



GGD Fryslân

Taakherziening binnen een multidisciplinair JGZ-team

Rapportage onderzoek

Daphne Poelman

Rapportageonderzoek

Naam: Daphne Poelman

Studentennaam: Poel1501

ID-Code: 3433365

Opleiding: HBO-Verpleegkunde Voltijd

School: NHL Stenden Hogeschool

Groepscode: VV4H

Afstudeerbegeleider: Froukje Dijkstra

Praktijkbegeleider: Klaus Boonstra

SLB docent: Martin Mol

Instelling: GGD Fryslân

Plaats: Leeuwarden

Eerste Beoordelaar: Henriëtte Niehof

Tweede Beoordelaar: Irma Voogd

Titel onderwijseenheid: Rapportage onderzoek

Code: Poel1501- Rapportage onderzoek-1819-4-1

Datum inlevering: 12-6-2019

Aantal woorden rapportage onderzoek: 10.390

Afbeelding voorpagina: (De Arjen Roelofsskoalle, z.d.)

Voorwoord

Voor u ligt de scriptie 'Taakherziening binnen een multidisciplinair JGZ-team'. Het onderzoek voor deze afstudeerscriptie naar taakherziening is uitgevoerd binnen de GGD Fryslân. Deze afstudeerscriptie is geschreven in het kader van mijn studie HBO-Verpleegkunde aan de NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden. Van februari 2019 tot maart 2019 ben ik bezig geweest met mijn opzet onderzoek.

Samen met Marleen Jager (mede-onderzoeksstudent) doe ik onderzoek naar taakherziening binnen de GGD Fryslân. Om onze onderzoeken goed af te kaderen hebben we veel samengewerkt, waardoor ook mijn onderzoeksvraag is ontstaan. Door uitvoerig literatuuronderzoek heb ik mijn literatuurdeelvragen kunnen beantwoorden en een methode op kunnen stellen voor het praktijkonderzoek. Tijdens dit onderzoek stonden mijn praktijkbegeleider, Klaus Boonstra en mijn onderzoeks-maatje, Marleen Jager altijd voor mij klaar. Zij hebben mijn vragen beantwoord waardoor ik verder kon met mijn onderzoek. Ook mijn docent, Froukje Dijkstra, stond tijdens dit onderzoek voor mij klaar en heeft veel vragen beantwoord.

Bij deze wil ik graag mijn begeleiders en mijn onderzoek maatje bedanken voor de steun en begeleiding tijdens deze afstudeerscriptie genoemd. Zonder hun steun en begeleiding had ik dit onderzoek niet kunnen voltooien.

Drachten, 12-6-2019

Samenvatting

Aanleiding

GGD Fryslân krijgt over een aantal jaren te maken met tekorten aan JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen, de oorzaak hiervan is extra vergrijzing. GGD Fryslân ziet daarom taakherziening als een oplossing voor deze komende tekorten. Uit voorgaande onderzoeken kwam naar voren dat er taakherziening plaats kon vinden tussen de JGZ-arts en de JGZ-verpleegkundige, nu wil GGD Fryslân ook onderzoeken wat de meningen zijn van het multidisciplinaire JGZ-team over een mogelijke taakherziening en hoe de taken uit de competentieprofielen dan opnieuw kunnen worden verdeeld over de zorgprofessionals van het multidisciplinaire JGZ-team.

Doelstelling

Eind juni 2019 is bekend welke taakverdeling gehanteerd kan worden binnen de multidisciplinaire JGZ-teams, werkzaam binnen de GGD Fryslân, en wat daarvoor nodig is.

Onderzoeksvraag

Wat is de mening van het multidisciplinaire JGZ-team ten opzichte van de bestaande taakverdeling en hoe kunnen de taken uit de competentieprofielen van de verschillende zorgprofessionals, werkzaam binnen de multidisciplinaire JGZ-teams van de GGD Fryslân, worden herzien?

Methode

Het onderzoek betreft een kwalitatief onderzoek, met een explorerend vraagtype. Met semigestructureerde focusgroepen is informatie verzameld bij de zorgprofessionals van het multidisciplinaire JGZ-team werkzaam bij GGD Fryslân. De analyse werd gedaan door middel van de acht stappen van Verhoeven (2014).

Resultaten

De participanten zijn van mening dat taakherziening positieve ontwikkelingen kan bevorderen binnen de JGZ. Wel zijn er een aantal voorwaarden waar dan aan voldaan moet worden, zoals extra scholing, achterwacht, protocollen en veel coaching. Een negatief punt aan de taakherziening vinden de participanten de kosten die het met zich meebrengt. De participanten zien vooral voor de JGZ-verpleegkundige en de doktersassistent veel mogelijkheden, wanneer er een taakherziening gaat plaatsvinden. Digitalisering vinden de participanten daarentegen een positief punt wat taakherziening met zich mee kan brengen. Hierdoor kan het digitale kind dossier uitgebreid worden met bijvoorbeeld een chatbox, FAQ en links naar betrouwbare websites over bijvoorbeeld voeding, slapen en huilen. Daarnaast zou er ook een app geïntroduceerd kunnen worden als verlengde van het kind-dossier.

Conclusie & Discussie

Met het praktijkonderzoek is in kaart gebracht wat de mening van de zorgprofessionals van het multidisciplinaire JGZ-team zijn ten opzichte van een mogelijke taakherziening. Doordat in de literatuur weinig te vinden was over welke zorgprofessional dan welke taken zou kunnen uitvoeren, zijn er veel nieuwe bevindingen gedaan binnen het praktijkonderzoek.

Aanbevelingen

Aanbevelingen die gedaan zijn aan de praktijk: Omscholing CB-assistenten, Extra scholing verpleegkundigen en doktersassistenten en Vervolgonderzoek naar behoefte van ouders en kinderen.

Inhoudsopgave

Inleiding	7
Situatieanalyse en context	7
Probleemstelling.....	8
Doelstelling.....	8
Onderzoeksvraag.....	8
Deelvragen literatuur	8
Deelvragen praktijk	8
Verpleegkundige relevantie	9
Leeswijzer	9
Hoofdstuk 1: Theoretisch kader	10
1.1 Zoekstrategie	10
1.2 Begripsdefiniëring	10
1.3 Resultaten literatuuronderzoek	11
1.3.1 Wat is taakherziening en tussen welke zorgprofessionals zou taakherziening kunnen plaatsvinden?	11
1.3.2 Wat zijn de rollen en competentieprofielen van de zorgprofessionals en wat zijn de overeenkomsten hierin?	12
1.3.3 Welke zorgprofessionals zouden betrokken kunnen worden binnen het multidisciplinaire JGZ-team en welke taken zouden ouders over kunnen nemen?	15
1.4 Conclusie literatuuronderzoek	16
1.5 Implicaties praktijkonderzoek	16
Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode	17
2.1 Type onderzoek	17
2.2 Onderzoekspopulatie	17
2.3 Procedure dataverzameling	18
2.4 Dataverzamelingstechniek	18
2.5 Analyse	19
2.6 Kwaliteitscriteria.....	19
2.6.1 Validiteit	19
2.6.2 Betrouwbaarheid.....	19
2.6.3 Bruikbaarheid	20
Hoofdstuk 3: Resultaten.....	20
3.1 Deelnemers focusgroep	20
3.2 Meetresultaten.....	20
3.2.1 Wat zijn de meningen van de zorgprofessionals van het multidisciplinaire JGZ-team over een nieuwe taakverdeling?	20

3.2.2 Wat is nodig voor een nieuwe taakverdeling?	21
3.2.3 Welke taken zouden kunnen vervallen of kunnen naar de ouders/kinderen zelf worden verschoven?.....	23
3.2.4 Welke zorgprofessional kan welke taken op zich nemen?	24
Hoofdstuk 4: Conclusie & Discussie	26
4.1 Conclusie	26
4.2 Slotconclusie.....	26
4.3 Betekenis van resultaten voor de praktijk.....	26
4.4 Discussie	27
4.4.1 Vergelijking praktijk met de literatuur	27
4.5 Reflectie methodologische keuzes	27
4.6 Reflectie eigen handelen	28
Hoofdstuk 5: Aanbevelingen	28
Bibliografie	30
Bijlage A: Zoektermen	33
Bijlage B: Zoekstrategie	34
Bijlage C: Evidentietabel.....	37
Bijlage D: Begripsdefiniëring	43
Bijlage E: Operationaliseringsschema	45
Bijlage F: Topics focusgroep	46
Bijlage G: Uitnodigingsmail.....	48
Bijlage H: Toestemmingsformulier	49
Bijlage I: Ruwe data	50
Bijlage J: Safeassign	54
Verantwoording Safe Assign	54
Bijlage K: Advies praktijk opzet onderzoek / rapportage onderzoek.....	55

Inleiding

In de inleiding wordt een korte beschrijving gegeven van de situatieanalyse, context en de probleemstelling op macro-, meso- en microniveau (Verhoeven, 2011). Hieruit is een doelstelling, een onderzoeksvraag en een probleemstelling geformuleerd en is de verpleegkundige relevantie toegelicht. In de leeswijzer wordt ten slotte een toelichting gegeven op de verdere inhoud van het onderzoek.

Situatieanalyse en context

Het aantal ouderen in Nederland groeit snel. De verwachting is dat het aantal 75-plussers in 2040 is toegenomen tot 2,6 miljoen (Planbureau voor de leefomgeving, z.d.). Door de extra vergrijzing zal een grotere zorgvraag ontstaan. Echter voor de toekomst ontstaat geen extra aanbod aan zorgverleners in vergelijking tot de grotere hoeveelheid ouderen (Bosch, 2015). Dit betekent dat de verhouding twee en een half werknemers op één gepensioneerde zal worden ("Gevolgen", z.d.). Het capaciteitsorgaan (2019) doet onderzoek naar de toekomstig benodigde capaciteit aan professionals in de zorg, zij waarschuwen voor een zeer grote vervangingsvraag van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen, bij een ongewijzigde situatie. Omdat veel van de jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen nu werkzaam dan gepensioneerd zal zijn, heeft dit ook gevolgen voor GGD Fryslân. Momenteel is 44% van de werkzame jeugdartsen bij de GGD namelijk 50 jaar of ouder (GGD Fryslân, z.d.). Om dit probleem tegen te gaan wordt, in Nederland, vaak gebruik gemaakt van taakherziening, ofwel het verschuiven van taken naar bestaande of nieuwe kaders.

De GGD Fryslân is de gezondheidsdienst van de Friese gemeenten. Momenteel heeft GGD Fryslân meer dan 40 consultatiebureaus, welke verdeeld zijn over de gemeenten van Fryslân (GGD Fryslân, z.d.) Het doel van de GGD Fryslân is het bevorderen van de gezondheid en het voorkomen van gezondheidsproblemen bij de Friese burgers. Onderdeel hiervan is de jeugdgezondheidszorg (JGZ), de zorg die hierbij verleend wordt is gericht op het bevorderen, beschermen en beveiligen van gezondheid, groei en lichamelijke en geestelijke ontwikkeling van kinderen en jeugdigen (nul tot negentien jaar). In Nederland gaat dit om zo'n vier miljoen kinderen en jeugdigen (GGD Fryslân, z.d.). De JGZ werkt met multidisciplinaire teams, welke bestaan uit een JGZ-arts, JGZ-verpleegkundige, pedagoog, consultatiebureau (CB) assistenten en doktersassistenten, hierna zorgprofessionals genoemd (GGD Fryslân, z.d.). Taakherziening binnen deze multidisciplinaire JGZ-teams van de GGD Fryslân is van belang.

De zorgprofessionals van de multidisciplinaire JGZ-teams werken allemaal volgens een competentieprofiel. In deze competentieprofielen worden de taken van de zorgprofessionals beschreven en daarmee vormt het competentieprofiel de kern van het beroep. De competentieprofielen worden daarnaast gebruikt als basis voor de opleiding van de zorgprofessionals (KAMG, 2016). De takenverdeling tussen de zorgprofessionals op het consultatiebureau vindt plaats op basis van deze competentieprofielen. Elke zorgprofessional heeft dus zijn eigen functie en taak binnen het multidisciplinaire JGZ-team.

In eerder onderzoek (Fluitman, 2019; Kramer, 2019) heeft GGD Fryslân onderzoek laten doen naar taakherziening en is de mening van JGZ-artsen en JGZ-verpleegkundigen in kaart gebracht. Hierbij kwam naar voren dat de meningen over taakherziening uiteen lopen, er zijn concrete taken die een verpleegkundige over zou kunnen nemen, maar daarvoor is een opleiding nodig. Daarnaast ontstaat het gevaar dat er dingen gemist worden, doordat artsen niet meer alle kinderen zien en de verpleegkundige niet dezelfde brede en medische blik heeft die een arts door de opleiding wel heeft. Voordat de taken kunnen worden herzien, zijn er een aantal randvoorwaardes waaraan voldaan moet worden volgens de onderzoeken, namelijk een goeie samenwerking, extra scholing en wederzijds

vertrouwen. Ook de functie van een verpleegkundig specialist binnen het multidisciplinaire JGZ-team wordt als optie gezien, deze zou dan specifieke medische taken over kunnen nemen van de arts. Maar daarbij wordt ook genoemd dat de verpleegkundig specialist de arts niet volledig kan vervangen (Kramer, 2019) (Fluitman, 2019).

Door de vergrijzing zal de uitstroom van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen stijgen, waardoor er niet alleen gekeken moet worden naar taak herziening tussen deze twee disciplines, maar ook naar taakherziening team breed. Hiermee wordt bedoeld dat naast de jeugdarts en de jeugdverpleegkundige ook de andere zorgprofessionals van het multidisciplinaire JGZ-team betrokken worden bij een mogelijke taakherziening. Aan de hand van competentieprofielen van de zorgprofessionals van de multidisciplinaire JGZ-teams, zal in het huidige onderzoek worden gekeken naar de mogelijkheden voor een nieuw team brede taakverdeling. Daarnaast zal worden gekeken of er taken zijn die wellicht overbodig zijn of dan wel niet over genomen kunnen worden door de ouders en kinderen, of welke rol digitalisering hierin kan spelen.

Probleemstelling

Het is onduidelijk welke taakverdeling er binnen de multidisciplinaire JGZ-teams, werkzaam binnen de GGD Fryslân, moet worden gehanteerd en wat voor deze taakverdeling nodig is.

Doelstelling

Eind juni 2019 is bekend welke taakverdeling gehanteerd kan worden binnen de multidisciplinaire JGZ-teams, werkzaam binnen de GGD Fryslân, en wat daarvoor nodig is.

Onderzoeksvraag

Wat is de mening van het multidisciplinaire JGZ-team ten opzichte van de bestaande taakverdeling en hoe kunnen de taken uit de competentieprofielen van de verschillende zorgprofessionals, werkzaam binnen de multidisciplinaire JGZ-teams van de GGD Fryslân, worden herzien?

