8.2 Wat is de huidige taakverdeling bij de JGZ 0-19 jaar in Twente?

De wettelijke taken van de JGZ 0-19 jaar zijn vastgesteld door het Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport en vastgelegd in het Basistakenpakket. Voor de jeugdgezondheidszorg in Twente zijn drie thuiszorginstellingen (0-4 jaar) en de GGD regio Twente (4-19 jaar) van belang. Onder regie van de gemeente voeren zij de taken uit van het Basistakenpakket. De verpleegkundigen en artsen bij de thuiszorginstellingen en de GGD voeren grotendeels dezelfde taken uit. De contactmomenten die de professionals hebben met de ouders en de kinderen zijn wettelijk vastgelegd in Richtlijn contactmomenten bij het Basistakenpakket. Per consult zijn er specifieke taken van de professionals bij de thuiszorg en bij de GGD die ze moeten uitvoeren, waarbij de artsen en verpleegkundigen worden ondersteund door de assistenten. Het blijkt dat de taken en de verantwoordelijkheden van de professionals duidelijk zijn omschreven, waardoor de professionals weten wat hun taakomschrijving is. Hierdoor is een goede samenwerking mogelijk, omdat voor de artsen, verpleegkundigen en assistentes verschillende taakgebieden zijn omschreven. Ook zijn de verplichtingen van de overheid opgesteld in wetten, waardoor het voor de jeugdgezondheidszorg in Twente duidelijk is wat de verantwoordelijkheden en de uit te voeren taken zijn.

8.3 Welke taken en verantwoordelijkheden kan de NP vervullen in de jeugdgezondheidszorg?

Om te onderzoeken welke taken en verantwoordelijkheden de NP kan vervullen in de JGZ is gekeken naar twee onderzoeken in de JGZ bij de Zorggroep Almere en de Stichting JGZ Groningen. In Almere heeft een NP alle consulten overgenomen, die eerst door een verpleegkundige en huisarts werden gedaan met uitzondering van het vierweken consult. Uit de evaluatie blijkt dat de huisartsen, de ouders en de NP tevreden zijn over de nieuwe werkwijze. De Zorggroep Almere denkt dat de NP zeker een meerwaarde heeft voor de organisatie. De pilot is echter gebaseerd op maar één consultatiebureau met één NP. Daarbij is de evaluatie door de NP zelf onderzocht. Het is hierbij de vraag of de evaluatie het juiste beeld weergeeft, omdat zij natuurlijk zelf belang kan hebben bij een

positieve evaluatie. Daarnaast is bij het onderzoek niet onderzocht hoe de situatie was voordat werd gestart met de pilot. Uit de evaluatie komt naar voren dat de zorg als kwalitatief beter en effectiever wordt beschouwd. Maar omdat niet is onderzocht hoe de kwaliteit of effectiviteit eerst was, is het moeilijk om te zeggen of er een verbetering is opgetreden. Misschien was de kwaliteit en de effectiviteit laag voordat werd begonnen met de pilot, zodat een verbetering makkelijk aan te wijzen is. Ook was de respons bij de ouders erg laag (55%) bij het invullen van de vragenlijsten. Er zijn in totaal maar 100 ouders benaderd, terwijl er ongeveer 350 kinderen in de wijk zijn. De vraag is de resultaten gelden voor alle ouders. Misschien hebben alleen de ouders die tevreden zijn de vragenlijst ingevuld.

De uitgangssituatie van deze pilot is anders dan in de JGZ Twente omdat hierbij de huisartsen de consulten uitvoerden in plaats van de CB-artsen. Het is daarom lastig te zeggen of deze resultaten ook kunnen gelden voor de JGZ Twente, omdat de werksetting anders is. De pilot van Almere is nuttig voor JGZ Twente om te kijken hoe een pilot kan worden opgestart, maar de resultaten zijn op dit moment niet doorslaggevend of een NP een toegevoegde waarde kan hebben voor de JGZ in Twente. Het is belangrijk om de ontwikkeling van de andere pilots te volgen die de Zorggroep Almere gaat uitvoeren, waarbij ook in andere werksettings wordt gekeken naar een NP.

Bij de Stichting JGZ Groningen zijn op dit moment twee pilots aan de gang, waarbij twee verschillende modellen worden uitgetoetst met de NP. Omdat de pilot net is gestart zijn er alleen voorlopige resultaten bekend en deze zijn volgens de NP en het management veelbelovend. Voor de JGZ Twente is het leerzaam om te kijken hoe de Stichting de pilot heeft opgestart en heeft geïmplementeerd. De problemen die zij ondervond, met name over de weerstand van de artsen en de juridische kant van de medische eindverantwoordelijkheid, kunnen worden meegenomen naar de JGZ in Twente. Verder is de pilot op dit moment nog niet relevant voor de JGZ Twente omdat Groningen nog veel belangrijke zaken moet onderzoeken.

Het blijkt uit deze onderzoeken dat de NP taken en verantwoordelijkheden van de CB-arts kan overnemen. Het vergelijken van de kwaliteit van de zorg is echter lastig. Voordeel dat wordt genoemd is dat tijdens de consulten de ouders te maken krijgen met maar één persoon, waardoor makkelijk een vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd. Een ander nadeel is de kwetsbare continuïteit bijvoorbeeld als de NP ziek wordt.

Er zijn geen onderzoeken geweest naar een NP bij de GGD. GGD regio Twente probeert de NP onder de aandacht te krijgen door middel van het publiceren van stukken van de werkgroep.

8.4 Wat zijn de opvattingen van de actoren die te maken hebben met de NP met betrekking tot de taakverdeling?

Alle actoren zijn actief bezig geweest om een mening te vormen over taakherschikking in de gezondheidszorg. Met betrekking tot de taakherschikking en de Nurse Practitioner wijst geen enkele actor het af. De RVZ wil het domeindenken van de oude beroepshiërarchie proberen te veranderen, zodat er ruimte ontstaat voor nieuwe beroepsgroepen zoals de NP. De RVZ is enthousiast over het inzetten van de NP en beveelt experimenten aan. De AVVV is wat voorzichtiger omdat zij denkt dat het niet wenselijk is om nieuwe beroepsgroepen te introduceren. Toch vindt ze de opleiding NP wel een goede ontwikkeling, omdat zij de NP ziet als een specialisatie van het verpleegkundig beroep. Ondanks dat de AJN nog geen uitspraken heeft gedaan of taakherschikking wenselijk is, wil zij wel een speciale opleiding ANP inrichten voor de JGZ waarbij het belangrijk is dat de inhoud landelijk wordt georganiseerd. Ook de beroepsverenigingen van de verpleegkundigen zien de opleiding NP als een belangrijke kans voor de JGZ. Vanuit de consument is niet veel weerstand te verwachten met betrekking tot de taakherschikking. De NP zelf is tevreden over haar functie en is voor een groot gedeelte bezig met taakherschikking in de organisatie. Vanuit de actoren blijken er dus geen opvattingen te zijn die er voor kunnen zorgen dat een NP niet kan worden ingezet in de JGZ.

8.5 Kan een NP een bijdrage leveren aan de invulling van de taken van de jeugdgezondheidszorg in de regio Twente?

De respons bij de vragenlijsten was hoog en de professionals hebben de vragenlijst uitgebreid beantwoord, hoewel zij het soms moeilijk vonden om de vragen te beantwoorden door gebrek aan kennis over de NP. Over het algemeen kan worden gesteld dat de professionals van de thuiszorginstellingen op dit moment over de huidige taakverdeling redelijk tevreden zijn. Naar voren komt in de vragenlijsten dat de professionals de opleiding ANP een goede ontwikkeling vinden, maar ze zien de NP niet zo zeer als een nieuw persoon in het JGZ-team. De NP wordt vooral gezien als een oplossing voor een artsentekort of om de artsen te ontlasten. Dit komt ook naar voren omdat de artsen en verpleegkundigen het niet wenselijk vinden dat er een vierde persoon bij komt in het team. Ook komt naar voren, met name bij de artsen, dat ze denken dat de NP niet beschikt over genoeg academische achtergrond om taken van de arts over te nemen. Toch blijkt dat de artsen en de verpleegkundigen wel nieuwsgierig zijn naar de NP.

Bij de GGD regio Twente zijn de artsen niet tevreden over de huidige taakverdeling, terwijl de verpleegkundigen en de doktersassistenten dat wel zijn. Over het algemeen vinden ze de opleiding ANP een goede ontwikkeling. De artsen zien mogelijkheden voor de NP, maar zien geen toegevoegde waarde ten opzichte van de huidige taakverdeling. Toch zijn ze alledrie geïnteresseerd in een onderzoek. De verpleegkundigen zien ook veel mogelijkheden voor de NP, maar weten niet zo goed op welke manier. De doktersassistenten denken dat door de NP de taakverdeling onduidelijk kan worden. Uit de vragenlijsten komt naar voren dat de verpleegkundigen en de artsen wel nieuwsgierig zijn op welke manier een NP mogelijk kan worden ingezet.

8.6 In hoeverre kan een NP worden ingevoerd in de JGZ in de regio Twente?

De taakverdeling in de JGZ is op dit moment duidelijk omschreven in wetten en de professionals, met uitzondering van de artsen van de GGD regio Twente, zijn redelijk tevreden over de taakverdeling. Het is daardoor mogelijk om te onderzoeken welke taken en verantwoordelijkheden de NP kan uitvoeren. Daarnaast zijn resultaten van de onderzoeken die tot nu toe zijn geweest positief. Ook de actoren die te maken hebben met de NP en de taakherschikking geven een positief beeld. De professionals van de JGZ zijn benieuwd naar de mogelijkheden, waardoor een draagvlak vanuit de professionals kan ontstaan. Het lijkt er op dat het mogelijk is om een NP in te voeren in de JGZ in de regio Twente. De wenselijkheid is moeilijker te beoordelen. Er zijn te weinig onderzoeksresultaten bekend om hier een oordeel over te geven. De professionals weten op dit moment nog te weinig over de NP en zien de NP niet als een nieuwe professional in de JGZ. De professionals zien wel de mogelijkheid dat de NP op een ander gebied kan worden ingezet in de JGZ op een gebied waar de NP gespecialiseerd is. De inzet van de NP bij taken zoals praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek verrichten, zorgbeleid en zorgprogramma's ontwikkelen en de professionele kwaliteitszorg bevorderen zijn nog onvoldoende onderzocht en mogelijk biedt dit nieuwe kansen. Zo zouden de verworven competenties in de opleiding beter kunnen worden benut en ingezet, bijvoorbeeld bij zorgvernieuwingen en onderzoeken in de JGZ.

Op basis van de conclusies van de deelvragen komt naar voren dat er op dit moment geen toegevoegde waarde aan te wijzen is met betrekking tot de taakverdeling in de JGZ in de regio Twente.

9. Aanbevelingen

Op basis van de conclusie zullen enkele aanbevelingen worden gegeven voor de werkgroep ANP en het management van de JGZ. Er zijn zeker mogelijkheden voor het inzetten van een Nurse Practitioner. Maar het blijkt dat op dit moment de opleiding ANP te breed is ingericht en zich niet richt op de preventieve sector. Daardoor kan de werkgroep ANP zich beter niet bezighouden met de vraag of een NP moet worden ingezet, maar zij kan zich verdiepen in de invulling van de opleiding ANP specifiek gericht op de JGZ. De actoren, zoals de commissie Taakherschikking van de AJN, geven aan dat de opleiding moet worden ingericht in samenwerking met de betrokken beroepsgroepen. Ook zeggen de beroepsverenigingen van de verpleegkundigen dat het JGZ-veld input moet leveren voor het curriculum van de opleiding. De werkgroep zou misschien contact kunnen opnemen met deze beroepsverenigingen. Zij zou dan kunnen nadenken en onderzoek kunnen doen om te kijken welke taken en verantwoordelijkheden de NP kan vervullen in de JGZ, waarbij het een toegevoegde waarde oplevert ten opzichte van de huidige taakverdeling. De werkgroep moet zich hierbij niet alleen richten op het door de NP laten overnemen van specifieke CB-gebonden (artsen)taken maar ook op nieuwe ontwikkelingen in de JGZ waar een toekomstige NP een rol in zou kunnen spelen. In de onderzoeken tot nu toe is hier namelijk nog niet naar gekeken. Naast het kijken welke competenties de NP kan vervullen, kan de werkgroep ook de juridische aspecten meenemen.

Op basis hiervan kan het management van de JGZ beter wachten met het aanbieden van de opleiding ANP aan de verpleegkundigen. Het management zal eerst meer informatie moeten hebben over de opleiding ANP en hoe de competenties die de NP krijgt, kunnen worden ingevuld in de JGZ. Het is aan te bevelen om eerst te wachten tot er een specifieke opleiding ANP voor de JGZ is. Hierdoor heeft een pilot starten in de JGZ Twente op dit moment weinig waarde. Waarschijnlijk zullen ook de professionals op dit moment geen toegevoegde waarde zien in een NP in hun organisatie. Er is op dit moment geen artsentekort en de artsen geven ook niet aan dat ze hun werk te zwaar vinden. Als de JGZ mogelijk in de toekomst wel te maken krijgt met een tekort aan artsen, is het voor het management van belang om de ontwikkelingen rondom de NP en de inhoud van de opleiding te blijven volgen.

Het is belangrijk om de onderzoeken van de Zorggroep Almere en de Stichting JGZ Groningen te blijven volgen. De resultaten van de Stichting JGZ Groningen zijn immers nog niet bekend zijn en de Zorggroep Almere gaat starten met nieuwe pilots. Daardoor zal er meer kennis komen over de toegevoegde waarde van een NP met betrekking tot de taakverdeling in de JGZ. De onderzoeksresultaten kunnen worden gepubliceerd in de JGZ-courant of het JGZ-journaal zodat ook de professionals op de hoogte worden gehouden en zich er in kunnen verdiepen. Omdat de artsen en de verpleegkundigen over het algemeen nieuwsgierig zijn naar de NP, is het belangrijk om ook hen te informeren over de nieuwe ontwikkelingen. Zo kunnen de professionals nadenken over de mogelijkheden van de NP in de JGZ en kan er draagvlak vanuit de werkvloer blijven bestaan of worden ontwikkeld.

10. Literatuurlijst

http://ajin.artsennet.nl/content/resources//AMGATE_6059_109_TICH_R173132792379669//

http://ajin.artsennet.nl/content/resources/AMGATE_6059_109_TICH_L697202225/AMGATE_6059_109_TICH_R1287331114993048//

AVVV (2003) *Competenties van professionals centraal bij taakherschikking in de gezondheidszorg, De reactie van de AVVV op het adviesrapport "Taakherschikking in de gezondheidszorg" van de Raad voor de Volkgezondheid en Zorg*, Utrecht

<http://www.avvv.nl/page.php?page=35>

<http://www.bigregister.nl/ned/index.html>

Boot, J.M. & Knapen, M.H.J.M. (2001) *Handboek Nederlandse gezondheidszorg*, Het Spectrum, Utrecht

Boudewijnse, H.B. e.a. (2005) *Nederlands Leerboek, Jeugdgezondheidszorg, Deel A organisatie*, Koninklijke van Gorcum, Assen

Brokx, I. (2003) *De Nurse Practitioner in de Jeugdgezondheidszorg. Onderzoek naar de mogelijkheden van een nieuwe functie binnen de jeugdgezondheidszorg*, Almere

Brokx, I. (2004) *De Nurse Practitioner JGZ in gezondheidscentrum De Spil*, Zorggroep Almere

Brokx, I. (2005) *Nurse Practitioner JGZ, in gezondheidscentrum De Spil, Almere, uitkomsten en evaluatie van de pilot januari-december 2004*, Almere

Brokx, I. (2006) *Projectplan NP-JGZ, 2004-2008*, Almere

Brouwer, R. (2006) *Nurse Practitioner in de JGZ, geen doktertje spelen, maar een verpleegkundige met specifieke medische taken, Ja!*

GGD Regio Twente (2005) jaarverslag 2004

<http://www.hanze.nl/Hanzeconnect/Opleidingen+en+cursussen/Masteropleidingen+Graduate+School/Master+Advanced+Nursing+Practice/Masterstopleiding+Advanced+Nursing+Practice+in+detail.htm>

<http://www.hanze.nl/Hanzeconnect/Opleidingen+en+cursussen/Masteropleidingen+Graduate+School/Master+Advanced+Nursing+Practice/Praktische+informatie+masteropleiding+Advanced+Nursing+Practice.htm>

<http://www.hbo-raad.nl/?i=576&t=doc>

<http://www.hu.nl/NR/rdonlyres/0F046E1B-7509-4766-83A3-56BF3B22A269/4355/infobrochurezorginstellingenANPfebruari2006.pdf>

<http://www.hu.nl/OpleidingenMasters/Master+Advanced+Nursing+Practice/Meer+over+deze+master/De+opleiding.htm>

