



GGD Fryslân

# Taakdifferentiatie in de JGZ

Rapportage onderzoek 2019

Sietske Fluitman

**Naam:** Sietske Fluitman  
**Studentennaam:**  
**ID-code:**  
**Opleiding:** HBO-Verpleegkunde voltijd  
**School:** Noordelijke Hogeschool Leeuwarden  
**Groepscode:**

**Afstudeerbegeleider:**  
**Praktijkbegeleider:** Klaus Boonstra  
**Instelling:** GGD Fryslân  
**Plaats:** Leeuwarden  
**Eerste beoordelaar:**  
**Tweede beoordelaar:**

**Titel onderwijsseenheid:** Rapportage onderzoek  
**Code:**  
**Datum inlevering:** 13-1-2019  
**Aantal woorden:** 10320

In het kader van de afronding van mijn studie hbo-verpleegkunde aan de NHL/Stenden Hogeschool te Leeuwarden schrijf ik een afstudeerscriptie. De afstudeerscriptie, ook wel praktijkonderzoek, vindt plaats bij GGD Fryslân te Leeuwarden. De opdrachtgever van het onderzoek is ook GGD Fryslân.

Gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) Fryslân is bestuurlijk onderdeel van Veiligheidsregio Fryslân. Binnen GGD Fryslân is het project Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 3.0 gestart. Doel van het programma is de JGZ te moderniseren en meer te richten op de behoefte van de burger (ouders en kinderen). Door onder andere vergrijzing wordt verwacht dat het aantal beschikbare JGZ-artsen de komende tijd zal afnemen. Hun werk zal deels door andere disciplines kunnen worden overgenomen. GGD Fryslân wil graag dat er onderzocht wordt welke mogelijkheden ervoor taakoverdracht van artsen naar verpleegkundigen bestaan op het consultatiebureau (0-4 jaar) en welke consequenties dit heeft. In dit onderzoek wordt onderzocht welke taken JGZ-artsen eventueel uit handen kunnen geven op het consultatiebureau. Mijn critical friend en medestudent, M. Kramer, gaat onderzoeken welke taken JGZ-verpleegkundigen kunnen overnemen op het consultatiebureau. Dit onderzoek zal in de periode van september 2018 tot en met januari 2019 plaatsvinden.

Graag wil ik mijn opdrachtgevers K. Boonstra en A. Zijlstra (praktijkbegeleiders vanuit GGD-Fryslân) bedanken voor de begeleiding, ondersteuning en opbouwende feedback. Tevens wil ik mijn afstudeerbegeleider I. Dijkstra (docent aan de NHL) bedanken voor de ondersteunende werkcolleges en begeleiding vanuit school. Tot slot wil ik mijn medestudenten M. Kramer en A. Lycklema (critical friends) bedanken voor de samenwerking en feedback tijdens de scriptieperiode.

Ik wens u veel leesplezier toe.

Leeuwarden, Januari 2019

Sietske Fluitman

**Aanleiding:** Binnen GGD Fryslân maken ze zich zorgen over de toekomst, onder andere door het artsentekort in haar eigen organisatie en het aantal beschikbare JGZ-artsen wat de komende jaren verder gaat afnemen. Door de afname van het aantal JGZ-artsen wil GGD Fryslân onderzoeken of JGZ-verpleegkundigen een rol kunnen spelen in de taakherschikking van JGZ-artsen. Hierbij is het van belang dat er eerst wordt achterhaald wat de meningen en ervaringen van JGZ-artsen over taakherschikking zijn.

**Doelstelling:** Eind januari 2019 is inzichtelijk welke meningen/ervaringen JGZ-artsen hebben over taakherschikking tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen. Met deze inzichten worden aanbevelingen gedaan aan GGD Fryslân.

**Onderzoeksvraag:** Wat zijn de meningen/ervaringen van JGZ-artsen over taakherschikking tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen binnen GGD Fryslân?

**Methode:** Dit is een kwalitatief verkennend onderzoek. Het literatuuronderzoek leverde verschillende topics op. Tijdens de semigestructureerde interviews zijn zes participanten bevestigd op hun mening en ervaringen over taakherschikking tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen. De participanten zijn benaderd via de mail. Zij konden zich aanmelden wanneer ze wilden deelnemen aan het interview. De interviews werden volledig getranscribeerd, gegroepeerd en gecodeerd met het programma Atlas.ti.

**Resultaten:** Uit het praktijkonderzoek kwam naar voren dat de participanten van mening zijn dat taakherschikking voor de toekomst het artsentekort kan oplossen en financieel een voordeel kan zijn. Voordat taakherschikking plaats kan vinden zitten er een aantal randvoorwaarden aan vast. Zo is het belangrijk dat er scholing wordt georganiseerd voor JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen. Een andere voorwaarde is dat de JGZ-arts niet geheel uit beeld verdwijnt na taakherschikking. Uit het praktijkonderzoek kan geconcludeerd worden dat het van de persoon afhangt welke taken ze over kunnen nemen. De taken die JGZ-verpleegkundigen volgens participanten eventueel over kunnen nemen zijn: het heuponderzoek, visus onderzoek en het hart luisteren. Deze taken kunnen ze overnemen op voorwaarde dat ze de protocollen goed opvolgen.

**Conclusie & Discussie:** Uit de resultaten is naar voren gekomen dat JGZ-artsen positief tegenover taakherschikking staan, al vinden ze het wel belangrijk dat taakherschikking zorgvuldig gebeurt. Samenwerken en vertrouwen op elkaar is van belang bij taakherschikking. Doordat de JGZ-verpleegkundige taken gaat overnemen, ziet de JGZ-arts niet alle kinderen. Er ontstaat hierdoor een gevaar dat er dingen gemist worden, omdat de JGZ-arts, door de geneeskunde opleiding, een bredere blik heeft ontwikkeld dan de JGZ-verpleegkundige. Het helemaal loslaten vinden ze onder andere daardoor een te grote stap.

**Aanbevelingen:** De aanbevelingen richten zich vooral op vervolgonderzoek en het oprichten van een werkgroep. Dit was een verkennend onderzoek waarbij de JGZ-artsen hun mening hebben gegeven. Vervolgonderzoek is hierbij van belang om te onderzoeken of de gegeven opties van taakherschikking ook haalbaar, uitvoerbaar en juridisch mogelijk zijn. Daarnaast is het van belang dat er een werkgroep komt die zich op een actieve manier bezig gaat houden met taakherschikking.

## Inhoudsopgave

Rapportage onderzoek .....	2
Voorwoord .....	3
Samenvatting .....	4
Inhoudsopgave .....	5
Inleiding .....	7
Probleemstelling .....	8
Doelstelling .....	8
Onderzoeksvraag .....	8
Literatuurvragen .....	8
Verpleegkundige relevantie .....	8
Leeswijzer .....	8
Hoofdstuk 1. Theoretisch kader .....	9
1.1 Zoekstrategie .....	9
1.2 Begripsdefiniëring .....	10
1.3 Theoretische onderbouwing .....	10
1.3.1 Taakherschikking .....	11
1.3.2 Rollen en competentieprofielen van een JGZ-verpleegkundige en een JGZ-arts .....	11
1.3.3 Verschillen en overeenkomsten in de rollen en competentieprofielen van een JGZ-verpleegkundige en JGZ-arts .....	12
1.3.4 Taken die verpleegkundigen over kunnen nemen van artsen .....	13
1.3.5 Voor- en nadelen van taakherschikking .....	13
1.4 Conclusies voor het praktijkonderzoek .....	14
1.5 Implicaties voor het praktijkonderzoek .....	15
Hoofdstuk 2. Onderzoeksmethode .....	15
2.1 Type onderzoek .....	15
2.2 Onderzoekspopulatie .....	16
2.3 Procedure dataverzameling .....	16
2.4 Dataverzamelingstechniek .....	16
2.4.1 Ontwikkeling van het meetinstrument .....	17
2.5 Analyse .....	17
2.6 Kwaliteitscriteria kwalitatief onderzoek .....	17
2.6.1 Herhaalbaarheid .....	17
2.6.2 Werkelijkheidswaarde .....	18
2.6.3 Neutraliteit .....	18
2.6.4 Bruikbaarheid .....	18
Hoofdstuk 3. Resultaten .....	19

3.1 Deelnemende participanten .....	19
3.2 Meetresultaten .....	19
Hoofdstuk 4. Conclusie & Discussie .....	25
4.1 Conclusie .....	25
4.1.1 Conclusies praktijkonderzoek .....	25
4.1.2 Betekenis van resultaten voor de praktijk.....	25
4.2 Discussie .....	26
4.2.1 Literatuurvergelijking met praktijk.....	26
4.2.2 Methodologische keuzes .....	27
Hoofdstuk 5. Aanbevelingen .....	28
Bibliografie .....	29
Bijlagen .....	32
Bijlage 1. Vertaling zoekwoorden .....	32
Bijlage 2. Inclusie- en exclusiecriteria .....	33
Bijlage 3 Zoekstrategie .....	34
Sneeuwbalmethode 1 .....	3
Sneeuwbalmethode 2 .....	3
Sneeuwbalmethode 3 .....	4
Bijlage 4. Level of Evidence .....	5
Bijlage 5. Operationaliseringsschema .....	7
Bijlage 6. In- en exclusiecriteria interview .....	2
Bijlage 7. Toestemmingsformulier .....	3
Bijlage 8. Meetinstrument .....	4

Verwacht wordt dat de zorgvraag in de toekomst verder zal toenemen (Van der Windt, Bos, & Francke, 2007). Om de kosten van de zorg te beperken en de werkdruk van artsen niet verder op te laten lopen, vind er een taakherziening plaats tussen de taken van de verpleegkundige en de arts (De Veer, Francke, Poortvliet, & Vogel, 2007). De routinematige handelingen worden uit handen genomen, zodat de artsen meer tijd hebben voor specialistische zorg en de continuïteit van de zorg verbeterd wordt. Op dit moment zijn er al 2500 verpleegkundig specialisten en 700 Physician Assistants die taken overnemen van artsen (Wallenburg, Janssen, & De Bont, 2016). Sinds 2012 is taakherschikking door verpleegkundig specialisten en Physician Assistant wettelijk veranderd in de Wet BIG, zo hebben zij de bevoegdheid gekregen om zelfstandig voorbehouden handelingen uit te voeren (Van der Windt, Bos, & Francke, 2007).

Jeugdgezondheidszorg (JGZ) is de publieke gezondheidszorg voor jeugd tussen 0 en 18 jaar. Het doel van de JGZ is het bevorderen en beschermen van de gezondheid en de lichamelijke en geestelijke ontwikkeling, zowel individueel als op populatieniveau (VNG, 2016). In de JGZ werken teams die samengesteld zijn uit: JGZ-artsen, JGZ-verpleegkundigen, CB- assistenten en pedagogen. De rol van de JGZ-arts bestaat onder andere uit het medisch onderzoeken van jeugdigen. Zij leveren een bijdrage in de zorg bij het bevorderen van een gezonde ontwikkeling van kinderen van 0 t/m 18 jaar. Deze JGZ-arts houdt spreekuren, geeft voorlichting en signaleert, informeert en registreert de factoren die voor de gezondheid van het kind van belang is (Nationale beroepengids, z.d.). De JGZ-verpleegkundige neemt het opvoedkundige voor haar rekening (Oudhof et al., 2013). In 2010 waren er 431 JGZ-artsen werkzaam bij een instelling van de JGZ, in 2013 waren dit er 300 (Nederlands Jeugdinstituut, 2015). Uit deze cijfers kan geconcludeerd worden dat het aantal JGZ-artsen de afgelopen jaren sterk is afgenomen.

GGD Fryslân is de gemeentelijke gezondheidsdienst (GGD) van Friesland. De GGD werkt aan het bevorderen van de gezondheid en voorkomen van gezondheidsproblemen bij de Friese burger (GGD Fryslân, 2017). GGD Fryslân bestaat uit vier afdelingen, waarvan drie 3 regio's en één centrale afdeling. In elke regio is er een consultatiebureau te vinden. Het consultatiebureau verzorgt de medische basiszorg voor alle kinderen van 0 tot 4 jaar. Het consultatiebureau heeft alle kinderen van 0 tot 4 jaar in zorg en de GGD alle kinderen van 4 tot 19 jaar. Bij GGD Fryslân zijn er 47 consultatiebureaus, deze zijn verdeeld over heel Friesland. In 2018 zijn er in totaal 56 JGZ-artsen werkzaam op de consultatiebureaus in Friesland (GGD Fryslân, 2017). Binnen GGD Fryslân is het project Jeugdgezondheidszorg (JGZ) 3.0 gestart. Doel van het programma is de JGZ te moderniseren en meer te richten op de behoefte van de ouders en kinderen.

Binnen de GGD Fryslân maken ze zich zorgen over de toekomst, onder andere door het ontstaan van steeds meer vacatures (persoonlijke communicatie, okt 2018). Dit komt doordat de uitstroom van de JGZ-artsen groot is door vergrijzing. Daarnaast wordt het steeds moeilijker om de vacatures op te vullen, omdat de instroom klein is. Een mogelijke reden hiervoor zou kunnen zijn dat relatief weinig studenten voor basisarts kiezen (Nederlands Jeugdinstituut, 2015). Het is noodzakelijk dat deze vacatures weer worden opgevuld, omdat JGZ-artsen onder andere zorgen voor het preventieve gezondheidsonderzoek (PGO), ze verantwoordelijk zijn voor indicatiestelling en de uitvoering van het vaccinatieprogramma (BKV, 2016). GGD Fryslân vraagt zich hierdoor af of taakherschikking mogelijk is tussen JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen. Om dit te bewerkstelligen moet eerst inzichtelijk worden wat voor ervaringen/meningen JGZ-artsen hebben over taakherschikking tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen, om vervolgens aanbevelingen te kunnen doen aan GGD Fryslân.