Deelvragen literatuur

Vanuit de onderzoeksvraag zijn deelvragen voor het literatuuronderzoek opgesteld, deze zijn gebruikt om het praktijkonderzoek te onderbouwen en om uiteindelijk de onderzoeksvraag te beantwoorden. De deelvragen voor het literatuuronderzoek luiden als volgt:

- Wat is taakherziening en tussen welke zorgprofessionals zou taak herziening kunnen plaatsvinden?
- Wat zijn de rollen en competentieprofielen van de zorgprofessionals en wat zijn de overeenkomsten hierin?
- Welke zorgprofessionals zouden betrokken kunnen worden binnen het multidisciplinaire JGZ-team?

Deelvragen praktijk

Ook voor de praktijk zijn er deelvragen opgesteld, om gerichter antwoord te krijgen op de onderzoeksvraag. Door de deelvragen is de onderzoeksvraag opgedeeld in kleine aspecten van het algehele doel van het onderzoek. De praktijkdeelvragen luiden als volgt:

- Wat zijn de meningen van de zorgprofessionals van het multidisciplinaire JGZ-team over een nieuwe taakverdeling?
- Wat is nodig voor een nieuwe taakverdeling?
- Welke taken zouden kunnen vervallen of kunnen naar de ouders/kinderen zelf worden verschoven?

- Welke zorgprofessional kan welke taken op zich nemen?

Verpleegkundige relevantie

Om de verpleegkundige relevantie te verduidelijken zijn de CanMeds rollen (Canadian Medical Education Directions for Specialists) gebruikt. Dit onderzoek is van belang voor GGD Fryslân, omdat in de toekomst Nederland extra zal vergrijzen. Daarnaast heeft dit ook invloed op de GGD Fryslân, aangezien er een grote uitstroom van JGZ-artsen wordt verwacht, maar daarentegen zal er maar een kleine toestroom van JGZ-artsen terug komen. Ook zal dit invloed hebben op het takenpakket van de JGZ-verpleegkundige. Wanneer de onderzoeksresultaten worden toegepast, kan dat gevolgen hebben voor de zorgverlening (van verpleegkundigen) binnen de GGD Fryslân, als dit anders wordt vormgegeven. Doordat de JGZ-verpleegkundige wellicht taken van de JGZ-arts over zal nemen krijgt de JGZ-verpleegkundige te maken met een complexere doelgroep en veranderde zorgverlening. Hierdoor zal de invulling van de verpleegkundige CanMeds rol zorgverlener binnen de JGZ veranderen. Doordat de JGZ-verpleegkundige taken van de JGZ-arts overneemt zullen ze meer moeten gaan samenwerken om de kwaliteit van zorg te kunnen waarborgen. De kwaliteit van zorg kan gewaarborgd worden wanneer de JGZ-arts als achterwacht voor de JGZ-verpleegkundige fungeert. Ook zal dus de mate van samenwerking intensiever worden, omdat de zorgcomplexiteit het vakgebied van alleen de JGZ-verpleegkundige overstijgt. Dit is van invloed op de CanMeds rollen Samenwerkingspartner en Kwaliteitsbevorderaar.

Leeswijzer

De onderzoeksrapportage is opgebouwd uit vijf hoofdstukken. In hoofdstuk één is het theoretisch kader weergegeven, waarin het praktijkonderzoek wordt onderbouwd. Het theoretisch kader creëert de basis voor het praktijkonderzoek. In hoofdstuk twee wordt de methode van het onderzoek weergegeven. Hierin komt de vormgeving van het kwalitatieve onderzoek naar voren, komt de ontwikkeling van het meetinstrument aan bod en worden de hierbij horende variabelen taakherziening, competentieprofiel en digitalisering geoperationaliseerd. In hoofdstuk drie worden de resultaten van het praktijkonderzoek weergegeven, welke worden onderbouwd met citaten vanuit de focusgroepen. De hieruit voortkomende conclusie en discussie komen in hoofdstuk vier naar voren. Tot slot worden in hoofdstuk vijf de aanbevelingen voor de praktijk beschreven.

Hoofdstuk 1: Theoretisch kader

In dit hoofdstuk wordt de zoekstrategie weergegeven, aan de hand van deze zoekstrategie zijn studies geïnccludeerd gericht op het onderwerp. Daarna zal aan de hand van de literatuur de deelvragen worden beantwoord. En tot slot zullen de implicaties vanuit de literatuurstudie voor de praktijkstudie worden beschreven.

1.1 Zoekstrategie

Om het praktijkonderzoek te onderbouwen is literatuuronderzoek gedaan. Hieraan voorafgaand zijn zoektermen opgesteld die verband houden met de centrale vraagstelling. Om de zoekresultaten te vergroten werd er gezocht met zowel Nederlandstalige zoektermen als Engelstalige zoektermen (bijlage A). De Nederlandse zoektermen taakherziening, competentieprofiel en digitalisering, in zowel Nederlands als Engelstalig zijn gebruikt bij het zoeken binnen PubMed en Google Scholar. Een aantal Engelstalige zoektermen die gebruikt zijn binnen PubMed en Google Scholar zijn nurse practitioner, task shifting en public health care. Tijdens het zoeken naar literatuur is er gebruik gemaakt van de sneeuwbal methode (Fischer & Julsing, 2014), hierbij werden de literatuurverwijzingen van de artikelen doorzocht naar bruikbare literatuur. De geïnccludeerde bronnen zijn gescreend op basis van de samenvatting en de inclusie- en exclusiecriteria. Inclusiecriteria waren: Artikelen over de jeugdgezondheid en taakherziening, Artikelen over de zorgprofessionals binnen de GGD Fryslân en Full-tekst artikelen. Exclusiecriteria bij dit onderzoek waren: Artikelen ouder dan het jaar 2000, Niet gratis verkrijgbaar en Anderstalig dan Nederlands of Engels.

Tijdens de vierde stap van de BIG 6 methode zijn achttien bronnen geselecteerd (Bijlage B). Waarvan vier artikelen verkregen zijn via de sneeuwbal methode en twee artikelen verkregen zijn via de praktijk. Alle bronnen komen uit 2005 of daarna zijn van hoogwaardige kwaliteit en betreffen: vijf rapporten, vijf systematische reviews, twee artikelen, twee scripties van voorgangers, één case study, één literatuuronderzoek en één cross-sectionale studie. Ook in de vierde stap van de BIG 6 methode werden de bronnen verder georganiseerd en bestudeerd op relevante informatie, dit is weergegeven in Bijlage C.

1.2 Begripsdefiniëring

Hieronder worden de belangrijkste begrippen gedefinieerd. De overige begrippen worden gedefinieerd in Bijlage D Begripsdefiniëring.

Tabel 1: *Begripsdefiniëring*

Begrip	Definitie
GGD Fryslân	GGD Fryslân is de gezondheidsdienst van de Friese gemeenten. De GGD werkt aan het bevorderen van de gezondheid en het voorkomen van de gezondheidsproblemen bij de Friese burger. De GGD richt zich onder andere op infectieziektebestrijding, jeugdgezondheidszorg en milieu-advies (GGD Fryslân, z.d.).
Jeugdgezondheidszorg	De JGZ zet zich in om zo snel mogelijk problemen op te sporen bij kinderen van 0-18 jaar. Dat kan zijn op het gebied van gezondheid of ontwikkeling van het kind. Als er

Taakherziening	problemen zijn dan begeleidt de JGZ het kind, de ouders of verzorgers en eventueel de leerkracht van school. Als het nodig is, wordt doorverwezen naar een andere hulpverleningsinstantie (GGD Gelderland-Midden, 2010). Taak herziening gaat over de verdeling van taken tussen verschillende zorgprofessionals (V&VN, z.d.).
Competentieprofiel	Het competentieprofiel vormt niet alleen de kern van het beroep maar wordt ook als basis gebruikt voor de opleidingen. Het geeft aan over welke kennis, inzicht, vaardigheden en houding de arts Maatschappij en Gezondheid beschikt (KAMG, 2016).

1.3 Resultaten literatuuronderzoek

Nadat stap vier de informatieselectie en bestudering van relevante informatie, werden in stap vijf van de BIG 6 methode de relevantie resultaten weergegeven, waarmee de deelvragen van het literatuuronderzoek zijn beantwoord (Verhoeven, 2011).

1.3.1 Wat is taakherziening en tussen welke zorgprofessionals zou taakherziening kunnen plaatsvinden?

Taakherziening wordt gedefinieerd als het verschuiven van taken naar bestaande of nieuwe kaders. Er worden verschillende scenario's beschreven, zoals het verplaatsen van taken van hoger opgeleide zorgprofessionals naar lager opgeleide zorgprofessionals (bijvoorbeeld van een verpleegkundige naar een zorgprofessional in de gemeenschap). Taakherziening omvat ook het creëren van nieuwe professionele of niet-professionele kaders, waarbij taken worden verplaatst van een zorgprofessional met meer algemene training naar een zorgprofessional met specifieke training voor een bepaalde taak (bijvoorbeeld assistenten) (Fulton et al., 2011). Binnen deze kaders wordt niet beschreven welke taken welke zorgprofessional dan zou uitvoeren.

Harmsen et al. (2007) rangschikken taakherziening in vier verschillende vormen. Supplementatie, een uitbreiding van taken of vaardigheden naar bestaande zorgprofessionals. Substitutie, de uitvoering van één type zorgprofessional wordt overgenomen door een ander type zorgprofessional. Delegatie, bepaalde taken worden gedelegeerd van een 'hoger gekwalificeerde' zorgprofessional naar een lager gekwalificeerde zorgprofessional. En Innovatie, een nieuwe zorgprofessional introduceren. Hiermee willen Harmsen et al. (2007) zeggen dat de functie niet centraal staat en dat de taken dus niet anders worden verdeeld over de functies. Maar dat ze worden verdeeld over de verschillende beroepen en de beroepsgroepen.

1.3.1.1 Supplementatie

Volgens Petersen, Lund, Bhana, en Flisher (2011) biedt het verschuiven van taken naar andere zorgdisciplines een mogelijkheid om de tekorten aan zorgdisciplines op te lossen. Hierover zijn nieuwe kaders beschreven, waarin staat dat de taken verschoven kunnen worden naar verschillende zorgprofessionals. Binnen deze kaders wordt beschreven wanneer een patiënt naar een hoger gekwalificeerde zorgprofessional verwezen zou moeten worden en welke taken door welke zorgprofessional uitgevoerd zou kunnen worden. Door deze kaders te volgen zouden verpleegkundigen, doktersassistenten, CB-assistenten en pedagogen dus taken over kunnen nemen van de arts. Het is hierbij wel van cruciaal belang dat deze zorgprofessionals systematisch ondersteund worden en dat, zoals in deze kaders beschreven, trainingen worden gevolgd.

1.3.1.2 Substitutie

Kredo, Adeniyi, Bateganya en Pienaar (2014) concluderen uit recent onderzoek dat 25-75% van de activiteiten van artsen op het niveau van de eerstelijnsgezondheidszorg aan verpleegkundigen kunnen worden toegewezen, zonder dat de klinische uitkomsten en de kwaliteit van zorg significant beïnvloed worden. Het substitueren van verpleegkundigen voor artsen in de eerstelijnszorg resulteert niet noodzakelijk in een verlaging van de kosten van de gezondheidszorg. Ook concluderen Kredo, Adeniyi, Bateganya en Pienaar (2014) dat het model van zorg gepaard kan gaan met een proces van decentralisatie. Hierbij wordt zorg geleverd door eerstelijnsgezondheidscentra of in de gemeenschap door verschillende kaders van gezondheidswerkers in plaats van gecentraliseerde ziekenhuizen. Geconstateerd werd dat er minder verliezen waren bij de follow-up van zorg.

1.3.2 Wat zijn de rollen en competentieprofielen van de zorgprofessionals en wat zijn de overeenkomsten hierin?

1.3.2.1 Jeugdarts

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 (Fluitman, 2019). De JGZ-arts heeft verschillende kerntaken, zoals monitoren en rapporteren van gezondheid, preventie, gezondheidsbescherming, etc. Naast deze kerntaken is de rol van de JGZ-arts actiever geworden, dit houdt in dat naast het signaleren er ook actie ondernomen moet worden op wat er gesignaleerd wordt. De JGZ-arts krijgt hierdoor ook een meer medisch leidende rol. Het competentieprofiel van de JGZ-arts is een afgeleide versie van het competentieprofiel van de arts Maatschappij en Gezondheid. Binnen het competentieprofiel worden zeven competenties beschreven, waaraan de JGZ-arts moet voldoen. Namelijk, medisch handelen, communicatie, samenwerking, kennis en wetenschap, maatschappelijk handelen, organisatie en professionaliteit (Concilium, 2015).

1.3.2.2 Jeugdverpleegkundige

Volgens Bulcke, Kinoo, Merckx en Schaumont (2014) werken de jeugdverpleegkundigen vanuit een holistische mensvisie en vanuit het bio-psychosociaal ontwikkelingsmodel. Zij is gericht op het respecteren en versterken van de krachten van het kind/de jeugdige en zijn omgeving en op multidisciplinair werken. De jeugdverpleegkundige draagt bij aan het bevorderen, bewaken en beschermen van de gezondheid, veiligheid, groei en ontwikkeling van kinderen/jeugdigen. Hierbij heeft zij oog voor hun functioneren en participeren in de maatschappij. Voor kinderen/jeugdigen met bijzondere noden is ze gericht op het in kaart brengen en aanpakken van hun specifieke behoeften. De jeugdverpleegkundige werkt met het kind/de jeugdige en zijn opvoedingscontext, binnen een multidisciplinair team. De jeugdverpleegkundige bouwt bruggen naar het grotere netwerk van zorg. Dit werkveld, dat nagenoeg alle domeinen van het leven omvat, maakt dat de jeugdverpleegkundige een generalist is. Zij richt zich zowel op collectieve als individuele primaire, secundaire en tertiaire preventie. De jeugdverpleegkundige beschikt over een breed arsenaal aan kennis en vaardigheden om kwetsbaarheden in te schatten, signalen op te pikken ondersteuningsbehoefte te bepalen en samen met het kind/de jeugdige een gepast antwoord te vinden. Zij helpt voor alle kinderen en jeugdigen een gelijke toegang tot de preventieve gezondheidszorg te verzekeren. Het competentieprofiel van de jeugdverpleegkundige bevat zeven competenties, namelijk expert jeugdgezondheid, gezondheidsbevorderaar, professional, organisator, communicator, samenwerker en wetenschapper.