Informatiefolder (2006), Saxion Enschede

Jakobs, C., D. van Nobelen & A. Broerse (2002) *Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg*, Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer

Jeugdgezondheidscourant, GGD regio Twente, Jaargang 5, 2006, nr. 2

<http://www.jeugdgezondheidszorg.org/index.php?item=1>

Landelijk opleidingsoverleg MANP en PA HBO-raad, 2006, folder

<http://www.livio.nl/Images1/Brochures/jgz-aug2005.pdf>

<http://www.lvsv.nl/home/index.php>

<http://www.lvw.nl/page.php?id=5>

LVW sectie JGZ en LSVV commissie jeugd (2006) *Standpuntbepaling Nurse Practitioner: Innovator in de jeugdgezondheidszorg*, Utrecht

Mast, J. & A. Pool (2005) *Competentieprofiel voor jeugdverpleegkundige in de Jeugdgezondheidszorg (0-19)*, NIZW Zorg, Utrecht

Mette- Kroese, C. (2006) *Taakherschikking in de JGZ: Mogelijk? Wenselijk?, Ja!*

Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002) *Het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar*

<http://www.minocw.nl/factsheets/359#A771>

Offenbeek, M.A.G. van, Y.Hoeve, P.F. Roodbol & M.Knip (2003) *Effecten van Nurse Practitioners op de organisatie en effectiviteit van de zorg*, Groningen

<http://www.platformjgz.nl/blobs/regeling-4531.rtf>

<http://www.platformjgz.nl/platform%20jgz/het%20basistakenpakket>

<http://www.platformjgz.nl/wie%20doet%20wat%20in%20de%20jgz/overheid/Inspectie%20voor%20de%20gezondheidszorg>

<http://www.platformjgz.nl/wie%20doet%20wat%20in%20de%20jgz>

Portengen, J. e.a. (1999) *Advanced Nursing Practice. Een studie. Actief naar Perspectief*, Landelijk Centrum Verpleging en Verzorging, Utrecht

Raad van Volksgezondheid en Zorg (2002) *Taakherschikking in de gezondheidszorg*, Zoetermeer

<http://www.regiotwente.nl/ariadne/loader.php/regiotwente/ggd/jeugdgezondheidszorg/hoewerktdejgz/>

<http://www.rivm.nl/rvp>

http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o2391n20930.html

http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3135n20331.html

http://www.rivm.nl/vtv/object_document/o3351n20930.html

<http://www.saxion.nl/manp/deeltijd/enschede/kort>

Schilthuis, H.J., *brief van de Inspectie van de Gezondheidszorg over standpunt NP*

Tempelman, C.J.J. (2005) *Het zelfbeeld van nurse practitioners anno 2005, Deel I. Kerncijfers*, Groningen

<http://www.theofficialmasterguide.nl/nl/doc.phtml?p=Opleidingen+Gezondheidszorg>

<http://www.thuiszorg.nl/index.php?item=159&z-org=1&mword=1>

VBOC-AVVV (2006) *Verpleegkundige toekomst in goede banen*, Utrecht

Winkel-Veninga, A. & A. Bakker (2005) *Werkdocument, Nurse practitioner <-> cb-arts op het consultatiebureau*, Groningen

Winkel-Veninga, A. & A. Bakker (2005) *Procesbeschrijving, Nurse practitioner in de JGZ, model 1 en 2*, Groningen

Winkel-Veninga, A. & A. Bakker (2005) *Uitwerking projectbeschrijving en uitvoeringsplan (randvoorwaarden) Bijlage 1*, Groningen

Bijlagen

Inhoudsopgave

Bijlage 1: Competenties ANP van de HBO-raad.....	3
Bijlage 2: Basistakenpakket.....	5
Bijlage 3: Contactmomenten	6
Bijlage 4: Richtlijncontactmomenten 0-19 jaar	7
Bijlage 5: Ervaringen consultatiebureau	9
Bijlage 6: Werkbezoekvragen.....	10
Bijlage 7: Werkbezoek Almere 31 mei 2006.....	11
Bijlage 8: Werkbezoek Stadskanaal 24 mei 2006.....	14
Bijlage 9: Risicoformulier	18
Bijlage 11: Teamsamenstellingen	20
Bijlage 12: Model 1.....	21
Bijlage 13: Model 2.....	22
Bijlage 14: JGZ courant GGD Regio Twente.....	23
Bijlage 15: Mening over invloed taakherschikking	25
Bijlage 16: Rapportcijfers tevredenheid van de NP	26
Bijlage 17: Interview over de NP.....	27
Bijlage 18: Uitwerkingen van de interviews.....	29
1. Resultaten van Livio.....	29
1.1 Artsen Livio	29
1.2 Verpleegkundigen Livio	30
2. Resultaten van Thuiszorg Noord West Twente.....	30
2.1 Artsen Thuiszorg Noord West Twente	30
2.2 Verpleegkundigen Thuiszorg Noord West Twente	31
3. Resultaten van Carint	32
3.1 Artsen Carint	32
3.2 Verpleegkundigen Carint	33
4. Resultaten GGD	33
4.1 Artsen van de GGD	33
4.2 Verpleegkundigen GGD	35
4.3 Doktersassistentes GGD	35
Bijlage 19: Reflectie van het professioneel functioneren.....	37
1. Aanpak van de opdracht	37
2. Zelfstandigheid.....	37
3. Verwerken van feedback	38
4. Communicatieve en sociale vaardigheden.....	38
5. Leerpunten	39
6. Kwaliteiten van het wetenschappelijk onderzoek	40

Bijlage 1: Competenties ANP van de HBO-raad

Competenties masteropleiding ADVANCED NURSING PRACTICE

De afgestudeerde van de masteropleiding Advanced Nursing Practice beschikt over competenties, die haar in staat stellen tot het leveren van kwalitatief hoogwaardige patiëntenzorg waarin samenwerking met de patiënt, diens naasten en met andere hulpverleners belangrijke aspecten zijn.

De competenties zijn verdeeld in drie gebieden:

- I Patiëntenzorg
- II Samenwerking
- III Kwaliteitsbeleid

I Patiëntenzorg

Binnen de patiëntenzorg staan competenties centraal op het gebied van het afstemmen van het zorgaanbod op de zorgvraag van de cliënt (zorg op maat), over de grenzen van het eigen (verpleegkundig) beroep heen en vanuit interdisciplinair oogpunt. Kennis en vaardigheden op het gebied van het verrichten van lichamelijk onderzoek, anamnese, diagnosticeren en behandelen van gezondheidsproblemen en het afstemmen van aanbod op de vraag.

De afgestudeerde:

1. verzamelt patiëntgegevens over de gezondheid van individuen;
2. verzamelt patiëntgegevens over de gezondheid van groepen;
3. stelt gezondheidsproblemen vast;
4. exploreert de relatie tussen de klacht en de omstandigheden;
5. identificeert risicogroepen;
6. maakt voorstellen voor behandelplannen;
7. legt behandelplannen voor aan andere disciplines en
8. voert behandelplannen uit.

II Samenwerking

Zorgorganisaties worden steeds complexer; grenzen tussen organisaties verdwijnen (ontschotting, transmuralisering) en nieuwe zorgvormen worden ontwikkeld. De cliënt wordt steeds mondiger en eist de rol van participant in het zorgproces op. Dit vereist van de advanced practice nurse competenties waarmee zij over de grenzen van afdelingen en organisaties heen, situaties analyseert, creatieve oplossingen bedenkt en veranderingen initieert in samenwerking met de cliënt, diens naasten en andere hulpverleners.

De afgestudeerde:

1. overlegt met de cliënt over het op te stellen behandelplan;
2. overlegt met andere disciplines intra- en extramuraal over het op te stellen behandelplan;
3. coördineert de zorgverlening;
4. verwijst naar andere disciplines;
5. ontwerpt een zorgketen;
6. bepaalt een eigen positie in de zorgketen;
7. draagt zorg voor de continuïteit en coördinatie van de zorgketen;
8. geeft intra- en interprofessionele consultatie;
9. reflecteert kritisch op eigen handelen en
10. reflecteert kritische op het handelen van anderen;

III Kwaliteitsbeleid

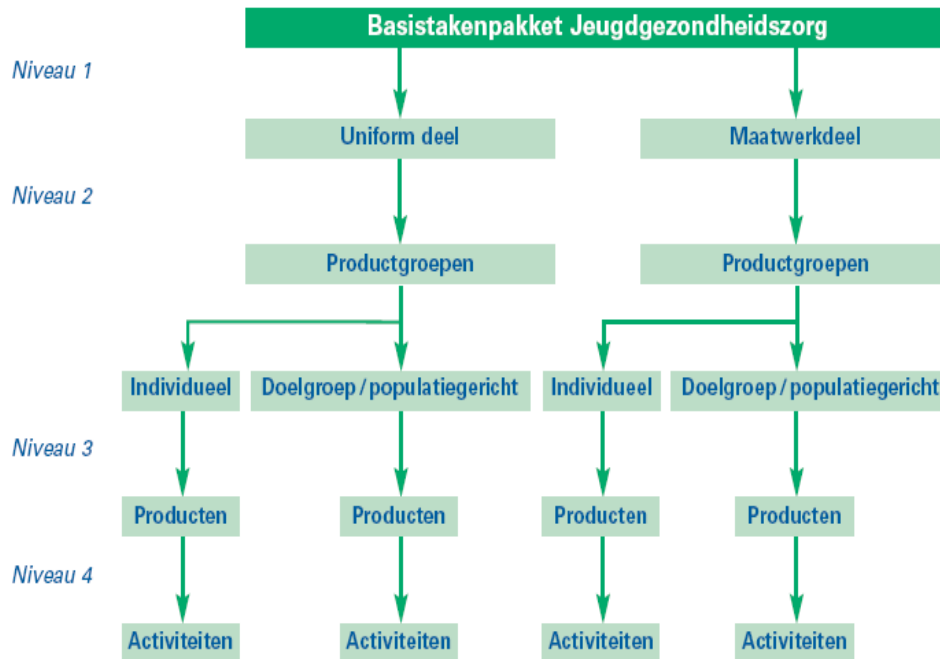
De advanced practice nurse is in staat op basis van (wetenschappelijke) kennis de praktijk te verbeteren door het ontwikkelen en implementeren van bijvoorbeeld richtlijnen en standaarden, door het signaleren van tekorten in kennis en vaardigheden van zichzelf en andere hulpverleners en door het signaleren van praktijkproblemen waarna onderzoek kan worden verricht.

De afgestudeerde:

1. initieert kwaliteitsbeleid;
2. houdt eigen deskundigheid op peil;
3. signaleert scholingsvragen;
4. verspreidt en vertaalt (wetenschappelijke) kennis;
5. past implementatiestrategieën toe;
6. ontwikkelt richtlijnen en protocollen;
7. genereert onderzoeksvragen;
8. initieert (toepassingsgericht) onderzoek en
9. levert een bijdrage aan de uitvoering van onderzoek.¹

¹ Hogeschoolraad (2003) *Competenties masteropleiding ADVANCED NURSING PRACTICE*, Den Haag

Bijlage 2: Basistakenpakket



Figuur 1: Schematische weergave van de indeling van het Basistakenpakket op vier niveaus ²

² Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport (2002) *Het Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg van 0-19 jaar*, p. 7

Bijlage 3: Contactmomenten

Consult	Leeftijd	Wie	Vaccinatie
1	1 mnd	CB-arts	-
2	2 mnd	Verpleegkundige	DKTP-Hib-1, Pneumokokken, Evt. Hep B-1
3	3 mnd	CB-arts	DKTP-Hib-2, Pneumokokken, evt. Hep B-2
4	4 mnd	Verpleegkundige	DKTP-Hib-3, Pneumokokken, evt. Hep B-3
5	6 mnd	CB-arts	-
6	7½ mnd	Verpleegkundige	-
7	9 mnd	CB-arts	-
8	11 mnd	Verpleegkundige	DKTP-Hib-4, Pneumokokken, Evt. Hep B-4
9	14 mnd	CB-arts	BMR-1, Meningokok C
10	18 mnd	Verpleegkundige	-
11	2 jaar	CB-arts	-
12	3 jaar	CB-arts	-
13	3,9 jaar	Verpleegkundige	DTP-5, aK

Figuur 2: Contactmomenten thuiszorginstellingen ³

³ <http://www.carint.nl/web/site/Default.aspx?l=Internet&m=diensten&a=d&guid=4904A96F-6A7F-4ECA-8B20-BF99FF083AD2>, 22-06-2006

Bijlage 4: Richtlijncontactmomenten 0-19 jaar

Leeftijd	Contact Moment	Tijdens contactmomenten te leveren producten/te verrichten taken	Product/Taak volgens BTP
4 ^e tot 7 ^e dag	Huisbezoek	<ul style="list-style-type: none"> § Screeningen <ul style="list-style-type: none"> ○ PKU ○ CHT ○ AGS ○ Screening perceptief gehoorverlies 	(U3.1.1) (U3.1.1.1) (U3.1.1.2) (U3.1.1.3) (U3.1.1.8)
2 ^e week	Huisbezoek	<ul style="list-style-type: none"> § Algemene anamnese § Sociaal milieu § Inschatten verhouding draagkracht / draaglast § Bepalen risicogroepen § Wettelijk verplichte voorlichting § Dossiervorming 	(U1.1.1) (U1.2.3) (U2.1.1) (U2.2.1) (U4.1.1) (U6.1.1)
4 ^e week	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § Algemene anamnese, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ controle aangeboren/erfelijke afwijkingen ○ uitdiepen anamnese ○ medische achtergrond § Groei § Autorisatie RVP 	(U1.1.1) (U.1.1.1.2) (U1.1.1.3) (U1.1.1.3) (U1.1.3) (U3.1.2.1)
8 ^e week	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § RVP (DKTP / HIB) § Groei 	(U3.1.2.1) (U1.1.3)
3 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § RVP (DKTP / HIB) § Ontwikkelingsonderzoek § Groei 	(U3.1.2.1) (U1.1.4) (U1.1.3)
4 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § RVP (DKTP / HIB) § Groei 	(U3.1.2.1) (U1.1.3)
6 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § Groei § Ontwikkelingsonderzoek 	(U1.1.3) (U1.1.4)
7,5 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Voedingsadviezen ○ Mondgedrag § Ontwikkeling, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Motoriekontwikkeling ○ Spraak/taal ontwikkeling 	(U1.1.5) (U1.1.4) (U1.1.4.2) (U1.1.4.5)
9 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § Groei § Ontwikkelingsonderzoek § Vroegtijdige Onderkenning § Visusstoornissen (vov) 	(U1.1.3) (U1.1.4) (U3.1.1.4)
11 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § RVP (DKTP / HIB) § Groei 	(U3.1.2.1) (U1.1.3)
14 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § RVP (BMR / MenC) § Groei § Ontwikkelingsonderzoek § afsluiting zuigelingenperiode § Inschattingen zorg peuterperiode 	(U3.1.2.1) (U1.1.3) (U1.1.4)
18 maanden	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Opvoedingsvragen 	(U1.1.5)

		<ul style="list-style-type: none"> ○ Pedagogische observatie ○ Anticiperende voorlichting 	
2 jaar	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § Groei § Ontwikkelingsonderzoek, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Spraak en taal § Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Opvoedingsvragen 	<ul style="list-style-type: none"> (U1.1.3) (U1.1.4) (U1.1.4.5) (U1.1.5)
3 jaar	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § Ontwikkelingsonderzoek, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Spraak en taal § Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Opvoedingsvragen ○ Pedagogische observatie § Opsporing visuele stoornissen 	<ul style="list-style-type: none"> (U1.1.4) (U1.1.4.5) (U1.1.5) (U3.1.1.4)
3,9 jaar	Consult	<ul style="list-style-type: none"> § Groei § Bepalen ontvangen zorg § RVP (DTP / aK) § Opsporing visuele stoornissen 	<ul style="list-style-type: none"> (U1.1.3) (U2.1.1) (U3.1.2.1) (U3.1.1.4)
5 jaar	Screening	<ul style="list-style-type: none"> § Screening spraak- en taalstoornissen 	(U3.1.1.7)
5 jaar of groep 2 basis onderwijs	PGO	<ul style="list-style-type: none"> § Groei § Ontwikkeling, Specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ motorisch ○ relaties, omgaan met andere kinderen § Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ psychosociale ontwikkeling ○ emotioneel functioneren ○ sociaal functioneren § Opsporing visuele stoornissen 	<ul style="list-style-type: none"> (U1.1.3) (U1.1.4) (U1.1.4.2) (U1.1.4.4) (U1.1.5) (U1.1.5.2) (U1.1.5.3) (U1.1.5.4) (U3.1.1.4)
9 jaar	Massaal	<ul style="list-style-type: none"> § RVP (DTP / BMR) 	(U3.1.2.1)
10 jaar of groep 7 basis onderwijs	PGO	<ul style="list-style-type: none"> § Groei, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Houdingsafwijkingen § Ontwikkeling § Functies, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ psychosociale ontwikkeling ○ emotioneel functioneren ○ sociaal functioneren § Gedrag, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pesten / geweld 	<ul style="list-style-type: none"> (U1.1.3) (U1.1.4) (U1.1.5) (U1.1.5.2) (U1.1.5.3) (U1.1.5.4) (U1.2.2) (U1.2.2.3)
13 jaar of klas 2 voortgezet onderwijs	PGO	<ul style="list-style-type: none"> § Groei, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Houdingsafwijkingen § Ontwikkeling; specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Pubertijd § Gedrag, specifiek: <ul style="list-style-type: none"> ○ Schoolverzuim 	<ul style="list-style-type: none"> (U1.1.3) (U1.1.4) (U1.2.2) (U1.2.2.4)
speciaal onderwijs	PGO	<ul style="list-style-type: none"> § PGO bij aanmelding / toelating voor het (V)SO § Beneden 8 jaar tweejaarlijks een PGO § Vanaf 8 jaar – 19 jaar driejaarlijks een PGO 	