## Probleemstelling

Binnen de GGD Fryslân maken ze zich zorgen over de invulling van de vacatures van JGZ-artsen. Ze vragen zich af of taakherschikking in de toekomst mogelijk is. Het is echter nog onduidelijk welke meningen/ervaringen JGZ-artsen hebben over taakherschikking tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen bij GGD Fryslân.

## Doelstelling

Eind januari 2019 is inzichtelijk welke meningen/ervaringen JGZ-artsen hebben over taakherschikking tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen. Met deze inzichten worden aanbevelingen gedaan aan GGD Fryslân.

## Onderzoeksvraag

Wat zijn de meningen/ervaringen van JGZ-artsen (0-12 jaar) over taakherschikking tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen binnen GGD Fryslân?

## Literatuurvragen

1. Wat is taakherschikking?
2. Wat zijn de rollen en competentieprofielen van een JGZ-verpleegkundige en een JGZ-arts?
3. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten in de rollen en competentieprofielen van een JGZ-verpleegkundige en JGZ-arts?
4. Welke taken zouden JGZ-verpleegkundigen over kunnen nemen?
5. Wat zijn de voor- en nadelen van taakherschikking?

## Verpleegkundige relevantie

De verpleegkundige relevantie wordt aan de hand van competenties beschreven. De competenties zijn onderverdeeld in zeven competentiegebieden, gebaseerd op de systematiek van de CanMeds (Canadian Medical Education Directions for Specialists) (Schuurmans, Lambregts, & Grotendorst, 2012). Binnen dit onderzoek staan de CanMeds-rollen, samenwerkingspartner (CanMeds 3), reflectieve evidence based practice professional (EBP) (CanMeds 4), gezondheidsbevorderaar (CanMeds 5) en kwaliteitsbeoordelaar (CanMeds 7) centraal. In dit onderzoek wordt er gekeken naar taakherschikking tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen. Doordat de JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen hierdoor meer kunnen gaan samenwerken komt de CanMeds samenwerkingspartner aan bod. Door te kijken naar de nieuwste inzichten op het gebied van taakherschikking en het toepassen van evidence based practice in de praktijk, wordt er gewerkt aan de CanMeds rol EBP-professional. In de rol als gezondheidsbevorderaar komt de verpleegkundige relevantie naar voren in het maatschappelijk handelen. GGD Fryslân is namelijk een organisatie voor de maatschappelijke gezondheid. Door dit onderzoek zullen de inzichten over taakherschikking van het publieke domein toenemen. De verpleegkundige is in haar rol als kwaliteitsbeoordelaar gericht op het verbeteren van de kwaliteit van de zorgverlening, doordat er met dit onderzoek wordt gekeken wat voor taken de JGZ-verpleegkundige over kan nemen van een JGZ-arts.

## Leeswijzer

Dit onderzoek is opgebouwd uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk één wordt het theoretisch kader toegelicht. Het theoretisch kader creëert de basis voor het praktijkonderzoek met behulp van literatuuronderzoek. Hierbij is eerst de zoekstrategie bepaald. Aan de hand van de gevonden resultaten over het onderwerp in bestaande studies wordt de literatuurvraag beantwoord.



In dit hoofdstuk wordt ook de koppeling tussen het literatuuronderzoek en praktijkonderzoek gemaakt door middel van een operationalisatie van de kernbegrippen. In hoofdstuk twee wordt de onderzoeksmethode beschreven. Hierin komt de vormgeving van het praktijkonderzoek en de ontwikkeling tot het meetinstrument aan bod. Hoofdstuk drie worden de resultaten van het praktijkonderzoek weergegeven. Deze worden onderbouwd met citaten en samengevat in een mindmap. De hieruit voorkomende conclusie en bijbehorende discussiepunten komen naar voren in hoofdstuk vier. Als laatste worden de aanbevelingen in hoofdstuk 5 beschreven.

## Hoofdstuk 1. Theoretisch kader

*In dit hoofdstuk wordt de zoekstrategie, de begripsdefiniëring, de theoretische onderbouwing en de implicaties voor praktijkonderzoek beschreven. In de theoretische onderbouwing wordt antwoord gegeven op de literatuurvraag.*

### 1.1 Zoekstrategie

Tijdens het literatuuronderzoek is er gezocht naar wetenschappelijke artikelen die antwoord konden geven op de literatuurvraag. Naar aanleiding van de probleemstelling zijn er bruikbare begrippen opgesteld voor het literatuuronderzoek. De begrippen zijn vertaald naar het Engels, zodat de begrippen gebruikt konden worden als zoekwoorden in PubMed, Springer Link en Google Scholar (zie bijlage 1). Voor de Nederlandse zoektermen zijn de termen: taakherschikking, jeugdarts, jeugdverpleegkundige, Physician Assistant, verpleegkundig specialist en jeugdgezondheidszorg gebruikt. De gebruikte Engelse zoektermen waren: task rearrangement, youth doctor, youth nurse, Physician Assistant, youth health care en nurse practitioner. Door deze zoektermen te gebruiken worden zoekresultaten beperkt, zodat sneller relevante artikelen gevonden kunnen worden. Voorafgaand aan het zoeken is er een lijst opgesteld met inclusie- en exclusiecriteria. Op basis van die criteria zijn artikelen geselecteerd (zie bijlage 2). Tot de inclusiecriteria behoort: artikelen die gericht zijn op taakherschikking in de gezondheidszorg en artikelen die overeenstemmend zijn met de beschreven zoektermen. Tot de exclusiecriteria behoort: anderstalige artikelen met uitzondering van Nederlands en Engels, artikelen die niet Fulltekst beschikbaar zijn of betaald moeten worden en artikelen die eerder dan 2002 gepubliceerd zijn.

De literatuur is eerst gezocht in de database PubMed. In deze database was weinig tot niets te vinden over het onderwerp taakherschikking. Daarna is voornamelijk gezocht in de database Springer Link. Wanneer een artikel in Springer Link niet full tekst beschikbaar was is het met behulp van Google Scholar vaak wel gelukt. Tevens zijn relevante artikelen gevonden met de sneeuwbal methode, dit betekent dat er via de literatuurlijst van een ander artikel andere relevante artikelen zijn gevonden (Fischer & Julsing, 2014). In totaal zijn er 15 artikelen geselecteerd en gebruikt om antwoord te geven op de literatuurvraag. De artikelen zijn uitgewerkt in de tabel 'zoekstrategie' (zie bijlage 3). De kwaliteit van de artikelen is beschreven in de tabel 'Level of Evidence' (zie bijlage 4).

## 1.2 Begripsdefiniëring

In de tabel hieronder zijn de begrippen die voorkomen in het onderzoek gedefinieerd.

Tabel 1: Begripsdefiniëring

Begrip	Definitie
Taakherschikking	“Taakherschikking gaat over de verdeling van taken tussen verschillende professies” (V&VN, z.d.). Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepsgroepen (Harmsen, M., Laurant, M., Van Achterberg, T., Hulscher, M., Wensing, M., Wollersheim, H., & Grol, R., 2007).
JGZ-verpleegkundigen	JGZ-verpleegkundigen bieden ouders ondersteuning in de vorm van anticiperende voorlichting en empowerment, tijdens individuele contacten op spreekuren en tijdens huisbezoeken, in groepen op het consultatiebureau en door het geven van oudercursussen en aanbieden van andere programma's. Daarnaast doen jeugdverpleegkundigen preventieve gezondheidsonderzoeken (PGO's) op het gebied van opgroeien en de opvoedingssituatie, verzorgen zij opvoedcursussen, doen opvoedspreekuren en voeren zij groepsgerichte activiteiten uit ter vergroting van het sociale netwerk van gezinnen (Oudhof et al., 2013, p. 42).
JGZ-artsen	JGZ-artsen gaan na, dan wel sluiten uit, of opvoedingsondersteuning vanuit een lichamelijke, psychische, cognitieve, sociale of spraak-/taalontwikkelingsachterstand nodig is. JGZ-artsen geven waar nodig opvoedinformatie of -advies aan ouders in individuele contacten, zowel op het consultatiebureau als op school (Oudhof et al., 2013, p. 42).
Consultatiebureau	Het consultatiebureau verzorgt medische basiszorg en preventie voor kinderen van 0 tot 4 jaar. Het staat open voor alle kinderen vanaf de geboorte, zonder voorafgaande verwijzing. Elk consultatiebureau verzorgt het Rijksvaccinatieprogramma, periodieke screenings en opname in een kind volgsysteem. Het consultatiebureau valt onder een thuiszorgorganisatie of een GGD (Nederlands jeugdinstituut, 2017).

## 1.3 Theoretische onderbouwing

Om het onderzoek te onderbouwen worden in deze paragrafen aspecten met betrekking tot het onderwerp toegelicht. De informatie die verkregen is door literatuuronderzoek helpt met het inrichten van het onderzoek en is gebruikt om het praktijkonderzoek vorm te geven. Er wordt antwoord gegeven op de volgende literatuurvragen:

1. Wat is taakherschikking?
2. Wat zijn de rollen en competentieprofielen van een JGZ-verpleegkundige en een JGZ-arts?
4. Wat zijn de verschillen en overeenkomsten in de rollen en competentieprofielen van een JGZ-verpleegkundige en JGZ-arts?
5. Welke taken zouden verpleegkundigen over kunnen nemen van artsen?
6. Wat zijn de voor- en nadelen van taakherschikking?

De hoofd literatuur vraag is: *Wat zijn de ervaringen/meningen van artsen over taakherschikking in de nationale en internationale literatuur?*

### 1.3.1 Taakherschikking

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepsgroepen (Harmsen et al., 2007). Het gaat daarbij om Nurse Practitioners, Physician Assistants, gespecialiseerde verpleegkundigen en triagisten. Ze nemen een deel van de taken van de artsen over. Bij taakherschikking staat niet de functie centraal. Taken worden niet anders over de functies verdeeld, maar ze worden anders verdeeld over de beroepen of beroepsgroepen.

Verantwoordelijkheid voor de uitvoering van de medische taken blijft altijd bij de arts. De definitie van taakherschikking maakt een duidelijk onderscheid mogelijk tussen 'beroep' en 'functie'. Dit onderscheid is van belang, omdat de juridische regelingen en opleidingen doorgaans gekoppeld zijn aan beroepen en niet aan de functies. Verschillende partijen zien taakherschikking tussen beroepen als een instrument waarmee ze capaciteitstekorten bij beroepsgroepen op kunnen lossen. Taakherschikking wordt ook als oplossing gezien voor organisatorische problemen (Raad voor de Volksgezondheid en zorg, 2002).

Volgens Harmsen et al. (2007) kan taakherschikking worden onderverdeeld in verschillende vormen. De eerste vorm is supplementatie. Dit is een uitbreiding van taken of vaardigheden naar bestaande professionals. De tweede vorm substitutie, de uitvoering van een handeling die door een type professional wordt overgenomen door een ander type professional. De derde vorm is delegatie. Dit betekent dat bepaalde taken worden gedelegeerd van 'hoger' opgeleiden naar 'lager' opgeleide professionals. De laatste vorm innovatie, dit betekent dat er een nieuw type professional geïntroduceerd wordt. In Nederland worden verschillende vormen van taakherschikking toegepast. Zo worden verpleegkundigen vaak ingezet bij bepaalde patiëntengroepen, zoals patiënten met diabetes mellitus of hart- en vaatziekten. De Raad voor de Volksgezondheid en zorg (2002) concludeert dat taakherschikking zou bijdragen aan een oplossing voor het tekort aan zorgverleners, voor reductie van de werkdruk van artsen en het zou positief bijdragen aan de kwaliteit van de zorg.

### 1.3.2 Rollen en competentieprofielen van een JGZ-verpleegkundige en een JGZ-arts

#### **JGZ-verpleegkundige**

Bulcke, Kinoo, Merckx, en Schaumont (2014) concluderen dat de JGZ-verpleegkundige werkt vanuit een holistische mensvisie en vanuit het bio-psychosociaal ontwikkelingsmodel. Dit is gericht op het respecteren en versterken van de krachten van kinderen/jongeren en zijn omgeving. De JGZ-verpleegkundige draagt bij tot het bevorderen, bewaken en beschermen van de gezondheid, groei en ontwikkeling van kinderen/jongeren. De JGZ-verpleegkundige is een expert op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. Hij/zij heeft oog voor het functioneren en participeren van kinderen/jongeren in de maatschappij. De JGZ-verpleegkundige werkt met het kind/de jongeren en zijn opvoedingscontext, binnen een multidisciplinair team. Hij/zij richt zich zowel op collectieve als individuele primaire, secundaire en tertiaire preventie. Focussen op de relatie tussen gezondheid en gedrag is volgens Bulcke, et al. (2014) een sterk punt van de JGZ-verpleegkundige, enerzijds door kinderen/jongeren en hun ouders sterker te maken om te kunnen kiezen voor gezondheid en anderzijds door een gezonde leefomgeving te stimuleren. Hij/zij handelt vanuit eigen ethische identiteit en is zich bewust van de beweegredenen die motiveren om het werk te doen. Een JGZ-verpleegkundige kan zich verantwoorden over de kwaliteit van handelen en de gevolgen ervan. Als lid van het multidisciplinaire team draagt de JGZ-verpleegkundige bij tot de coördinatie van zorg rond het kind/de jongere. Met goede preventie levert de JGZ-verpleegkundige een bijdrage aan het voorkomen van grote problemen, waardoor intensievere vormen van jeugdhulp minder nodig zijn.

De JGZ-verpleegkundige kijkt naar de gezondheid, groei en ontwikkeling van de jeugd als groep en als onderdeel van de sociale omgeving.

De focus bij een JGZ-verpleegkundige ligt op preventie en is gericht op de gezondheid van de gehele populatie. Het zijn zelfstandige en autonome professionals, die doorgaans werken in een multidisciplinair team. Ze werken in diverse settings: op school, het consultatiebureau, of bij de jeugdige thuis (Bakker-Camsu & Van Kuppevelt, 2014). De JGZ-verpleegkundigen volgen jeugdigen gedurende de hele periode (longitudinaal), ze ondersteunen de ouders in opvoeden en opgroeien en bevestigen positief gedrag van de ouders. De JGZ-verpleegkundige communiceert niet alleen met individuen, maar ook met groepen. In het werkveld van de zorg voor jeugd werkt de JGZ-verpleegkundige samen met de JGZ-arts, de doktersassistente en vele andere ketenpartners en behandelaars.