1.3.2.3 Doktersassistent

De doktersassistent binnen de jeugdgezondheidszorg vervult verschillende taken. De doktersassistent is werkzaam aan de telefoon en de balie, ook assisteert de doktersassistent de arts bij onderzoeken en medische verrichtingen. Ze screent kinderen aan de hand van zintuigonderzoek en vragenlijsten. Hierbij kan de doktersassistent advies en voorlichting op maat geven (bijvoorbeeld over luizen, gebitsverzorging en voeding), signaleert eventuele problemen en overlegt hierover met de jeugdarts en/of de jeugdverpleegkundige. Ook neemt de doktersassistent het Rijksvaccinatieprogramma grotendeels voor haar rekening. Het competentieprofiel van de doktersassistent bevat zeven competenties, namelijk vakinhoudelijk werken, communiceren, samenwerken, maatschappelijk handelen, organiseren, leren en ontwikkelen en professioneel handelen (NVDA, 2014).

1.3.2.4 Consultatiebureau-assistent

De consultatiebureau-assistent is het visitekaartje van het consultatiebureau, zij zijn de gastvrouw en zorgen voor een goede doorstroming op het consultatiebureau. Daarnaast meten en wegen ze kinderen, werken ze samen met de ouders en de kinderen, werken ze samen met de jeugdarts en de jeugdverpleegkundige, plannen ze afspraken en signaleren en rapporteren ze bijzondere situaties aan de jeugdarts of de jeugdverpleegkundige. De belangrijkste competenties van een consultatiebureau assistent zijn samenwerking, organiseren en plannen, professioneel handelen, flexibel, stressbestendig en communicatie (GGD Fryslân, 2018a).

1.3.2.5 Pedagoog

De pedagoog heeft als belangrijkste taak pedagogische begeleiding. Pedagogen adviseren ouders/verzorgers over opvoedings-, ontwikkelings- en gedragsproblemen bij kinderen en jeugdigen, begeleiden en ondersteunen ouders bij het verkrijgen van inzicht in het gedrag en de ontwikkeling van het kind of jeugdige en in het bevorderen van gedragsveranderingen, geven workshops en voorlichtingen aan ouders/verzorgers over ontwikkeling gerelateerde problemen en onderhouden contacten/werkzaamheden betreffende kinderopvang en onderwijs, evenals contacten met gemeenten (GGD Fryslân, 2018b). Landelijk Opleidingsoverleg pedagogiek (2009) concludeert dat de pedagoog zes competenties heeft, namelijk contactueel en communicatief handelen, vraag- en oplossingsgericht handelen, doel- en resultaatgericht handelen, ondernemend en innovatief handelen, inzichtelijk en verantwoord handelen en professioneel en kwaliteitsgericht handelen.

1.3.2.6 Overeenkomsten competentieprofielen van de zorgprofessionals

Om de overeenkomsten en verschillen in de competentieprofielen van de zorgprofessionals inzichtelijk te maken zijn de taken in een tabel gezet (Tabel 2).

Tabel 2: *Takenverdeling competentieprofielen*

Jeugdarts	Jeugdverpleegkundige	Doktersassistent	Consultatiebureau assistent	Pedagoog
Monitoren en rapporteren van gezondheid	Monitoren en rapporteren van gezondheid	Screent kinderen a.d.h.v zintuigonderzoek en vragenlijsten	Gastvrouw	Pedagogische begeleiding
Opsporen en preventie van ziekten of gezondheidsrisico's	Richt zich op alle gebieden van preventie	Werkzaamheden aan de balie	Doorstroming op het consultatiebureau	Adviseren over opvoedings-, ontwikkelings- en gedragsproblemen
Gezondheidsbevordering door individuele advisering en/of populatie- of omgevingsgerichte interventies	Behoeften bepalen en interventies kiezen en uitvoeren op basis hier van	Geeft advies en voorlichting op maat	Metten en wegen van de kinderen	Begeleiden en ondersteunen van de ouders bij het verkrijgen van inzicht in het gedrag en de ontwikkeling van het kind
Gezondheidsbescherming	Advisering voor gezondheidsbevordering	Signaleren van problematiek	Afspraken plannen	Begeleiden en ondersteunen in het bevorderen van gedragsveranderingen
Geneeskundige hulp bij en oefening en preventie van rampen	Kwaliteit van zorg waarborgen	Vaccineren	Signaleren en rapporteren van bijzondere situaties	Workshops geven
Integraal gezondheidsbeleid	Doorverwijzen	Ondersteunt arts/verpleegkundige bij medische verrichtingen		Voorlichting geven over ontwikkeling gerelateerde problemen
Onderzoek naar en innovatie van de publieke gezondheidszorg	Vaccineren			Onderhouden van contacten met kinderopvang, onderwijs en de gemeente
Waarborgen van voldoende en competente beroepsbeoefenaren				
Kwaliteitsborging				
Vangnetfunctie				
Vaccineren				

Naast taken die overeenkomen, zoals het vaccineren, het monitoren en rapporteren van gezondheid, preventie, signaleren van problematiek en voorlichtingen en adviezen geven komt de opbouw van de competentieprofielen ook overeen. Drie van de vijf competentieprofielen zijn door middel van de CanMeds (Canadian Medical Education Directions for Specialists) opgebouwd. Naast overeenkomsten zijn er ook veel verschillen, elke zorgprofessional heeft zo zijn eigen taken. De Jeugdarts is vooral gefocust op het medische gedeelte, de jeugdverpleegkundige op het bevorderen, bewaken en beschermen van de gezondheid van het kind/de jeugdige, de doktersassistent ondersteunt vooral de arts waardoor zij de medische taken goed kan uitvoeren, de CB-assistent is de gastvrouw van het consultatiebureau en de pedagoog focussen vooral op de pedagogische begeleiding.

1.3.3 Welke zorgprofessionals zouden betrokken kunnen worden binnen het multidisciplinaire JGZ-team en welke taken zouden ouders over kunnen nemen?

1.3.3.1 *Innovatie*

Naast de bestaande zorgprofessionals binnen het multidisciplinaire JGZ-team, kunnen andere zorgprofessionals misschien een intrede doen binnen dit multidisciplinaire team, zoals de physician assistant (PA). De PA is een zorgprofessional die onder toezicht of in samenwerking met de arts werkt. Het beroep is afkomstig uit de Verenigde Staten, maar heeft het afgelopen decennium ook andere landen bereikt, zo ook in Nederland. Het takenpakket van een PA varieert van het formuleren van een diagnose tot het uitvoeren van medische taken zonder toezicht. Het valt op dat de PA aanvullende vaardigheden toevoegt aan een team, maar dat een sterke en vertrouwde band met een behandelend arts van noodzaak is (Merkle, Ritsema, Bauer & Kuilman, 2011).

Ook volgens Bruurs (2005) kan de PA een aanvulling zijn op het multidisciplinaire team. De taken en de bevoegdheden van de PA variëren sterk en zijn afhankelijk van de medische discipline waarbij de PA werkt. Ontwikkelingen binnen de geneeskunde creëren draagvlak voor de PA. Waar er aan de ene kant sprake is van meer gespecialiseerde kennis en vooruitschrijdende medisch-technische ontwikkelingen, is er anderzijds ook sprake van toenemende vereenvoudiging. Bij veel stabiele patiënten kunnen allerlei zaken gestandaardiseerd worden. Dit pleit voor taak herziening. Door minder-complexe taken te delegeren aan PA's kan er meer tijd gecreëerd worden bij de arts voor meer complexere taken.

Zwijnenberg en Bours (2011) concluderen dat naast PA's ook verpleegkundig specialisten (VS) een goede aanvulling kunnen zijn voor het multidisciplinaire JGZ-team. Net zoals de PA nemen zij medische taken over, die traditioneel door de arts worden gedaan. Daarnaast vullen PA's en VS's het werk van de artsen aan door het uitvoeren van nieuwe taken of taken waarvoor voorheen onvoldoende capaciteit was. Ook Martinez-Gonzalez, Tandjung, Djalali en Rosemann (2015) concluderen dat VS's een aanvulling kunnen zijn op het multidisciplinaire JGZ-team, zij bereiken minstens vergelijkbare effecten als artsen en beheersen ziekteprogressie in een breed scala, wat tot een goede aanvulling kan leiden.

Naast het betrekken van een nieuwe zorgprofessional binnen het multidisciplinaire JGZ-team, kan het meten en wegen volgens L'Hoir, Mulder, Van Sleuwen en Engelberts (2017) weer teruggebracht worden naar de ouders. Het grootste belang hierbij is dat de weegschaal op betrouwbaarheid wordt gecontroleerd. De weegschaal mag een miswijzing van 1% tot een maximum van 50 gram hebben, zolang deze miswijzing maar constant is. De ouders kunnen daarna thuis zorgvuldig de curve online invullen. De jeugdgezondheidszorg zou dus moeten digitaliseren om dit in te kunnen voeren. Uit het onderzoek van Bos, Van Heerwaarden en Lacroes (2016) blijkt ook dat de behoefte en wensen van de

ouders bij digitalisering aansluiten. Door middel van een app kunnen ouders gemakkelijk en snel betrouwbare informatie tot zich nemen. Een heldere website van het consultatiebureau wordt ook gewaardeerd, waar ruimte is voor een chatfunctie. Ook komt uit dit onderzoek naar voren dat ouders in het geval van lichte klachten het prima vinden om via een beeldscherm een vraag te stellen en dus geen fysiek contact te hebben met een zorgprofessional.

1.4 Conclusie literatuuronderzoek

Vanuit het literatuuronderzoek is er antwoord gegeven op de literatuur deelvragen. Taakherziening is het verschuiven van taken naar bestaande of nieuwe kaders. Hierbij bestaan verschillende vormen zoals substitutie, delegatie en innovatie. Taakherziening zou kunnen plaatsvinden tussen alle zorgprofessionals, wanneer zij systematisch ondersteund worden en trainingen volgen. De rollen en competentieprofielen van de zorgprofessionals komen overeen in de taken vaccineren, monitoren en rapporteren van gezondheid, preventie, signaleren van problematiek en adviezen/voorlichtingen geven. Elke zorgprofessional heeft daarnaast een unieke taak binnen het multidisciplinaire JGZ-team. Volgens de literatuur kan het toevoegen van een nieuwe zorgprofessional bijdragen aan het tekort in het arbeidsaanbod. De PA en de NP kunnen een aanvulling zijn op het huidige multidisciplinaire JGZ-team, omdat ze medische taken over kunnen nemen en nieuwe taken kunnen uitvoeren of taken waarvoorheen onvoldoende capaciteit voor was. Hierbij is een sterke vertrouwde band met een behandelend arts een noodzaak. Naast het betrekken van een zorgprofessional kan het meten en wegen volgens de literatuur teruggebracht worden naar de ouders van het kind/de jeugdige. En kan GGD Fryslân meer doen aan digitalisering, zoals een app met betrouwbare informatie, een heldere website en een chatbox.

1.5 Implicaties praktijkonderzoek

Vanuit de literatuur is er geen bruikbaar meetinstrument gevonden. Door middel van het literatuuronderzoek is er een verband gelegd tussen begrippen omtrent taak herziening binnen GGD Fryslân. Voor het praktijkonderzoek zijn de volgende variabelen gebruikt: taakherziening, competentieprofiel en digitalisering. In het praktijkonderzoek moet naar voren komen welke mening de zorgprofessionals hebben over taakherziening binnen GGD Fryslân, hiervoor wordt gekeken naar de vier vormen van taakherziening, namelijk substitutie, supplementatie, delegatie en innovatie. De variabelen vanuit het literatuuronderzoek zijn opgenomen in de topiclist voor de semigestructureerde focusgroepen. De variabelen zijn geoperationaliseerd zodat ze meetbaar zijn in de focusgroep (Bijlage E).

Hoofdstuk 2: Onderzoeksmethode

In dit hoofdstuk wordt het onderzoeks-type verantwoord. De populatie en in- en exclusiecriteria van het onderzoek worden beschreven. Vervolgens wordt de procedure van de dataverzameling, dataverzamelingstechniek en de analyse van de verzamelde data beschreven. Ten slotte worden de kwaliteitscriteria nader aangeduid.

2.1 Type onderzoek

Het onderzoek was een exploratief onderzoek, het moest ideeën opleveren over hoe de taakherziening binnen GGD Fryslân kon plaatsvinden en waarom de doelgroep dat op een bepaalde manier zou willen. Exploratief onderzoek kan zowel kwantitatief als kwalitatief onderzoek zijn. Omdat er graag diep op de materie ingegaan werd binnen dit onderzoek, is gekozen voor een kwalitatieve onderzoeksmethode. Bij deze onderzoeksmethode staat het doorgronden van attitudes en achterliggende oorzaken centraal. Ook het in kaart brengen van wensen, verwachtingen, behoeftes en toekomstige ontwikkelingen vormden het onderwerp van kwalitatief onderzoek. Om zoveel mogelijk ideeën te genereren, achtergronden en mogelijke verklaringen te vinden of toekomstvisies te beschrijven is er gekozen voor focusgroepen om de data te verzamelen. Dit omdat er tijdens een focusgroep gediscussieerd wordt en de zorgprofessionals hun standpunten hierbij moesten onderbouwen, waardoor de perspectieven van de participanten op een unieke wijze werden blootgelegd. Dit zal leiden tot diepere inzichten binnen het onderzoek (Poortinga, 2018). Daarnaast werden er verschillende zorgprofessionals in het onderzoek geïnccludeerd, omdat er maar een beperkt aantal interviews gehouden kon worden.

Bij de focusgroep werd gebruik gemaakt van een semigestructureerde vragenlijst, waarbij alleen topics en hoofdvragen waren opgesteld en er dus nog ruimte overbleef voor eigen inbreng van de participanten (Fischer & Julsing, 2014). Ook Baarda (2014) concludeerde dat kwalitatief onderzoek het beste past bij een open onderzoeksvraag waar nog weinig voorkennis van is. Hierdoor kon er gewerkt worden zonder vaste vragen- of observatielijsten, waardoor de participanten nieuwe ideeën en inzichten konden inbrengen tijdens de focusgroepen.

2.2 Onderzoekspopulatie

De onderzoekspopulatie bestond uit jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, doktersassistenten, consultatiebureau-assistenten en pedagogen werkzaam binnen de GGD Fryslân. Momenteel zijn er ongeveer 280 zorgprofessionals werkzaam bij de GGD Fryslân. Een onafhankelijke partij (HR) heeft uit deze 280 zorgprofessionals achttien participanten voor de focusgroepen geselecteerd en in drie groepen verdeeld. Door HR in te schakelen werd de representativiteit van het onderzoek verhoogd. HR heeft de participanten geïnccludeerd op basis van functie, leeftijd, aantal dienstjaren binnen de GGD Fryslân en werkplek. Participanten zijn geëxcludeerd op basis van dezelfde werkplek, zodat de participanten onbekenden van elkaar zouden zijn en om het out-of-the-box denken te stimuleren. Daarnaast is er geselecteerd op aantal dienstjaren, omdat zorgprofessionals die al lang werkzaam zijn binnen het vak, vaak conservatiever zijn dan zorgprofessionals die pas een aantal jaren werkzaam zijn. Daarnaast is er binnen het onderzoek gestreefd naar één man per focusgroep.