Figuur 3: Richtlijncontactmomenten 0-19 jaar⁴

⁴ <http://www.platformjgz.nl/platform%20jgz/richtlijnen%20en%20protocollen/richtlijn%20contactmomenten>, 22-06-2006

Bijlage 5: Ervaringen consultatiebureau

Op donderdag 18 mei 2006 mocht ik een ochtend meelopen op een consultatiebureau in Hengelo. Bij binnenkomst van het bureau zit de consultatiebureauassistente. Zij ontvangt de ouders met de kinderen. De ouders kunnen daar hun kinderen uitkleden. De assistente meet en weegt de kinderen en noteert het in het dossier. De verpleegkundige en arts hebben een schema van de ochtend welke kinderen ze gaan zien. Een consult duurt rond de 15 à 20 minuten. De verpleegkundige doet alleen de verpleegkundige taken. Zij onderzoekt het kind wel, maar niet zo uitgebreid als de arts. De verpleegkundige geeft de ouders wel advies over bijvoorbeeld voeding. Zij geeft ook de vaccinaties aan het kind. De arts doet een grondig medisch onderzoek, waarbij bijvoorbeeld ook het bewegingsstelsel wordt onderzocht. Ook kan zij de oren en ogen meten. De arts ontvangt ook de ouders en kinderen die doorverwezen zijn door de verpleegkundige naar de arts voor een extra consult. Zo was er op deze ochtend een moeilijk gezin, waarbij de oudste zoon niet naar behoren functioneert. De verpleegkundige wist niet hoe ze kon helpen bij dit gezin, waardoor ze het gezin terug liet komen bij de arts. De arts en de verpleegkundige vragen ook naar de gezinssituatie. Hoe bijvoorbeeld het oudste kind met het nieuwe geboren kind omgaat. De verpleegkundig kan dan als ouders of de professionals het niet helemaal vertrouwen, een keer op huisbezoek gaan. Ook wordt dan informatie opgevraagd bij bijvoorbeeld de peuterspeelzaal. De arts kan het kind doorverwijzen naar een andere specialist. Dit kan de verpleegkundige niet doen. De arts kan bijvoorbeeld ook een extra notitie maken voor de schoolarts die het kind gaat zien in groep 1 of 2 van de basisschool, waar hij extra op moet letten. De arts en verpleegkundige noteren na het consult hun resultaten van het consult, zodat bij het volgende consult makkelijk kan worden gekeken waar meer aandacht aan moet worden gegeven.

Het viel mij op dat veel diverse mensen op een consultatiebureau komen, elke ouder met haar eigen verhaal. De JGZ professionals moeten goed met mensen om kunnen gaan en goed kunnen luisteren. De juiste vragen moeten worden gesteld om een beeld te krijgen van het kind, de ouders en de gezinssituatie. De verpleegkundigen en de arts moeten duidelijke antwoorden kunnen geven op de vragen van de ouders. De meeste ouders zijn onzeker en hebben twijfels of ze alles wel goed doen. De arts en verpleegkundigen moeten opbouwende kritiek geven hoe de ouders het mogelijk beter kunnen doen en ook het vertrouwen geven dat de ouders het goed kunnen en blijven doen. Het was een interessante ochtend waardoor ik een beter beeld heb gekregen hoe een consultatiebureau in de praktijk te werk gaat.

Bijlage 6: Werkbezoekvragen

1. Waarom een NP? Waar kwam het idee een NP in te zetten vandaan?
 - a. *Welke afwegingen zijn er vooraf gemaakt bij de beslissing een NP in te zetten in de zorg? (Efficiënter werken, meer teamwork, meer kwaliteit, meer menskracht)*
 - b. *Welke problemen kwam men tegen en wat waren de eventuele oplossingen?*
 - c. *Hoe is onderzoek gedaan naar het draagvlak van een NP en is er voldoende draagvlak voor of ook veel weerstand?*
2. Welk pad hebben jullie bewandeld?
 - a. *Zijn er verschillende opleidingstrajecten overwogen? Waren er andere overwegingen?*
3. Hoe is de opbouw van de wijk? Hoeveel kinderen heeft u in de wijk?
4. Wat doet ze nu concreet, hoeveel uren per week?
 - a. *Welke taken en verantwoordelijkheden heeft u?*
 - b. *Welke verpleegkundige en medische taken behoren in Groningen/Almere tot uw takenpakket?*
 - c. *Moet de NP alleen de medische consulten uitvoeren, of ook de verpleegkundige?*
 - d. *Combineert u de taken zoals die in het Basistakenpakket worden genoemd?*
5. Is dit nu ook wat ze er zelf van verwachtte?
 - a. *Zijn er rollen, taken en verantwoordelijkheden die nu niet (goed) worden ingevuld of die u mist?*
 - b. *Hoe verloopt de samenwerking tussen de professionals (CB-arts/huisarts, CB-assistente) met betrekking tot de taakverdeling?*
 - c. *Zou u mogelijk nu iets willen veranderen in de organisatie met betrekking tot de taakverdeling?*
6. Wat vinden anderen er nu van? (CB-arts/huisarts, CB-assistente, de ouders)
7. Hoe heeft u de opleiding ervaren? Is het haalbaar om in het relatief korte tijdbestek de ontwikkeling in alle velden voldoende te leren kennen?
8. Hoe was de coaching door uw opleider?
9. Denkt u dat een NP een toegevoegde waarde kan hebben ten opzichte van de huidige taakverdeling? Wat zijn volgens u de mogelijke voordelen en nadelen?

Bijlage 7: Werkbezoek Almere 31 mei 2006

Interview met NP mevrouw I. Brokx en NP in opleiding mevrouw J. Rutten

1. Waarom een NP? Waar kwam het idee een NP in te zetten vandaan?

- a. *Welke afwegingen zijn er vooraf gemaakt bij de beslissing een NP in te zetten in de zorg? (Efficiënter werken, meer teamwork, meer kwaliteit, meer menskracht)*

Ingrid Brokx was al erg actief op allerlei gebieden, ze zat bij een landelijke werkgroep en was actief bij de gemeente. Toch had ze het gevoel dat ze nog wat miste, ze wilde graag meer scholing. Ze wilde wel wat gaan doen op hetzelfde vakgebied. Daarom ontstond bij haar het idee om de opleiding ANP te gaan doen. In Almere deden de huisartsen het consultatiebureau. De artsen vonden het goed dat ze wat nieuws wou uitproberen. Ingrid Brokx heeft daarom literatuuronderzoek gedaan naar NP in de JGZ, door onder andere te kijken naar buitenlands onderzoek om een goede onderbouwing te geven. De huisartsen vonden het prima dat ze als NP in de JGZ aan de slag ging. Brokx zegt dat de huisartsen het CB ook meer er bij deden en ook niet goed de nieuwe ontwikkelingen bij hielden. Vandaar dat er geen weerstand was bij de artsen.

- b. *Welke problemen kwam men tegen en wat waren de eventuele oplossingen?*

Ingrid Brokx is zelf met het initiatief gekomen. De Zorggroep Almere is een vrij platte organisatie, waardoor Brokx zelf eenvoudig met ideeën kon komen en ruimte had om haar ideeën uit te voeren. De huisartsen hebben daarbij een grote invloed. Ze is er gewoon mee begonnen en had steun van de artsen. In Groningen is de start anders geweest, daar moest eerst veel meer op papier worden gezet, ze hebben daar werkdocumenten. Nu wisselen ze met elkaar informatie uit. Toch geeft Ingrid Brokx aan dat het belangrijk is om eerst vanuit de organisatie goed te onderbouwen voordat wordt begonnen met het inzetten van een NP.

- c. *Hoe is onderzoek gedaan naar het draagvlak van een NP en is er voldoende draagvlak voor of ook veel weerstand?*

Er was van de huisartsen dus geen weerstand. Jolanda Rutten doet nu een opleiding ANP. In haar praktijk werken CB-artsen. Zij zien een NP werkzaam in de JGZ niet echt zitten. Brokx en Rutten geven aan dat er vanuit de organisatie nog niet is nagedacht wat de CB-artsen moeten gaan doen als er een NP wordt ingezet. Dit kwam onder andere door een slecht functionerende manager. Op dit moment zijn er nog geen andere mogelijkheden voor de arts. Aan de andere kant nemen de CB-artsen ook nog geen initiatieven. Mevrouw Rutten zegt dat de CB-artsen waarschijnlijk dan naar een ander bureau moeten.

2. Welk pad hebben jullie bewandeld?

- a. *Zijn er verschillende opleidingstrajecten overwogen?*

Waren er andere overwegingen?

In Almere is er in 2004-2005 een pilot gestart waarbij Ingrid Brokx als NP alle consulten doet. Er zijn aparte kleuter- en zuigelingenbureaus. Alleen bij de zuigelingenbureaus krijgt ze ondersteuning van de CB-assistente. De consulten duren 20 minuten. Er vinden tien CB-zittingen per maand plaats (30 uur) en er starten vier zuigelingengroepsbureaus per jaar (5,5 uur per maand). De kleuterconsulten worden apart georganiseerd. De NP weegt en meet het kind tijdens het consult. De NP krijgt door deze manier van werken meer tijdswinst aangezien zij niet meer alle zuigelingen en peuters met iemand voor en na hoeft te bespreken. Daarnaast zijn er nog inloopsprekuren. Alleen bij het eerste consult wordt het kind gezien door de huisarts. De eerste twee huisbezoeken worden door de NP gedaan. Bij het eerste huisboek vult zij een risicoformulier in en registreert haar bevindingen. Deze worden vergeleken met

de bevindingen die de huisarts in het eerste consult noteert. Aan de hand van dit formulier wordt bepaald of het kind een risicokind is. Als het kind een risicokind is, wordt het vervolgens gedelegeerd naar de huisarts. Het kind wordt dan gezien op het risicobureau gezamenlijk door de arts en de NP. Zij vinden het beiden een meerwaarde om de kinderen samen te zien bij het risicobureau. Ook het risicoformulier is leerzaam om er over na te denken. Je dwingt hierdoor om de arts mee te laten kijken. In Groningen gebruiken ze ook het risicoformulier, alleen hebben ze hier vragen over de gezinssituatie weggehaald. In het begin verwees Ingrid Brokx veel vaker kinderen naar het risicobureau. Het risicobureau vindt twee keer per maand plaats.

3. Hoe is de opbouw van de wijk? Hoeveel kinderen heeft u in de wijk?

Er zijn 350 kinderen in de wijk. Het is een wijk met een lage sociaal-economische status.

4. Wat doet ze nu concreet, hoeveel uren per week?

a. Welke rollen, taken en verantwoordelijkheden heeft u?

Ingrid Brokx doet alle consulten. Hierbij integreert ze de medische en verpleegkundige taken. Zij heeft verantwoordelijkheid voor haar eigen handelen. Dat de NP nog niet in de Wet BIG staat is bij Almere geen belemmering. De NP mag geen diagnose stellen en er is ook geen sprake van medicijnen voorschrijven.

b. Welke verpleegkundige en medische taken behoren in Almere tot uw takenpakket?

Haar functieomschrijving is nog niet bekend. Het is voor haar een enorme uitdaging, ze geeft gestalte aan de toekomst. Ze heeft als het ware een pioniersfunctie. Op dit moment zit de JGZ-verpleegkundige in Almere in FWG 45, de NP in 55 en de CB-arts in 65. Op de vraag waarom ze niet hoger in de schaal zit, antwoordt Ingrid Brokx dat zij zichzelf meer ziet als een specialistisch verpleegkundige en niet vindt ze hoger zou moeten zijn ingeschaald.

c. Moet de NP alleen de medische consulten uitvoeren, of ook de verpleegkundige?

Beiden. Resultaten van het evaluatierapport zijn erg positief. Ingrid Brokx werkt nu nog op dezelfde wijze als bij de pilot.

d. Combineert u de taken zoals die in het Basistakenpakket worden genoemd?

Ja.

5. Is dit nu ook wat ze er zelf van verwachtte?

a. Zijn er taken en verantwoordelijkheden die nu niet (goed) worden ingevuld of die u mist?

Ingrid Brokx mist op dit moment niets aan haar functie.

b. Hoe verloopt de samenwerking met de andere professionals (CB-arts/huisarst, CB-assistente) met betrekking tot de taakverdeling?

De samenwerking verloopt goed.

c. Zou u mogelijk nu iets willen veranderen in de organisatie met betrekking tot de taakverdeling?

Ingrid Brokx zou op dit moment niets willen veranderen.

6. Wat vinden anderen er nu van? (CB-arts/huisarts, CB-assistente, de ouders)

Aan het eind van de pilot is er een evaluatieverslag geschreven. Hieruit bleek dat de ouders, de huisartsen en zichzelf erg positief waren. Het project hebben ze eerst niet veel bekendheid gegeven. Maar na de positieve resultaten, kwam er veel onrust, waardoor de organisatie toch heeft besloten om het meer bekendheid te gaan geven.

Ouders

De ouders zijn erg tevreden. Ze vinden het fijn dat ze elke keer maar één gezicht zien. Continuïteit is erg belangrijk. Er zijn een aantal consulten nodig voor het vertrouwen van de ouders. De ouders weten dat Ingrid Brokx medische vaardigheden heeft en zien haar meestal wel als een dokter. Ze probeert wel altijd voorlichting te geven over haar functie als NP. Als ouders niet geholpen willen worden door een NP, worden de ouders doorgestuurd naar een ander zorgcentrum. Als de NP ziek is, worden de consulten op de ouderwetse manier gedaan. De consulten worden dan door verpleegkundigen en artsen gedaan.

De huisarts

De huisartsen zijn erg tevreden. Het contact met de artsen is goed. Ingrid Brokx schrijft makkelijk verwijsbriefjes naar de artsen.

7. Hoe heeft u de opleiding ervaren? Is het haalbaar om in het relatief korte tijdbestek de ontwikkeling in alle velden voldoende te leren kennen?

Ingrid Brokx vond de opleiding zwaar. Het kostte veel tijd en inspanning. Ze heeft zelf veel meegelopen met de consulten, om zo meer ervaring op te doen. Ook Jolanda Rutten ervaart de opleiding als zwaar. Maar ze denkt wel dat het veel oplevert, veel medische kennis. Je leert met een andere blik te kijken naar dingen. Ze kan nu beter onderzoeken lezen en meer evidence based werken. Van een NP kan je verwachten dat ze meer kijkt naar onderzoeken en onderzoek doet. Je leert veel klinisch redeneren, maar wel met een verpleegkundige blik. Nadeel bij de opleiding is, dat er geen speciale module is voor de JGZ. Je leert daardoor ook veel dingen die niet van toepassing zijn bij de JGZ. Iedereen die de opleiding volgt zit er namelijk vanuit zijn eigen vakgebied. De balans is zo soms moeilijk te vinden.

8. Hoe was de coaching door uw opleider?

Jolanda Rutten wordt gecoached door drie mensen. Ten eerste door een CB-arts bij een ander zorgcentrum. Hij is meer een technische leermeester. Ten tweede door Ingrid Brokx. Zij is een mentor. Zij geeft bijvoorbeeld informatie over kwaliteit, competenties en over het ontwikkelen van een NP. Ten derde is er nog een coach op school. Op de Hogeschool (InHolland) waar Jolanda Rutten opzit verloopt het op dit moment niet zo goed.

9. Denkt u dat ANP een toegevoegde waarde kan hebben ten opzichte van de huidige taakverdeling? Wat zijn volgens u de mogelijke voordelen en nadelen?

Ingrid Brokx denkt niet dat je voor de taakherschikking per se een NP moet inzetten in de JGZ. Er zijn ook andere mogelijkheden. Bijvoorbeeld een verpleegkundige opleiden met de medische taken van de arts, dan zou het misschien ook wel kunnen. Waarbij de arts de risicokinderen blijft zien. Toch zijn in Almere inmiddels drie verpleegkundigen de opleiding ANP aan het volgen. Ingrid Brokx heeft hiervoor al een nieuw projectplan geschreven. Ingrid Brokx heeft het erg druk. Ze zit in werkgroepen en is lid geworden van de beroepsvereniging van de JGZ.