### **JGZ-arts**

De arts Maatschappij en Gezondheid (JGZ-arts) vervult geneeskundige taken in de publieke gezondheidszorg. Daarmee draagt de JGZ-arts bij aan het bevorderen van de volksgezondheid en gelijke kansen op gezondheid, door interventies gericht op gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering en/of ziektepreventie van individuen. De JGZ-arts kan verschillende kerntaken uitvoeren, zoals; monitoren en rapporteren van de gezondheid en signaleren van (ongewenste) ontwikkelingen, opsporen en preventie van ziekten of gezondheidsrisico's, gezondheidsbevordering door individuele advisering en gezondheidsbescherming (Concilium, 2015). Het competentieprofiel van de JGZ-arts is een afgeleide versie van het competentieprofiel arts Maatschappij en Gezondheid. In dit profiel zijn zeven competenties beschreven die zij moeten beheersen: medische handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit (Concilium, 2015).

De JGZ-arts overziet het zorgveld en de leefomgeving van het kind (0 tot 19 jaar). In de JGZ speelt de goed opgeleide arts een centrale rol in de bewaking en bevordering van de gezondheid van de jeugd. In de JGZ is het belangrijk dat er goed samengewerkt wordt. Dit doet hij/zij bijvoorbeeld met: andere professionals in de JGZ, ouders, huisartsen en maatschappelijk werk. De JGZ-arts richt zich op de gezondheid van individuen en groepen jeugdigen. De nadruk van de geneeskundige taken ligt op het bewaken en bevorderen van de gezondheid en het voorkomen of vroegtijdig opsporen van ziekten (Oskam & Van Lokven, 2013).

### **1.3.3 Verschillen en overeenkomsten in de rollen en competentieprofielen van een JGZ-verpleegkundige en JGZ-arts**

Het competentieprofiel van een JGZ-verpleegkundige en een JGZ-arts wordt volgens dezelfde methode opgebouwd. Bij de opmaak van het profiel is gebruikt gemaakt van de CanMEDS (Canadian Medical Education Directions for Specialists), in dit model is een ordening gemaakt van zeven rollen of competentiegebieden. Elke rol op zich is van belang om goede jeugdgezondheidszorg te realiseren. Dit model is in 2013 ingevoerd om de samenhang en aansluiting tussen verpleegkundigen en medisch specialisten naar een hoger niveau te brengen. De verschillen van de competentieprofielen kunnen gezien worden in de omschrijving van bepaalde rollen. Zo is bij het competentieprofiel van de JGZ-arts te zien dat de rol 'kennis en wetenschap' geschreven is met diepgang. Dit maakt duidelijk dat deze rol belangrijk is voor de JGZ-arts. Bij het competentieprofiel van de JGZ-verpleegkundige wordt deze rol kort en oppervlakkig beschreven (Bulcke, et al. 2014).

In de literatuur is er één onderzoek gevonden waar een Physician Assistant onderzocht wordt op kennisniveau. Het kennisniveau van een Physician Assistant is aan het einde van de opleiding vergelijkbaar met dat van een basisarts. Tijdens de opleiding voor basisarts worden er zeventien topics behandeld. Twaalf van deze topics beheerst een Physician Assistant aan het einde van de opleiding (De Leeuw et al., 2008).

#### 1.3.4 Taken die verpleegkundigen over kunnen nemen van artsen

In het onderzoek van Petersen, Lund, Bhana, & Flisher (2011) zijn richtlijnen gevonden die beschrijven hoe kinderen jonger dan 5 jaar beoordeelt kunnen worden. De richtlijnen zijn bedoeld voor alle gezondheidsmedewerkers. Door deze richtlijnen te volgen zouden verpleegkundigen de taken kunnen overnemen van de artsen, echter moet dit wel samen gaan met andere maatregelen, zoals: trainingen, toezicht en beoordeling. In het onderzoek van Martínez-González, Tandjung, Djalali, & Rosemann (2015) werd beschreven dat verpleegkundig specialisten fysieke onderzoeken uitvoerden bij patiënten, daarnaast gaven ze advies en schreven een behandeling voor. Het onderzoek was inclusief kinderen. In het onderzoek werd niet gerapporteerd of verpleegkundigen de richtlijnen opvolgden om interventies aan te bieden. Ook werd er geen significant verschil gezien in de gezondheidstoestand van de patiënten.

Jennings, Yebadokpo, Affo, Agbogbe, & Tankoano (2011) concluderen dat voorlichting in de zwangerschap over de gezondheid van de moeder en pasgeborene kon gegeven worden door een algemeen verpleegkundige. Eerder werd dit gedaan door een obstetrie-verpleegkundige. Hiervoor was een training nodig in communicatievaardigheden. De training was daarnaast gericht op de competenties van een obstetrie-verpleegkundige, zoals; feedback en supervisie. Taakherschikking vereist volgens Jennings et al. (2011) ook toezicht, zodat de kwaliteit van de zorg niet wordt beschadigd. In het onderzoek van Seidman & Atun (2017) is het mogelijk dat lager opgeleide professionals routinetaken uit gaan voeren met betrekking tot het bewaken van patiëntgegevens. Dit is zonder dat de kwaliteit van zorg in gevaar wordt gebracht. In een onderzoek van De Veer et al. (2007) werd gekeken welke taken verpleegkundigen over kunnen nemen van artsen. Dit zijn vooral de coördinatie van de zorg, de contacten met andere disciplines, het verstrekken van medische informatie en het stellen van een voorlopige diagnose. In tabel 2 is een overzicht van taken te vinden, die de JGZ-verpleegkundigen van de JGZ-artsen kunnen overnemen. In de eerste kolom staan de taken die de JGZ-arts moeten behouden volgens het artikel van De Veer et al. (2007). In de tweede kolom staan welke taken een JGZ-verpleegkundige over kan nemen volgens het artikel van De Veer et al. (2007).

Tabel 2: Overzicht van taken die JGZ-verpleegkundigen over kunnen nemen van JGZ-artsen

JGZ-arts	JGZ-verpleegkundige
Toezicht houden	Coördinatie van zorg
Eindverantwoordelijk	Contacten met andere disciplines
Indiceren	Verstrekken van medische informatie
Vaccinaties voorschrijven	Stellen van een voorlopige diagnose

#### 1.3.5 Voor- en nadelen van taakherschikking

Volgens het onderzoek van Dorn, Ceelen, De Keijzer, Buster, & Das (2009) kijken artsen positief naar taakherschikking. Ze vinden de bevoegdheden tussen de arts en verpleegkundige duidelijk en er ontstaat een efficiënte verdeling van het werk. Al hebben ze ook moeite met enkele aspecten van taakherschikking. Zo kan er onduidelijkheid ontstaan over welke professional wat mag doen. Dit kan ten koste gaan van de kwaliteit van de zorgverlening.

Harmsen et al. (2007) concludeert dat de zorg door verpleegkundigen resulteerde in een beter emotioneel en sociaal functioneren van de patiënt. Taakherschikking heeft geen invloed op de kennis van de patiënt, maar zorgde volgens Harmsen et al. (2007) wel voor een grotere patiënten tevredenheid. Na de taakherschikking rapporteerden verpleegkundigen vaker de adviezen die ze hadden gegeven in het patiëntendossier. Ook scoorden ze hoger op het uitvoeren van taken met betrekking tot gezondheidsbevordering (Bradley, in Harmsen et al., 2007). Daaruit bleek dat taakherschikking weinig invloed had op de kwaliteit van zorg. Uit het onderzoek van Horrocks (Harmsen et al., 2007) bleek dat verpleegkundigen significant minder fouten rapporteerden en het beter deden met betrekking tot het aanleren van zelfmanagement van de patiënt. Verpleegkundigen lijken het, wat betreft de effecten op de gezondheid, van de patiënt niet slechter te doen dan artsen. Het effect op de werklast van artsen is niet duidelijk, dit zou op lange termijn nog verder onderzocht moeten worden (Harmsen et al., 2007). Misvattingen over taakherschikking waren onder meer “taken dumpen bij anderen” en “iemand's taken verwaarlozen” (Dambisya & Matinhure, 2012). In het onderzoek van Jennings et al. (2011) geven ze aan dat voorlichting van verpleegkundigen effectiever is dan dat van artsen. Redenen hiervoor zijn dat verpleegkundigen dichter bij de patiënten staan en de woordkeuze op de patiënt aanpassen. Artsen van wie taken werden overgenomen, gingen niet minder werken. In de vrijgekomen tijd gingen ze complexere patiënten behandelen (Raad voor de Volksgezondheid en zorg, 2002).

In 2008 onderzochten De Leeuw et al. de inzet van een Physician Assistant (PA) in huisartsenpraktijken. Uit de resultaten van dit onderzoek kwam voor voren dat dit leidt tot een tijdsbesparing voor de huisarts. De belangrijkste reden hiervoor is dat de PA met een lager salaris, werkzaamheden uitvoert die de huisarts anders zelf had moeten doen. Het nadeel is dat door afwezigheid van wet- en regelgeving recepten niet zelfstandig voorgeschreven mogen worden. De Leeuw et al. (2008) concludeert dat patiënten beter worden geïnformeerd over hun klachten door de PA, dan door de huisarts. De PA heeft meer tijd voor de patiënt.

#### 1.4 Conclusies voor het praktijkonderzoek

De uitgevoerde literatuurstudie heeft het mogelijk gemaakt een antwoord te formuleren op onderstaande literatuurvraag:

*Wat zijn de ervaringen/meningen van artsen over taakherschikking in de nationale en internationale literatuur?*

Taakherschikking is het structureel herverdelen van taken tussen verschillende beroepsgroepen. Uit de literatuur is gebleken dat er verschillende vormen van taakherschikking zijn zoals: supplementatie, substitutie, delegatie en innovatie. Deze vormen hebben ieder hun eigen definitie en hebben als hoofddoel het verschuiven van taken. Volgens de literatuur zou taakherschikking bijdragen aan een oplossing voor het tekort aan zorgverleners, voor reductie van de werkdruk van artsen en het zou positief bijdragen aan de kwaliteit van de zorg

Artsen ervaren na taakherschikking de werkrelatie met verpleegkundigen positief. Ze vinden dat er verantwoorde zorg wordt gegeven door verpleegkundigen, vooral doordat verpleegkundigen meer tijd zouden hebben en meelevend zijn. Wel zijn ze van mening dat niet alle taken kunnen worden overgenomen. Volgens artsen zouden verpleegkundigen met name gedelegeerde taken kunnen uitvoeren. Na taakherschikking werd de communicatie op hoog niveau mogelijk gemaakt. Ook werd er volgens artsen efficiënter gewerkt. Artsen van wie taken werden overgenomen, gingen niet minder werken. In de vrijgekomen tijd gingen ze complexere patiënten behandelen.

Als taakherschikking moet bijdragen aan het oplossen van het artsentekort, is uitbreiding nodig van de opleidingscapaciteit van verpleegkundigen. Ook moeten de wetten aangepast worden om verdere taakherschikking mogelijk te maken. Het is nu nog onduidelijk welke professional wat mag doen. Uit het literatuuronderzoek komt naar voren dat het competentieprofiel van de JGZ-arts en JGZ-verpleegkundige volgens dezelfde methode wordt opgebouwd, hierdoor is het lastig om het verschil tussen beide profielen te zien. Wel is duidelijk geworden dat een Physician Assistant op hetzelfde niveau kan werken/denken als een JGZ-arts.

### 1.5 Implicaties voor het praktijkonderzoek

In de literatuur is geen geschikt meetinstrument gevonden. Doormiddel van literatuurstudie is er verband gelegd tussen belangrijke begrippen omtrent taakherschikking op het consultatiebureau bij GGD-Fryslân. De volgende variabelen zijn gebruikt voor het te verrichten praktijkonderzoek: taken, kennis, ervaringen en vormen van taakherschikking. Voor het praktijkonderzoek betekent dit dat onder andere in de interviews naar voren moet komen welke ervaringen de JGZ-artsen met taakherschikking hebben, wat de overeenkomsten en verschillen in taken zijn met een JGZ-verpleegkundige en welk vorm van taakherschikking ze het belangrijkste vinden. De variabelen uit de literatuur werden vervolgens gebruikt als implicatie voor de topics van het semigestructureerde interview. Het semigestructureerde interview is door de onderzoeker opgesteld. Het operationaliserings-proces staat verder uitgewerkt in bijlage 5.

## Hoofdstuk 2. Onderzoeksmethode

*In dit hoofdstuk wordt beschreven op welke manier de data is verzameld. Onderwerpen die in dit hoofdstuk aan bod komen zijn het type onderzoek, onderzoekseenheid en de procedure van dataverzameling. Daarnaast worden het meetinstrument, het data-analyseren en de kwaliteitscriteria toegelicht.*

### 2.1 Type onderzoek

Het betreft een kwalitatief onderzoek aan de hand van half-gestructureerde interviews, omdat dit passend is bij de onderzoeksvraag en probleemstelling. De informatie die de participant geeft is van belang voor het beantwoorden van de onderzoeksvraag en hierbij is een interview de beste methode. Bij dit onderzoek lag de interesse vooral in de betekenis die onderzochte personen zelf aan situaties gaven. Bij kwalitatief onderzoek is het verzamelen van gegevens open en flexibel (Verhoeven, 2018). In het onderzoek stond de ervaring/mening van de JGZ-arts centraal, hierdoor werd er gekozen voor half-gestructureerde interviews. Op deze manier had de interviewer de topics bij de hand om door te kunnen vragen, maar lag de structuur van het gesprek niet vast. Op deze manier was er ook alle ruimte voor eigen inbreng van de participant. Door tijdens het interview open en gesloten vragen te stellen en tijdens het interview de topics bij de hand te hebben, bleef de rode draad bij elk interview hetzelfde. Een nadeel van half-gestructureerde interviews kon zijn dat het verzamelen van data veel tijd in beslag nam en de interviewer de gespreksstof moest bewaken zodat dit niet afweek. De keuze voor een kwalitatief onderzoek op basis van semigestructureerde interviews waren gemaakt, omdat de onderzoeksvraag een open vraag was waar ruimte kon zijn voor antwoorden. Een interview creëert deze ruimte. Daarnaast was er bij interviews de mogelijkheid voor verdieping, dit kon toegepast worden door middel van doorvragen.