De geïnccludeerde participanten zijn uitgenodigd via de mail, om deel te nemen aan de focusgroep (bijlage G). In deze mail werd het onderwerp van het onderzoek kort toegelicht, er werd beschreven wat er van de participant verwacht werd, enige informatie werd gegeven zoals tijdsduur, plaats en de datum en contactgegevens van de onderzoeker werden verstrekt voor vragen of onduidelijkheden. Er

zouden twee focusgroepen georganiseerd worden, op zestien april 2019 en achttien april 2019. Omdat er maar een beperkt aantal focusgroepen georganiseerd kon worden, hebben uiteindelijk maar twaalf van de achttien vooraf geselecteerde zorgprofessionals deelgenomen aan de focusgroepen. De focusgroepen hebben ongeveer anderhalf uur geduurd.

2.3 Procedure dataverzameling

Door middel van een literatuuronderzoek werd informatie verzameld over taakherziening en geanalyseerd als voorbereiding op het praktijkonderzoek. Potentiële deelnemers zijn in maart 2019 telefonisch benaderd, dit om zo snel mogelijk contact te leggen. Wegens slechte bereikbaarheid, werden de zorgprofessionals alsnog per mail benaderd (Bijlage G). In deze mail werden de zorgprofessionals gevraagd tot deelname aan de focusgroepen, waarbij de anonieme dataverwerking benadrukt werd. Wanneer de zorgprofessionals instemden met deelname, werd beschikbaarheid van de participant gevraagd, binnen de weken waarin de focusgroepen gepland stonden. Op basis van overlappende beschikbaarheid van de participanten zijn twee data vastgesteld waarop de focusgroepen plaatsvonden. Doordat er nog zorgprofessionals ontbraken in de focusgroepen, na het plannen van de data, zijn de zorgprofessionals nogmaals benaderd met een algemene mail welke ongeveer overeenkomt met bijlage G. Hierdoor werden uiteindelijk twee focusgroepen georganiseerd met in de ene focusgroep vier deelnemers en de andere focusgroep vijf deelnemers. Dit gezien op het laatste moment door omstandigheden nog afmeldingen binnen kwamen, de omvang van het onderzoek en de geringe beschikbaarheid van participanten binnen de periode van dataverzameling. Daarnaast was er nog een apart interview gehouden met één participant, zodat alle zorgprofessionals aan bod kwamen binnen het onderzoek. Na het vastleggen van de data van de focusgroepen kregen de participanten een week voor de focusgroep nog een mail met aanvullende informatie, zoals tijd, datum, plaats en wat er van de participanten verwacht werd tijdens de focusgroep. De participanten werd voorafgaand aan de focusgroep nogmaals gevraagd om toestemming om de focusgroep op te nemen met een voice-recorder en de data anoniem te verwerken, hiervoor werd een toestemmingsformulier ingevuld (Bijlage H). Doordat er zowel bij de uitnodiging tot deelname aan het onderzoek als bij aanvang van de focusgroep te controleren op toestemming tot opname/deelname, werden de juridische en ethische aspecten gewaarborgd.

2.4 Dataverzamelingstechniek

Omdat er geen bestaand meetinstrument gebruikt kon worden tijdens de focusgroepen, werd vanuit het literatuuronderzoek een meetinstrument ontwikkeld, namelijk een topic-list. De topic-list lag vast, maar de bijbehorende vragen en de volgorde daarvan niet. Bij deze topic-list voor de focusgroepen werd een semigestructureerde vorm van interviewen gebruikt. Hierdoor ontstond genoeg ruimte voor eigen inbreng van de participanten (Bijlage F). De interviewmethode bestond uit een inleiding, kern en afsluiting. Binnen de inleiding werd een introductie op het onderwerp gegeven, praktische zaken besproken en werd er aan de hand van een mind map het ijs gebroken. In de kern van de focusgroep stond het meetinstrument centraal, de topic-list, deze bestond uit hoofdt topics en subtopics (Bijlage F). De topic-list kwam voort uit de resultaten van het literatuuronderzoek, welke overzichtelijk zijn weergegeven in het operationaliseringsschema (Bijlage E). De hoofdt topics die behandeld zijn binnen de focusgroep zijn: Taakherziening, competentieprofiel en digitalisering. Met de daarbij horende subtopics werden vragen gesteld tijdens de focusgroepen. Het doorvragen op bijvoorbeeld positieve en negatieve punten. Randvoorwaardes en behoeften vormde een belangrijk onderdeel bij ieder hoofdtopic. Van der Molen, Kluytmans & Hommes (2011) beschreven doorvragen, parafraseren en samenvatten als belangrijke gesprekstechnieken tijdens een semigestructureerde focusgroep. Deze

gesprekstechnieken werden daarom gebruikt tijdens de kern van de focusgroepen. Binnen de afsluiting werden de bevindingen van de focusgroep kort samengevat, was er een laatste moment voor aanvulling en opmerkingen en werden de participanten nogmaals bedankt voor de deelname aan de focusgroep. Tijdens de focusgroepen was de onderzoeker de gespreksleider en was een objectieve gesprekscoach (medestudent) aanwezig om de focusgroep te monitoren en afdwalingen te voorkomen.

2.5 Analyse

Nadat de focusgroepen hadden plaatsgevonden, werden de opnames, gedaan met een voice-recorder, van de focusgroepen letterlijk overgenomen in Microsoft Office Word en ingevoerd in het analyseprogramma Kwalitan (2017). Daarnaast is de data op een usb stick gezet en overgedragen aan de opdrachtgever. Voordat de focusgroepen werden verwerkt, werden ze gecontroleerd op volledigheid en juistheid (Member-checking). Hierna werden belangrijke uitspraken/quotes van de participanten gemarkeerd en werd er door middel van Kwalitan een code aan gegeven. Nadat de transcripten gecodeerd waren zijn de voorkomende thema's gegroepeerd. Waarna de thema's uitgebreid zijn beschreven met uitspraken/ quotes van de participanten. Binnen de laatste stap werden de beschrijvingen vertaald naar thema's, zodat overvloedige informatie verwijderd kon worden en de resultaten van het praktijkonderzoek schematisch weergegeven konden worden, door middel van een mind map.

2.6 Kwaliteitscriteria

2.6.1 Validiteit

Om de validiteit van het meetinstrument te waarborgen en zeker te weten dat het meetinstrument mat wat gemeten moest worden, werd het meetinstrument gecontroleerd door de opdrachtgever waarbij ook werd nagegaan of de wensen vanuit de praktijk gewaarborgd werden binnen het meetinstrument en hebben medestudenten feedback gegeven op het meetinstrument. Doordat het onderzoeksdesign bestond uit een semigestructureerde focusgroep, werd de validiteit van het onderzoek verhoogd en ook de audio-opname, door middel van de voice-recorder, hebben er voor gezorgd dat de validiteit gewaarborgd werd tijdens de focusgroepen. Hierdoor kon de verzamelde data woord voor woord worden uitgetypt en werd de verzamelde data gecontroleerd door de participanten, member-checking (Baarda, 2014). Doordat de onafhankelijke gesprekscoach aanwezig was tijdens de focusgroepen, werd de neutraliteit van het onderzoek gewaarborgd. Tevens kon de gesprekscoach bijsturing geven wanneer een participant overheersend aan het woord was, dit is één van de gevaren tijdens een focusgroep. Door de participanten onafhankelijk te laten selecteren is geprobeerd de externe validiteit te verhogen, dit omdat door het kleine aantal participanten de generaliseerbaarheid laag was (Fischer & Julsing, 2014).

2.6.2 Betrouwbaarheid

Om de betrouwbaarheid van het meetinstrument te waarborgen werden verschillende activiteiten uitgevoerd. De semigestructureerde interviewmethode zorgde ervoor dat de onderwerpen die aan bod moesten komen, aan bod kwamen ongeacht de volgorde. Dit leverde relevante resultaten op die antwoord konden geven op de centrale vraagstelling. Daarnaast werd de stabiliteit van het meetinstrument beoordeeld door de opdrachtgever en de medestudenten. Doordat de focusgroepen in een rustige en aangename omgeving georganiseerd werden, droeg dit bij aan de stabiliteit van het onderzoek. Hierdoor werden de resultaten van het onderzoek zo weinig mogelijk beïnvloed door omgevingsinvloeden (Verhoeven, 2011). Tijdens het onderzoek werd regelmatig een check door onafhankelijke derden gedaan, waardoor de kans op bias verkleind werd. Bijvoorbeeld tijdens de

dataverzameling werd door de onafhankelijke gesprekscoach het gespreksproces vastgelegd en werd gewaakt op objectiviteit. Daarnaast werd tijdens de data-analyse door een medestudent gecontroleerd of de onderzoeksresultaten overeenkwamen met de verkregen data. Er werd gekeken of dit niet vertekend was door invloeden van de onderzoeker, tevens werd dit gedaan door middel van member-checking.

2.6.3 Bruikbaarheid

Tijdens het onderzoek is er regelmatig contact met de opdrachtgever. De opdrachtgever heeft het onderzoek van feedback voorzien, waardoor er gecontroleerd wordt of er onderzoek wordt gedaan naar hetgeen waar onderzoek naar gedaan moet worden. Ook wordt er op deze manier gecontroleerd of het onderzoek bruikbaar is voor GGD Fryslân. Doordat er onderzoek wordt gedaan binnen locaties en zorgprofessionals van de GGD Fryslân is de bruikbaarheid vergroot. Daarnaast kunnen vanuit de resultaten van dit onderzoek aanbevelingen worden beschreven voor de GGD Fryslân gericht op taak herziening. Tevens kunnen de resultaten van dit onderzoek aanleiding geven tot een vervolgonderzoek binnen de GGD Fryslân.

Hoofdstuk 3: Resultaten

In dit hoofdstuk worden de resultaten van het praktijkonderzoek beschreven, die zijn verkregen door middel van de semigestructureerde focusgroepen. De resultaten zijn per praktijkdeelvraag beschreven.

3.1 Deelnemers focusgroep

Op basis van de aangegeven beschikbaarheid, hebben twee focusgroepen plaatsgevonden. In totaal hebben tien participanten meegedaan aan de focusgroepen. In de eerste focusgroep zaten vier participanten en in de tweede focusgroep vijf participanten. Daarnaast heeft er een één-op-één interview plaatsgevonden, zodat wel alle zorgprofessionals van het multidisciplinaire JGZ-team aan bod kwamen binnen het onderzoek. Wegens uitval door omstandigheden, zoals ziekte, kon in beide focusgroepen niet voldaan worden aan de vooropgestelde inclusie- en exclusiecriteria. De participanten bestonden uit twee nul tot twaalf jaar verpleegkundigen, één twaalf plus verpleegkundige, twee CB-assistentes, twee doktersassistentes, één arts en één pedagoog. Participant één tot en met vier namen deel aan focusgroep één en participanten vijf tot en met negen namen deel aan focusgroep twee. Participant tien nam deel aan een individueel interview, voor dit individuele interview is gekozen, omdat het hele multidisciplinaire JGZ-team geïnccludeerd is in dit onderzoek en niet alle zorgprofessionals op de geplande data aanwezig konden zijn tijdens de focusgroepen.

3.2 Meetresultaten

Binnen deze paragraaf worden de resultaten van het praktijkonderzoek weergegeven. Per subtopic, gebaseerd op het operationaliseringsschema en de topic-list, wordt er antwoord gegeven op de vier praktijkdeelvragen. Dit zal uiteindelijk resulteren in het antwoord op de centrale vraag.

De resultaten zijn geanalyseerd aan de hand van de stappen van Verhoeven (2014). In Bijlage I zijn een aantal pagina's van de transcripten opgenomen, overige ruwe data zijn opvraagbaar bij de opdrachtgever.

3.2.1 Wat zijn de meningen van de zorgprofessionals van het multidisciplinaire JGZ-team over een nieuwe taakverdeling?

Bij het stellen van de vraag wat de zorgprofessionals vinden van een nieuwe taakverdeling, staan de participanten positief tegenover een nieuwe taakverdeling. Zo wordt het gezien als verfrissend en

zullen de zorgprofessionals zich competentier gaan voelen door meer verantwoordelijkheid. Daarnaast wordt een nieuwe taakverdeling als verfrissend gezien. Zo zeggen twee participanten: *“Ik vind ook gewoon wel om je eigen taak, ik zou wel graag meer kansen krijgen om meer te doen, omdat ik me competentier voel dan de taken die ik nu soms doe. Meer uitdaging voor mezelf”* (Participant drie) en *“Ik vind aan de andere kant ook wel eens heel verfrissend kunnen vinden als het eens op een andere manier gedaan word”* (Participant twee).

Daarnaast benoemen drie van de tien participanten dat de doelgroep van de GGD Fryslân door de tijd heen ook veranderd is. En dat GGD Fryslân ook wel zal moeten veranderen, om weer bij de doelgroep aan te sluiten, zo benoemt participant drie: *“De doelgroep veranderd. Mensen gaan zelf veel meer googelen weten zelf veel meer, hebben zelf ook veel meer mogelijkheden om informatie te krijgen. Dus onze doelgroep is ook veranderd”*. Dezelfde participant benoemt dat het eigenlijk gek is, dat we het nog altijd zo doen zoals we het altijd hebben gedaan. Volgens haar zou het LPK wel meer mogelijkheden bieden, maar zou bijvoorbeeld de doktersassistente zeker meer taken op haar kunnen nemen. Naast dat de doelgroep verandert benoemen vier van de tien participanten ook dat GGD Fryslân wel kan veranderen, maar dat er goed moet worden gekeken naar wat ouders en kinderen precies willen. Zo benoemt participant één: *“Dus ik denk dat als je veranderingen wilt, grote veranderingen wilt bewerkstelligen, dan moet je heel goed gaan luisteren naar ouders. En in het geval van het VO heel goed luisteren naar de jongeren, wat die willen.”*

Meer participanten stemmen in met veranderingen in de taken van de doktersassistent, zo zou bijvoorbeeld de doktersassistent haar intrede kunnen doen op het CB. Nu werkt de doktersassistent nog niet op het CB. De participanten zien voor de doktersassistent veel positieve en nieuwe aspecten binnen een nieuwe taakverdeling. Dit benoemt ook participant zes bijvoorbeeld *“Je krijgt wel verschuiving, want je krijgt ook dat de doktersassistentes wel naar consultatiebureaus ook kunnen”*.

Over het introduceren van een nieuwe zorgprofessional binnen het multidisciplinaire JGZ-team, zijn alle participanten het met elkaar eens dat een extra zorgprofessional dat nog moeilijker maakt. Dit omdat het nu al moeilijk genoeg is om de taken op een juiste manier te verdelen over de zorgprofessionals die al aanwezig zijn binnen het multidisciplinaire JGZ-team. Daarnaast zien ze liever alle verpleegkundigen geschoold worden om extra taken uit te voeren.