Bijlage 8: Werkbezoek Stadskanaal 24 mei 2006

Interview met NP mevrouw A. Winkel en regiomanager meneer E. Wiersma

1. Waarom een NP? Waar kwam het idee een NP in te zetten vandaan?

a. *Welke afwegingen zijn er vooraf gemaakt bij de beslissing een NP in te zetten in de zorg? (Efficiënter werken, meer teamwerk, meer kwaliteit, meer menskracht)*

- 1) In Groningen waren ze al bezig om een NP in te zetten bij de thuiszorg. Daarom ontstond het idee dat er misschien ook wel een NP in de JGZ kan worden ingesteld. De opleiding werd aangeboden aan twee verpleegkundigen, waaronder Anke Winkel. Zij deden tijdens hun opleiding stage bij de JGZ in Groningen. Toen is het idee ontstaan om hun een baan aan te bieden bij de JGZ.
- 2) Drie jaar geleden was het moeilijk om aan CB-artsen te komen. Daarom wilden ze inspelen op het mogelijke dreigende tekort, wat op dit ogenblik niet meer echt speelt.
- 3) Meer perspectief en promotiemogelijkheden voor verpleegkundigen door de opleiding.
- 4) Andere functieverdelingen tussen JGZ-verpleegkundige, arts en NP bekijken.

b. *Welke problemen kwam men tegen en wat waren de eventuele oplossingen?*

- 1) Het was vooral moeilijk om binding te vinden met CB-artsen. In Delfzijl bijvoorbeeld wilde de arts eerst niet meewerken, hij wilde alle kinderen blijven zien. De competenties van de NP werden door de artsen in twijfel getrokken.
- 2) Het was een "heikele operatie". Het was moeilijk om een begeleider te vinden. Waarnemers bij ziekte van de NP's zijn er niet. Er was weerstand. De redenen waren vaak persoonsgebonden en onwetendheid.
- 3) Bij stage is er geen verdringing van de taken, maar bij het inzetten van de NP's wel, dit stuitte ook op weerstand
- 4) In Stadskanaal hadden ze in ieder geval een nieuwe CB-arts nodig, daarom was het makkelijk om hier een NP in te zetten.
- 5) Ten slotte was er nog de onzekerheid over juridische en medische verantwoordelijkheid. Wie is de eindverantwoordelijke? Is dat de NP of de arts die toezicht houdt? De functie staat nog niet in de Wet BIG. Daarom hebben ze de eindverantwoordelijkheid weggelaten, de NP is nu zelf verantwoordelijk. De Stichting JGZ Groningen heeft de vraag gesteld aan de Inspectie van Volksgezondheid, ook zij gaven geen duidelijk antwoord. Als oplossing heeft de Stichting een jurist ingesteld. Er is uiteindelijk besloten om wel door te gaan met de NP's in kader van de vernieuwing in de organisatie. Achteraf gezien had hier eerder mee begonnen moeten zijn, dit had veel problemen voorkomen en de pilot had eerder kunnen worden gestart.

c. *Hoe is onderzoek gedaan naar het draagvlak van een NP en is er voldoende draagvlak voor of ook veel weerstand?*

Er was dus best veel weerstand. Twee artsen die wel mee wilden werken, zijn in de werkgroep ingezet. De twee NP's hebben procesdocumenten gemaakt, hoe de NP gaat werken in de JGZ. Naderhand is er pas een adviesgroep ingesteld, waarin meerdere CB-artsen zitten. Achteraf gezien was het beter geweest om deze adviesgroep al voor de invoering van de NP op te stellen. Op deze manier waren de artsen die weerstand

gaven meer betrokken geweest bij het hele proces, waardoor het draagvlak voor de functie van NP waarschijnlijk groter was geweest.

2. Welk pad hebben jullie bewandeld?

a. Zijn er verschillende opleidingstrajecten overwogen?

Waren er andere overwegingen?

Anke Winkel heeft tijdens haar opleiding stage gelopen bij een huisarts en een kinderarts. In haar tweede jaar bij de CB-arts. Zij liep ongeveer twee ochtenden in de week bij de CB-arts, waarbij ze uiteindelijk steeds meer consulten in de praktijk uitvoerde. De opleiding is redelijk allround en niet specifiek gericht op de JGZ. In maart 2006 is de pilot, NP in de JGZ, gestart door de Stichting JGZ Groningen. Hij loopt nog door tot het einde van dit jaar. Anke Winkel en Agnietje Bakker van de Stichting JGZ Groningen hebben twee modellen opgesteld. In Stadskanaal doet de NP alle verpleegkundige en medische consulten, met uitzondering van het vierweken consult. Deze wordt nog gedaan door de arts. Bij het andere model in Delfzijl doet de NP alleen de medische consulten. De verpleegkundige consulten worden gedaan door de wijkverpleegkundige en het vierweken consult wordt hier ook door de arts gedaan. Bij beiden modellen wordt er bij het vierweken consult door de arts vastgesteld of het kind een risicokind is. De risicokinderen blijven bij de arts. De andere groep wordt door de NP gezien. Als de NP bij de kinderen een bepaald risico ziet of twijfelt over bepaalde dingen, kan de NP het kind laten terugkomen op het risicobureau, waar arts en NP het kind samen zien. Op deze manier kan de NP samen met de CB-arts haar bevindingen, twijfels, conclusies langslopen en bespreken door samen het kind te zien. Zo kan ze ook meer ervaring opdoen. Dit bureau is elke twee weken. De ouders hebben dus de mogelijkheid om binnen twee weken de arts te zien. Bovendien worden alle kinderen nabesproken. Beiden NP's worden begeleid door een CB-arts gedurende de pilot. Als de NP ziek wordt, worden de verpleegkundige consulten door verpleegkundigen gedaan en de medische door de begeleidende CB-arts. Overweging om twee modellen te hanteren is onder andere om te kijken waar er kostenbesparingen kunnen liggen.

3. Hoe is de opbouw van de wijk? Hoeveel kinderen heeft u in de wijk?

Er zijn ongeveer 220 kinderen in de wijk. Ongeveer 10 a 15 % gaat naar het risicobureau en 85 tot 90% blijft bij de NP (de echte cijfers zijn nog niet bekend, aangezien de pilot pas drie maanden loopt). Het is een zwaksociale wijk met veel problematiek. De NP is als enige verpleegkundige in die wijk.

4. Wat doet ze nu concreet, hoeveel uren per week?

a. Welke taken en verantwoordelijkheden heeft u?

De medische en verpleegkundige handelingen wisselen elkaar af. Het kan door de NP zelf meer worden geïntegreerd. Er is de mogelijkheid om de kinderen eerder terug te laten komen. Dat de NP de verpleegkundige en de medische consulten doet, lijkt tot nu toe meer functioneel en sluit ook beter aan bij de verwachtingen die de NP zelf heeft.

b. Welke verpleegkundige en medische taken behoren in Groningen tot uw takenpakket?

De taken die de NP moet uitvoeren staan beschreven in het werkdocument. Aan dit document wordt tijdens de pilot nieuwe informatie toegevoegd.

c. Moet de NP alleen de medische consulten uitvoeren, of ook de verpleegkundige?

Het blijkt dat de NP in Delfzijl niet erg blij is met de taken die ze nu heeft, alleen de medische taken. Bij de opleiding wordt namelijk juist een integratie van verpleegkundige en medische taken geleerd. Bij het tweede model kunnen deze vaardigheden niet worden toegepast.

- d. *Combineert u de taken zoals die in het Basistakenpakket worden genoemd?*
Ja.

5. Is dit nu ook wat ze er zelf van verwachtte?

- a. *Zijn er taken en verantwoordelijkheden die nu niet (goed) worden ingevuld of die u mist?*
Anke Winkel mist op dit moment niets aan haar functie. Aan supervisie is wel behoefte.
- b. *Hoe verloopt de samenwerking met de andere professionals (CB-arts/huisarst, CB-assistente) met betrekking tot de taakverdeling?*
De CB-assistente regelt alle afspraken, ook regelt zij het risicobureau. Het consult duurt 20 minuten. De CB-assistente registreert ook de verwijzingen in kader van de pilot. Zij moet goed kunnen plannen, overzicht kunnen houden en flexibel zijn. De samenwerking met de arts verloopt prima.
- c. *Zou u mogelijk nu iets willen veranderen in de organisatie met betrekking tot de taakverdeling?*
Anke Winkel zou op dit moment niets willen veranderen. Wel zijn er nog veel meer andere mogelijkheden voor de organisatie, die ook onderzocht moeten worden. Bijvoorbeeld wanneer de arts het kind het best kan zien, moet dat maar één keer of misschien toch ook vaker? Bijvoorbeeld met 6 maand en twee jaar?

6. Wat vinden anderen er nu van? (CB-arts/huisarts, CB-assistente, de ouders)

Ouders

Bij de pilot heeft geen enkele ouder afgehaakt. De NP krijgt wel veel vragen van de ouders, sommige stellen kritische vragen. De ouders vinden het prettig dat ze elke keer hetzelfde gezicht zien bij de consulten. Zo kan er snel een relatie ontstaan met de ouders en de NP. In Delfzijl duurt het langer voordat de NP een relatie krijgt met de ouders. Een voordeel is ook dat de NP meerdere dagen in de week bureau doet, zodat het ook makkelijk inplannen is voor de ouders. De NP kan ook makkelijk op huisbezoek. Aan de andere kant is dit natuurlijk kwetsbaar, bij ziekte van de NP's.

De arts

De arts in Stadskanaal is tevreden. Hij ziet het als een uitbreiding van zijn competenties, omdat hij alleen de risico probleemkinderen ziet. Wat de arts gaat doen als de NP alle consulten gaat doen, is nog geen antwoord op. De arts zou dan meer de kant van beleid op kunnen gaan of op het gebied van epidemiologie iets kunnen gaan doen. Dit probleem zal nog wel even op zich wachten.

Verpleegkundigen

De verpleegkundigen zijn positief. Sommigen zijn wel bang dat ze de opleiding ook moeten gaan volgen. Dit heeft vooral te maken met onzekerheid.

7. Hoe heeft u de opleiding ervaren? Is het haalbaar om in het relatief korte tijdbestek de ontwikkeling in alle velden voldoende te leren kennen?

De opleiding heeft Anke Winkel ervaren als erg zwaar. Per week werkte ze 24 uur op de werkvloer en had ze 20 studie-uren nodig. Ze heeft veel geleerd. Ze kijkt nu vanuit een veel breder perspectief. Wat ze vooral heeft geleerd, is om breder te kijken naar een kind. Ze doet nu zelf ook meer onderzoek, bijvoorbeeld door de wijk meer in kaart te brengen. Er wordt niet alleen geleerd om te kijken naar het individuele kind, maar ook wijkgericht onderzoek te doen. Ze is naar de Gemeente gestapt om de problematiek in haar wijk aan te geven. Er wordt vanuit de JGZ nog geen informatie gegeven aan de Hogescholen. Er is al wel meer aandacht voor de JGZ bij de scholen, maar nog te weinig.

8. Hoe was de coaching door uw opleider?

De coaching is als prettig ervaren. De coach moet wel vertrouwen hebben in de opleiding. Daarnaast moet hij beschikken over goede medische en coachende vaardigheden. Vanuit de NP's is er behoefte aan supervisie, nu ze de opleiding hebben afgerond.

9. Denkt u dat ANP een toegevoegde waarde kan hebben ten opzichte van de huidige taakverdeling? Wat zijn volgens u de mogelijke voordelen en nadelen?

Zowel de NP als de regiomanager denken dat de NP een toegevoegde waarde heeft voor de organisatie. Er is veel overleg in het team. De NP ziet het kind vaker en kan er veel aandacht aan besteden. Er is meer continuïteit. Daarnaast doet de NP ook de huisbezoeken. Nadelen zijn dat het kwetsbaar is, omdat de ouders maar één iemand te zien krijgen. Wat als het niet klikt met de ouders of als de NP ziek wordt? Het kostenplaatje is nog niet bekend; hoeveel moet de NP gaan verdienen? Op dit moment zit de JGZ-verpleegkundige in Groningen in FWG 40, de NP in 50 en de CB-arts in 60. Ze willen de NP mogelijk opschroeven naar 55. Maar dan is het waarschijnlijk niet meer kostenbesparend. Verpleegkundigen zien het als bedreiging van hun beroep. Ze zijn bang dat de NP de leuke dingen van het verpleegkundige werk gaat doen, zodat voor de gewone JGZ-verpleegkundige alleen nog maar de gewone routine dingen overblijven. Er is op dit moment nog discussie hoe vaak de CB-arts het kind moet zien.. Winkel en Wiersma stellen voor dat er meer aandacht moet komen bij andere organisaties voor de opleiding en het functioneren daarvan. Er kan meer aandacht worden besteed door bijvoorbeeld ActiZ.

Bijlage 9: Risicoformulier

Medisch risicoformulier van de pasgeborene ten behoeve van de 4 weken controle door de huisarts.

1. Gezins situatie JGZ dossier 1,2 geen, weinig, matig, hoog: NP H.A.

Alleenstaande moeder, verstandelijke handicap van ouder		
Moeder < 18 jaar > 42 jaar		
Aangeboren/erfelijke ziekten in familie		
Consanguiniteit		
Vader onbekend		
Psychosociale problemen, lage Sociaal Economische Status		
Ouder(s) niet in Ned. geboren		
Indicatie voor hepatitis-B vaccinatie		
CONCLUSIE: risico op gezondheidsproblemen		

2. Complicaties zwangerschap en bevalling JGZ-dossier 6,7,8 NP H.A.

Zwangerschap: Toxicose, bloedverlies, intoxicaties (roken/alcohol/drugs/medicijnen), ziekte van moeder, meerling		
Bevalling: Te vroeg/te laat, gecompliceerde partus, omstrengeling, kunstverlossing		
Pasgeborene: Prematuur < 37 weken, dysmatuur < 2800 gram, APGAR < 7 na 5 minuten		
Problemen eerste levensdagen: Opname, couveuse, infectie, hart/long problemen, icterus, neurologische problemen, aangeboren afwijkingen		
CONCLUSIE: risico op gezondheidsproblemen		

Conclusie door de NP op basis van de items 1 en 2

Risico	Geen	Weinig	Matig	Hoog
Voorlopige taakdelegatie	Ja		Nee	

3. Lichamelijk onderzoek bij vier weken door de huisarts H.A.

Bijzondere bevindingen bij het lichamelijk onderzoek:	
Aangeboren afwijkingen:	
Bijzonderheden bij het Van Wiechenschema:	
CONCLUSIE: risico op gezondheidsproblemen	

Conclusie op basis van de items 1, 2 en 3 door de huisarts

Risico	Geen	Weinig	Matig	Hoog
1. gezinssituatie				
2. zwangerschap/bevalling/pasgeborene				
3. bijzonderheden lichamelijk onderzoek				

Delegeren door de huisarts aan de NP:

Delegeren voorlopig	Ja	Nee
---------------------	----	-----

ja / nee akkoord voor vaccinaties (toelichting bij geen akkoord)
handtekening in JGZ-dossier

wel / geen overeenstemming met betrekking tot de conclusie over de items 1 en 2

wel / geen extra overleg met betrekking tot de eindconclusie⁵

⁵ Brokx, I. (2004) *De Nurse Practitioner JGZ in gezondheidscentrum De Spil*, Almere, bijlage 3

Bijlage 10: Voorwaarden Almere

"De NP heeft naast de noodzakelijk ervaring in de JGZ extra competities nodig. Dit zijn onder andere:

- *Het volledig kunnen monitoren van zuigelingen en peuters op medisch, motorisch, taal/spraak en psychosociaal/emotioneel gebied inclusief de begeleiding van de ouders.*
- *Goed kunnen omgaan met jonge kinderen; deze doelgroep vraagt bij het lichamelijk onderzoek extra inventiviteit en creativiteit van de onderzoeker.*
- *Zorgvuldige observatie, het uitvoeren van een volledige anamnese en zo nodig een speciale anamnese.*
- *Het verrichten van volledig lichamelijk onderzoek.*
- *Het uitvoeren van specifieke verpleegkundige/medische screeningsprocedures.*
- *Het beoordelen van de ontwikkeling van het kind wat net niet of juist net wel afwijkend is.*
- *Gegevens interpreteren, het stellen van waarschijnlijkheids- en/of differentiaal diagnoses.*
- *Ouders voorlichting geven over medische zaken op basis van onderbouwde kennis.*
- *Het helder schriftelijk formuleren en bijhouden van een samenhangend mono-/multi disciplinair behandel-/ zorgplan op basis van de medische en verpleegkundige diagnoses, meestal in overleg met de behandelaar (huisarts of specialist).*
- *Het evalueren van de zorg en de behandeling op effectiviteit en efficiëntie.*
- *Het kunnen toepassen van transculturele zorg.*
- *Continu een zekere mate van reflectie op eigen handelen, aangezien het een nieuwe functie in de jeugdgezondheidszorg betreft."*⁶