## 2.2 Onderzoekspopulatie

In samenspraak met de praktijk was afgesproken om het onderzoek alleen te richten op JGZ-artsen, die werkzaam zijn op het consultatiebureau binnen GGD Fryslân. Het gehele team JGZ-artsen bij GGD Fryslân die werkzaam zijn op het consultatiebureau, bestaat uit 54 personen. Bij een kwalitatief onderzoek is de omvang van de onderzoekspopulatie minder belangrijk dan bij kwantitatief onderzoek. Het is vooral belangrijk dat er verzadiging van informatie optreedt (Verhoeven, 2018). Voor het samenstellen van de onderzoekspopulatie zijn in- en exclusiecriteria opgesteld (bijlage 6). Alle JGZ-artsen zijn in eerste instantie benaderd via de mail. De interviews werden afgenomen totdat er verzadiging optreedt. Verzadiging betekent dat dataverzameling bij nieuwe participanten geen nieuwe informatie meer oplevert (Boeijs, 2016).

## 2.3 Procedure dataverzameling

Door literatuuronderzoek is informatie verzameld en geanalyseerd als voorbereiding op fieldresearch (praktijkonderzoek). Belangrijke begrippen die nodig waren voor het praktijkonderzoek zijn gevonden in het literatuuronderzoek en zijn geoperationaliseerd (bijlage 5), waardoor de begrippen meetbaar zijn geworden. In het literatuuronderzoek is geen bestaand meetinstrument gevonden die gebruikt kon worden om gegevens te verzamelen in de praktijk. Alle JGZ-artsen zijn benaderd via de mail. Zij konden zich aanmelden wanneer ze wilden deelnemen aan het interview. Er werd daarna een afspraak gemaakt wanneer de interviewer op de locatie kon komen, waar de desbetreffende JGZ-arts werkzaam is. De uitnodiging was via de secretaresse van GGD Fryslân verstuurd. De reden hiervan was dat dit een betrouwbaar en bekend persoon is binnen GGD Fryslân, dit had een positieve werking op de respons (Fisher & Julsing, 2014). De interviews werden opgenomen door middel van geluidsopnames. Dit werd ook vermeld bij het maken van de afspraak voor het interview. Er werden minimaal 5 interviews en maximaal 10 interviews afgenomen, gezien het tijdsbestek en de omvang van het praktijkonderzoek. Bij aanvang van het interview werd er aan de participant gevraagd om een formulier te tekenen voor het opnemen van het interview. Er werd zorgvuldig omgegaan met de informatie van de participanten. Deze informatie bleef anoniem en is uitsluitend alleen voor dit onderzoek gebruikt. Dit was ook benoemd in het interview.

## 2.4 Dataverzamelingstechniek

Het meetinstrument werd ontwikkeld op basis van het literatuuronderzoek. Er waren geen onderdelen gebruikt uit een bestaand meetinstrument. Om zoveel mogelijk relevante informatie te kunnen verzamelen was er een opzet gemaakt voor het interview, zodat het gesprek zo goed mogelijk ging lopen. Het interview was half-gestructureerd en was opgebouwd aan de hand van een inleiding, kern en afsluiting. In de inleiding was er nuttige informatie gegeven over het interview, zoals voorstellen onderzoeker, gespreksdoel, opbouw van het interview, tijdsduur, gegevensverwerking, waardering van deelname, belang van informatie en achtergrondvariabelen participanten. De kern was verdeeld in topics en sub-topics. Vanuit de literatuur werden de volgende 4 items naar voren gekomen voor het interview; taken, kennis, ervaringen en vormen van taakherschikking. Deze items werden geoperationaliseerd en zijn toegevoegd in bijlage 5. Bij het opstellen van de vragen voor het meetinstrument werden de items als leidraad gebruikt. Door middel van de op voorhand vastgestelde vragen, opgesteld in het meetinstrument werden participanten geïnterviewd. Een gesprekstechniek die tijdens het interviewen gebruikt werd is Luisteren, Samenvatten en Doorvragen (LSD) (Doodkorte, 2011 in Verhoeven, 2018). Dit gaf een actieve luisterhouding weer. Meeschrijven tijdens het interview werd ook toegepast. Dit werd gezien als teken van belangstelling en om de volgende vraag alvast voor te kunnen bereiden tijdens het gesprek (Verhoeven, 2018).



Als demografische achtergrondvariabele werd werkervaring gevraagd. Dit werd gevraagd omdat JGZ-artsen die langer werkzaam zijn vaak conservatiever in hun vak zijn. Gegevens als opleidingsniveau en geslacht hadden geen toegevoegde waarde voor het onderzoek. Ter afronding van het interview werd het gesprek kort samengevat en was er ruimte voor aanvullingen. De interviews vonden plaats in een afgesloten ruimte, zodat mogelijke verstoring werd beperkt.

### 2.4.1 Ontwikkeling van het meetinstrument

Het meetinstrument werd voorafgaand aan het praktijkonderzoek getoetst door medestudenten en de opdrachtgever. De feedback die hieruit voortkwam werd verwerkt in het meetinstrument. Voordat het interview in de praktijk werd uitgevoerd, vond er eerst nog een proefinterview, pilot, plaats. De bovengenoemde aspecten vergroten de werkbaarheid van het meetinstrument en beperken de fouten waardoor de betrouwbaarheid werd vergroot. Daarnaast werden de gesprekken opgenomen met behulp van audioapparatuur, zodat de informatie herleidbaar was waardoor de betrouwbaarheid werd vergroot. Het toepassen van een topiclijst, gebaseerd op de literatuur, vergroot de standaardisatie van het meetinstrument. Zo was de kern van het meetinstrument onderverdeeld in topics en sub topics. Deze werden opgesteld aan de hand van de kernbegrippen die in het literatuuronderzoek naar voren waren gekomen. De diepgang van de interviews werd bepaald door middel van het doorvragen. Dit allemaal samen maakt dat er gemeten werd wat de onderzoeker graag wilde meten. Dit vergrootte de validiteit van het meetinstrument.

## 2.5 Analyse

De interviews werden opgenomen met behulp van de mobiele telefoon. Daarna werden deze letterlijk getranscribeerd in het softwareprogramma 'Word'. De gegevens werden verkend en de fragmenten werden geselecteerd. Daarna werden de interviews gecodeerd op; participant, datum en nummer in volgorde. Vervolgens werd er een analyse gebruikt, met behulp van het programma 'Atlas'. Per interview werd er zorgvuldig geanalyseerd welke uitspraak onder welk topic viel. Per topic en per participant werden er tabellen gemaakt die vervolgens aan elkaar gekoppeld werden, zodat er verbanden tussen de topics werden gelegd en er structuur werd aangebracht. Door op deze manier topics te groeperen en verbanden te leggen werden nieuwe inzichten verkregen. De analyse werd gestart na het eerste interview, om zo tot een eerste analyse te komen. Zo konden er eventueel nog aanpassingen worden gedaan, in de wijze van dataverzameling. De onderzoeksresultaten werden beschrijvend beschreven, ondersteund met citaten. Hierdoor werden de resultaten zoveel mogelijk interpretatief beschreven. Kwalitatief onderzoek is iteratief proces dat wordt gekenmerkt door het steeds herhalen van stappen. Verzamelen van data en analyse wisselen elkaar af (Verhoeven, 2018). Tijdens de dataverzameling werd er een logboek bijgehouden met gemaakte keuzes en inzichten. Tenslotte werden de gevonden resultaten verbonden met de onderzoeksvraag om zo tot een antwoord te komen op de onderzoeksvraag.

## 2.6 Kwaliteitscriteria kwalitatief onderzoek

### 2.6.1 Herhaalbaarheid

Bij herhaalbaarheid ging het om de mate van consistentie van de bevindingen. Om de betrouwbaarheid van het onderzoek te vergroten, werden de interviews opgenomen door middel van audioapparatuur. Zo stond de gegeven primaire informatie vast. Naast de opname werd er doorgedaan met de dataverzameling, totdat er verzadiging van informatie optrad. Verder was het meetinstrument beoordeeld door een peer-review en werden de resultaten na de dataverzameling beoordeeld door middel van membercheck.

Hierbij werd de volledigheid en waarheid van de verwerkte gegevens gecontroleerd door een onafhankelijk persoon. De resultaten kunnen afwijken wanneer het onderzoek opnieuw wordt uitgevoerd, omdat het waarschijnlijk een kleine onderzoekspopulatie betreft. Om de kwaliteit en de betrouwbaarheid te vergroten werd een pilot gedaan in de vorm van een proefinterview (Verhoeven, 2018). Er werd gebruik gemaakt van memberchecking, door de betrouwbaarheid van de bevindingen van een interview te checken bij betrokken professionals. Daarnaast was er intensief contact met de praktijkbegeleider en was er aan het einde van de rapportage onderzoek sprake van peer-review van twee critical friends.

### **2.6.2 Werkelijkheidswaarde**

Bij werkelijkheidswaarde gaat het om de acties die zijn ondernomen voor de geldigheid voor het onderzoek, gaan de resultaten daadwerkelijk over datgene waarover ze lijken te gaan (Saunders et al., 2015). Doordat het interview bij verschillende JGZ-artsen werden afgenomen en deze resultaten met elkaar werden vergeleken is de werkelijkheidswaarde vergroot. De kans op systematische fouten werd hierdoor verkleind. De begripsvaliditeit werd verhoogd doordat de JGZ-artsen onafhankelijk van elkaar werden geïnterviewd. Hierdoor werd voorkomen dat ze door elkaar beïnvloed werden of dat ze sociaal wenselijke collegiale antwoorden gaven. Daarnaast vond er een membercheck plaats, waarbij de uitgeschreven interviews gecontroleerd werden door de participanten.

### **2.6.3 Neutraliteit**

Als onderzoeker is het van belang om zo objectief en onafhankelijk mogelijk te zijn, geen vooropgezette meningen of standpunten (Fisher & Julsing, 2014). Objectiviteit had een groot deel te maken met de houding van de interviewer. Het ging bij de interviews om de beleving van de participant, de interviewer stelde zich daarom neutraal op. In dit onderzoek was er geen persoonlijk belang bij een bepaalde uitkomst, ook was de onderzoeker niet werkzaam binnen GGD Fryslân. De interviewer bewaakte de rode draad van het gesprek, nam waar, registreerde en noteerde zonder de eigen mening van de onderzoeker erin te verwerken. Daarnaast werd er door de onderzoeker een logboek bijgehouden waarin de keuzes, leermomenten, veldaantekeningen en fouten werden vermeld. Zo is er inzicht in het verloop van het onderzoeksproces en de wijze waarop de gegevens werden verzameld, geïnterpreteerd en geanalyseerd. Dit samen vergroot de herhaalbaarheid en daarmee de betrouwbaarheid van het onderzoek (Verhoeven, 2018).

### **2.6.4 Bruikbaarheid**

Tijdens de rapportage van het onderzoek was er nauw contact geweest tussen de opdrachtgever, hierdoor was er getoetst of het onderzoek bruikbaar is. Door middel van overleg en feedback van de opdrachtgever werd het onderzoek gedaan op hetgeen dat daadwerkelijk onderzocht moest worden. Door van meerdere kanten inbreng te ontvangen werden de resultaten bruikbaar voor de praktijk.

## Hoofdstuk 3. Resultaten

*Dit hoofdstuk zal inzicht geven in de resultaten van het praktijkonderzoek. De geanalyseerde gegevens zijn verzameld door middel van half-gestructureerde interviews. De resultaten worden zijn per topic beschreven, onderbouwd met citaten uit de interviews. De resultaten worden samengevat in een mindmap.*

### 3.1 Deelnemende participanten

De onderzoekspopulatie (participanten) van het praktijkonderzoek zijn JGZ-artsen die werkzaam zijn binnen GGD Fryslân. In totaal waren dit zes participanten. De participanten hebben in de uitvoering van hun functie binnen GGD Fryslân medische taken en staan direct in contact met ouders en kinderen. Alle zes participanten waren bereid hun medewerking te verlenen aan het praktijkonderzoek. De respons van het praktijkonderzoek is daarmee 100%. Gedurende het praktijkonderzoek zijn geen herleidbare persoonsgegevens verzameld om de anonimiteit van de participanten te waarborgen. Als demografische achtergrondvariabele is alleen gevraagd naar hoelang de JGZ-artsen al werkzaam zijn binnen GGD Fryslân, omdat participanten die langer werkzaam zijn conservatiever in hun vak zijn. Overige demografische gegevens zijn niet gevraagd aangezien zij niet relevant waren voor het praktijkonderzoek.

### 3.2 Meetresultaten

In deze paragraaf worden de resultaten van de gehouden interviews beschreven. Vanuit de topics van het operationalisatie schema worden de resultaten weergegeven, ondersteund door citaten van de participanten. De volledige getranscribeerde interviews zijn opgenomen in de bijlage 8.

#### Ervaringen

Dit topic betreft de beleving van taakherschikking binnen de organisatie. De participanten werden bevraagd op hoe ze tegenover taakherschikking staan en of ze er al ervaring mee hebben. Wat zouden de voor- en nadelen van taakherschikking zijn en wat is er voor nodig?