3.2.2 Wat is nodig voor een nieuwe taakverdeling?

Consultatiebureau

Om taakherziening op het consultatiebureau te laten plaatsvinden benoemen negen van de tien participanten dat daarvoor scholing, een achterwacht, coaching en geld nodig is, zo benoemt participant vijf bijvoorbeeld *“Dan zou ik daarin wel weer een scholing moeten hebben hoor”*. Daarnaast benoemd participant één: *“Er is ook wel onderzoek naar gedaan , wat taakherziening tussen arts en verpleegkundige op het consultatiebureau betekent. Nou in ieder geval extra opleiding voor de vpk, veel coaching van artsen, in de praktijk er naast staan mensen leren hartjes luisteren, een achterwacht er bij. Ja dat kan allemaal, het kost geld in eerste instantie dus je moet er in geloven denk ik want het is duur. Als je ze zo wil opleiden”*.

Naast het opleiden van een verpleegkundige, wordt er ook gesproken over een opleiding voor de consultatiebureau assistentes, dat zij opgeleid worden tot doktersassistent zodat zij meer taken uit kunnen voeren op het CB, zo benoemt participant zes: *“Daar word je dus voor geschoold, maar ook eventueel een ogentest die mislukt of wat ook maar wegen/ meten een extra vaccinatie, maar ik denk dan wel dat je gewoon resoluut moet zeggen de doktersassistent opleiding want dan heb je het hele*

pakket". Vijf van de tien participanten zijn het eens met het opleiden van CB-assistentes en doktersassistentes aannemen in plaats van CB assistentes.

Basisonderwijs

Op het basisonderwijs wordt benoemd door vier van de tien participanten dat scholing van alle verpleegkundigen een oplossing zou kunnen zijn. Zo benoemd participant één: *"Misschien moeten we daar wat anders voor kiezen, ik was laatst ook ergen daar sprak ik met een vpk in Apeldoorn, hoe doen jullie groep 2, dat is dan een stapje naar het basisonderwijs, daar gaat de vpk gewoon alleen naar toe, ik zei hebben jullie dan extra opleiding gehad om het hartje te beluisteren, de motoriek te bekijken, de longen luisteren, de oren bekijken"*. Het antwoord hierop was: *"Ja, de arts heeft ons hierin scholing gegeven"*. Wel benoemen alle participanten dat voor zo'n scholing wel veel geld nodig is, wanneer je alle verpleegkundigen opleidt. Daarom zou de helft van alle verpleegkundigen opleiden eerst ook een manier zijn volgens de participanten.

Participant vijf benoemt dat ook doktersassistenten op het basisonderwijs meer gebruikt kunnen worden en dat daarvoor een opleiding nodig is, daarnaast benoemt zij dat we zelfs kunnen denken aan een triage op het basisonderwijs, waarbij de doktersassistent dan trieert. Zo benoemt participant vijf *"Eigenlijk kunnen zij al met hun blik zien aan een kind van oké jongens dit weet ik niet hier gaat iets niet goed of hier klopt iets niet, die moet maar eens even gezien worden"*.

Voortgezet onderwijs

Een nieuwe taakverdeling op het voortgezet onderwijs vinden de participanten lastig te benoemen. Zo benoemt participant twee: *"Maar ik denk wel van goh hoe kan je nog meer het neerzetten in het voortgezet onderwijs"*. Tegenwoordig worden er veel vragenlijsten ingevuld op het voortgezet onderwijs, deze hype lijkt alleen maar groter te worden benoemt participant één:

"Ik heb haast de neiging om te denken dat de trend van vragenlijsten nog erger wordt. Als ik kijk naar alle GGD'en en er is onder andere GGD Amsterdam dat heeft een programma dat heet jij en je gezondheid dat werkt opzich heel goed, tenminste als we de gegevens hebben dan zien we daar prachtige schoolprofielen uitrollen prachtige genoteerde gegevens, voorwaarde is wel dat die leerlingen die lijsten braaf invullen en het is een hele lange lijst. Nou die kant gaat het eigenlijk meer op heb ik het idee, dan dat wat wij in Friesland kiezen van laten we eens op een andere manier gaan werken."

Voor het voortgezet onderwijs zien de participanten daarom meer openingen binnen deze vragenlijsten door bijvoorbeeld de vragenlijsten meer te digitaliseren en de jeugdigen op die manier door te kunnen sturen naar betrouwbare informatiebronnen over hun gezondheid. Daarnaast worden de gegevens vanuit deze vragenlijsten vergeleken waardoor de jeugdigen zichzelf kunnen vergelijken met hun klas, hun school of zelfs hun gemeente.

"Maar wat er uit komt is wel heel goede kant ervan, stel ze vullen in ik drink heel veel, ze drukken op de knop uploaden en nog geen minuut later komt er een advies voor hun een persoonlijk advies. Beste die en die jij hebt aangegeven dat je 6 alcoholische consumpties of meer in de week drinkt kijk eens op deze website als je meer informatie hierover wilt want alcohol drinken is niet zo gezond. Ten opzichte van je klasgenoten scoor je bovenmatig veel of weinig en ten opzichte van je klas is dit. En dat vinden jongeren wel leuk om zich te vergelijken met anderen, met de klas, je school, je gemeente" (Participant één)

3.2.3 Welke taken zouden kunnen vervallen of kunnen naar de ouders/kinderen zelf worden verschoven?

Overbodige taken

Vier van de tien participanten zien geen overbodige taken maar wel onderdelen die anders kunnen en waar ook wel wat aan gedaan wordt. Veel van de overbodige consulten zitten bijvoorbeeld al niet meer standaard in het pakket. Vroeger werden er bijvoorbeeld in klas één nog rugscreenings uitgevoerd, tegenwoordig doen ze dat niet meer.

“Niet echt taken maar wel onderdelen. Zoals bij de visus, is het dieptezien en kleuren zien er uit gehaald. Zo worden er wel dingen herzien omdat de inzichten veranderen. Dus dat wordt wel gedaan. Kleuren zien komt vooral bij jongetjes voor, je zou het op indicatie kunnen testen, ouders kun je vragen, scholen kun je vragen en het dan nog testen. En diepte zien dat is niet, ogen testen doe je wel dat is leidend voor verwijzing naar een volgende test. Maar een hele taak of een heel consult eigenlijk niet” (Participant vier)

Daarnaast benoemen negen van de tien participanten dat er in het verleden misschien zelfs wel te veel is weg gefilterd qua ‘overbodige’ consulten. Zo benoemt participant drie: *“Groep 4 is er helemaal uitgehaald, dat was vroeger ook standaard”* en participant vier antwoord hierop *“ik vind wel dat er iets tussen moet, van groep 2 naar groep 7”*. Momenteel wordt er op verschillende plaatsen al wel gekeken om de massa-vaccinatie die plaatsvindt rond groep vier/vijf te combineren met een daadwerkelijk contactmoment, maar hoe dit precies ingevuld gaat worden is nog onduidelijk. *“Dus ik weet ook wel dat ze bezig zijn met weer in groep 4 een consult willen hebben”* (Participant zeven)

Ouders/kinderen

Op de vraag of ouders misschien het wegen en meten van hun kinderen zelf kunnen doen, kwamen veel uiteenlopende antwoorden. Zo benoemt bijvoorbeeld participant negen: *“Ik zou het voor de peuters wel kunnen maar voor de baby’s het eerste jaar niet”*, terwijl participant zes en zeven vooral haken en ogen zien aan het wegen en meten thuis. Zo benoemt participant zeven bijvoorbeeld *“Ik vind het lastig omdat je toch ook wel ouders hebt die sociaal geprefereerde antwoorden geven en dan en ik denk niet altijd toch niet eerlijk zijn of dat moeilijk vinden om dat aan te geven”*. Hierdoor is de kans op een groeicurve die niet klopt aanwezig, terwijl wanneer op het consultatiebureau gemeten en gewogen wordt de kans hierop kleiner is en je dan ook geen discussies met ouders krijgt wanneer je een kind nogmaals wilt meten en wegen. Hierover zijn vier van de participanten het met elkaar eens. *“Ja maar als je dat niet doet en je laat het de ouders niet doen en je doet het gewoon op het consultatiebureau dan is het geen vraag”* (Participant zes)

Digitalisering

Bij de vraag waar de GGD zou kunnen digitaliseren, zijn de meningen verdeeld. Er wordt benoemd dat de GGD misschien wel helemaal niet meer zo belangrijk is voor de ouders en kinderen van tegenwoordig, dat de ouders en kinderen van tegenwoordig informatie wel ergens anders zoeken dan bij de GGD. Ook wordt benoemd dat het kind dossier uitgebreid kan worden, als een soort spinnenweb. Waar ouders en kinderen alle informatie over hun kind/zelf kunnen vinden, een chatbox hebben om direct contact te leggen met de GGD Fryslân, maar ook een FAQ-pagina met de meest gestelde vragen aan de GGD. Daarnaast kunnen daar websites gelinkt worden om op die manier de ouders en kinderen te voorzien van de juiste informatie. Tot slot wordt er benoemd dat een app, als verlengde van het kind dossier een optie is. Hiermee kunnen ze snel en gemakkelijk bij alle gegevens komen. Participant vijf benoemt *“Ik denk dat je dat dan allemaal bij elkaar moet*

houden, zodat overzichtelijk is en dat je dat dan aan het dossier koppelt". En ook: *"Dat je dan bij onderwerpen kan komen als slapen, voeding en huilen. Noem maar wat"*.

3.2.4 Welke zorgprofessional kan welke taken op zich nemen?

Arts

Vijf van de tien participanten noemen dat de arts meer als achterwacht zou kunnen fungeren bij een mogelijke nieuwe taakverdeling. Hierbij is het van belang dat contactmomenten zoals het eerste, drie maanden en het zes maanden contactmoment bij de arts blijven. Dit in verband met medische onderzoeken die op deze momenten plaatsvinden, zoals het heuponderzoek en hartjes luisteren. Wanneer de arts als achterwacht fungeert zou dit kunnen betekenen, dat de arts de kinderen op indicatie vaker kan zien. Wanneer dit niet nodig is dus alleen het eerste contactmoment, drie maanden en zes maanden bij de arts.

"Ja, ik denk dat er een aantal contactmomenten echt puur arts zouden moeten blijven, de eerste keer, want we moeten toch ook weer de opdracht geven van nou er mag gevaccineerd worden door iemand anders dan mijzelf. En als ik kijk naar onze screenings bijvoorbeeld op de heupafwijkingen ja dan vind ik eigenlijk ook dat het 6 maanden consult bij de arts moet zijn, want dat is je laatste kans om daar nog een afwijking ja of nee uit te halen. Dus ik vind eigenlijk dat dat de laatste zou moeten blijven." (Participant vijf)

Verpleegkundige

Op de vraag welke taken verpleegkundigen zouden kunnen uitvoeren, zijn alle participanten het eens dat er veel mogelijk is. Van het vaccineren tot veel meer contactmomenten wordt benoemd.

"Wij hebben nu in de praktijk al heel veel contactmomenten die we beiden zouden kunnen uitvoeren, dus ook de visustesten en ook de 2 jarige consulten de 3 jarige consulten 4 jarig consulten maakt eigenlijk niet zo heel veel uit wie dat doet. Alleen als kinderen negatief gaan scoren op hun screeningsdingen, ja, dan is het fijn als iemand even meekijkt." (Participant vijf)

Daarnaast benoemen vijf van de tien participanten ook dat naast de drie contactmomenten die de arts sowieso moet houden de verpleegkundige in principe alle contactmomenten over zou kunnen nemen op het CB, als er maar een achterwacht van een arts aanwezig is. Mochten er dan problemen of vragen zijn, kan het kind altijd nog worden gezien door de aanwezige arts. Ook wordt er genoemd dat wanneer er meer geprotocolleerd wordt er heel veel mogelijk is binnen het verschuiven van handelingen en contactmomenten

Doktersassistent

Voor de doktersassistent zien de participanten ook veel mogelijkheden. Zo zou de doktersassistent ingezet kunnen worden op het consultatiebureau volgens negen van de tien participanten. Er wordt benoemd dat de doktersassistent taken zoals vaccineren, visustesten, gehoortesten, hielprik huisbezoeken, voeding advies geven, slaap advies geven en ook triageren van de kinderen zou kunnen uitvoeren op het consultatiebureau. Daarnaast zien ze ook mogelijkheden op het basisonderwijs en voortgezet onderwijs, zo zou de bloeddrukmetingen op het basisonderwijs gedaan kunnen worden door de doktersassistent en zou ook hier een triage kunnen plaatsvinden, die de doktersassistent uitvoert. Op het voortgezet onderwijs zou ook een triage kunnen plaatsvinden die wordt uitgevoerd door de doktersassistent. Hiervoor is het wel van belang dat er meer geprotocolleerd wordt. Zo benoemt ook participant één *"Nee, geprotocolleerd zou je denk ik een heel eind kunnen komen"*.

“Maar ja, als ik naar mezelf kijk, zouden er misschien ook wel taken van de vpk naar de doktersassistent kunnen. Als ik naar PGO 5 kijk zie ik heel veel dingen die op het consultatiebureau gedaan worden, visustest, voeding slaap en etc.” (Participant drie)

CB assistent

Voor de CB-assistent zien de participanten mogelijkheden, wanneer ze worden omgeschoold naar doktersassistenten. *“De CB-assistent moet extra geschoold worden”* (Participant vijf). Ook veel CB assistentes zien hierin mogelijkheden, maar ook een gedeelte van de CB-assistentes ziet dit niet zitten.

“Is ook zo, en als je het hebt over de mensen binnen ons team als CB-assistentes die het niet willen, die zijn allemaal bijna 60+ als ik dat netjes zeg. Maar dat zit hun tijd wel uit en zo denken ze ook. En die het echt niet wil, die kiest er ook niet voor, maar die heeft ook al besloten om dan iets anders te gaan doen” (Participant 6)

Wanneer de CB-assistent omgeschoold wordt tot doktersassistent, willen ze wel hun taken zoals meten en wegen, de planning maken en de afspraken plannen blijven doen.

In tabel 3 wordt overzichtelijk weergegeven hoe een nieuwe taakverdeling binnen GGD Fryslân er zou kunnen uitzien.