⁶ Brokx, I. (2005) Nurse Practitioner JGZ, in gezondheidscentrum De Spil, Almere, uitkomsten en evaluatie van de pilot januari-december 2004, Almere, p. 17

Bijlage 11: Teamsamenstellingen

Model 1:

Een nieuw startend Gezondheidscentrum Noorderdok
2 huisartsen waarvan een huisarts/CB-arts
1 NP i.o.
1 consultatiebureauassistente
1 waarnemend verpleegkundige JGZ

Model 2:

Gezondheidscentrum de Driehoek
5 huisartsen waarvan een huisarts/CB-arts
Voorlopig nog een CB-arts
1 NP i.o.
1 verpleegkundige JGZ
2 consultatiebureauassistenten

Model 3:

Gezondheidscentrum Parkwijk
7 huisartsen
2 CB-artsen
1 NP i.o.
3 verpleegkundigen JGZ
1 consultatiebureauassistente⁷

⁷ Brokx, I. (2006) *Projectplan NP-JGZ, 2004-2008*, Almere, p. 7

Bijlage 12: Model 1

Leeftijd	Afspraak met	Inentingen	Bijzonderheden
4-7 dagen	Screener		PKU/CHT/AGS, neonatale gehoorscreening
Tweede week	Wijkverpleegkundige		Huisbezoek, toestemming vragen medewerking pilot, invullen risicoprofiel
1 maand	CB-arts		Beoordelen en invullen risicoprofiel, indicatiestelling vaccinatie en autorisatie Rijksvaccinatieprogramma tot vier jaar.
2 maanden	Wijkverpleegkundige	DKTP + Hib, op indicatie Hep B	
3 maanden	NP	DKTP + Hib	
4 maanden	Wijkverpleegkundige	DKTP + Hib, op indicatie Hep B	
5,5 maand	NP		
7 maanden	Wijkverpleegkundige		
9 maanden	NP		
11 maanden	Wijkverpleegkundige	DKTP + Hib, op indicatie Hep B	
14 maanden	NP	BMR + Men C	
18 maanden	Wijkverpleegkundige		
2 jaar	NP		
3 jaar	Wijkverpleegkundige		
3 jaar en 9 maanden	NP	DTP + aK	

Figuur 4: Model 1, consultschema⁸

⁸ Winkel-Veninga, A. & A. Bakker (2005) *Procesbeschrijving, Nurse practitioner in de JGZ, model 1*, Groningen, pp. 3,4

Bijlage 13: Model 2

Leeftijd	Afspraak met	Inentingen	Bijzonderheden
4-7 dagen	Screener		PKU/CHT/AGS, neonatale gehoorscreening
Tweede week	NP		Huisbezoek, toestemming vragen medewerking pilot, invullen risicoprofiel
1 maand	CB-arts		Beoordelen en invullen risicoprofiel, indicatiestelling vaccinatie en autorisatie Rijksvaccinatieprogramma tot vier jaar.
2 maanden	NP	DKTP + Hib, op indicatie Hep B	
3 maanden	NP	DKTP + Hib	
4 maanden	NP	DKTP + Hib, op indicatie Hep B	
5,5 maand	NP		
7 maanden	NP		
9 maanden	NP		
11 maanden	NP	DKTP + Hib, op indicatie Hep B	
14 maanden	NP	BMR + Men C	
18 maanden	NP		
2 jaar	NP		
3 jaar	NP		
3 jaar en 9 maanden	NP	DTP + aK	

Figuur 5: Model 2, consultschema ⁹

⁹ Winkel-Veninga, A. & A. Bakker (2005) *Procesbeschrijving, Nurse practitioner in de JGZ, model 2*, Groningen, p. 3

Bijlage 14: JGZ courant GGD Regio Twente

De opleiding ANP voor verpleegkundigen, interessant voor de JGZ?

Eind 2005 is er een werkgroep vanuit JGZ 0-19 van start gegaan met als opdracht te onderzoeken wat de toegevoegde waarde is van de inzet van verpleegkundigen met de opleiding ANP voor de JGZ 0-19. Omdat ik vanuit de JGZ 4-19 deelneem aan deze werkgroep wil ik jullie hierover informeren.

ANP, wat is dat?

De functie van ANP is voor Nederland een vrij nieuwe functie en sluit aan bij de landelijke ontwikkelingen 'taakherschikking in de zorg'. ANP staat voor Advanced Nursing Practice en is een post-HBO opleiding. Momenteel werken NP's (Nurse Practitioners met genoemde opleiding) veelal in de huisartsenpraktijk, maar ook in de JGZ 0-4 zijn inmiddels positieve ervaringen met de inzet van de NP. Of er ook binnen de JGZ 4-19 al ervaring is met de inzet van NP's is mij nog niet bekend. Mocht iemand hiervan weten dan hoor ik het graag.

Een verpleegkundige die de Master opleiding Advanced Nursing Practice heeft gevolgd beschikt dan over competenties op drie gebieden te weten patiënten (cliënten)zorg, kwaliteitsbeleid en multiprofessionele samenwerking. Zij kan:

- Functioneren als expert voor een specifieke patiënten/cliëntencategorie.
- Lichamelijk onderzoek verrichten op basis van anamnese en diagnose.
- Met de patiënt/cliënt een behandelplan opstellen en zondig de daarbij horende specifieke medisch/verpleegkundige vaardigheden verrichten.
- Werken vanuit het principe van Evidence Based Practice.
- Praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek verrichten.
- Zorgbeleid en zorgprogramma's ontwikkelen binnen een totale zorgketen.
- (multi)professionele kwaliteitszorg bevorderen, oa door coaching van andere hulpverleners.

Aanleiding voor de opdracht

In het gezondheidscentrum de Spil in Almere is een jaar lang onderzocht in hoeverre een verpleegkundige JGZ met een ANP opleiding taken over kan nemen van de huisarts/CB arts op het consultatiebureau De resultaten van dit onderzoek waren positief.

De ervaringen die men in Almere (en ook in Groningen) opgedaan heeft waren mede aanleiding voor de opdracht aan onze werkgroep. Daarnaast spelen actuele ontwikkelingen mee: onderzoek doen naar nieuwe opleidingen in het veld past binnen de visievorming die plaats gaat vinden over de inzet en de positie van de JGZ en de eventuele taakherschikking. De opleiding wordt 'dicht bij huis' namelijk door de Saxion Hogeschool in Enschede aangeboden. Het initiatief voor de opdracht aan de werkgroep is gekomen vanuit de JGZ 0-4, door mijn deelname vanuit de JGZ 4-19 kunnen we het nu breder aanpakken.

Aan de slag

De werkgroep is in contact gekomen met een studente gezondheidswetenschappen van de UT, zij heeft inmiddels van het MT 0-19 de opdracht gekregen om de toegevoegde waarde van de NP binnen de JGZ te beschrijven. Zij zal daarvoor ook een organisatieplaatje moeten schetsen met bijbehorende werkwijzen, waarin rollen, taken en verantwoordelijkheden van zowel de ANP, als de arts, verpleegkundige en assistent zijn benoemd.

Deze studente werkt momenteel aan haar onderzoeksvoorstel en gaat daarna aan de slag om onderzoek te doen. Ook bij ons kan zij dus langskomen met vragen. Wanneer en hoe is nog niet bekend, informatie hierover volgt nog.

Betekent dit dat wij straks met NP's gaan werken?

Een antwoord op deze vraag ligt nog volledig open. De werkgroep is van mening dat dit ook sterk van de visieontwikkeling afhankelijk is. De werkgroep wil graag een bijdrage aan de bezinning op deze nieuwe opleiding leveren door uit te werken of en hoe de inzet van een NP binnen de JGZ in Twente een meerwaarde heeft.

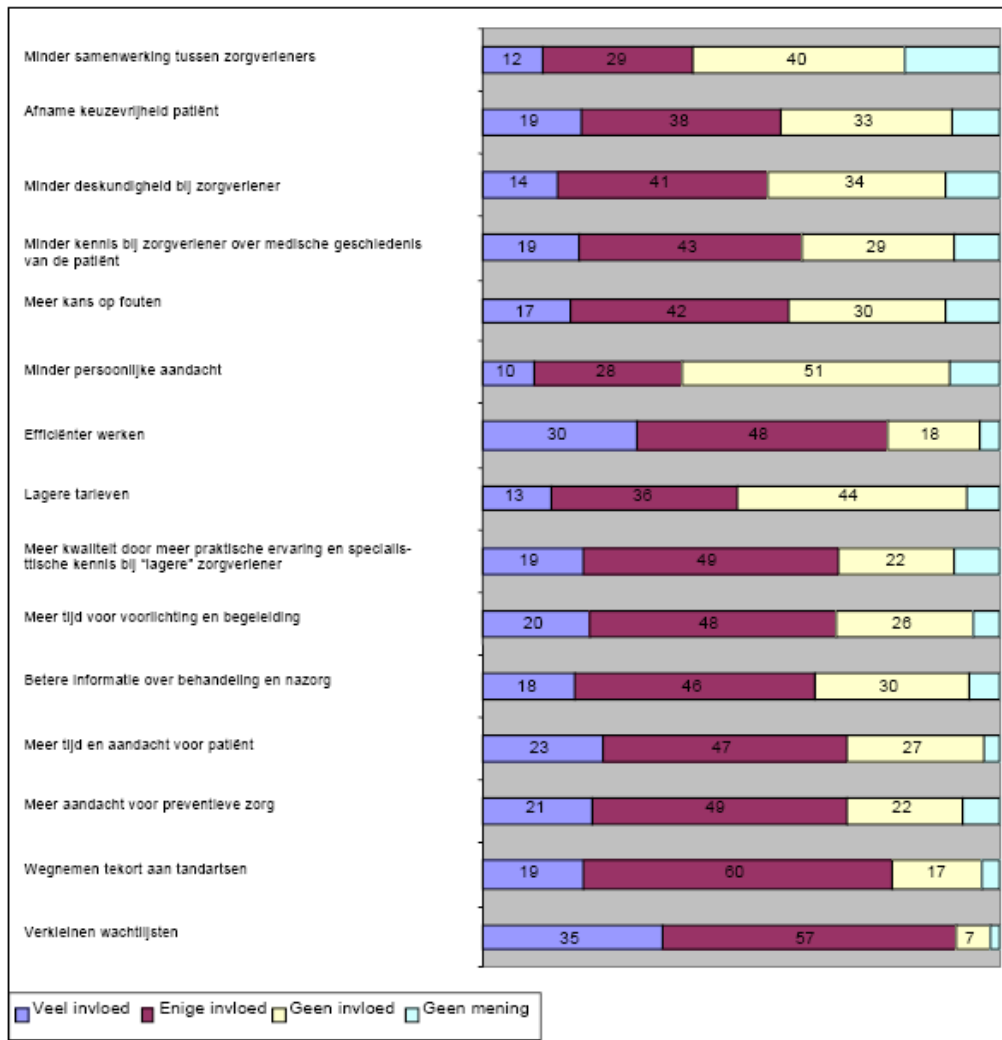
Meer informatie

Heeft dit onderwerp je interesse, kom dan bij mij langs. Ik heb schriftelijk materiaal te leen, zoals het onderzoeksrapport uit Almere of informatie van de Saxion Hogeschool. Uiteraard kun je mij persoonlijk ook vragen komen stellen.¹⁰

Jadien Walter

¹⁰ Walter, J. (2006) *Jeugdgezondheidscourant, GGD regio Twente*, Jaargang 5, nr. 2

Bijlage 15: Mening over invloed taakherschikking



Figuur 6: Mening over invloed taakherschikking van de consument¹¹

¹¹ Jakobs C., D. van Nobelen & A. Broerse (2002) *Consumentenopvattingen over taakherschikking in de gezondheidszorg*, Achtergrondstudie uitgebracht door de Raad voor de Volksgezondheid en Zorg bij het advies Taakherschikking in de gezondheidszorg, Zoetermeer, p. 41

Bijlage 16: Rapportcijfers tevredenheid van de NP

Tabel 6. Overzicht van gemiddelde rapportcijfers waarmee (maximaal) 240 nurse practitioners hun tevredenheid aangeven met betrekking tot een aantal aspecten van de opleiding tot nurse practitioner en van hun huidige werksituatie.	n	Gemiddeld rapportcijfer
Tevredenheid van patiënten in relatie tot de zorg die ik in de rol van nurse practitioner aan hen besteed	227	8,0
De mate waarin ik mij in de afgelopen jaren de competenties, die horen bij de functie van nurse practitioner, eigen heb kunnen maken.	228	7,5
De mate waarin ik tijd en energie besteed aan vormen van deskundigheidsbevordering	236	7,2
De kwaliteit van de door mij gevolgde opleiding tot nurse practitioner	236	7,1
Mijn algemene positie als nurse practitioner, alsmede de erkenning daarvan, binnen de instelling waarin ik werk.	232	7,1
Het gehalte aan EBM-denken en -handelen waarmee ik mijn taken als nurse practitioner uitvoer.	223	7,1
De wijze waarop het bestuur van de Ned. Vereniging van Nurse Practitioners de belangen van de leden behartigt (positionering, titelbescherming, voorschrijven medicamenten, spreekbuisfunctie, stimuleren onderlinge contacten, website, nieuwsbrief, werkgroepen etc.)	205	6,9
De manier waarop de nurse practitioner in het algemeen via de media in beeld komt (kranten, tijdschriften, internet, televisie, radio).	235	6,4
Het salaris wat ik verdien in relatie tot mijn werk en mijn verantwoordelijkheden	234	6,1

Figuur 7: Rapportcijfers tevredenheid van de NP met betrekking tot de werksituatie en de opleiding¹²

¹² Tempelman, C.J.J. (2005) *Het zelfbeeld van nurse practitioners anno 2005, Deel I. Kerncijfers*, Groningen, p. 16

Bijlage 17: Vragenlijst over de NP

Voor mijn bacheloropdracht voor de opleiding Gezondheidswetenschappen aan de Universiteit Twente doe ik (Martine Fledderus) een onderzoek naar de nieuwe opleiding Advanced Nursing Practice (ANP). Dit onderzoek doe ik in samenwerking met een werkgroep vanuit vier verschillende organisaties: Carint, Livio, Thuiszorg Noord West Twente en de GGD regio Twente. Ik doe een onderzoek of verpleegkundigen met deze opleiding, de Nurse Practitioners (NP), een toegevoegde waarde kunnen hebben met betrekking tot de taakverdeling in de Jeugdgezondheidszorg Twente.

Graag zou ik u een paar vragen willen stellen over de Nurse Practitioner. De vragenlijst gaat ongeveer een half uur duren en ik zal u eerst wat informatie geven over de opleiding.

Sinds 1997 bestaat de opleiding Advanced Nursing Practice. De opleiding ANP houdt in dat studenten leren werken op het overgangsgedebied van het medische en verpleegkundige domein en breed leren te kijken vanuit gezondheidsproblemen. Verpleegkundigen met deze opleiding kunnen hierdoor sommige taken van de arts vervullen. De opleiding streeft er naar om studenten op te leiden als vooruitstrevende, hoopopgeleide verpleegkundigen. Zij moeten op een wetenschappelijke verantwoorde wijze bijdrage leveren aan een best mogelijke praktijkvoering, ook wel best practice genoemd.

De afgestuurde Nurse Practitioner werkt relatief autonoom en beschikt over competenties op drie gebieden te weten; patiëntenzorg, kwaliteitsbeleid en multiprofessionele samenwerking.

Zij kan:

- functioneren als expert voor een specifieke patiëntencategorie;
- op basis van anamnese lichamelijk onderzoek verrichten;
- met de patiënt en behandelplan opstellen en zonodig de daarbij behorende specifieke medische/verpleegkundige vaardigheden verrichten;
- werken vanuit het principe Evidence Based Practice;
- praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek verrichten;
- zorgbeleid en zorgprogramma's ontwikkelen binnen een totale zorgketen;
- (multi)professionele kwaliteitszorg bevorderen, onder andere door coaching van andere hulpverleners.

Door het inzetten van een NP in de jeugdgezondheidszorg kunnen de werkzaamheden veranderen. Er kunnen misschien taken worden overgenomen, verbeterd of aangevuld. Ik ga enkele vragen stellen over hoe u er over denkt. Graag bij de vragen niet enkel "ja" of "nee" beantwoorden, maar ook argumenteren. Als u nog vragen heeft over dit interview kunt u mailen of bellen. Hartelijk dank voor uw medewerking.