Als eerste werd aan alle zes participanten gevraagd wat hun ervaring was met taakherschikking. Vier participanten hadden al eens eerder te maken gehad met taakherschikking. Drie daarvan binnen GGD Fryslân, één daarvan kortgeleden nog in een andere organisatie. De participanten die ervaring hadden binnen GGD Fryslân vragen zich af wanneer de organisatie het genoeg vind. De afgelopen jaren is er volgens de participanten regelmatig taakherschikking uitgevoerd, waardoor er al veel veranderd is. De participant die ervaring heeft met taakherschikking in een andere organisatie heeft het op zo'n manier ervaren dat de werkdruk hoog kwam te liggen, doordat de JGZ-arts de JGZ-verpleegkundigen artsnonderzoeken moest gaan leren. Het plan was daar dat bij 4 weken de arts alle kinderen zag en als dan alles 'normaal' was gingen ze in de verpleegkundige lijn totdat ze naar school gingen. De participant gaf hier het volgende over aan:

*“Ik denk dat je het tot op zekere hoogte best wel dingen kunt uitbesteden aan anderen, maar ik vond dit wel heel ver gaan. Ik merkte dat ook dat we in het begin nog, omdat het helemaal loslaten dat vonden wij een hele grote stap, dus als artsen hebben wij ook een brief naar de directie voorgeschreven dat we het onverantwoord vonden dat zulke dingen gingen gebeuren. Euhm... maar goed het was al doorgevoerd dus daar is verder niks meer mee gebeurd” (Participant 2).*

De participanten staan positief tegenover taakherschikking, al moet er wel een goede reden voor zijn en moet dit zorgvuldig gebeuren. Ze geven aan dat het belangrijk is dat er een scholing komt voor JGZ-verpleegkundigen, maar ook voor JGZ-artsen. Als JGZ-artsen meer tijd krijgen, is het belangrijk dat er gekeken wordt wat ze in deze extra tijd willen gaan doen. Er moet dan een andere invulling komen voor beide partijen. Drie participanten vinden dat er een vangnet nodig is wanneer er taakherschikking gaat plaats vinden. Ze zijn bang dat er ouders en kinderen zijn die niet op de juiste plek terecht komen voor hulp. Verpleegkundigen hebben geen geneeskunde gestudeerd dus kijken met een andere blik en kunnen problemen missen. Alle participanten vinden een voordeel van taakherschikking dat er meer tijd en ruimte voor hun komt, zodat ze bijvoorbeeld ook bij overleggen kunnen zitten van de gemeente en meer tijd kunnen besteden aan kinderen met een risico. Twee participanten geven aan dat het financieel ook een voordeel is, het bespaart uiteindelijk JGZ-artsen. Nadeel van taakherschikking vinden twee van de participanten dat je niet meer in beeld bent bij de ouders en kinderen, maar ook niet bij de andere partijen. Participanten geven aan dat er voor taakherschikking een goede samenwerking nodig is. Het volgende citaat geeft dit weer:

*“De samenwerking die kan er voor zorgen, en ook het naar elkaar verwijzen op het moment dat je denkt van goh.. ik weet het nu even niet. Dan weet de jeugdarts het misschien en andersom. Als ik iets van de verpleegkundige zaken niet weet, dan moet ik niet doen net of ik het wel weet maar dan moet ik ook gebruik maken van de verpleegkundige. Het gebruik maken van elkaars talenten dat moet er al zijn, voordat je met taakherschikking begint want anders zijn waarschijnlijk de jeugdartsen heel erg benauwd dat er een heleboel kinderen tussen het wal en het schip vallen en een heleboel afwijkingen niet gezien of gevonden worden” (Participant 6).*

## Taken

Dit topic betreft de taken van een JGZ-arts en de overname van taken. De participanten werden bevraagd op de taken die ze uitvoeren, de taken die overgenomen kunnen worden en welke niet.

Alle participanten zijn het erover eens dat JGZ-verpleegkundigen taken kunnen overnemen, maar zoals een participant verwoordt ‘*het helemaal loslaten dat vinden wij een grote stap*’ (Participant 2). Vier participanten vinden dat het van de persoon afhangt welke taken dit zijn. Er zijn JGZ-verpleegkundigen die ze het vertrouwen wel durven te geven, op voorwaarde dat ze de regels strikt nakomen. Eén participant zegt het volgende over regels nakomen:

*“Er was een regel bijvoorbeeld als je een negatief Van-Wiechen-item had, dan moest je overleggen met de arts. Dat gebeurde dan niet en kijk je moet wel heel strak die dingen nakomen. Dus wat er nodig is, is denk ik een soort kader van hoever ga je en vooral niet te ver. Je mist toch een bepaalde manier kijken” (Participant 4).*

De helft van de participanten is het erover eens dat JGZ-verpleegkundigen volgens protocol kunnen werken. Er zou voor het heuponderzoek, visus onderzoek en het hart luisteren een protocol moeten komen die JGZ-verpleegkundigen kunnen volgen. Daarnaast blijft scholing een belangrijk object. Eén van de zes participanten, vind dat deze taken bij de JGZ-arts moet blijven, omdat er dan uitsluitend nog afwijkende kinderen worden gezien en dan de brede blik verdwijnt. Het belangrijkste wat niet over kan worden genomen is volgens alle participanten de blik en de manier van signaleren die JGZ-artsen hebben. Dit blijkt uit de volgende citaten:

*“Een voorwaarde is denk ik ook dat je heel nauw moet samenwerken met de arts. Dat artsen als het niet pluis is dat ze dan mee kunnen kijken.*

*Maar in die zin denk ik dat het prima zou kunnen, het gevaar bestaat alleen dat je alleen volgens protocol werkt dat je niet meekijkt met het consult en dat je dingen mist. Want het is niet alleen het hartje beluisteren, het is niet alleen het heup onderzoek maar het is een combinatie van factoren waarbij je alert moet zijn. Dat vraag ik mij af of je dat als verpleegkundige goed kunt signaleren” (Participant 3).*

*“De dokter blik. Ja dat denk ik, want het stukje breed kijken en met alles wat wij in de geneeskunde opleiding hebben gehad met ziektebeelden en alles wat daarbij hoort. Het herkennen van signalen die bijvoorbeeld bij een bepaald beeld passen” (Participant 2).*

Wanneer de JGZ-verpleegkundige een niet-pluis gevoel heeft kunnen de ouders onnodig ongerust worden, doordat de JGZ-arts dan niet aanwezig is moeten ze een nieuwe afspraak maken. Een oplossing hiervoor is volgens twee participanten dat de JGZ-arts op locatie zit te werken, zodat de JGZ-arts op ieder moment beschikbaar is. Volgens participanten blijft het belangrijk om te kijken naar het professioneel kader, niet alle consulten van de JGZ-arts mogen doorgestreept worden. Hier zitten regels aan verbonden.

### **Kennis**

Dit topic betreft de kennis van een JGZ-verpleegkundige. Wat zijn de verschillen en wat zijn de overeenkomsten?

Participanten zien verschillen en overeenkomsten tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen. Het grootste verschil wat alle participanten hebben benoemd is de medische blik die JGZ-artsen hebben. De verklaring hiervoor is een andere opleiding die ze hebben gevolgd. De JGZ-artsen observeren vooral het medische gedeelte, JGZ-verpleegkundigen het sociale gedeelte. Twee participanten geven aan dat de arts en verpleegkundige elkaar aanvullen, doordat ze beide hun eigen consult hebben, vult dit elkaar aan en is er een breed beeld van ouders en kinderen. Deze participanten geven aan dat er moeilijkheden kunnen worden gemist wanneer dit brede beeld er niet meer is. Verschil in persoon als JGZ-verpleegkundige benoemen twee participanten, één participant zegt hier het volgende over:

*“Het hangt heel erg van de verpleegkundige af, wat hebben hun zelf in hun mars. Bij de ene verpleegkundige zou ik zeggen van die beziet het overal en die kan er boven staan en bij de andere verpleegkundige denk ik van nou als dit het moet worden, dan weet ik het niet. De andere zegt weer van dat ze zelf alles willen doen, ze lossen het zelf wel op, zijn zelf een beetje dokter” (Participant 5) .*

De overeenkomsten tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen zijn er genoeg volgens alle participanten, zo verwoordt een participant het volgende:

*“Ik denk dat wij een heel groot stuk hebben wat overlapt is en echt iets wat bij de verpleegkundige hoort en iets wat echt bij de arts hoort. Maar een heel groot stuk, ja dat kun je niet gescheiden zien. Je moet samen, daarom is het ook zo belangrijk dat je goed samenwerkt. Dat je daar ook de tijd voor hebt” (Participant 6).*

Participanten ervaren dat ouders regelmatig verpleegkundige vragen stellen tijdens hun consult. De meerderheid geeft hier tijdens het consult antwoord op. Wanneer er veel vragen zijn, proberen ze een volgend consult te plannen bij de verpleegkundige. Eén participant van de zes participanten, geeft aan geen antwoord te geven op deze vragen.

Een taak die overeenkomt tussen een JGZ-arts en JGZ-verpleegkundige is, volgens alle participanten, het van Wiechen onderzoek.

### Vormen van taakherschikking

Deze topic betreft de verschillende de vormen van taakherschikking. De participanten zijn bevraagd naar welke vorm van taakherschikking bij de organisatie zou passen en realistisch is.

Participanten hebben verschillende meningen over welke vorm van taakherschikking ze zouden kiezen. Alle participanten zijn wel van mening dat er een scholing moet komen voordat er taakherschikking plaats vindt. Zouden er taken gaan verschuiven zonder scholing, dan zouden JGZ-artsen dat de verpleegkundigen niet toevertrouwen, zoals een participant zegt: *‘Die eerste zoals nu dat is niet verantwoord. Nee dat is niet reëel’*. Drie van de participanten denken dat substitutie een goede vorm voor taakherschikking is. Hierbij wordt een verpleegkundig specialist ingezet. De participanten vragen zich wel af of de opleiding voor verpleegkundig specialist gericht is op JGZ, wanneer dit niet zo zou zijn heeft het volgens de participanten geen meerwaarde. De drie participanten hebben hun twijfels bij een JGZ-verpleegkundige omscholen, ze denken dat hier meer voor nodig is. Verpleegkundig specialist is medisch opgeleid en creëert een brede blik tijdens de opleiding. De andere drie participanten zien delegatie als een oplossing voor taakherschikking. Het omscholen van JGZ-verpleegkundigen zouden hun genoeg vertrouwen geven om taken te verschuiven. Een andere participant geeft aan dat er twijfels zijn of je daarmee wel alles vangt. De laatste vorm van taakherschikking is innovatie. Eén participant geeft hier een mening over:

*“Als je dus een verpleegkundig specialist opleidt met een achtergrond van een huisartsenpraktijk of van een ziekenhuis ja daar zijn ze al, omdat er iets is. Bij ons komen ze omdat ze nog niet weten of er iets is. Dus daarin zou je qua innovatie misschien dan wel iets kunnen, dat je meer van deze achtergrond en het signaleren dat je daar heel erg mee bezighoudt” (Participant 2).*

## Mindmap resultaten

### Ervaringen

#### Voorwaarden:

- Vangnet nodig voor ouders en kinderen
- Goede samenwerking nodig tussen beide partijen
- Meer tijd en ruimte voor overleggen en risico kinderen
- JGZ-artsen moeten scholing krijgen in wat ze met de extra tijd gaan doen

#### Voor- en nadelen:

- Taakherschikking bespaart JGZ-artsen, financieel voordeel
- Niet meer in beeld bij ouders, kinderen en andere disciplines

#### Meningen:

- Lichamelijke onderzoeken JGZ-verpleegkundigen leren
- JGZ-arts bij 4 weken alle kinderen zien, daarna in verpleegkundige lijn

### Taken

#### Voorwaarden:

- Er moet een protocol komen voor: het heuponderzoek, visus onderzoek en het hart luisteren
- Scholing voor JGZ-verpleegkundigen
- JGZ-arts op locatie laten werken, zodat hij/zij op ieder moment beschikbaar is
- Naar professioneel kader kijken

#### Wat niet kan worden overgenomen:

- Brede blik en manier van signaleren zullen JGZ-verpleegkundigen niet kunnen overnemen
- Helemaal loslaten te grote stap

Kennis

#### **Verschillen:**

- Medische blik, door andere opleiding
- JGZ-arts observeert medische gedeelte, JGZ-verpleegkundige sociale gedeelte

#### **Overeenkomsten**

- Verschillen in persoon als JGZ-verpleegkundigen
- Overeenkomst: ouders stellen dezelfde vragen
- Taak die overeenkomt is het Van-Wiechen- onderzoek

Vormen van  
taakherschikking

- Supplementatie: niet realistisch
- Substitutie: inzetten van verpleegkundig specialist goede oplossing wanneer opleiding op JGZ gericht is
- Delegatie: JGZ-verpleegkundigen scholing geven
- Innovatie: bij nieuwe opleiding meer bezig houden met signaleren en JGZ achtergrond



## Hoofdstuk 4. Conclusie & Discussie

*In dit hoofdstuk wordt antwoord gegeven op de onderzoeksvraag: Wat zijn de meningen/ervaringen van artsen over/met taakherschikking tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen? In de discussie worden resultaten uit het praktijkonderzoek vergeleken met de bevindingen uit het literatuuronderzoek, volgt er een reflectie op methodologische keuzes en een reflectie op het eigen handelen. Daarna wordt de conclusie beschreven.*

### 4.1 Conclusie

#### 4.1.1 Conclusies praktijkonderzoek

De onderzoeksvraag waar antwoord op verkregen is luidt als volgt: *Wat zijn de meningen/ervaringen van artsen over taakherschikking tussen JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen?* Er kan antwoord gegeven worden op deze vraag aangezien alle participanten een mening hebben gegeven over alle topics. De participanten zijn van mening dat taakherschikking voor de toekomst het artsentekort kan oplossen en financieel een voordeel kan zijn. Voordat er taakherschikking plaats kan vinden zitten hier wel een aantal randvoorwaarden aan vast. Zo is het belangrijk dat er scholing wordt georganiseerd voor JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen. Uit ervaring is gebleken dat het niet mogelijk is dat JGZ-artsen de JGZ-verpleegkundigen gaan opleiden, hier zal een ander alternatief voor gevonden moeten worden. Een andere voorwaarde is dat de JGZ-arts niet geheel uit beeld verdwijnt na taakherschikking. Volgens de participanten is het belangrijk dat er een JGZ-arts aanwezig is op locatie, deze zou wel over meer locaties verdeeld kunnen worden. Samenwerken en vertrouwen op elkaar is van belang bij taakherschikking. Doordat de JGZ-verpleegkundige taken gaat overnemen, ziet de JGZ-arts niet alle kinderen. Er ontstaat hierdoor een gevaar dat er dingen gemist worden, omdat de JGZ-arts, door de geneeskunde opleiding, een bredere blik heeft ontwikkeld dan de JGZ-verpleegkundige. Het helemaal loslaten is een te grote stap. Uit het onderzoek kan geconcludeerd worden dat de taken die JGZ verpleegkundigen volgens de participanten over kunnen nemen zijn: het heuponderzoek visus onderzoek en het hart luisteren. De participanten gaven hierbij wel aan dat het wel van de persoon af hangt. Er zijn JGZ-verpleegkundigen die ze dit vertrouwen wel durven te geven, op voorwaarde dat ze de protocollen goed opvolgen.