Tabel 3: overzicht mogelijk nieuwe takenverdeling

Zorgprofessional	Taken
Arts	Eerste consult Drie maanden consult Zes maanden consult Achterwacht Basisonderwijs Voortgezet Onderwijs
Verpleegkundige	Overige consulten Vaccineren Basisonderwijs Voortgezet Onderwijs
Doktersassistent	Vaccineren Consulten op CB Basisonderwijs Voortgezet Onderwijs Hiehprik Eerste screening
CB-assistent	Meten en wegen Planning maken Afspraken maken Gastvrouw

Hoofdstuk 4: Conclusie & Discussie

Binnen dit hoofdstuk wordt de centrale vraag beantwoord, namelijk: Wat is de mening van het multidisciplinaire JGZ-team ten opzichte van de bestaande taakverdeling en hoe kunnen de taken uit de competentieprofielen van de verschillende zorgprofessionals, werkzaam binnen de multidisciplinaire JGZ-teams van de GGD Fryslân, worden herzien? Eerst wordt de conclusie van het onderzoek weergegeven, waarbij bovenstaande centrale vraag wordt beantwoord. Waarna de discussie binnen dit onderzoek volgt, hierbij worden resultaten uit het praktijkonderzoek vergeleken met de bevindingen uit het literatuuronderzoek. Tot slot volgt een reflectie op methodologische keuzes van het eigen handelen.

4.1 Conclusie

Uit de resultaten van het onderzoek blijkt dat de meningen van de zorgprofessionals van het multidisciplinaire JGZ-team positief zijn over mogelijkheden van taakherziening binnen de GGD Fryslân. Voor de verpleegkundige en de doktersassistent liggen er de meeste mogelijkheden voor een taakherziening. Zo zouden de JGZ-verpleegkundigen grotendeels alle contactmomenten op het CB op zich kunnen nemen en zouden de doktersassistenten ook een intrede kunnen doen op het CB, door bijvoorbeeld te gaan vaccineren, ogentesten uit te voeren en contactmomenten over te nemen van de verpleegkundige. Om dit uit te voeren is veel scholing nodig, wat veel geld kost. De kosten worden dan ook benoemd als een mogelijk negatief punt aan de taakherziening binnen GGD-Fryslân. Naast geld is er een achterwacht, protocollen en veel coaching nodig om de taakherziening binnen GGD Fryslân te kunnen laten plaatsvinden. Het introduceren van een nieuwe zorgprofessional blijkt volgens de zorgprofessionals van het multidisciplinaire JGZ-team geen oplossing voor de naderende tekorten. Ten slotte worden er veel mogelijkheden gezien binnen digitalisering. Namelijk het kind dossier uitbreiden met bijvoorbeeld een chatbox en een FAQ-pagina. Ook een app voor op de telefoon, als een verlengde van het uitgebreide kind dossier, wordt als positief beschouwt. Met deze app kunnen ze makkelijk hun eigen dossier bekijken, websites met informatie over bijvoorbeeld eten, alcohol of drugs bezoeken en kunnen ze contact leggen met de GGD. Hierdoor kan de connectie met de kinderen op het basisonderwijs en het voortgezet onderwijs vergroot worden, omdat we deze kinderen door de lange tussenposen nu een beetje kwijtraken. Maar door middel van deze app ze weer bij de GGD Fryslân kunnen betrekken.

4.2 Slotconclusie

Met het praktijkonderzoek is in kaart gebracht welke meningen de zorgprofessionals van de multidisciplinaire JGZ-teams hebben over een mogelijke taakherziening. Er moet scholing komen, achterwacht, protocollen en veel coaching. Vooral voor de JGZ-verpleegkundige en de doktersassistent liggen er veel mogelijkheden voor een nieuw takenpakket. Ten slotte worden er veel mogelijkheden gezien binnen digitalisering, zoals bijvoorbeeld het kind dossier uitbreiden met links van goede websites, een chatbox met een medewerker van de GGD Fryslân en een FAQ-pagina met de meest gestelde vragen. Ook een app op de telefoon of tablet, als verlengde van het uitgebreide kind dossier wordt als positief punt gezien.

4.3 Betekenis van resultaten voor de praktijk

De voortvloeiende resultaten uit het praktijkonderzoek zijn relevant voor de praktijk. Gebleken is dat de meningen van de multidisciplinaire JGZ-teams over een mogelijke taakherziening positief zijn, maar dat daarvoor een aantal dingen nodig zijn. Zoals scholing, een achterwacht, geld en veel coaching. Daarnaast is er een duidelijk overzicht welke taken wie op zich zou kunnen nemen, volgens de zorgprofessionals van de multidisciplinaire JGZ-teams. En worden er ook veel mogelijkheden binnen digitalisering gezien, zoals het kind dossier uitbreiden met een chatbox, links van goede websites over

bijvoorbeeld slaap, voeding en huilen, maar ook een FAQ-pagina toevoegen met meest gestelde vragen. Een app die hieraan gekoppeld is, wordt ook als een goede investering gezien.

4.4 Discussie

4.4.1 Vergelijking praktijk met de literatuur

Uit het praktijkonderzoek kwam naar voren welke taakherziening er kan plaatsvinden binnen de multidisciplinaire JGZ-teams, daarbij werd specifiek benoemd welke taken welke zorgprofessional dan op zich zou kunnen nemen. In tegenstelling tot het literatuuronderzoek, dat positief is over taakherziening tussen de verpleegkundige en de arts, zo wordt benoemd dat een verpleegkundige taken over kan nemen van de arts, maar wordt er niet specifiek benoemd welke taken welke zorgprofessional dan moet gaan uitvoeren (Petersen, Lund, Bhana en Fisher, 2011).

Daarnaast wordt in de literatuur ook niet benoemd welke taken de andere zorgprofessionals van het multidisciplinaire JGZ-team moeten gaan uitvoeren, noch of er taakherziening mogelijk is tussen andere zorgprofessionals (Petersen, Lund, Bhana en Fisher, 2011). Wat tevens opvalt is dat vanuit het praktijkonderzoek het introduceren van een nieuwe zorgprofessional binnen het multidisciplinaire JGZ-team niet als een oplossing voor de naderende tekorten wordt gezien, omdat het binnen het huidige multidisciplinaire JGZ-team al moeilijk is om de taken op een juiste manier te verdelen. Terwijl het literatuuronderzoek hierover wel positief is en dit wel als een mogelijke oplossing voor de naderende tekorten ziet (Merkle, Ritsema, Bauer en Kuilman, 2011).

Een overeenkomst van het praktijkonderzoek met het literatuuronderzoek is dat bij beide positief wordt gesproken over digitalisering. Daarentegen wordt binnen het praktijkonderzoek over specifieke vormen van digitalisering gesproken zoals een chatbox, een FAQ en een app, maar in de literatuur wordt voor de jeugdgezondheidszorg niet specifiek aangegeven welke vorm van digitalisering het beste zou passen (Bos, Van Heerwaarden en Lacroes, 2016).

4.5 Reflectie methodologische keuzes

Het respons lag iets lager dan de vooraf bepaalde twaalf participanten. Daarnaast kan het zijn bij een volgende focusgroep of een interview dat er nieuwe informatie gewonnen wordt, omdat er maar een kleine groep respondenten hebben deelgenomen aan dit onderzoek.

De onderzoeker heeft het meetinstrument zelf ontwikkeld op basis van het literatuuronderzoek. Omdat er geen meetinstrument is gevonden die aansloot op de context van het praktijkonderzoek. Geprobeerd is om het meetinstrument zo valide mogelijk te maken door de standaardisatie te vergroten. Hiervoor is een topiclijst opgesteld, die is gebaseerd op de meetvariabelen vanuit de literatuur. Daarnaast is de topiclijst bekeken door een medestudent en de opdrachtgever. Op basis daarvan zijn aanpassingen gedaan en heeft de onderzoeker bepaald hoe de focusgroepen zouden verlopen. Ook is er veel informatie verkregen die niet relevant was voor het beantwoorden van de centrale vraag van het onderzoek. Dit kan een complicerende factor zijn geweest tijdens het verwerken van de data en kan dus invloed hebben uitgeoefend op de validiteit en betrouwbaarheid van het onderzoek.

Alle respondenten hebben toestemmingen gegeven om de focusgroepen op te nemen met audio opname. Hierdoor is ervoor gezorgd dat de ruwe data vast stond. Daarnaast is aan het einde van het interview alle gegeven informatie samengevat en getoetst bij de respondenten, waarna ook de ruwe data is getoetst bij de respondenten of ze akkoord gingen (member-checking). Door de member-check en de audio-opnames is de mogelijkheid op toevallige fouten in informatieoverdracht verkleinden is de betrouwbaarheid van het onderzoek vergroot.

4.6 Reflectie eigen handelen

Tijdens het praktijkonderzoek heeft de onderzoeker zich objectief opgesteld, de onderzoeker heeft geen keuzes gemaakt op basis van voorkeur of mening. Alleen op basis van bewijzen uit de verkregen literatuur en de verkregen resultaten uit de vorige focusgroep. Hierdoor is de validiteit van het onderzoek vergroot.

Bij de focusgroepen heeft de onderzoeker communicatieve vaardigheden ingezet om zoveel mogelijk gegevens te verzamelen die relevant zijn voor het onderzoek. Toch zijn er ook irrelevante gegevens verzameld tijdens de focusgroepen. Dit omdat het tijdens de focusgroepen lastig voor de onderzoeker was om relevante en irrelevante gegevens van elkaar te scheiden. Dit heeft er ook voor gezorgd dat de onderzoeker een leercurve is doorgegaan en in de tweede focusgroep gerichtere vragen heeft gesteld om zoveel mogelijk relevante informatie te verkrijgen. Doordat een onafhankelijke onderzoeker aanwezig was bij de focusgroep, is ervoor gezorgd dat de focusgroep zoveel mogelijk in de goede banen is geleid. Dit kan ervoor hebben gezorgd dat de validiteit van het onderzoek is aangetast.

Het contact met de praktijk is goed verlopen. Er is regelmatig mailcontact geweest om de praktijk op de hoogte te brengen van de voortgang, daarnaast hebben er afspraken plaatsgevonden wanneer dat nodig was. Hierbij werden ook de verwachtingen van de praktijk en vanuit de onderzoeker uitgesproken om zo op één lijn met elkaar te blijven. Daarnaast heeft er ook regelmatig overleg plaatsgevonden met de critical friends waarbij feedback werd gegeven en vragen werden beantwoord.

De onderzoeker heeft gebruik gemaakt van Kwalitan en Microsoft Word. Voor Kwalitan is er een korte online cursus gevolgd, om bekwaam te worden met het programma. Doordat de onderzoeker bekwaam en bekend is met beide programma's is de kans verkleind op toevallige fouten.

Ondanks de kleine kanttekeningen voor de validiteit en betrouwbaarheid binnen dit onderzoek zijn de resultaten wel bruikbaar. Er is namelijk antwoord gegeven op wat de opdrachtgever en onderzoeker wilden onderzoeken hierdoor is het onderzoek wel bruikbaar. Ondanks meningsverschillen, kon er een duidelijke conclusie worden getrokken vanuit de verkregen resultaten uit het praktijkonderzoek.

Hoofdstuk 5: Aanbevelingen

Binnen dit hoofdstuk worden de aanbevelingen beschreven die voortkomen vanuit het onderzoek. Bij het opstellen van de aanbevelingen is rekening gehouden met relevantie, haalbaarheid en bruikbaarheid. De aanbevelingen zijn voorgelegd aan de opdrachtgever.

Omscholing CB-assistenten

Vanuit de praktijk is naar voren gekomen dat een CB-assistent meer zou kunnen betekenen op het consultatiebureau, aangezien zij ook het gezicht van het consultatiebureau is. Om meer taken uit te voeren als CB-assistent is er scholing nodig, daarom werd vanuit de praktijk aangegeven dat de CB-assistent opgeleid zou kunnen worden tot doktersassistent en ook om alleen nog doktersassistenten aan te nemen voor de taken van de CB-assistent, om zo bijvoorbeeld extra taken, zoals vaccineren of een ogentest doen, uit te kunnen voeren. Daarom de volgende aanbeveling:

- Het advies voor de praktijk is om de CB-assistenten om te scholen tot doktersassistenten, zodat ze ook een aantal extra taken op het consultatiebureau uit kunnen voeren. En daarnaast ook alleen nog doktersassistenten aan te nemen voor de functie van CB-assistent.

Extra scholing voor verpleegkundigen en doktersassistenten

Vanuit de praktijk is naar voren gekomen dat de verpleegkundige binnen het JGZ-team veel taken van de arts kan overnemen. Zoals veel contactmomenten, op het eerste, drie maanden en zes maanden contactmoment na. Hiervoor zal de verpleegkundige door bijvoorbeeld de arts scholing moeten krijgen om de handelingen die plaatsvinden tijdens deze extra contactmomenten uit te kunnen voeren. En zal er te allen tijde een achterwacht van een arts aanwezig moeten zijn, dat als er alarmbellen zijn bij een kind, dan de arts ingeschakeld kan worden. Daarnaast moet er gebruik worden gemaakt van duidelijke protocollen/scholingsplannen om de verpleegkundigen op te laten leiden door de arts. Maar ook de doktersassistent zou geïntroduceerd kunnen worden binnen het CB en zou dus taken over kunnen nemen van de verpleegkundige, maar ook daar is scholing voor nodig. Daarom de volgende aanbeveling:

- Het advies voor de praktijk is om de verpleegkundigen scholing te geven in handelingen zoals bijvoorbeeld hartjes luisteren, door de aanwezige arts aan de hand van een duidelijk protocol of scholingsplan. Zodat de verpleegkundige specifieke contactmomenten van de arts over kan nemen. En doktersassistenten extra scholing te geven, zodat ze taken van de verpleegkundige over kunnen nemen, zoals contactmomenten en vaccineren.

Vervolgonderzoek naar behoefte ouders en kinderen

Vanuit de praktijk is naar voren gekomen dat GGD Fryslân wel heel veel kan en wil veranderen, maar dat er meer moet worden gekeken naar de behoefte van de ouders en de kinderen. Dit omdat GGD Fryslân misschien wel niet meer zo goed aansluit bij de behoefte die buiten de GGD ligt. Door naar de behoefte van de ouders en kinderen te kijken, kan GGD Fryslân ervoor zorgen om nog beter bij de behoefte aan te sluiten en daardoor ook gericht de contactmomenten in te zetten. Ook kan hierdoor met een ander perspectief gekeken worden naar een nieuwe taakverdeling. Wat en wie is er nodig op bijvoorbeeld het CB. Hiervoor is een vervolgonderzoek nodig naar de behoefte van de ouders en kinderen. Daarom de volgende aanbeveling:

- Het advies voor de praktijk is om een vervolgonderzoek te doen onder de ouders en de kinderen naar de behoefte vanuit hun perspectief. Hierbij kan dan onderzoek worden gedaan naar op welke manier de contactmomenten van de GGD Fryslân ingedeeld moeten worden volgens de ouders en de kinderen.