Algemene vragen

1. Wat is uw leeftijd?
2. Hoelang werkt u bij de JGZ?
3. In wat voor soort wijk werkt u?

Algemene vragen organisatie

1. Wat is uw functie?
2. Welke taken en verantwoordelijkheden heeft u?
3. Zijn er taken en verantwoordelijkheden die nu niet (goed) worden ingevuld of die u mist?
4. Hoe verloopt deze samenwerking met de arts/verpleegkundige met betrekking tot de taakverdeling?
5. Zou u mogelijk nu iets willen veranderen met betrekking tot de taakverdeling?

Algemene vragen over de NP aan verpleegkundige en arts (breed kijkend)

1. Denkt u dat de opleiding ANP een goede ontwikkeling is? Waarom wel/niet?
2. Denkt u dat de NP taken en verantwoordelijkheden van de arts kan invullen in de jeugdgezondheidszorg in Twente?
3. Welke taken niet en welke taken wel?
4. Denkt u dat de NP een toegevoegde waarde kan hebben ten opzichte van de huidige taakverdeling?
5. Wat zijn volgens u de mogelijke voordelen en nadelen?

Vragen voor de JGZ-verpleegkundige/OKZ-verpleegkundige (vanuit eigen functie kijkend)

1. Zou u de opleiding willen volgen, als u die werd aangeboden?
2. Welke taken en verantwoordelijkheden zou u van de arts kunnen invullen, verbeteren of overnemen?
3. Welke taken en verantwoordelijkheden zou de arts moeten blijven behouden?
4. Denkt u dat er taken of verantwoordelijkheden kunnen wegvallen bij uw functie?
5. Moet de NP alleen de medische consulten uitvoeren, of ook de verpleegkundige?

Vragen voor de CB-arts/Jeugdarts (vanuit eigen functie kijkend)

1. Welke taken en verantwoordelijkheden denkt u dat de NP kan overnemen, aanvullen of verbeteren van u?
2. Welke taken en verantwoordelijkheden zou u zelf willen behouden?
3. Denkt u dat er taken of verantwoordelijkheden kunnen wegvallen bij uw functie?
4. Moet de NP alleen de medische consulten uitvoeren, of ook de verpleegkundige?
5. Zou u geïnteresseerd zijn in een onderzoek of de NP een toegevoegde waarde heeft bij de jeugdgezondheidszorg in Twente? Zo ja, zou u dan mee willen werken?
6. (als u bij vraag 5, "ja" heeft beantwoord)
Zou u een coördinerende rol willen spelen als er een NP wordt ingesteld? Bijvoorbeeld als een coach/supervisor?

Bijlage 18: Uitwerkingen van de vragenlijsten

1. Resultaten van Livio

1.1 Artsen Livio

Algemene vragen organisatie

De vier artsen die de vragenlijst hebben ingevuld hebben een gemiddelde leeftijd van 45 jaar. Twee artsen hebben gemiddeld 5 jaar werkervaring en de andere twee hebben gemiddeld 24 jaar werkervaring. Op de vraag of de CB-artsen taken missen bij de organisatie van Livio antwoordden twee artsen "nee". De andere CB-arts zou graag het vierjarigen consult willen doen en zij vindt dat de overdracht naar de schoolarts van arts tot arts zou moeten plaatsvinden. Ook zou zij graag als arts werkzaam willen zijn in haar wijk van 0-19 jaar. De laatste CB-arts zou graag meer directe verwijzingen willen geven naar de specialist. De samenwerking met de verpleegkundigen verloopt bij alle vier de CB-artsen prima. De taakverdeling is duidelijk. Drie van de vier artsen willen daarom ook niets veranderen aan de huidige taakverdeling. De vierde arts zou graag verandering willen zien in het aantal consulten.

Algemene vragen NP

Twee van de vier artsen vinden de opleiding geen goede ontwikkeling. De eerste CB-arts geeft als reden aan dat zij denkt dat een NP niet over evenveel kwaliteiten en wetenschappelijke basis zal beschikken als een arts. Zij denkt dan ook dat de NP geen taken van de arts kan overnemen en dat de taken van de arts juist moeten worden uitgebreid. Door de andere CB-arts wordt als reden aangegeven dat het niet nodig zal zijn op de werkplek omdat de taakverdeling al goed is. Alleen bij een mogelijk artsentekort zou een NP een uitkomst bieden, maar wel met back-up van de arts. Taken die de NP dan kan overnemen van de arts zijn risicoselectie met betrekking tot de ontwikkeling en/of de omgeving en het PGO, afgewisseld door een arts. Beiden denken dat de NP geen toegevoegde waarde kan hebben. Nadelen die worden genoemd, zijn de kosten die oplopen als een NP wordt aangesteld. Dit omdat een NP mogelijke bedreigingen in de gezondheidstoestand van het kind niet vroegtijdig kan signaleren en het kind hierdoor later wordt behandeld, wat meer kosten met zich mee brengt. De arts denkt dat dit kan komen doordat een NP minder breed is opgeleid dan de arts.

De andere twee CB-artsen geven aan dat de NP misschien het mogelijke gebrek van de artsen zou kunnen opvangen en misschien goed geprotocolleerde taken zou kunnen uitvoeren. Hierdoor kunnen misschien een aantal taken wel door een NP worden gedaan, bijvoorbeeld het onderzoek van een specifieke groep patiënten/cliënten op gebied waar de NP gespecialiseerd in is.

Beiden denken dat de NP wel een toegevoegde waarde kan betekenen. Voordelen zijn dat een NP het artsentekort kan opvangen en de arts kan ontlasten, waardoor de arts meer tijd heeft voor andere zaken.

Vragen voor de CB-arts

Taken die worden genoemd die een NP kan overnemen zijn geprotocolleerde taken, screening, vaccineren, voedingsadviezen en opvoedingsondersteuning. Eén arts vindt dat er momenteel geen taken zijn die kunnen worden overgenomen. Bij de vraag welke taken ze zelf willen behouden wordt genoemd het periodiek gezondheidsonderzoek, supervisie, het verwijzen, het beantwoorden van vragen, adviezen gegeven, indicatiestelling voor vaccinaties, risicoselectie en het lichamenlijk onderzoek bij problemen. Op de vraag of ze denken of taken bij hun weg kunnen vallen, antwoordden twee artsen ja, één arts weet het niet en één arts denkt van niet. Daarbij vinden drie van de vier artsen dat de NP niet de verpleegkundige taken moet uitvoeren, omdat er genoeg en goede verpleegkundigen zijn. Alle vier zijn ze geïnteresseerd in een onderzoek in Twente. Twee van de vier zouden wel een coördinerende rol willen spelen tijdens dit onderzoek, één arts zegt misschien en de laatste vindt dat zij nog te weinig werkervaring heeft om deze rol op zich te nemen.

1.2 Verpleegkundigen Livio

Algemene vragen organisatie

De gemiddelde leeftijd van de drie verpleegkundigen is 43 jaar en ze hebben gemiddeld 10 jaar werkervaring. Twee van drie verpleegkundigen geeft aan dat ze geen taken en verantwoordelijkheden missen. De andere verpleegkundige geeft aan dat de hulpverlening wel eens moeilijk gaat omdat er vaak sprake is van meervoudige problematiek. Alle drie vinden ze de samenwerking tussen de arts goed. Eén verpleegkundige plaats de kanttekening dat de verpleegkundige taken niet altijd goed door de arts worden opgepakt/gesignaleerd. Twee van de drie vinden de huidige taakverdeling duidelijk. De derde verpleegkundige vindt het jammer dat het bureauonderzoek steeds meer wordt uitgesteld (minder bezoeken per kind), waardoor zij denkt dat problematiek minder snel zal worden geconstateerd en er minder een vertrouwensrelatie kan worden opgebouwd met de cliënt. Daarbij vindt ze het jammer dat ze als verpleegkundige steeds meer "artsenklussen" erbij krijgt, waardoor er minder tijd is om echt met de verzorger/ouder in gesprek te komen.

Algemene vragen NP

Twee van de drie vinden de ontwikkeling van de opleiding ANP een goede ontwikkeling. Zij denken dat de NP bepaalde taken en verantwoordelijkheden van de arts wel kan invullen. Er wordt wel bijgezegd dat als het kind niet al te grote medische problemen heeft, het kind best kan worden gezien door een NP. Maar beiden stellen dat het erg belangrijk is dat met een medische (geschoolde) achtergrond wordt gekeken naar het kind. De derde verpleegkundige ziet het als minder goede ontwikkeling, maar zegt daarbij weinig kennis te hebben over de opleiding. Als de opleiding toch meer gaat leven, is ze wel van plan om zich er meer in te verdiepen. Alle drie denken ze dat een NP nu geen toegevoegde waarde kan hebben voor de organisatie. Ze denken dat er eerst wat moet veranderen aan de huidige toestand, of er moet een tekort aan artsen bestaan of een andere bureauvoering zijn. Voordelen die worden genoemd zijn dat het een praktische oplossing is als er een tekort aan artsen is en dat met een verpleegkundige blik wordt gekeken door een NP. Een nadeel wat wordt genoemd is dat een verpleegkundige misschien bepaalde taken niet meer kan uitvoeren als een NP wordt ingesteld.

Vragen aan de OKZ-verpleegkundige

Alle drie de verpleegkundigen willen op dit moment de opleiding ANP niet volgen, alhoewel één ervan wel nieuwsgierig is naar de inhoud van de opleiding en de ander er al wel over na heeft gedacht om de opleiding te volgen. De taken die zij denken over te kunnen nemen van artsen is het volgen van kinderen waarbij de ontwikkeling redelijk normaal verloopt op medisch gebied en het van Wiechen onderzoek. Twee van de drie verpleegkundigen kan niet echt een beeld vormen welke taken de arts zou moeten behouden en welke taken bij hen kunnen vallen. De laatste verpleegkundige denkt dat de arts de eindverantwoordelijkheid voor de medische zorg c.q. de gezonde lichamelijke en geestelijke ontwikkeling moet blijven behouden. Daarnaast denkt zij dat veel verpleegkundige taken door de NP kunnen worden overgenomen. Eén verpleegkundige denkt dat de NP beide consulten kan doen, de medische en verpleegkundige. De andere verpleegkundige denkt dat artsen niet voor niets bestaan en dat een NP nooit een arts kan worden, waardoor ze wantrouwend aankijkt tegen de medische consulten. De derde verpleegkundige heeft de vraag niet beantwoord.

2. Resultaten van Thuiszorg Noord West Twente

2.1 Artsen Thuiszorg Noord West Twente

Algemene vragen organisatie

Eén arts heeft de leeftijd van 27 jaar en werkt bijna twee jaar in de JGZ. De andere twee artsen hebben een gemiddelde leeftijd van 50 jaar en hebben 21 jaar werkervaring. Twee artsen missen op dit moment niets in hun functie. De andere arts vindt het jammer dat ze niet structureel in netwerken zit. Verder vindt ze dat de samenwerking 0-4 tot 4-19 jaar beter kan. Alle drie de artsen vinden dat de samenwerking goed verloopt en zouden op dit moment niets willen veranderen aan de taakverdeling.

Algemene vragen NP

Twee van de drie artsen denken dat de opleiding ANP een goede ontwikkeling is. Aangegeven wordt dat het specialiseren van mensen die werkzaam zijn binnen de JGZ een goed teken is en dat het leuk is voor de verpleegkundige om zich verder te kunnen specialiseren. De derde arts denkt dat het geen goede ontwikkeling is, omdat het een versnippering van verantwoordelijkheden en deskundigheden te weeg brengt. Zij ziet het als een verschraving van haar werk.

Alle drie denken ze dat een NP taken van de arts kan overnemen. Hierbij wordt vooral gedacht aan gestandaardiseerde of geprotocolleerde medische onderzoeken, zoals gerichte taken die duidelijk voortkomen uit de anamnese. Taken die een NP niet zou moeten uitvoeren zijn volgens de artsen het maken van differentiaal diagnoses, auscultatie van hart en longen, het neurologisch onderzoek, motorisch onderzoek of het beoordelen van een achterstand in de ontwikkeling. Daarbij moet de CB-arts medisch verantwoordelijk blijven.

Twee van de drie artsen denken niet dat een NP een toegevoegde waarde heeft voor de organisatie. Nadeel dat wordt genoemd is dat met een extra persoon bij het consultatiebureau het ingewikkelder wordt voor de ouders. Een ander nadeel is dat de NP niet de uitgebreide medische achtergrond heeft waarover een arts wel beschikt. De derde arts denkt wel dat een NP een toegevoegde waarde heeft, maar ze weet niet zo goed hoe. Voordelen die zij noemt zijn: "*specialisatie van de verpleegkundige zorg, verbetering van de kwaliteit van de verpleegkundige zorg, uitbreiding takenpakket, uitdaging voor verpleegkundigen en het ontlasten van artsen*". Een ander voordeel wat wordt genoemd is de NP inzetten als er een artsentekort is.

Vragen voor de CB-arts

Twee van de drie artsen vinden niet dat de NP taken kan overnemen en willen alle taken zelf behouden. Beiden denken ook dat er geen taken weg moeten vallen bij hun functie. De derde arts denkt dat een NP bij een geheel gezond kind best consulten kan overnemen. Hierdoor zouden taken bij haar weg kunnen vallen met betrekking tot het aantal consulten. Zelf wil ze graag het algeheel lichamelijk onderzoek blijven doen en ze wil de verwijsfunctie blijven behouden. Op de vraag welke consulten de NP moet gaan doen kwamen drie verschillende antwoorden: "*zeker in principe de verpleegkundige consulten*", "*beide*" en "*verpleegkundige niet*". Eén arts zou geïnteresseerd zijn in een onderzoek naar de NP, maar zou geen coördinerende rol willen spelen omdat ze nog te weinig ervaring heeft in de JGZ.

2.2 Verpleegkundigen Thuiszorg Noord West Twente

Algemene vragen organisatie

De gemiddelde leeftijd van de twee verpleegkundigen is 31 jaar en de gemiddelde werkervaring is 9 jaar. Beide verpleegkundigen missen op dit moment niets in hun functie, ook de samenwerking met de arts verloopt goed. Eén verpleegkundige zou het prettig vinden als ze niet altijd de arts hoeft te vragen om lichamelijk onderzoek uit te voeren, bijvoorbeeld bij het geven van de vaccinaties. De andere verpleegkundige zou op dit moment niets willen veranderen.

Algemene vragen NP

Beiden denken dat de NP het CB-artsen tekort kan oplossen. Maar de verpleegkundige zegt wel dat het haar erg moeilijk lijkt om een taakherschikking in te passen binnen de JGZ. Allebei denken ze dat de NP wel taken van de arts kan overnemen. Welke taken dan precies, vinden ze beiden moeilijk om aan te geven. Ze denken onder andere aan lichamelijk onderzoek en het uitvoeren van medische technische handelingen. Beiden geven aan dat ze denken dat de toegevoegde waarde van een NP kan zijn, dat ze de artsen en de verpleegkundigen kunnen ontlasten. Dit wordt ook genoemd als voordeel. Andere voordelen die ze noemen zijn: "*uitdaging voor de verpleegkundigen die NP worden*", "*meer vertrouwen in OKZ-V/NP binnen hetzelfde team, voor de gezinnen*" en "*het artsentekort dat opgelost kan worden*". Nadeel wat wordt genoemd is dat de ouders meer mensen op het bureau tegenkomen en het voor de ouders moeilijk zal zijn om met vier mensen een band op te bouwen als de NP in het team komt.

Vragen voor de OKZ-verpleegkundige

Eén verpleegkundige lijkt de opleiding erg interessant en de andere weet het niet. Beiden zeggen dat ze eerst meer willen weten van de opleiding. De taken die ze over zouden willen nemen zijn het lichamenlijk onderzoek, zodat ze diagnoses kunnen vaststellen en misschien het doorverwijzen. De taak die de arts moet blijven is de interpretatie van het lichamenlijk onderzoek. De enige taak die mogelijk weg kan vallen is het visusonderzoek. Beiden denken dat een NP beide consulten kan doen, de medische en verpleegkundige.

3. Resultaten van Carint

3.1 Artsen Carint

Algemene vragen organisatie

De gemiddelde leeftijd van de geïnterviewde artsen bij Carint is 43 jaar en de gemiddelde werkervaring is 17 jaar. Op de vraag welke taken ze nu missen, kwamen drie verschillende antwoorden. Ten eerste vindt de arts dat de samenwerking met de JGZ 4-19 jaar moet worden verbeterd. Daarnaast kan soms het rechtstreeks verwijzen niet plaats vinden bij bepaalde afwijkingen, evenals het voorschrijven van bepaalde geneesmiddelen. Als laatste wordt aangegeven dat door de invulling van het werk (alles is bureautijd) weinig structurele externe contacten plaatsvinden. Alle drie vinden ze de samenwerking met de verpleegkundigen goed. Twee artsen geven wel commentaar hierbij. Zo vinden de artsen dat de samenwerking moeizamer wordt bij meer verpleegkundigen per wijk en dat bij bepaalde onderzoeken de arts alsnog moet kijken als de verpleegkundige het onderzoek heeft uitgevoerd en problemen heeft geconstateerd. Op de vraag wat ze zouden willen veranderen met betrekking tot de taakverdeling, komen de volgende antwoorden naar voren:

- "vaccinaties eerlijker verdelen tussen arts en verpleegkundige;
- met betrekking tot het V.O.V. (oogonderzoek) zou het wenselijk zijn dit op de leeftijd van 4 jaar toch bij de arts te laten onderzoeken;
- werktijd hebben, wat geen burotijd is, om bijvoorbeeld structureel externe contacten te hebben."