#### 4.1.2 Betekenis van resultaten voor de praktijk

In de inleiding is omschreven dat het in de toekomst steeds moeilijker is om vacatures op te vullen. Hierdoor vraagt GGD Fryslân zich af over er taakherschikking mogelijk is tussen JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen. Er is in dit onderzoek in kaart gebracht wat de meningen en ervaringen van JGZ-artsen zijn op het gebied van taakherschikking. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat JGZ-artsen positief tegenover taakherschikking staan, daarom is het relevant en bruikbaar voor de praktijk. JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen zouden geschoold moeten worden voordat er taakherschikking gaat plaats vinden. Tijdens deze scholing zou GGD Fryslân in gesprek kunnen gaan met JGZ-artsen, bijvoorbeeld over hoe ze hun rol of taken zien na taakherschikking.

### 4.2.1 Literatuurvergelijking met praktijk

Uit het literatuuronderzoek kwam naar voren dat artsen positief tegenover taakherschikking staan (Dorn, Ceelen, De Keijzer, Buster, & Das, 2009). In de praktijk is dit ook zo ervaren. Al vinden JGZ-artsen het wel belangrijk dat taakherschikking zorgvuldig gebeurd en er scholing komt voor de JGZ-verpleegkundigen. In de literatuur is beschreven dat artsen door taakherschikking niet minder gingen werken, maar complexere situaties gingen behandelen (Harmsen et al., 2007). Volgens de praktijk gaan JGZ-artsen ook niet minder werken, maar zijn er wel minder JGZ-artsen nodig doordat ze op verschillende locaties kunnen werken. In het onderzoek van Petersen, Lund, Bhana, & Flisher (2011) zijn richtlijnen gevonden die beschrijven hoe kinderen jonger dan 5 jaar beoordeelt kunnen worden. Vanuit de praktijk is er ook naar voren gekomen dat JGZ-verpleegkundigen correct richtlijnen op kunnen volgen, dus als deze richtlijnen er zouden komen zouden ze taken kunnen overnemen van de JGZ-arts. In het onderzoek van Petersen, Lund, Bhana, & Flisher (2011) en vanuit de praktijk zijn hier wel voorwaarden aan verbonden, zoals trainingen of scholingen. Samenwerking blijkt uit de literatuur en de praktijk een belangrijk object. In het competentie profiel van de JGZ-arts en JGZ-verpleegkundige staat dit beide omschreven. Samenwerken wordt in het praktijkonderzoek ook regelmatig genoemd. Voordat er aan taakherschikking begonnen wordt is een goede samenwerking een voorwaarde. Uit het artikel van Bolhuis (2002) blijkt dat samenwerken niet een doel is wat op zichzelf betreft, maar wat belangrijk is voor optimale zorg voor de patiënt. Een gebrek aan goede samenwerking kan ernstige gevolgen hebben voor de patiënt: communicatieproblemen, onnodige herhaling van onderzoek en lange wachttijden. Volgens het onderzoek van Bolhuis (2002) is samenwerken van essentieel belang. Door de beschikbare kennis beter te benutten in allerlei samenwerkingsverbanden wordt er efficiënter en effectiever gewerkt en dat komt iedereen ten goede.

In het onderzoek van De Leeuw et al., 2008 staat beschreven dat Physician Assistant aan het einde van de opleiding een vergelijkbaar kennisniveau heeft van een basisarts. In de praktijk geven de JGZ-artsen aan dat een verpleegkundig specialist of JGZ-verpleegkundige die scholing heeft gehad, voldoende is. Uit de literatuur is gebleken dat er zowel verschillen als overeenkomsten zitten tussen de taken van JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen (Concilium, 2015). In het praktijkonderzoek konden participanten dezelfde verschillen en overeenkomsten benoemen. Wat opmerkelijk was is dat JGZ-artsen die al ervaring hadden met taakherschikking een breder beeld hadden van de taken die overgenomen kunnen worden. Ook zagen ze meer mogelijkheden. Uit het literatuuronderzoek bleek dat er verschillende vormen van taakherschikking zijn, zoals supplementatie, substitutie, delegatie en innovatie (Harmsen et al., 2007). Bij supplementatie is er een uitbreiding van taken of vaardigheden naar bestaande een professionals. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat JGZ-artsen dit niet zien zitten, doordat JGZ-verpleegkundigen daar toch te weinig kennis voor hebben. Bij substitutie wordt de uitvoering van een handeling door een type professional overgenomen door een ander type professional. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat JGZ-artsen hier wel voor openstaan. Een verpleegkundig specialist lijkt hun dan de beste optie, omdat deze medisch wordt opgeleid. Een Physician Assistant is in hun ogen niet nodig. Bij delegatie worden bepaalde taken gedelegeerd van 'hoger' opgeleiden naar 'lager' opgeleide professionals. Uit het praktijkonderzoek kwam naar voren dat JGZ-artsen dit wel zien zitten, met als voorwaarde dat er eerst een scholing komt voor JGZ-verpleegkundigen. Bij innovatie wordt er een nieuw type professional geïntroduceerd. Uit het praktijkonderzoek blijkt dat de meeste JGZ-artsen kiezen voor deze vorm van taakherschikking. Er kan dan een opleiding worden gecreëerd die zich bijvoorbeeld bezighoudt met het lichamelijk onderzoek en het signaleren van moeilijkheden.

#### 4.2.2 Methodologische keuzes

Er is kwalitatief onderzoek verricht middels het afnemen van semigestructureerde interviews. Het respons lag tussen de vooraf bepaalde streefmarge van vijf en tien. In totaal zijn er zes interviews afgenomen. Doordat er maar een kleine onderzoekspopulatie was kunnen de resultaten minder betrouwbaar zijn. Na zes interviews is er verzadiging van gegevens opgetreden, waardoor het zevende interview niet nodig was. Dit is bevorderend voor de betrouwbaarheid en validiteit van het onderzoek. Het meetinstrument is door de onderzoeker zelf ontwikkeld op basis van het literatuuronderzoek. Er is geen gebruik gemaakt van een bestaand meetinstrument omdat er geen bestaand meetinstrument is gevonden die aansloot op de context van het praktijkonderzoek. Er is geprobeerd om het meetinstrument zo valide mogelijk te maken door de standaardisatie te vergroten. Zo is er een topiclijst in het meetinstrument opgenomen die is gebaseerd op meetvariabelen uit de literatuur. Daarnaast is het meetinstrument voor gebruik in de praktijk getest door een pilot. Op basis hiervan zijn enkele aanpassingen aan het meetinstrument zelf gedaan. Het heeft de interviewer een strategie bepaald om de interviews zo constant en duidelijk mogelijk te laten verlopen door middel van houding en doorvragen. Alle participanten gaven toestemming om de interviews op te nemen. Hierdoor staan de ruwe data vast. Tijdens de interviews kwam de onderzoeker erachter dat JGZ-artsen, die al langer werkzaam zijn binnen de JGZ, conservatiever zijn dan JGZ-artsen die korter werkzaam zijn. De onderzoeker heeft hierop ingespeeld door bij de JGZ-arts die langer werkzaam is dieper op de vragen in te gaan. Aan het einde van de interviews werd alle gegeven informatie getoetst bij de participant door middel van een samenvatting (membercheck). Alle participanten hebben hier op gereageerd en eventueel aanpassingen aangebracht. De analyse is beoordeeld door een onafhankelijk persoon. Dit beperkt de mogelijkheid op toevallige fouten in de informatieoverdracht en bevordert daarmee de betrouwbaarheid.

*In dit hoofdstuk wordt in de vorm van aanbevelingen beschreven hoe de resultaten van het onderzoek gebruikt kunnen worden in de praktijk. Bij het opstellen van aanbevelingen is rekening gehouden met de relevantie, haalbaarheid en bruikbaarheid. De aanbevelingen zijn voorgelegd en goedgekeurd door de praktijk. De aanbevelingen zijn geschreven voor GGD Fryslân. De verantwoordelijkheid ligt bij de organisatie wat ze met deze aanbevelingen gaan doen. De aanbevelingen zijn op volgorde van relevantie geschreven.*

### **Aanbeveling 1 – Werkgroep taakherschikking**

Het is een vroeg stadium om aanbevelingen te geven, als het gaat om implementeren van taakherschikking. Er blijven nog veel vragen openstaan en veel dingen zijn nog niet duidelijk. Hierdoor is het belangrijk dat er allereerst een werkgroep komt die zich op een actieve manier bezig gaat houden met taakherschikking. Deze werkgroep kan zich gericht bezighouden met taakherschikking en de objecten die hierbij komen kijken. Ook kan een taak van deze werkgroep worden het opnemen en aanpassen van protocollen, die gemaakt moeten worden voor taakherschikking. Daarnaast is het belangrijk dat de werkgroep gaat kijken naar scholing voor JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen. Het is belangrijk dat verschillende disciplines in deze werkgroep plaats nemen, omdat elke discipline hier een andere mening over heeft en er daardoor op verschillende opzichten naar wordt gekeken. Daarnaast worden er in de werkgroep onder andere protocollen en scholingen gecreëerd voor JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen. Het is dus belangrijk dat ze hier zelf over mee kunnen spreken. Wanneer dit goed wordt georganiseerd zou het haalbaar moeten zijn dat de werkgroep wordt opgezet en taakherschikking wordt geïmplementeerd.

### **Aanbeveling 2 – Vervolgonderzoek taakherschikking**

Uit het onderzoek is naar voren gekomen dat er nog veel vragen openstaan en er veel dingen zijn die nog niet duidelijk zijn. Daardoor is het van belang dat er vervolgonderzoek komt. Ook is er met dit onderzoek een kleine onderzoekspopulatie bereikt. Voor het vervolgonderzoek is het belangrijk dat een grotere groep aan het onderzoek deelneemt. Het advies van de onderzoeker is dan ook om te kiezen voor kwantitatief onderzoek, zodat er een grote onderzoekspopulatie wordt bereikt. Dit vervolgonderzoek zou uitgevoerd kunnen worden door een HBO-V student van de NHL/Stenden hogeschool. De aanbeveling is haalbaar omdat er regelmatig praktijkonderzoeken plaatsvinden bij GGD Fryslân.

### **Aanbeveling 3 – Scholing voor JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen**

Vanuit de literatuur en praktijk is naar voren gekomen dat er scholing voor beide partijen moet komen, voordat taakherschikking plaats vindt. JGZ-verpleegkundigen moeten bekwaam en vaardig worden gemaakt voordat ze taken kunnen overnemen van JGZ-artsen. Deze scholing zou uit meerdere dagen en onderwerpen kunnen bestaan, zoals: samenwerking, medische taken overnemen, signaleren en pluis-niet pluis gevoel. De onderwerpen die bij de JGZ-artsen aan bod kunnen komen zijn bijvoorbeeld: samenwerking en hoe ze hun rol kunnen vervullen na de taakherschikking. Aan een scholing zitten organisatorische factoren vast, denk hierbij aan het regelen van een ruimte, wie gaat de scholing geven en financiële aspecten. Wanneer dit goed wordt georganiseerd zou het haalbaar moeten zijn om alle JGZ-verpleegkundigen en JGZ-artsen (0-12 jaar) te scholen.