Bibliografie

- AJN. (2018). Wat doet de jeugdarts - Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland. Geraadpleegd 25 maart 2019, van <http://ajnjeugdartsen.nl/de-jeugdarts/wat-doet-de-jeugdarts/>
- Baarda, D. B. (2017). *Dit is onderzoek!: handleiding voor kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (7e ed.). Groningen, Nederland: Noordhoff.
- BKV. (2016). Functieomschrijving jeugdarts 0-19 jaar. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://bkv.jobs/nl/functieomschrijving-jeugdarts-0-19-jaar>
- Bos, M., Van Heerwaarden, Y., & Lacroes, C. (2016). Klaar voor de ouder van de toekomst. Geraadpleegd op 14 maart 2019, van <https://assets.ncj.nl/docs/f69ce866-f8e8-4b01-b71f-3b197f974e75.pdf>
- Bosch, S. T. (2015, 9 maart). Effecten van technologie in de zorg op het gebied van arbeid. Geraadpleegd op 2 maart 2019, van <file:///C:/Users/daphn/Downloads/technologie%20in%20de%20vvt%20mbt%20%20arbeid.pdf>
- Bruurs, M. J. H. (2005, 15 maart). Het ijs is gebroken. Geraadpleegd op 8 maart 2019, van <https://www.medischcontact.nl/nieuws/laatste-nieuws/artikel/het-ijs-is-gebroken.htm>
- Bulcke, M., Kinoo, M., Merckx, H., & Schaumont, T. (2014). Profiel van de jeugdverpleegkundige. Geraadpleegd op 6 maart 2019, van https://www.vwvj.be/sites/default/files/profiel_jeugdverpleegkundige_2.pdf
- Capaciteitsorgaan. (2019, 19 maart). Onderzoeksrapporten Capaciteitsplan Medisch Specialismen - Capaciteitsorgaan. Geraadpleegd op 1 april 2019, van <https://capaciteitsorgaan.nl/onderzoeksrapporten-capaciteitsplan-medisch-specialismen/>
- Concilium. (2015, maart). De arts M en G. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <http://www.nvag.nl/afbeeldingen/2015/nieuwsberichten/Nieuw%20competentieprofiel%20Arts%20M>
- Fischer, T., & Julsing, M. (2014). *Onderzoek doen!: kwantitatief en kwalitatief onderzoek* (7e ed.). Groningen, Nederland: Noordhoff Uitgevers.
- Fluitman, S. (2019). *Taakdifferentiatie* (scriptie). Geraadpleegd van <https://publiekegezondheid.nl/docs/publicatie/taakdifferentiatie-in-de-jgz.pdf>
- Fulton, B. D., Scheffler, R. M., Sparks, S. P., Auh, E. Y., Vujicic, M., & Soucat, A. (2011, 11 januari). Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence. Geraadpleegd op 6 maart 2019, van <https://human-resources-health.biomedcentral.com/articles/10.1186/1478-4491-9-1>
- Gevolgen? (z.d.). Geraadpleegd op 1 maart 2019, van <https://socialstudiespo.webs.com/gevolgen.htm>
- GGD Fryslân. (z.d.). GGD Fryslân - GGD Fryslân. Geraadpleegd op 2 maart 2019, van <https://www.ggdfryslan.nl/>

- GGD Fryslân. (2018a). *Consultatiebureau assistent*. Verkregen van praktijk.
- GGD Fryslân. (2018b). *Pedagoog*. Verkregen van praktijk.
- GGD Gelderland-Midden. (2010, 15 december). *Jeugd & gezondheid*. Geraadpleegd op 4 maart 2019, van https://www.vggm.nl/ggd/jeugd_en_gezondheid
- 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 10 maart 2019, van <http://www.platformzorgmasters.nl/cms/wp-content/uploads/2012/06/IQ-healthcareRapport-taakherschikking.pdf>
- KAMG. (2016, 3 november). *Opleidingsplan Arts Maatschappij en Gezondheid*. Geraadpleegd op 25 maart 2019, van <http://ajnjeugdartsen.nl/wp-content/uploads/2016/12/161206-BV-4A2-161103-Versie-3.1-Opleidingsplan-Arts-Maatschappij-en-Gezondheid.pdf>
- Kredo, T., Adeniyi, F. B., Bateganya, M., & Pienaar, E. D. (2014, 1 juli). Attention Required! | Cloudflare. Geraadpleegd op 3 mei 2019, van <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007331.pub3/full?highlightAbstract=withdrawn%7Ctask%7Cshift%7Cshifting>
- Kramer, M. L. (2019). *Taakherziening in de jeugdgezondheidszorg* (scriptie). Verkregen door praktijkbegeleider.
- Kwalitan. (2018). *Kwalitan*. Geraadpleegd op 18 maart 2019, van <https://www.kwalitan.nl/index.php>
- L' Hoir, M. P., Mulder, J. C., Van Sleuwen, B. E., & Engelberts, A. C. (2017). *Zorg voor het volgende kind na een wiegendoodkind, een begeleidingsprogramma*. Geraadpleegd op 10 maart 2019, van file:///C:/Users/daphn/Downloads/begeleidingsprogramma_zorg_volgend_kind_na_wiegendood-kind.pdf
- Landelijk Opleidingsoverleg Pedagogiek. (2009, maart). *Opvoedingsrelaties versterken*. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van https://www.vereniginghogescholen.nl/system/profiles/documents/000/000/031/original/opl._20en_20comp._20profiel_20pedagogiek.pdf?1437563937
- 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. Geraadpleegd op 15 maart 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4493821/>
- Merkle, F., Ritsema, T. S., Bauer, S., & Kuilman, L. (2011). The physician assistant: Shifting the Paradigm of European medical practice? Geraadpleegd op 6 maart 2019, van <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3484637/>
- NVDA. (2014, februari). *Beroepscompetentieprofiel Doktersassistent*. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://www.nvda.nl/wp-content/uploads/2017/08/NVDA-beroepsprofiel-boekje-2014-def.pdf>
- Oskam, E., Van Lokven, E. M., Boere-Boonekamp, M. M., Campman, T. H. M. T., Luttmer, L. C. F., Swagerman-van Hees, M. B., & van Woudenberg, A. M. (2013) *Nederlands Leerboek Jeugdgezondheidszorg Deel B* (7^e ed.). Assen, Nederland: Van Gorcum.

- Petersen, I., Lund, C., Bhana, A., Flisher, A. J., & The mental Health and Poverty Research Programme Consortium. (2011, 15 februari). A task shifting approach to primary mental health care for adults in South Africa: human resource requirements and costs for rural settings. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://academic.oup.com/heapol/article/27/1/42/661187>
- Planbureau voor de leefomgeving. (z.d.). Wat zijn de gevolgen van de vergrijzing? - PBL Planbureau voor de Leefomgeving. Geraadpleegd op 5 maart 2019, van <https://www.pbl.nl/vraag-en-antwoord/wat-zijn-de-gevolgen-van-de-vergrijzing>
- Poortinga, E. (2018, 30 maart). Focusgroep reflectie: Voordelen en nadelen van de methode - Studiemeesters. Geraadpleegd op 3 april 2019, van <https://www.studiemeesters.nl/studietips/focusgroep-reflectie-voordelen-en-nadelen-van-de-methode/>
- Stichting Hogeschool van Arnhem en Nijmegen. (z.d.). De verpleegkundige in 2020: competentiegebieden. Geraadpleegd op 4 maart 2019, van https://www.han.nl/werken-en-leren/studiekeuze/bachelor/verpleegkunde/_attachments/beroepsprofiel_verpleegkundige_-_canmeds_rollen.pdf
- V&VN. (z.d.). Taakherschikking. Geraadpleegd op 4 maart 2019, van <https://www.venvn.nl/Themas/Arbeidsmarkt/Taakherschikking>
- V&VN. (z.d.-b). eHealth in de praktijk. Geraadpleegd op 25 maart 2019, van <https://www.venvn.nl/Themas/eHealth-in-de-praktijk>
- Van der Molen, H. T., Kluytmans, F., & Hommes, M. A. (2011). *Gespreksvoering: basisvaardigheden en gespreksmodellen* (7e ed.). Groningen, Nederland: Noordhoff.
- Verhoeven, N. (2011). *Wat is onderzoek? Praktijkboek methoden en technieken voor het hoger onderwijs* (4e ed.). Den Haag, Nederland: Boom Lemma.
- Zwijnenberg, N. C., & Bours, G. J. J. W. (2011). Nurse practitioners and Physician Assistants in Dutch hospitals: their role, extent of substitution and facilitators and barriers experienced in the reallocation of tasks. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1235–1246. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2011.05823.x>

Bijlage A: Zoektermen

Nederlandse zoekterm	Synoniem 1	Engelse zoekterm	Synoniem 1
Competentieprofiel	beroepsprofiel	competency profile	
Jeugdgezondheidszorg		Youth health care	Public health care
Taken	Rollen	Task	Action
Verpleegkundig specialist		Nurse practitioner	
Jeugdverpleegkundige		Youth nurse	
Jeugdarts		Youth doctor	Youth physician
Doktersassistent		Doctor's assistant	
Consultatiebureau assistent		Youth counselling assistant	
Pedagoog		Pedagogue	
Taakherziening	Taakherschikking	Task rearrangement	Task shifting
Physician Assistent		Physician assistant	
Consultatiebureau		well-baby clinic	youth counselling clinic
Digitalisering		digitization	
Wegen		Weigh	
Ouders		Parents	

Bijlage B: Zoekstrategie

Database	Via	Zoektermen	Totaal aantal hits	Hits na in- en exclusiecriteria	Auteur	Titel	jaar
Google		Competentieprofiel Jeugdarts	10100	1 (Pagina 1 tot 5 bekeken)	Concillium KAMG	Nieuw competentieprofiel voor de arts voor Maatschappij en Gezondheid	September 2014
Google Scholar		Competentieprofiel Jeugdarts	52	1	Bulcke, M., Kinoo, M., Merckx, H., & Schaumont, T.	Profiel van de Jeugdverpleegkundige	Mei 2014
Google		Doktersassistent beroepsprofiel	28200	1 (Pagina 1 tot 5 bekeken)	Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)	Beroepscompetentieprofiel Doktersassistenten	Februari 2014
Google		Competentieprofiel Pedagoog	29900	1 (Pagina 1 tot 5 bekeken)	Landelijk Opleidingsoverleg Pedagogiek	Opvoedingsrelaties versterken	Maart 2009
PubMed		task shifting nurse practitioner OR general practitioner to doctor s assistant	15	1	Martinez-Gonzalez, N. A., Tandjung, R., Djalali, S., & Rosemann, T.	The impact of physician– nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review	Juli 2015
Google Scholar		task shifting nurse practitioner to lower health workers in well baby clinic	20700	1 (Pagina 1 tot 5 bekeken)	Fulton, B. D., Scheffler, R. M., Sparkes, S. P., Yoonkyung Auh, E., Vujicic, M., & Soucat, A.	Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence	Januari 2011
Scriptie voorganger				1	Kramer, M. L.	Taakherziening in de jeugdgezondheidszorg	Januari 2019
Scriptie voorganger				3	Fluitman, S.	Taakdifferentiatie in de JGZ	Januari 2019

Sneeuwbalmethode	Taakdifferentiatie in de JGZ			1	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	Januari 2012
Sneeuwbalmethode	Taakherziening in de jeugdgezondheidszorg			1	Zwijnenberg, N. C., & Bours, G. J. J. W.	Nurse practitioners and physician assistants in Dutch hospitals: their role, extent of substitution and facilitators and barriers experienced in the reallocation of tasks	September 2011
Sneeuwbalmethode	Taakdifferentiatie in de JGZ			1	Harmsen, M., Laurant, M., Van Achterberg, T., Hulscher, M., Wensing, M., Wollersheim, H., & Grol, R.	Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: Uitkomsten van literatuuronderzoek	Mei 2007
Sneeuwbalmethode	Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: Uitkomsten van literatuuronderzoek			1	Bruurs cs, M.J.H	Het ijs is gebroken	Maart 2005
PubMed		Physician assistant AND task shifting	22	1	Merkle, F., Ritsema, T. S., Bauer, S., & Kuilman, L.	The physician assistant: Shifting the paradigm of European medical practice?	2011
Google Scholar		wegen ouders thuis vs consultatiebureau	694	1	L'Hoir, M. P., Mulder, J. C., van Sleuwen, B. E., & Engelberts, A. C.	Zorg voor het volgende kind na een wiegendoodkind, een begeleidingsprogramma	2017
Google		digitalisering consultatiebureau	17000	1 (Pagina 1 tot 3 bekeken)	Bos, M., van Heerwaarden, Y., & Lacroes, C.	Klaar voor de ouder van de toekomst	2016

Verkregen van Praktijk	1	GGD Fryslân	Consultatiebureau assistent	Oktober 2018
Verkregen van Praktijk	1	GGD Fryslân	Pedagoog	Februari 2018
Cochrane Library	1	Kredo, T., Adeniyi, F. B., bateganya, M. & Pienaar, E. D.	Task Shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy	Juli 2014
	Task shifting	4		

Bijlage C: Evidentietabel

Auteur (jaar)	Titel	Design	Populatie	Resultaat/Relevantie	Reikwijdte	Level of Evidence
Bos, M., van Heerwaarden, Y., & Lacroes, C.	Klaar voor de ouder van de toekomst	Artikel	843 ouders, waarvan 32 vragenlijsten zijn geïnccludeerd	De resultaten van dit onderzoek laten zien dat de persoonlijk contact nog steeds de voorkeur heeft, maar dat er in toenemende mate behoefte is aan diverse digitale hulpmiddelen op het gebied van (jeugd)gezondheidszorg.	Nationaal (Nederland)	C
Bruurs cs, M.J.H	Het ijs is gebroken	Artikel	Geen populatie	Uit dit artikel komt naar voren dat de PA de arts ondersteund door zelfstandig medische taken te verrichten, het beroeps- en opleidingsprofiel is ontwikkeld op basis van uitkomsten van een behoeftepeiling en de ervaringen over de opleiding zijn positief.	Nationaal (Nederland)	C
Bulcke, M., Kinoo, M., Merckx, H., & Schaumont, T.	Profiel van de Jeugdverpleegkundige	Rapport	Geen populatie	Dit rapport maakt inzichtelijk welke competenties jeugdverpleegkundigen moeten beheersen.	Mondiaal niveau	D
Concillium (Tijdschrift Theologie)	Nieuw competentieprofiel voor de arts voor Maatschappij en Gezondheid	Rapport	Geen populatie	Competentieprofiel van de Jeugdgezondheidszorg arts, gebaseerd op arts Maatschappij en Gezondheid.	Mondiaal niveau	D