Algemene vragen NP

De artsen vinden de opleiding ANP een goede ontwikkeling. Twee artsen denken dat een NP in een huisartsenpraktijk goed zal werken, maar in de JGZ niet. De derde arts denkt dat een NP die kennis heeft van pedagogische zaken van de kinderen, wel kan worden ingezet in de JGZ. Alle drie denken ze dat de NP geen taken en verantwoordelijkheden van de arts kan vervullen. Twee artsen geven aan dat ze denken dat het niet wenselijk is dat een extra schakel in de gezondheidszorg komt (naar de ouders toe extra hulpverleners). Taken die volgens de artsen wel kunnen worden uitgevoerd door een NP zijn de pedagogische taken en misschien in de vorm van een astmaverpleegkundige (maar die bestaat al wel in de organisatie). Dit zijn volgens de twee artsen de enige manier waarop een NP een toegevoegde waarde kan betekenen voor de taakverdeling. De derde arts denkt van niet. Voordelen zien de artsen dan ook niet aan de NP. Een nadeel wat wordt genoemd is dat "er minder gebruik zou worden gemaakt van de uitgebreide opleiding en ervaring van de arts die deze mede blijft ontwikkelen door volgen van cursussen en juist ook door het zien van veel kinderen".

Vragen voor CB-arts

Taken die de NP volgens de artsen wel kan over nemen zijn de pedagogische taken (begeleiding en advisering) en de langdurige begeleiding van kinderen met specifieke problemen, zoals dat nu bijvoorbeeld door de astmaverpleegkundige gebeurt. Taken die ze zelf willen behouden zijn het lichamenlijk onderzoek, het begeleiden van de groei en ontwikkeling, diagnostiek, V.O.V., het beoordelen van het van Wiechenschema, het verwijzen en het afsluitende vierdejaars consult. Eén arts denkt dat taken wegvallen bij haar functie, zoals het bespreken van opvoedingsvragen. Op de vraag welke consulten de NP zou moeten doen, antwoordden alle drie de artsen dat de NP beide consulten niet zou moeten doen. Maar één arts zou mee willen werken aan een onderzoek, maar zij zou geen coördinerende rol willen spelen.

3.2 Verpleegkundigen Carint

Algemene vragen organisatie

De gemiddelde leeftijd van de verpleegkundigen is 34 jaar. Twee verpleegkundigen werken gemiddeld 5 jaar en de andere verpleegkundige werkt 23 jaar. Op de vraag welke taken en verantwoordelijkheden ze missen, kwamen drie verschillende antwoorden naar voren van de verpleegkundigen. Ten eerste de manier waarop het consultschema is ingevuld en ten tweede de zorgcoördinatie en de deelname aan netwerken wat niet overal hetzelfde verloopt. Als laatste wordt aangegeven dat meer pedagogische ondersteuning kunnen worden gedaan door de verpleegkundigen. Alle drie de verpleegkundigen geven aan dat de samenwerking in hun team goed verloopt. Twee verpleegkundigen geven aan dat ze graag het aantal contactmomenten zouden willen veranderen. De andere verpleegkundige zou graag meer medische verrichtingen willen uitvoeren.

Algemene vragen NP

Twee van de drie verpleegkundigen denken dat de NP een goede ontwikkeling is. Aangegeven door de verpleegkundige wordt dat een NP kan zorgen voor een "*toegankelijke zorg en een optimale continuïteit van de zorg, waardoor eerder een vertrouwensband kan worden opgebouwd met cliënten*". Daarnaast denkt zij dat "*een NP beleidsmatig ook toegevoegde waarde kan hebben, doordat een NP veel in de praktijk werkt, kan zij misschien sneller ontdekken waar bijvoorbeeld in een wijk extra zorg nodig is, op beleidsniveau contacten onderhouden met derden en zich wat meer bezig houden met onderzoeken*". Beiden verpleegkundigen denken dat een NP een goede ontwikkeling is met betrekking tot het artsentekort. De laatste verpleegkundige denkt niet dat een NP een goede ontwikkeling is en ook geen taken van de arts kan overnemen.

De verpleegkundigen die denken dat de NP wel een goede ontwikkeling is, denken dat de NP wel enkele taken van de arts kan overnemen. De eerste verpleegkundige denkt niet dat de NP de verantwoordelijkheden van de arts kan overnemen. De tweede verpleegkundige denkt dat tijdens het uitvallen van een arts tijdens het consultatiebureau een NP de taak van de arts kan overnemen en dan met name het lichamelijk onderzoek. Deze laatste twee genoemde verpleegkundigen denken dat een NP wel een toegevoegde waarde kan hebben op de hierboven beschreven gebieden. Nadelen die zij noemen zijn dat een NP een solopositie heeft en daardoor kwetsbaar is. Daarnaast kan de NP niet de volledige verantwoordelijkheid nemen (bijvoorbeeld bij overname van een consultatiebureau). De andere verpleegkundige denkt dat een NP geen toegevoegde waarde heeft. Zij ziet als voordeel nog wel dat het kan zijn dat je je eigen professe kan uitbouwen.

Vragen voor de OKZ-verpleegkundige

Alle drie geven aan dat ze de opleiding zouden willen volgen. Op de vraag welke taken zij kunnen overnemen wordt genoemd het van Wiechenschema en inenting. Taken die de arts moet behouden wordt vooral aangegeven dat de arts alle taken moet blijven behouden en met name op medisch gebied. Twee van de drie verpleegkundigen denken dat geen taken bij hun functie wegvallen. De andere verpleegkundige denkt dat zorgcoördinatie mogelijk weg kan vallen. Alle drie de verpleegkundigen geven aan dat de NP de medische en de verpleegkundige taken tijdens de consulten moet uitvoeren.

4. Resultaten GGD

4.1 Artsen van de GGD

Algemene vragen organisatie

Twee artsen zijn gemiddeld 28 jaar en één arts is 56 jaar. De werkervaring verschilt van 2 á 3 jaar en 27 jaar. Op de vraag wat ze nu missen in de organisatie, komen drie verschillende antwoorden naar voren. De eerste arts vindt de hoeveelheid administratieve taken van de arts veel te groot. Daarnaast staat ze niet achter het besluit dat de assistente op dit moment alleen het alternatief PGO doet. Zij denkt dat hierdoor veel kan worden gemist bij de kinderen. De tweede arts vindt dat de arts binnen de organisatie meer tijd voor onderzoek voor risicoleerlingen zou moeten krijgen. Beiden vinden dat bij

deze punten verandering nodig is in de organisatie. De laatste arts mist niets op dit moment in de organisatie en zou ook niets willen veranderen. Uit de antwoorden over de samenwerking binnen het JGZ-team blijkt het op dit moment een belangrijk punt te zijn in de JGZ hoe de taken moeten zijn verdeeld tussen de doktersassistente, de verpleegkundige en de arts. De eerste arts is tevreden over de samenwerking met de assistente, maar de verpleegkundige ziet ze te weinig. Hierdoor weten scholen vaak niet dat een team bestaat uit drie professionals. Zij denken dat het allemaal verschillende lijnen zijn. Daarom zou zij graag meer structureel overleg willen hebben met de verpleegkundige. De twee andere artsen geven ook aan dat er onduidelijkheid is tussen de verschillende taakverdelingen in het team.

Algemene vragen NP

Twee artsen geven aan dat ze denken dat een NP een goede ontwikkeling is bij de huisartsenpraktijk. Hierbij kunnen ze een voorstelling maken en hebben ze verhalen gehoord. Een arts geeft aan dat als ze de taakvelden van de NP leest, ze zich afvraagt of de JGZ wel een geschikt taakveld is. De derde arts denkt dat de NP kan zorgen voor minder lasten voor de artsen.

Twee van de drie artsen denken dat een NP geen taken en verantwoordelijkheden van de arts kan invullen in de jeugdgezondheidszorg in Twente. De eerste arts zegt " *een NP is geen arts en zal dit dus ook niet worden.*" Zij denkt dat dit een heel belangrijk punt is, met name voor de invoering van een NP. Zij denkt dat meer de vraag moet worden gesteld of er taken zijn die eigenlijk niet echt de expertise vragen van een (huis)arts en die bijvoorbeeld ook een NP zou kunnen doen. Taken die volgens haar door de NP kunnen worden gedaan zijn de ondersteuning in standaard controles en het begeleiden van een stukje gedragsverandering (bijvoorbeeld ten aanzien van het gewicht). Taken die een NP niet kan overnemen is het snel screenen in een eerste onderzoek evenals de standaardonderzoeken die een JGZ-arts doet. Dit komt omdat de NP niet beschikt over specifieke eigenschappen van de discipline, in het geval van de arts vaak 'de klinische blik'. Gezamenlijk met een arts zou een NP praktijkgericht wetenschappelijk onderzoek kunnen verrichten, zorgbeleid en zorgprogramma's kunnen ontwikkelen. De andere arts denkt dat de NP te weinig inhoudelijke kennis heeft om signalen te interpreteren en onvoldoende kennis van kinderpsychiatrie en syndromen heeft. Deze arts denkt dat een NP kan worden ingezet bij het screenen en het adviseren bij overgewicht, voeding, opvoeding en leefstijl. De laatste arts denkt dat wellicht enkele taken door de NP kan worden gedaan. Zij denkt hierbij aan kleine medische vragen (bijvoorbeeld lengte, gewicht, rijpingsproblemen), maar niet bij complexere (medische) problemen. Ook zou een NP een deel van de onderzoeken op niet-risicoscholen, deel van de controles (bij lichte problematiek) en een deel van de ondersteuning richting verpleegkundige en doktersassistente kunnen uitvoeren.

Twee van de drie artsen denken niet dat de NP een toegevoegde waarde heeft, de derde arts weet het niet. Een nadeel wat wordt genoemd is dat er nog een gezicht in de JGZ bij komt, want dit betekent nog een extra schakel in de communicatie, wat niet handig is voor de ouders en de scholen. Er is dan ook nog minder overzicht wanneer een NP een deel van de taken overneemt, omdat de arts minder betrokken is bij bepaalde leerlingen. Voordeel wat wordt genoemd is dat de arts meer tijd over kan houden voor complexere problematiek en dat een NP mogelijk ook een adviserende en ondersteunende rol voor de verpleegkundigen kan vervullen.

Algemene vragen voor JGZ-arts

Taken die de artsen zelf willen behouden zijn onderzoeken op indicatie wanneer het gaat om ontwikkelingsstoornissen, leerproblemen, forse gedragsproblemen of onduidelijke c.q. complexe medische problematiek. Daarnaast de onderzoeken voor leerplicht, deelname aan netwerken en het onderzoeken van kinderen op risicoscholen of speciaal onderwijs. Alle drie de artsen denken dat taken bij hun wegvallen als een NP wordt ingesteld. Twee artsen zijn bang dat als een NP wordt ingesteld dit problemen op kan leveren voor jonge artsen, omdat een NP dan voornamelijk de screenings en de standaardonderzoeken gaat doen. De artsen zijn bang dat de jonge arts dan te weinig ervaring krijgt met gezonde kinderen. Op de vraag of de NP de medische of de verpleegkundige consulten moet uitvoeren, kwamen drie verschillende antwoorden. De eerste arts wist het niet, de tweede arts denkt de verpleegkundige consulten en de derde arts denkt voornamelijk de medische consulten. Alle drie de

artsen staan open voor een onderzoek met betrekking tot de NP. Twee van de drie artsen zou een coördinerende rol willen spelen als een NP wordt ingesteld.

4.2 Verpleegkundigen GGD

Algemene vragen organisatie

De gemiddelde leeftijd van de verpleegkundigen is 43 jaar en ze hebben gemiddeld 16 jaar werkervaring. Twee verpleegkundigen geven aan dat ze door de hoge werkdruk geen tijd hebben voor bijvoorbeeld meer voorlichting en cursussen. De andere verpleegkundige vindt dat het schoolgezondheidsbeleid op een andere manier zou moeten worden ingevuld. Er moet meer geluisterd worden naar wat de scholen willen. Alle drie de verpleegkundigen beschouwen de samenwerking bij het JGZ-team als goed. Alle drie willen dan ook niets veranderen aan de huidige taakverdeling.

Algemene vragen NP

Alle drie denken ze dat de opleiding ANP een goede ontwikkeling is. Aangegeven wordt dat de NP met een goede protocollering zelfstandig taken kan uitvoeren die anders door een arts wordt uitgevoerd. Ze kan meewerken aan wetenschappelijk onderzoek en een belangrijke functie vervullen binnen de hele zorgketen. Daarnaast wordt aangegeven dat de NP een goede aanvulling kan zijn. Ze denken dat de NP enkele taken van de arts kan overnemen. Twee verpleegkundigen denken dat de NP kan zorgen voor kwaliteitsbeleid en multifunctionele samenwerking. Beiden denken ook dat de NP niet het epidemiologisch onderzoek kan overnemen. De laatste verpleegkundige denkt dat een NP geen taken van de arts kan overnemen, omdat de taken bij de JGZ niet standaard en geprotocolleerd zijn. Twee van de drie verpleegkundigen denken dat een NP een toegevoegde waarde kan betekenen voor de organisatie. De derde verpleegkundige weet het niet. Een voordeel wat wordt genoemd is dat een NP professioneel over komt bij de cliënt. Als nadeel wordt genoemd dat taakverschuiving mogelijk problemen kan opleveren voor de organisatie.

Vragen voor de JGZ-verpleegkundige

Eén verpleegkundige zou de opleiding willen volgen, de andere zou eerst meer informatie willen over de opleiding. De laatste zou de opleiding niet willen volgen, omdat ze al tevreden is met de huidige taakverdeling. Op de vraag welke taken ze zouden willen invullen, verbeteren of overnemen geven twee verpleegkundigen aan dat ze het niet weten. De andere zou graag vooral de multifunctionele samenwerking, zorgbeleid en zorgprogramma's willen verbeteren. Twee van de drie verpleegkundigen geven aan dat ze geen oordeel hebben over welke taken ze willen behouden. De laatste verpleegkundige geeft aan dat ze het wil houden zoals het nu is. Ook op de vraag of ze denken dat taken misschien verdwijnen geven twee van de verpleegkundigen aan dat ze hierover niet kunnen oordelen. De andere verpleegkundige denkt dat er geen taken wegvallen. Over welke consulten de NP moet uitvoeren zijn de meningen verdeeld. Antwoorden die zijn gegeven, zijn: "beide consulten", "in eerste instantie verpleegkundig" en "niet verpleegkundig".

4.3 Doktersassistentes GGD

Algemene vragen organisatie

De gemiddelde leeftijd van de doktersassistentes is 42 jaar en de gemiddelde werkervaring is 16 jaar. Beiden geven aan dat ze geen taken missen in de organisatie en dat de samenwerking binnen hun eigen team goed verloopt. Beide doktersassistentes zouden het screenen van kinderen zien als een taak van de doktersassistente. De doktersassistente geeft aan dat ze nu groep 2 mag onderzoeken, maar het wel jammer vindt dat zo de werkbelasting van de doktersassistente niet wordt ontlast, maar alleen die van de arts. De andere doktersassistente geeft aan dat het screenen van meerdere leeftijdsgroepen van kinderen een mogelijkheid is voor een doktersassistente.

Algemene vragen over NP

De eerste doktersassistente denkt dat het ontstaan van de NP geen goede ontwikkeling is. Zij denkt dat het "kwalitatief beter is om de huidige disciplines de gelegenheid te geven om vanuit de praktijk door middel van scholing een specialisatie te kiezen". De andere doktersassistente denkt dat de NP wel een goede ontwikkeling is. Maar geeft aan dat er misschien verwarring kan ontstaan bij de taakverdeling,

omdat de taken steeds dichterbij elkaar komen te liggen. De doktersassistente denkt dat een NP niet de taken van de arts kan overnemen. Zij denkt dat als er nog een tussenlaag bij komt, het onoverzichtelijk wordt voor onder andere de scholen (de cliënt). Zij zegt: *"plaats je een NP tussen arts en verpleegkundige dan worden het allemaal deelgebiedjes en dit lijkt mij niet efficiënt"*. De andere doktersassistente denkt dat de NP wel taken van de arts kan overnemen.