## Bibliografie

- Actiz. (2012). *De jeugdgezondheidszorg in kaart*. Geraadpleegd op 1 oktober 2018, van <https://www.actiz.nl/stream/jgz-in-kaart-feiten-en-cijfers>
- Bakker-Camsu, B., & Van Kuppevelt, M. (2014). *Expertisegebied jeugdverpleegkundige*. Geraadpleegd op 3 oktober 2018, van <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2014%20Documenten/20140411%20Expertise%20jeugdverpleegkundige.pdf>
- BKV. (2016). *Functieomschrijving jeugdarts 0-19 jaar*. Geraadpleegd op 11 januari 2019, van <https://bkv.jobs/nl/functieomschrijving-jeugdarts-0-19-jaar>
- Boeije, H. (2016). *Analyseren in kwalitatief onderzoek*. Amsterdam, Nederland: Boom.
- Bolhuis, S. (2002). *Multiprofessioneel samenwerken in de gezondheidszorg*. Geraadpleegd op 12 januari 2019, van [https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit\\_fontys:oai:surfsharekit.nl:75bfdfee-4140-4a00-981b-819a730d7da3](https://hbo-kennisbank.nl/details/sharekit_fontys:oai:surfsharekit.nl:75bfdfee-4140-4a00-981b-819a730d7da3)
- Bulcke, M., Kinoo, M., Merckx, H., & Schaumont, T. (2014). *Profiel van de jeugdverpleegkundige*. Geraadpleegd op 9 oktober 2018, van [https://www.vwvj.be/sites/default/files/profiel\\_jeugdverpleegkundige\\_2.pdf](https://www.vwvj.be/sites/default/files/profiel_jeugdverpleegkundige_2.pdf)
- Concilium. (2015). *Nieuw competentieprofiel voor de arts voor Maatschappij en Gezondheid*. Geraadpleegd op 3 oktober 2018, van [https://www.nphf.nl/footage/.../NPHF\\_NL\\_Nieuw\\_Competentieprofiel\\_Arts\\_M\\_G.pdf](https://www.nphf.nl/footage/.../NPHF_NL_Nieuw_Competentieprofiel_Arts_M_G.pdf)
- Dambisya, Y. M., & Matinhure, S. (2012). Policy and programmatic implications of task shifting in Uganda: a case study. *BMC Health Services Research*, 12(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6963-12-61>
- De Leeuw, J. R. J., Simkens, A. B. M., Van Baar, M. E., Van Balen, F. A. M., Verheij, R. A., Bijleveld, S. D., . . . Schrijvers, A. J. P. (2008). *Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician Assistant*. Geraadpleegd op 20 oktober 2018, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/taakherschikking-in-de-huisartspraktijk.pdf>
- De Veer, A. J. E., Francke, A. L., Poortvliet, E. P., & Vogel, B. (2007). *Taakverschuiving van arts naar verpleegkundige*. Geraadpleegd op 1 oktober 2018, van <https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/pvv287%20Factsheettaakverschuivinginverpleegkundigen%20v1.pdf>
- Dierick-van Daele, A. T., Metsemakers, J. F., Derckx, E. W., Spreeuwenberg, C., & Vrijhoef, H. J. (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65(2), 391–401. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04888.x>
- Dorn, T., Ceelen, M., De Keijzer, J. C., Buster, M. C. A., & Das, C. (2009, augustus). Medische

zorg aan arrestanten: ervaringen met het verschuiven van taken van artsen naar verpleegkundigen. *Tijdschrift gezondheidswetenschappen*, 87(8), 366–373.

Fischer, T., & Julsing, M. (2014). *Onderzoek doen! Kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (2e druk). Groningen: Noordhoff.

GGD Fryslân. (2017). *Kind & opvoeding*. Geraadpleegd op 10 juni 2018, van <https://www.ggdfryslan.nl/kind-opvoeding/>

Harmsen, M., Laurant, M., Van Achterberg, T., Hulscher, M., Wensing, M., Wollersheim, H., & Grol, R. (2007). *Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: Uitkomsten van literatuuronderzoek*. Geraadpleegd op 29 oktober 2018, van <http://www.platformzorgmasters.nl/cms/wp-content/uploads/2012/06/IQ-healthcare-Rapport-taakherschikking.pdf>

Jennings, L., Yebadokpo, A. S., Affo, J., Agbogbe, M., & Tankoano, A. (2011). Task shifting in maternal and newborn care: a non-inferiority study examining delegation of antenatal counseling to lay nurse aides supported by job aids in Benin. *Implementation Science*, 6(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-6-2>

Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., & Rosemann, T. (2015). The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Human Resources for Health*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-015-0049-8>

Nationale beroepengids. (z.d.). *Jeugdgezondheidszorgarts (0-4 jaar)*. Geraadpleegd op 4 oktober, van [https://www.nationaleberoepengids.nl/Jeugdgezondheidszorgarts\\_\(0-4\\_jaar\)](https://www.nationaleberoepengids.nl/Jeugdgezondheidszorgarts_(0-4_jaar))

Nederlands Jeugdinstituut. (2015). *Jeugdgezondheidszorg (JGZ) - Cijfers*. Geraadpleegd op 4 oktober, van [https://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-voorziening/Jeugdgezondheidszorg-\(JGZ\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-voorziening/Jeugdgezondheidszorg-(JGZ))

Nederlands jeugdinstituut. (2017, 11 april). *Consultatiebureau (CB)*. Geraadpleegd op 15 oktober, van [https://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-voorziening/Consultatiebureau-\(CB\)](https://www.nji.nl/nl/Databank/Cijfers-over-Jeugd-en-Opvoeding/Cijfers-per-voorziening/Consultatiebureau-(CB))

Oskam, E., & Van Lokven, E. M. (2013). *Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg*. Assen, Nederland: Van Gorcum.

Oudhof, M., De Wolff, M. S., De Ruiter, M., Kamphuis, M., L'Hoir, M. P., & Prinsen, B. (2013). *Opvoedingsondersteuning*. Geraadpleegd op 29 oktober 2018, van <https://www.nji.nl/nl/Download-NJi/Publicatie-NJi/JGZ-richtlijn-Opvoedingsondersteuning.pdf>

Petersen, I., Lund, C., Bhana, A., & Flisher, A. J. (2011). A task shifting approach to primary mental health care for adults in South Africa: human resource requirements and costs for rural settings. *Health Policy and Planning*, 27(1), 42–51. <https://doi.org/10.1093/heapol/czr012>

Raad voor de Volksgezondheid en zorg. (2002). *Taakherschikking in de gezondheidszorg*.

Geraadpleegd op 20 oktober, van [https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies\\_-\\_Taakherschikking\\_in\\_de\\_gezondheidszorg.pdf](https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_-_Taakherschikking_in_de_gezondheidszorg.pdf)

Schuurmans, M., Lambregts, J., & Grotendorst, A. (2012). *Beroepsprofiel verpleegkundige*. Geraadpleegd op 13 oktober, van [https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3\\_profiel%20verpleegkundige\\_def.pdf](https://www.venvn.nl/portals/1/nieuws/ouder%20dan%202010/3_profiel%20verpleegkundige_def.pdf)

Seidman, G., & Atun, R. (2017). Does task shifting yield cost savings and improve efficiency for health systems? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries. *Human Resources for Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/s12960-017-0200-9>

Verhoeven, N. (2018). *Wat is onderzoek?* (6e druk). Amsterdam, Nederland: Boom.

V&VN. (z.d.). *Taakherschikking*. Geraadpleegd op 24 september 2018, van <https://www.venvn.nl/themas/arbeidsmarkt/taakherschikking>

Van der Windt, W., Bos, J. T., & Francke, A. L. (2007). *Feiten over verpleegkundige en verzorgende beroepen in Nederland*. Utrecht: LEVV.

VNG. (2016). *Wet- en regelgeving*. Geraadpleegd op 10 september 2018, van <https://vng.nl/onderwerpenindex/jeugd/jeugdgezondheidszorg/wet-en-regelgeving>

Wallenburg, I., Janssen, M., & De Bont, A. (2016, 9 maart). *Taakherschikking pakt overal anders uit*. Geraadpleegd op 14 september 2018, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/taakherschikking-pakt-overal-anders-uit.htm>

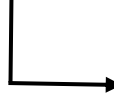
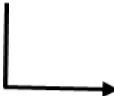
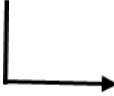
Nederlands	Engels
Taakherschikking	Task rearrangement Task shift Shifting task
Taken	Responsibilities Task
Substitutie	Substitution
Jeugdarts	Youth doctor
Jeugdverpleegkundige	Youth nurse
Competentie	Competence Competency Skills
Physician assistant	Physician assistant
Gezondheidszorg	Health service Health care Health care delivery system
Jeugdgezondheidszorg	Youth health care Public health care
Verpleegkundig specialist	Nurse practitioner
Huisarts	General practitioner Family doctor




## Bijlage 2. Inclusie- en exclusiecriteria

<b>Inclusiecriteria en exclusiecriteria literatuur</b>	
<b>Inclusiecriteria</b>	<b>Exclusiecriteria</b>
Artikelen gericht op taakherschikking in de gezondheidszorg	Anderstalige artikelen met uitzondering van Nederlands en Engels
Artikelen overeenstemmend met de beschreven zoektermen	Artikelen die niet Full-tekst beschikbaar zijn of betaald moeten worden
	Artikelen met publicatie jaar <2002

## Bijlage 3 Zoekstrategie

Database	Zoektermen	Totaal aantal hits	Hits na in- en exclusiecriteria	Auteur	Titel	Jaartal
Springerlink	Taakherschikking van artsen naar verpleegkundige	74	1 geselecteerd	Dorn, T., Ceelen, M., De Keijzer, J.C., Buster, M.C.A., & Das, C.	Medische zorg aan arrestanten: ervaringen met het verschuiven van taken van artsen naar verpleegkundigen	2009
Springerlink	Nurse doctor task shifting	768	4 geselecteerd	Dambisya, M., & Matinhure, S.	Policy and programmatic implications of task shifting in Uganda	2012
				Jennings, L., Yebadokpo, A. S., Affo, J., Agbogbe, M., & Tankoano, A.	Task shifting in maternal and newborn care: a non-inferiority study examining delegation of antenatal counseling to lay nurse aides supported by job aids in Benin	2011
				Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., & Rosemann, T.	The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease	2015
				Seidman, G., & Atun, R.	Does task shifting yield cost savings and improve efficiency for health systems? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries	2017
Google Scholar	Profiel van de Jeugdverpleegkundige	75	1 geselecteerd	Bulcke, M., Kinoo, M., Merckx, H., & Schaumont, T.	Profiel van de Jeugdverpleegkundige	2014
Google Scholar	Taakverschuiving verpleegkundige	188	1 geselecteerd	De Veer, A.J.E., Francke, A.L., Poortvliet, E.P., & Vogel, B.	Taakverschuiving van arts naar verpleegkundige	2017

Google Scholar	Profiel van de Jeugdarts	148	2 geselecteerd	Oskam, M. & Van Lokven, E.M.	Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg	2013
				Concilium (theologisch tijdschrift)	Nieuw competentieprofiel voor de arts voor Maatschappij en Gezondheid	2015
Google Scholar	Task shifting nurse practitioners and general practitioners	10	1 geselecteerd	Dierick-van Daele, A. T., Metsemakers, J. F., Derckx, E. W., Spreeuwenberg, C., & Vrijhoef, H. J.	Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial	2009
Oxford Academic	Task shifting health care	20	1 geselecteerd	Petersen, I. Lund, C., Bhana, A., & Flisher, J.	A task shifting approach to primary mental health care for adults in South Africa: human resource requirements and costs for rural settings	2011

## Sneeuwballmethode 1



Dorn, T., Ceelen, M., De Keijzer, J. C., Buster, M. C. A., & Das, C. (2009, augustus). Medische zorg aan arrestanten: ervaringen met het verschuiven van taken van artsen naar verpleegkundigen. *Tijdschrift gezondheidswetenschappen*, 87(8), 366–373.

Primair

Raad voor de Volksgezondheid en zorg. (2002). Taakherschikking in de gezondheidszorg. Geraadpleegd van [https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies\\_-\\_Taakherschikking\\_in\\_de\\_gezondheidszorg.pdf](https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_-_Taakherschikking_in_de_gezondheidszorg.pdf)

Secundair

## Sneeuwballmethode 2



Bulcke, M., Kinoo, M., Merckx, H., & Schaumont, T. (2014). *Profiel van de jeugdverpleegkundige*. Geraadpleegd van [https://www.vwvj.be/sites/default/files/profiel\\_jeugdverpleegkundige\\_2.pdf](https://www.vwvj.be/sites/default/files/profiel_jeugdverpleegkundige_2.pdf)

Primair

Bakker-Camsu, B., & Van Kuppevelt, M. (2014). *Expertisegebied jeugdverpleegkundige*. Geraadpleegd van <https://www.venvn.nl/Portals/1/Nieuws/2014%20Documenten/20140411%20Expertise%20jeugdverpleegkundige.pdf>

Secundair

### Sneeuwbalmethode 3



Raad voor de Volksgezondheid en zorg. (2002).  
*Taakherschikking in de gezondheidszorg*.  
Geraadpleegd van  
[https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies -  
\\_Taakherschikking in de gezondheidszorg.pdf](https://www.raadrvs.nl/uploads/docs/Advies_-_Taakherschikking_in_de_gezondheidszorg.pdf)

De Leeuw, J. R. J., Simkens, A. B. M., Van Baar, M.  
E., Van Balen, F. A. M., Verheij, R. A., Bijleveld, S.  
D., & Schrijvers, A. J. P. (2008). *Taakherschikking in  
de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician  
Assistant*. Geraadpleegd van  
[https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/taak  
herschikking-in-de-huisartspraktijk.pdf](https://www.nivel.nl/sites/default/files/bestanden/taakherschikking-in-de-huisartspraktijk.pdf)

#### Bijlage 4. Level of Evidence

Artikel	Auteurs	Jaartal	Titel	Design	Populatie	Resultaat/relevantie	Reikwijdte
1	Dorn, T., Ceelen, M., De Keijzer, J.C., Buster, M.C.A., & Das, C.	2009	Medische zorg aan arrestanten: ervaringen met het verschuiven van taken van artsen naar verpleegkundige	Research	29 forensische artsen werden gevraagd om een enquête in te vullen met behulp van de 5-puntsschaal	Volgens het onderzoek dragen artsen taakherschikking een warm hart toe bij de zorg van arrestanten, wel hebben de artsen met sommige aspecten van taakherschikking veel moeite. Zo vinden ze het onduidelijk welke professional wat mag doen en zijn ze bang dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorgverlening. Anderzijds zijn de artsen van mening dat de taken van de artsen en verpleegkundigen wel duidelijk zijn en dat er door de inzet van de verpleegkundigen een efficiënte verdeling van het werk ontstaat. Zo is het aantal zorgcontacten na de taakherschikking per maand sterk toegenomen en dit wijst erop dat de arrestanten intensiever begeleid worden.	Regionaal niveau (Amsterda m)