Taken die de doktersassistenten aangeven die de arts moet behouden zijn de diagnose stellen, de onderzoeken op het speciaal onderwijs en de onderzoeken op indicatie. Taken die een NP kan doen zijn volgens hen de onderzoeken in het voorgezet onderwijs en op het gebied van CARA en diabetes. De eerste doktersassistente denkt niet dat een NP kan zorgen voor een toegevoegde waarde. De tweede denkt dat dan de taakverdeling wel moet worden aangepast en de artsen weer extra taken krijgen. Een voordeel wat wordt genoemd is het ontlasten van artsen. De nadelen die door beiden worden genoemd hebben vooral te maken met de taakverdeling, waarbij ze *"onhelderheid"* en *"verwarring"* zien ontstaan in de taakverdeling mocht de NP erbij komen.

Bijlage 19: Reflectie van het professioneel functioneren

1. Aanpak van de opdracht

Omdat ik graag een externe opdracht wilde doen, heb ik eerst zelf met verschillende zorginstellingen contact opgenomen met de vraag of ze een opdracht voor me hadden. Het contact verliep helaas traag en de instanties konden geen goede opdracht formuleren. Daarom heb ik contact opgenomen met mevrouw Boere-Boonekamp. Zij heeft verschillende mogelijkheden aangedragen met betrekking tot een opdracht. Het onderzoek doen naar een nieuwe opleiding leek me interessant, daarom heb ik contact opgenomen met de werkgroep ANP. Zij waren erg enthousiast en al gauw volgde de eerste bespreking waarbij de opdracht aan mij werd voorgelegd. Hierbij werd besproken welke punten ik van de opdracht zou onderzoeken. Voor de rest werd ik volledig vrijgelaten om deze punten uit te voeren. Met behulp van het vak "Voorbereiden van onderzoek" heb ik een plan van aanpak opgesteld met de daarbij horende onderzoeksvragen. Ik vond het hierbij moeilijk om goede onderzoeksvragen te bedenken omdat er nog weinig kennis is over het onderwerp. De onderzoeksvragen zijn dan ook tijdens de uitvoering van de opdracht enigszins veranderd en er is zelfs een onderzoeksvraag bij gekomen. Voortaan zal ik bij het opstellen van de onderzoeksvragen beter bekijken welke literatuur er is en me iets meer verdiepen in de begrippen. Er kunnen zo beter onderzoeksvragen worden geformuleerd. De onderzoeksvragen zijn immers een belangrijk houvast tijdens het onderzoek. Door de vele informatie die er wordt verzameld is het handig om de onderzoeksvragen in het achterhoofd te houden, zodat je weet waar naar gezocht moet worden als je de informatie leest.

Ook de werkplanning is belangrijker dan ik van te voren had gedacht. Bij een volgend onderzoek zal ik beter nadenken over hoelang een onderdeel duurt en hoeveel tijd je er mee kwijt bent. Zo kosten de vragenlijsten meer tijd dan ik van te voren had gedacht. Ik had hier meer rekening mee moeten houden en de vragenlijsten eerder moeten laten starten.

Voor de rest ben ik tevreden over mijn aanpak van de opdracht. Ik wist na het schrijven van het plan van aanpak, waar ik moest beginnen met de opdracht en wat me te verwachten stond. Toch blijkt dat veel aspecten tijdens de uitvoering van de opdracht meer duidelijk worden en meer invulling krijgen, zoals de onderzoeksvragen en de werkplanning. Doordat ik nu meer ervaring heb, kan ik er bij een volgend onderzoek rekening mee houden.

2. Zelfstandigheid

Tijdens de uitvoering van de opdracht heb ik een grote mate van zelfstandigheid gekregen. Omdat ik maar een paar middagen kon werken op de locatie van de JGZ, heb ik zelf een werkplek geregeld in het Capitool, zodat ik toch het gevoel had dat ik een onderzoek uitvoerde voor een externe organisatie. Ongeveer de eerste vijf weken van de uitvoering van de opdracht heb ik zelfstandig gewerkt aan de uitwerking van de onderzoeksvragen. De werkgroep heeft me hierbij geholpen met informatie te verkrijgen, omdat de meeste onderzoeken niet gepubliceerd staan op het Internet en alleen kunnen worden besteld. Ik mocht van de werkgroep allerlei informatie lenen, wat nuttig was voor het beantwoorden van deelvragen voor mijn literatuuronderzoek. Nadat ik naar mijn idee klaar was met het verzamelen en verwerken van informatie voor de literatuurstudie heb ik een conceptversie gestuurd naar de externe begeleidster van de werkgroep, mevrouw Keur en naar de interne begeleidster mevrouw Boere-Boonekamp. Na adviezen en commentaar op de inhoud van het stuk, kon ik weer verder met het verwerken. Ik heb geprobeerd om alleen hulp in te schakelen voor de grote lijnen voor de uitvoering van de opdracht en niet voor elk detail. Ik heb geprobeerd om eerst zelf goed na te denken over mogelijke oplossingen en verbeteringen in het onderzoek zodat het wel mijn eigen onderzoek blijft. Ik heb tijdig hulp gezocht als ik vond dat het nodig was en heb dan zelf contact opgenomen met de externe of interne begeleidsters. Met beiden verliep het contact soepel en zonder problemen.

De verdediging van mijn eigen standpunten kon goed tijdens de vergaderingen met de werkgroep. Hierbij werd mijn voortgang en de opzet van mijn onderzoek besproken. Zo heb ik met de werkgroep verschillende onderdelen van het onderzoek besproken en gediscussieerd. Ik moest dit voorbereiden en uitleggen aan de werkgroep. Zo hebben we mijn onderzoeksvragen, de werkbezoeken en de vragen van het interview behandeld. Het is hierbij belangrijk dat je weet wat je wilt onderzoeken

en hoe je het uit gaat leggen aan de werkgroep. Doordat er werd gediscussieerd met de werkgroep leidde dit soms tot andere inzichten en nieuwe ideeën voor mijn onderzoek. De werkgroep ondersteunde mijn ideeën en hielp mee met de uitvoering van deze ideeën. De werkplanning die ik had bestond onder andere uit afspraken die ik maakte met de werkgroep. Maar ook hierin had ik veel zelfstandigheid. De werkgroep vroeg aan mij wanneer ik een nieuw onderdeel klaar kon hebben en wanneer we het konden bespreken. Ik kon hierdoor nadenken wanneer ik een onderdeel klaar kon hebben en kon voorleggen aan de werkgroep. Ook had ik zelf inbreng wanneer ik iets voor wou leggen aan de werkgroep om te bespreken. Hierdoor was het eenvoudig om overeenstemming te bereiken. Daarnaast had ik zelfstandigheid over het bepalen van mijn werkzaamheden. De werkgroep heeft zich niet bemoeid over hoe ik het onderzoek moest uitvoeren. De opzet en de uitvoering ervan hebben ze volledig aan mij overgelaten. De werkgroep heeft wel de bezoeken gepland en geregeld. Zoals de werkbezoeken aan de JGZ in Groningen en Almere en het werkbezoek aan het consultatiebureau. De werkgroep heeft ook de namen van de professionals voor de vragenlijsten geregeld. De werkgroep was een belangrijke ondersteuning voor mijn onderzoek. De uitwerking van de bezoeken en de vragenlijsten en de interpretatie van de resultaten zijn aan mij overgelaten. Om de voortgang te bewaken schreef ik regelmatig actiepunten op om te kijken wat ik nog moest doen en/of veranderen. Zo kreeg ik een goed overzicht over hoe ver ik was op dat moment en hoe ik verder kon komen in het onderzoek. De voortgang werd niet bewaakt door de werkgroep en de begeleidsters. Zij vertelden niet hoever ik al moest zijn of wat ik allemaal nog moest doen. Naar mijn idee is dit goed gelukt, hoewel bepaalde onderdelen meer tijd kostte dan ik van te voren had gedacht. Maar ik heb zeker de tijd die ervoor staat benut om het onderzoek uit te voeren. De voortgang die ik had liep volgens mij goed overeen met hoe ver de werkgroep was.

3. Verwerken van feedback

Ik heb van verschillende personen feedback gekregen op mijn onderzoek. Mijn externe begeleidster heeft me vooral geholpen om de vragen op te stellen voor de vragenlijst. Ik had zelf al een opzet gemaakt. Tijdens een bespreking met de werkgroep hebben we de vragen verder samen uitgewerkt. Deze manier van direct communiceren verliep goed en is een stuk effectiever dan over de mail. Ook met de interne begeleidsters heb ik besprekingen gehad, waarbij zij commentaar leverde op mijn stuk, waarbij ik ook kon reageren waarom ik bepaalde dingen zo had gedaan. De feedback heeft me goed geholpen om verder te komen en om goed te kijken naar de opbouw van het verslag. De leden van de werkgroep hebben ook apart feedback geleverd op een conceptversie van het verslag. Zij gingen veel meer in op details en met name over hun eigen praktijkervaring. Ik heb hierbij gekeken of ik het een zinvolle toevoeging vond. De feedback wat ik heb gekregen heb ik niet zomaar toegevoegd. Ik heb eerst gekeken wat ik er zelf van vond en mijn eigen vaardigheden gebruikt. Ik heb gekeken hoe ik het zelf kan verbeteren, zodat ik niet alles letterlijk heb overgenomen. De mee-lezer heeft ook feedback gegeven, waarna ik in een gesprek ook mijn standpunten duidelijk heb proberen te maken. Ik heb ervaren dat directe communicatie een goede manier is om feedback te krijgen, omdat er dan ook direct kan worden gereageerd en verbeteringen kunnen worden aangegeven.

4. Communicatieve en sociale vaardigheden

Met de externe en interne begeleidster heb ik verscheidende besprekingen gehad. Ik bereidde deze gesprekken altijd voor met vragen die ik wilde stellen. Zo kan het gesprek makkelijk verlopen en kom je niet daarna niet met onbeantwoorde vragen die je later te binnen schieten. Er werd ongeveer één keer in maand vergaderd met de werkgroep ANP. Ik ben bij elke vergadering aanwezig geweest. Tijdens deze vergaderingen werden meestal eerst mijn vorderingen besproken. De werkgroep kon dan zonodig commentaar leveren en verbeterpunten aangeven. Bij de vergaderingen behoorde ik tot de werkgroep en moest ik ook een actieve bijdrage leveren. Discussiëren, vragen stellen en het beantwoorden van vragen behoorden tot de taken tijdens de vergaderingen. Naar mijn idee is dit gelukt. Er werd naar mij geluisterd en er werd wat gedaan met mijn inbreng in de vergaderingen. Het bijwonen van de vergadering was een goede toevoeging aan mijn onderzoek, omdat ik zo verschillende meningen hoorde van de leden van de werkgroep. Ik kreeg zo een beter beeld wat er

leeft op dit moment in de jeugdgezondheidszorg van mensen die er zelf werken. De leden van de werkgroep hebben ook een beter beeld van wat er in de praktijk gebeurt.

Voor de werkgroep heb ik een eindpresentatie gegeven. Hierin heb ik kort alle belangrijkste aspecten van mijn onderzoek behandeld, zodat de werkgroep een duidelijk beeld kreeg over deze aspecten. Ook heb ik hierbij mijn aanbevelingen gepresenteerd voor de werkgroep. Bij deze presentatie was een manager van de JGZ aanwezig. Aan het eind van de presentatie kon de werkgroep en de manager vragen stellen, waardoor ik mijn standpunten kon verdedigen en extra uitleg kon geven. De presentatie was een goede oefening voor presentatievaardigheden. Voor de presentatie heb geprobeerd om zo veel mogelijk uit mijn hoofd te doen en niet op te lezen van het papier. Omdat ik al veel weet over het onderwerp lukte me dit vrij goed. Ik heb er rekening mee gehouden dat de werkgroep een geïnformeerd publiek was, waardoor ik sommige onderdelen van mijn onderzoek niet heb behandeld en juist andere onderdelen heb benadrukt. De werkgroep ging na mijn presentatie overleggen hoe ze verder moesten gaan, waarbij mijn onderzoek werd meegenomen in hun argumenten. Ik vond het plezierig dat ze wat gingen doen met mijn onderzoek. Als ze dat niet hadden gedaan, had ik waarschijnlijk minder voldoening gekregen van het uitvoeren van de opdracht.

5. Leerpunten

Leerdoelen die ik voor mezelf had gesteld voordat ik startte met de opdracht waren:

- goed informatie verzamelen en kunnen weergeven;
- vragenlijsten kunnen opstellen en uitvoeren;
- bijdrage kunnen leveren aan vergaderingen;
- duidelijke presentaties kunnen geven.

Aan de hand van dit lijstje kan ik nu evalueren welke punten goed en minder goed zijn gegaan. Het informatie verzamelen ging goed, omdat de werkgroep hier voor een deel mij heeft geholpen. Ik vond het moeilijk aan het begin om alle informatie die te vinden is in boeken, artikelen en pagina's op internet te structureren. Waarvoor ga je al die informatie gebruiken en wat ga je niet gebruiken? Hoort het bij de ene onderzoeksvraag of toch bij een andere? Op een gegeven moment heb ik alle literatuur gestructureerd onderbracht en bedacht waar ik het bij ga gebruiken. Zo werd het voor mezelf ook helder wat ik er aan had. Een verbeterpunt is voor mij om informatie op te slaan, waar het vandaan is gehaald en wat er in staat. Zo ontstaat er een goed overzicht en is het makkelijk terug te vinden. Ik heb wel gestructureerd voetnoten geplaatst als ik een stuk ging schrijven. Dit is handig om informatie terug te vinden.

Een sterk punt van mij is dat ik gedisciplineerd kan werken, zodat ik in staat ben om zelfstandig onderzoek te kunnen uitvoeren. Het is me gelukt om de verschillende onderdelen op tijd af te krijgen en bij de meeste onderdelen kon ik goed inschatten hoelang ik er nog mee bezig zou zijn. Ik was niet afhankelijk van de werkgroep of van mijn begeleidsters. Ik heb zelf de opbouw van mijn verslag ontworpen en de uitvoering ervan te weeg gebracht. Als ik vragen had, durfde ik die te stellen aan de werkgroep en mijn begeleidsters. Ik heb nooit te lang gezeten met problemen of vragen. Ik nam gelijk contact op met de persoon waarvan ik dacht dat zij het antwoord zou weten.

Een ander sterk punt is denk ik dat ik stof makkelijk kan opnemen en goed kan weergeven in de opdracht. De hoofdlijnen uit de literatuur halen, het vermelden en de details buiten beschouwing houden is denk ik belangrijk om een goed verslag te schrijven.

Het enige wat ik niet goed vond lopen was het opstellen van de vragenlijsten, omdat ik hiermee te laat was begonnen. Ik vond het eerst ook moeilijk om vragen te bedenken en wat ik nou precies wilde weten. Nadat ik eenmaal een opzet had gemaakt en het besproken had met de werkgroep, duurde het nog een tijd voordat ik mensen had die de vragenlijsten wilden invullen. Daarna duurde het ook weer een tijd voordat ik de vragenlijsten terughad. De opzet van de vragen kunnen worden verbeterd. Het waren allemaal open vragen, waardoor het verwerken van de antwoorden veel tijd kostte en er veel verschillende antwoorden kwamen. Het was misschien beter geweest om maar een paar mensen persoonlijk te interviewen en deze dan uitgebreid vragen te stellen. Toch kwam uit de vragenlijsten wel bruikbare informatie waar verder op kan worden gebouwd.

Bijdrage kunnen leveren aan de vergaderingen was een punt waarvan ik dacht dat ik hierin zwak zou zijn. Discussiëren en meepraten zijn niet mijn sterkste kanten. Toch vind ik dat het me met deze werkgroep goed is gelukt. Er was ook een goede sfeer op de vergaderingen. Ik durfde te zeggen wat ik wilde zeggen, er was geen barrière om het niet te doen. Ik denk dat het voor mij een goede oefening is

geweest om dit te proberen, zodat het me misschien kan helpen in de toekomst om vaker mee te doen in discussies. Ook de presentatie voor de werkgroep vond ik goed gaan, waardoor dit ook een goede oefening is voor de toekomst.

6. Kwaliteiten van het wetenschappelijk onderzoek

Het wetenschappelijk onderzoek verrichten is naar mijn idee niet volledig gelukt. Ik vond het moeilijk om te bepalen wat precies van je verwacht wordt als derdejaars student. Ook om theorieën van de opleiding toe te passen vond ik lastig, vandaar dat dit ook niet veel aanbod komt in het verslag. Wel vond ik dat veel begrippen die ik heb geleerd in de afgelopen drie jaren toepasbaar zijn. Met het verwerken van theorieën had ik misschien meer rekening mee moeten houden met het opstellen van de opdracht. Een sterk punt vind ik dat het me goed is gelukt om alle literatuur te verwerken en onder te brengen in duidelijk hoofdstukken. Ook over de opbouw van het verslag ben ik tevreden. De vragenlijsten zou ik anders doen, zoals al eerder is vermeld.

Over het algemeen ben ik best tevreden over het onderzoek en ik weet welke punten ik de volgende keer beter kan doen of anders moet aanpakken.