2	Harmsen, M., Laurant, M., Van Achterberg, T., Hulscher, M., Wensing, M., Wollersheim, H., & Grol, R.	2007	Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg	Systematic Review	Van de 155 gevonden artikelen werden 11 artikelen geïncludeerd	De resultaten van dit onderzoek laat zien wat de effecten zijn van taakherschikking van arts naar verpleegkundige in de eerste- en tweedelijns gezondheidszorg op de gezondheid van de patiënt, de tevredenheid van de patiënt, de kwaliteit van zorg, de werklast en tevredenheid van artsen, het gebruik van zorgvoorzieningen en –middelen en de kosten.	Mondiaal niveau
3	De Leeuw, J.R.J., Simkens, A.B.D., Van Baar, M.E., Van Balen, F.A.M., Verheij, R.A., Bijleveld, S.D., Van Dijk, F.S., Boons, A.N.A.M., Hermsen, L., & Schrijvers, A.J.P.	2008	Taakherschikking in de huisartsenpraktijk: introductie van de Physician Assistant	Longitudinale research	15 huisartsenpraktijken met een PA en 63 huisartsenpraktijken zonder een PA	Er wordt onderzoek gedaan naar de inzet van een Physician Assistant (PA) bij een huisartsenpraktijk. Uit de resultaten is naar voren gekomen dat het kennisniveau van een PA vergelijkbaar is met die van een basisarts. Ook blijkt de inzet van een PA tot een tijdsbesparing van 7% voor de huisarts.	Nationaal niveau (Nederland)

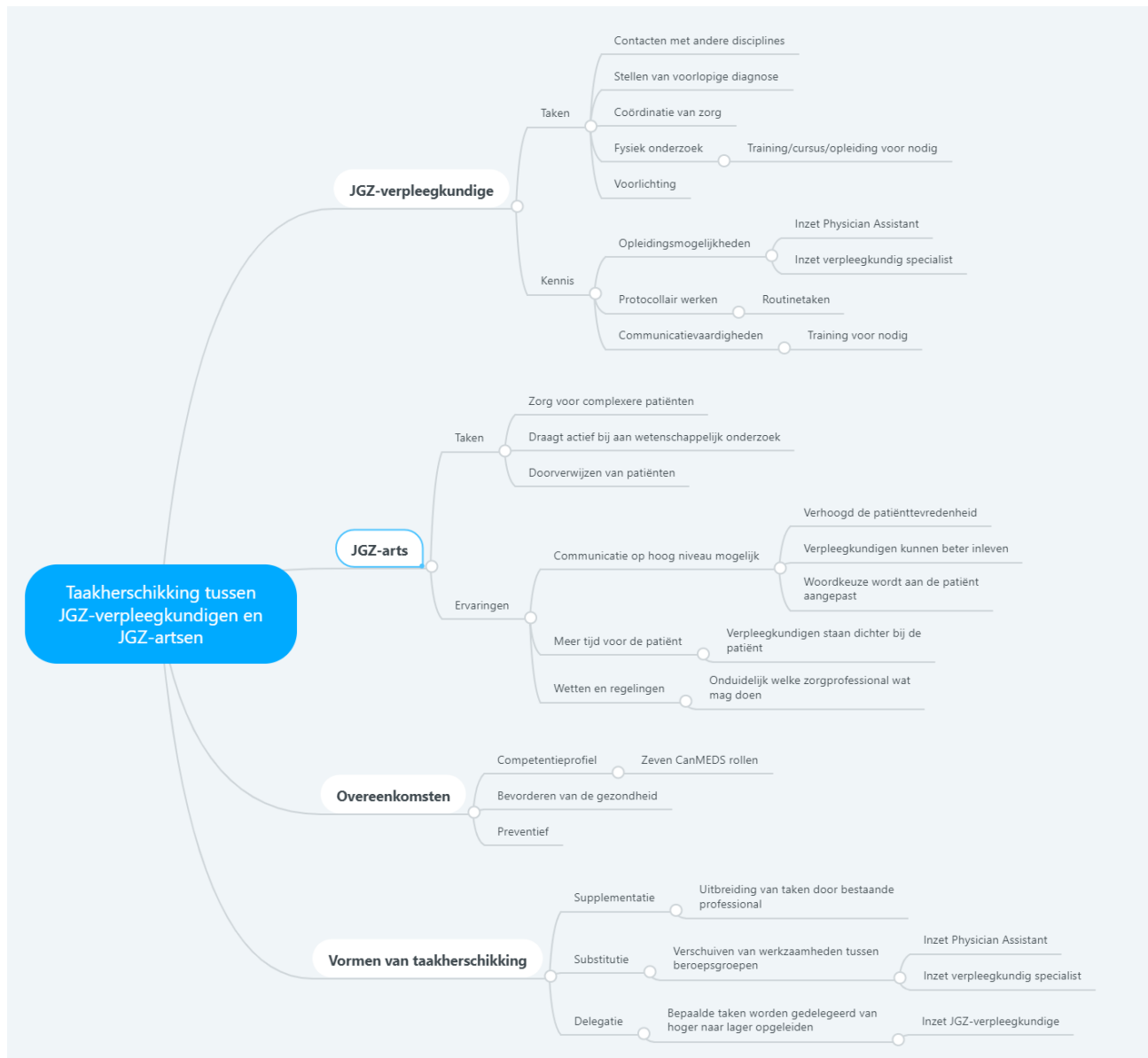
4	Petersen, I. Lund, C., Bhana, A., & Flisher, J.	2011	A task shifting approach to primary mental health care for adults in South Africa: human resource requirements and costs for rural settings	Observational research	272 kinderen uit Bangladesh, 147 kinderen uit Brazilië, 231 kinderen uit Tanzania en 812 uit Oeganda	Dit onderzoek beschrijft de effecten van taakverschuiving tussen jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, nadat de jeugdverpleegkundigen een IMCI training heeft gevolgd. Dit effect werd gemeten in gebieden waar de kindersterfte hoog is. Uit de resultaten bleek dat de kindersterfte door deze taakverschuiving afneemt.	Regionaal niveau (Zuid-Afrika)
5	Bulcke, M., Kinoo, M., Merckx, H., & Schaumont, T.	2014	Profiel van de jeugdverpleegkundige	Rapport	Geen populatie	Dit rapport maakt inzichtelijk welke competenties jeugdverpleegkundigen moeten beheersen.	Mondiaal niveau
6	Bakker-Camsu, B., & Van Kuppevelt, M.	2014	Expertisegebied jeugdverpleegkundige	Rapport	Geen populatie	Dit rapport maakt de rollen en competenties inzichtelijk van de jeugdverpleegkundige	Nationaal niveau (Nederland)
7	De Veer, A.J.E., Francke, A.L., Poortvliet, E.P., & Vogel, B.	2017	Taakverschuiving van arts naar verpleegkundige	Research	396 verpleegkundigen uit het landelijk Panel Verpleegkundigen en Verzorgenden	In dit onderzoek wordt duidelijk welke taakverschuivingen de verpleegkundigen signaleren. De meeste verpleegkundigen geven aan dat hun team regelmatig de zorg coördineert, contacten	Nationaal niveau (Nederland)



						legt met andere disciplines en medische informatie verstrekt. Uit de resultaten blijkt dat de verantwoordelijkheden na taakverschuiving niet duidelijk zijn.	
8	Dambisya, M., & Matinhure, S.	2012	Policy and programmatic implications of task shifting in Uganda	Case study	Er werden van 34 deelnemers interviews afgenomen en er waren 8 focusgroep discussies met 80 deelnemers	Taakverschuiving vond op grote schaal plaats in Oeganda. De belangrijkste reden was de grote vraag naar werknemers in de gezondheidszorg. Het grootste deel van de taakverschuiving gebeurde zonder beleid of wet- en regelgeving.	Nationaal niveau (Oeganda)
9	Seidman, G., & Atun, R.	2017	Does task shifting yield cost savings and improve efficiency for health systems? A systematic review of evidence from low-income and middle-income countries	Systematic Review	Van 794 gevonden artikelen werden 34 artikelen geïncludeerd	De resultaten van dit onderzoek laten zien dat taakverschuiving kan leiden tot kostenbesparing zonder dat de kwaliteit van de zorg verminderd. Ook kwam er uit de resultaten dat taakverschuiving een effectieve manier is om de gezondheid van de bevolking te verbeteren.	Mondiaal niveau
10	Jennings, L., Yebadokpo, A. S., Affo, J., Agbogbe, M., &	2011	Task shifting in maternal and newborn care: a non-inferiority study examining delegation of antenatal counseling to lay	A non-inferiority study	21 obstetrieverpleegkundigen en 27 assistenten.	Dit onderzoek onderzocht de invloed van taakverschuiving bij kraamklinieken. Uit de resultaten kwam naar voren dat assistenten de voorlichting voor	Regionaal niveau (Benin, West-Afrika)

	Tankoano, A.		nurse aides supported by job aids in Benin			zwangeren over kunnen nemen nadat ze een training hebben gevolgd.	
11	Martínez-González, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., & Roseman, T.	2015	The impact of physician–nurse task shifting in primary care on the course of disease	Systematic Review	Van de 268 gevonden artikelen werden 12 artikelen geïnccludeerd	De resultaten van dit onderzoek laat zien dat getrainde verpleegkundigen vergelijkbare resultaten kunnen leveren als artsen. Het is bij de getrainde verpleegkundigen vooral belangrijk dat er protocollen zijn die ze op kunnen volgen.	Mondiaal niveau
12	Dierick-van Daele, A. T., Metsemakers, J. F., Derckx, E. W., Spreeuwenberg, C., & Vrijhoef, H. J.	2009	Nurse practitioners substituting for general practitioners	RCT	1501 patiënten en 15 huisartsenpraktijken	Het vervangen van nurse practitioners door huisartsen resulteert in een hogere patiënttevredenheid en een hogere kwaliteit van de zorg. In de resultaten komt ook naar voren dat verpleegkundigen en artsen vergelijkbare zorg bieden.	
13	Raad voor de Volksgezondheid en zorg	2002	Taakherschikking in de gezondheidszorg	Rapport	Geen populatie	Om belemmeringen in wet- en regelgeving voor taakherschikking weg te nemen en het juridisch kader toekomstbestendig te maken, doet de RVZ voorstellen om wetten aan te passen. Ook kwam in het rapport naar voren dat artsen van wie	Nationaal niveau (Nederland)

						taken werden overgenomen, niet minder werken en minder verdienen. In de vrijgekomen tijd gingen ze meer en complexere patiënten behandelen.	
14	Oskam, M. & Van Lokven, E.M.	2013	Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg	Boek	Geen populatie	In het boek staat het competentieprofiel van de JGZ-arts beschreven. Hierdoor wordt het duidelijk welke competenties ze moeten beheersen.	Mondiaal niveau
15	Concilium (theologisch tijdschrift)	2015	Nieuw competentieprofiel voor de arts voor Maatschappij en Gezondheid	Rapport	Geen populatie	Competentieprofiel van de JGZ-arts, gebaseerd op arts Maatschappij en Gezondheid.	Mondiaal niveau



## Bijlage 6. In- en exclusiecriteria interview

<b>Inclusiecriteria en exclusiecriteria interview</b>	
<b>Inclusiecriteria</b>	<b>Exclusiecriteria</b>
Werkzaam bij de GGD Fryslân	
Functie als JGZ-arts (0-12 jaar)	
Vaste aanstelling binnen de GGD Fryslân	

## Bijlage 7. Toestemmingsformulier

Ik verklaar hierbij op voor mij duidelijke wijze te zijn ingelicht over de aard, methode en doel van het onderzoek.

Ik begrijp dat:

Mijn medewerking aan dit onderzoek kan stoppen op ieder moment en zonder opgave van reden

Gegevens anoniem worden verwerkt, zonder herleidbaar te zijn tot de persoon

De opname vernietigd wordt na uitwerking van het interview

Ik verklaar dat ik:

Geheel vrijwillig bereid ben aan dit onderzoek mee te doen

De uitkomsten van de interview verwerkt mogen worden in een verslag of wetenschappelijke publicatie

Toestemming geef om het interview op te laten nemen door middel van een mobiele telefoon

Met de audio-opname zal vertrouwelijk omgegaan worden, dit houdt in dat alleen ik, Sietske Fluitman, de audio-opname zal horen en deze alleen zal gebruiken om de gegeven antwoorden letterlijk te kunnen uitwerken voor het beste resultaat van het onderzoek.

**De ondergetekende verklaart hierbij vertrouwelijk om te gaan met de audio-opname:**

Naam:

Datum:

Handtekening:

**De ondergetekende verklaart hierbij toestemming te geven voor bovenstaande:**

Naam:

Datum:

Handtekening:

### Inleiding

- Voorstellen
- Waardering van deelname uitspreken
- Uitleg onderzoek, uitleg hoe met de verkregen informatie om wordt gegaan, gespreksdoel, opbouw van het interview
- Geschatte tijdsduur
- Toelichten dat participant elk moment met het interview kan stoppen
- Toestemming opname vragen en formulier laten ondertekenen

### Start opname

### Algemene vragen

- Hoelang werkzaam binnen de GGD Fryslân

### Kern

1. Ervaringen  
Wat voor ervaring heeft u met taakherschikking?  
Hoe staat u tegenover taakherschikking?  
Wat zijn volgens u de voor- en nadelen van taakherschikking?  
Wat is er volgens u nodig voor taakherschikking?
2. Taken  
Wat zijn de taken van een JGZ-arts?  
Welke taken zou de JGZ-arts volgens u uit handen kunnen geven?  
Wat betekent dat voor de JGZ-arts?  
Welke taken beslist niet?  
Wat is daarvoor nodig?
3. Kennis  
Wat is het verschil tussen de JGZ-verpleegkundige en JGZ-arts?  
Wat zijn de overeenkomsten tussen de JGZ-verpleegkundige en JGZ-arts?
4. Vormen van taakherschikking (*inleiding over de verschillende vormen*)  
Welke vorm van taakherschikking zou u voor kiezen?  
En waarom die vorm?

### Afsluiting

- De conclusies van het interview worden samengevat
- Zijn er nog opmerking en/of aanvullingen?
- Nogmaals benoemen dat de informatie anoniem blijft en alleen voor het onderzoek wordt gebruikt
- Toelichten dat nadat het interview is uitgewerkt, er samen met de participant de inhoud wordt gecontroleerd (member-checking)