Fluitman, S.	Taakdifferentiatie in de JGZ	Scriptie	6 JGZ artsen werkzaam bij GGD Fryslân	De resultaten van dit onderzoek laten zien dat JGZ-artsen positief tegenover taakherschikking staan, al vinden ze het wel belangrijk dat taakherschikking zorgvuldig gebeurd. Het helemaal loslaten van bepaalde taken vinden de JGZ-artsen een te grote stap.	Nationaal (Nederland)	C
Fulton, B. D., Scheffler, R. M., Sparkes, S. P., Yoonkyung Auh, E., Vujicic, M., & Soucat, A.	Health workforce skill mix and task shifting in low income countries: a review of recent evidence	Systematic Review	31 geïnccludeerde artikelen	Het onderzoek levert substantieel bewijs dat taakverschuiving een belangrijke beleids optie is om tekorten aan personeel te helpen verlichten. Hoewel taakverschuiving veelbelovend is, kan het zijn eigen uitdagingen meebrengen. En de meeste studies uit dit onderzoek vergelijken het nieuwe kader met het traditionele kader, maar het zou ook vergeleken moeten worden met de resultaten van zorg als er helemaal geen taakverschuivingen heeft plaatsgevonden.	Mondiaal niveau	A
GGD Fryslân	Consultatiebureau assistent	Rapport	Geen populatie	Dit rapport maakt inzichtelijk welke competenties Consultatiebureau assistenten moeten beheersen.	Nationaal (Nederland)	D

GGD Fryslân	Pedagoog	Rapport	Geen populatie	Dit rapport maakt inzichtelijk welke competenties Pedagogen moeten beheersen.	Nationaal (Nederland)	D
Harmsen, M., Laurant, M., Van Achterberg, T., Hulscher, M., Wensing, M., Wollersheim, H., & Grol, R.	Effecten van taakherschikking in de gezondheidszorg: Uitkomsten van literatuuronderzoek	Systematic Review	Van de 155 gevonden artikelen zijn 11 artikelen geïncludeerd	De resultaten van dit onderzoek laten zien wat de effecten zijn van taakherschikking van arts naar de verpleegkundige in de eerstelijns en tweedelijns gezondheidszorg op de gezondheid van de patiënt, de tevredenheid, de kwaliteit van zorg, de werklust en tevredenheid van artsen, het gebruik van zorgvoorzieningen en-middelen en de kosten daarvan.	Mondiaal niveau	A
Kramer, M. L.	Taakherziening in de jeugdgezondheidszorg	Scriptie	6 jeugdverpleegkundigen werkzaam bij GGD Fryslân.	de resultaten van dit onderzoek laten zien dat op het sociaal maatschappelijk domein verpleegkundigen taken zien die zij over kunnen nemen, maar binnen het medisch domein is er een verdeelde mening. Daarnaast wordt de functie van een verpleegkundig specialist als een optie gezien binnen het JGZ-team.	Nationaal (Nederland)	C

Kredo, T., Adeniyi, F. B., bateganya, M. & Pienaar, E. D.	Task Shifting from doctors to non-doctors for initiation and maintenance of antiretroviral therapy	Systematic Review	10 artikelen	Deze systematic review maakt inzichtelijk dat niet geschoold personeel taken van geschoold personeel over kan nemen.	Mondiaal	A
Landelijk Opleidingsoverleg Pedagogiek	Opvoedingsrelaties versterken	Rapport	Geen populatie	Dit rapport maakt inzichtelijk welke competenties Pedagogen moeten beheersen. Daarnaast wordt er inzichtelijk gemaakt hoe Pedagogen opgeleid moeten worden.	Nationaal (Nederland)	D
L'Hoir, M. P., Mulder, J. C., van Sleuwen, B. E., & Engelberts, A. C.	Zorg voor het volgende kind na een wiegendoodkind, een begeleidingsprogramma	Case study	Geen populatie	Deze case study maakt inzichtelijk welke invloed gewicht heeft op wiegendood en laat zien hoeveel procent een meting af mag wijken en dat ouders dus thuis hun kind kunnen wegen en meten.	Nationaal (Nederland)	D
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: a systematic review	Systematic Review	Van de 268 gevonden artikelen zijn 12 artikelen geïncludeerd	De resultaten van dit onderzoek laten zien dat getrainde verpleegkundigen vergelijkbare resultaten kunnen leveren als artsen. Het is bij de getrainde verpleegkundigen vooral belangrijk dat er protocollen zijn die ze kunnen volgen.	Mondiaal niveau	A

Merkle, F., Ritsema, T. S., Bauer, S., & Kuilman, L.	The Physician assistant: Shifting the paradigm of European medical practice?	Literatuuronderzoek	Geen populatie	De resultaten van dit onderzoek laten zien dat momenteel in drie Europese landen artsenassistenten opgeleid worden en werkzaam zijn. De onderwijsmodellen en de graden van de opleidingsinstituten verschillen.	Regionaal niveau	C
Nederlandse Vereniging van Doktersassistenten (NVDA)	Beroepscompetentieprofiel Doktersassistenten	Rapport	Geen populatie	Dit rapport maakt inzichtelijk welke competenties doktersassistenten moeten beheersen	Nationaal (Nederland)	D
Petersen, I. Lund, C., Bhana, A., & Flisher, J.	A task shifting approach to primary health care for adults in South Africa: human resource requirements and costs for rural settings	Systematic review	Geen populatie	De resultaten van dit onderzoek laten zien dat minder geschoold personeel taken kan uitvoeren van hoger geschoold personeel wat er voor zorgt dat de kloof van zorgprofessionals kleiner wordt.ten.	Mondiaal niveau	A

Zwijnenberg, N. C., & Bours, G. J. J. W.	Nurse practitioners and physician assistants in Dutch hospitals: their role, extent of substitution and facilitators and barriers experienced in the reallocation of tasks	Cross-sectional study	Bij 43 nurse practitioners en 13 physician assistants werkzaam binnen een ziekenhuis werden interviews en vragenlijsten afgenomen.	Verpleegkundigen besteden 25% en artsassistenten 40% van hun tijd aan medische procedures. Beiden voeren ze ook nieuwe taken uit of doen ze taken waar voorheen onvoldoende capaciteit voor was. Velen van hen ondervonden beleids, organisatorische, juridische, financiële of facilitaire problemen in de herverdeling van de taken.	Regionaal niveau	B
--	--	-----------------------	--	--	------------------	---

Bijlage D: Begripsdefiniëring

Begrip	Definitie
Digitalisering	Het gebruik van technologie om de gezondheid of de gezondheidszorg te verbeteren (V&VN, z.d.-b)
Consultatiebureau	Het consultatiebureau is een laagdrempelige plek waar je als ouder gratis terecht kan voor gezondheids- en opvoedingsvragen. Ook worden hier vaccinaties aangeboden, kinderen worden onderzocht en er wordt advies gegeven (GGD Fryslân, z.d.)
Zorgprofessional	Binnen dit onderzoek vallen de jeugdarts, pedagoog, jeugdverpleegkundige, doktersassistent en de CB assistent onder de term zorgprofessional.
Jeugdverpleegkundige	Een jeugdverpleegkundige werkt in principe met gezonde kinderen en is gespecialiseerd in de gezondheid en ontwikkeling van kinderen vanaf de geboorte tot 18 jaar (BKV, z.d.).
Jeugdarts	Een jeugdarts is een arts die zich heeft gespecialiseerd in jeugdgezondheid en zich bezig houdt met de gezondheidszorg van jeugdigen tussen de 0-18 jaar. De jeugdarts is de aangewezen specialist om de individuele en collectieve lichamelijke en geestelijke gezondheid van de opgroeiende jeugd – in relatie tot de leefomgeving – te onderzoeken, te interpreteren en te bevorderen. (AJN, 2018)
Consultatiebureau assistent	De consultatiebureau-assistent is het visitekaartje van het consultatiebureau, zij zijn de gastvrouw en zorg voor een goede doorstroming op het consultatiebureau. Ze meten en wegen de kinderen, plannen afspraken en signaleren/rapporteren bijzonderheden aan de arts of de verpleegkundige (GGD Fryslân, z.d.- a)

Doktersassistent	De doktersassistent vervult verschillende taken binnen de GGD, zoals aan de balie, het assisteren van de arts en de verpleegkundige, zintuigonderzoek en vaccineren. (NVDA, 2014)
Physician Assistant (PA)	De PA is een zorgprofessional die onder toezicht of in samenwerking met de arts werkt. Het beroep is afkomstig uit de Verenigde staten, maar heeft het afgelopen decennium ook andere landen bereikt, zo ook in Nederland(Merkle, Ritsema, Bauer, & Kuilman, 2011).
Nurse Practitioner (VS)	De VS is een zorgprofessional die medische procedures, traditioneel uitgevoerd door de arts uitvoeren. Daarnaast vullen zij het werk van de arts aan met nieuwe taken en taken waar voorheen onvoldoende capaciteit voor was (Zwijnenberg, 2011)

Bijlage E: Operationaliseringschema



Bijlage F: Topics focusgroep

Introductie:

- Voorstellen
- Nogmaals toestemming vragen voor opname, toestemmingsformulieren invullen.
- Doel van de focusgroep toelichten
- Opbouw van de focusgroep toelichten
- Geschatte tijdsduur
- Waardering voor de deelnemers benadrukken
- Toelichten wat er met de gegevens gebeurt

Kern:

- Brainstormen over taakherziening en competentieprofielen
- Onduidelijkheden over het onderwerp taakherziening behandelen

Start opname:

Beginnen met een ijsbreker:

Als wij uitvinders zijn voor GGD Fryslân en er is niks op het consultatiebureau, hoe moeten we het consultatiebureau dan inrichten qua taken? Wie zou dan wat doen?

Als er een tekort aan artsen bestaat, wie zouden dan taken over kunnen nemen van de arts en welke taken zijn dat dan? En wat is hiervoor nodig?

Topic	Vraag	Doorvragen
Taakherziening	Wat is er over taakherziening bij jullie bekend?	Wat zijn positieve punten van taakherziening? Wat zijn negatieve punten van taakherziening? Wat is jullie mening over taakherziening binnen de JGZ/ huidige taakverdeling ?
	Wat is er voor nodig om de taken te kunnen herzien?	Waarom?
	Welke zorgprofessional zou welke taken op zich kunnen nemen?	Waarom die taken?
	Wanneer handelingen geprotocolleerd worden, zouden ze dan eerder overgenomen kunnen worden?	Waarom dan wel of niet? En welke handelingen dan?
Competentieprofiel	Welke taken voeren jullie nu uit en wat zou hieraan veranderd kunnen worden?	Zijn er overeenkomsten in deze taken? Zijn er overbodige taken? Zijn er taken die vervangen kunnen worden door andere taken?
	Welke taken zouden ouders misschien over kunnen nemen?	Met en wege thuis?

Kan een nieuwe discipline een uitkomst bieden? Waarom wel of niet?

PA introduceren?

NP introduceren?

Voor wie kunnen deze nieuwe zorgprofessionals een uitkomst zijn en voor wie niet?

Wat is jullie mening over het toevoegen van een nieuwe zorgprofessional aan het multidisciplinaire JGZ-team?

Digitalisering

Is er digitalisering mogelijk binnen de GGD Fryslân?

Zo ja welke?

Zo nee, waarom niet?

Chatbox

FAQ pagina op de website van de GGD Fryslân?

App van de GGD met betrouwbare informatie

Afsluiting:

- Ruimte geven om nog wat toe te voegen
- Deelnemers nogmaals bedanken voor deelname aan de focusgroep
- Nogmaals uitleggen wat er met de verkregen gegevens gebeurt
- Toelichten dat nadat de focusgroep is verwerkt, samen met de deelnemers de inhoud wordt gecontroleerd (Member-checking)

Bijlage G: Uitnodigingsmail

Geachte ,

Mijn naam is Daphne Poelman, vierdejaarsstudent van de opleiding Verpleegkunde aan de NHL Stenden Hogeschool te Leeuwarden. Zoals u wellicht heeft gehoord, ben ik één van de studenten die momenteel onderzoek doet in opdracht van GGD Fryslân.

Dit onderzoek is een vervolgonderzoek over het onderwerp taakherziening, waarbij ik naar de bestaande competentieprofielen van het multidisciplinaire JGZ-team ga kijken en hoe we hierbinnen de taken eventueel opnieuw kunnen verdelen en wat daarvoor nodig is. De centrale vraag hierbij is: *Hoe kunnen de taken uit de competentieprofielen van de verschillende zorgprofessionals, werkzaam binnen de multidisciplinaire JGZ-teams van de GGD Fryslân, worden herzien en wat is de mening van het multidisciplinaire JGZ-team ten opzichte van een nieuwe taakverdeling?*

Om de hoofdvraag te kunnen beantwoorden is input nodig van diverse zorgprofessionals van essentieel belang. Daarom ga ik focusgroepen organiseren om achter de meningen van de zorgprofessionals te komen over dit onderwerp. De afdeling P&O heeft voor mij willekeurige focusgroepen samengesteld, op basis van een aantal criteria. Hierbij bent u geselecteerd als potentiële kandidaat voor mijn onderzoek!

Het onderzoek vindt, afhankelijk van de beschikbaarheid van de andere kandidaten, plaats tussen 15 en 26 april 2019, met uitzondering van paasmaandag (22 april). De focusgroep zal maximaal 1,5 uur duren, hierbij is rekening gehouden met een kleine pauze en mogelijke uitloop. De focusgroep zal eenmalig plaatsvinden, met maximaal 7 andere kandidaten (geselecteerd uit verschillende teams en met verschillende functies). De focusgroep zal plaatsvinden op het centrale kantoor aan de Harlingertrekweg 58 in Leeuwarden, onder werktijd. Dit betekent dat de tijd die u aan de focusgroep kwijt bent, mag schrijven als werktijd en ook de reiskosten worden vergoed door de organisatie.

Mijn vraag aan u is of u zou willen deelnemen aan de focusgroep? Dit houdt in dat de gegevens zullen worden opgenomen met een audio-opname en dat de data anoniem zal worden verwerkt in het onderzoeksverslag.

Zou u mij zo snel mogelijk (uiterlijk vrijdag 29 maart) willen laten weten of u bereid bent deel te nemen aan de focusgroep en zo ja, welke data/tijdstippen u beschikbaar bent?

Indien u bereid bent om deel te nemen aan de focusgroep, laat ik u zo snel mogelijk weten op welke datum de focusgroep zal plaatsvinden. Er wordt naar gestreefd om dit uiterlijk 2 april 2019 kenbaar te maken.

Bij vragen of onduidelijkheden, mag u mij ten alle tijden mailen op dit mailadres of bellen op 0610058112.

Ik zie graag uw reactie tegemoet,

Met vriendelijke groet,

Daphne Poelman

Bijlage H: Toestemmingsformulier

De deelnemer verklaart hierbij, op voor hem/haar duidelijke wijze, ingelicht te zijn over de aard, het doel en de methode van dit onderzoek.

De deelnemer begrijpt dat:

Zijn/haar medewerking aan dit onderzoek op elk moment stopgezet kan worden, zonder opgave van een reden hiervoor. De gegevens van dit onderzoek worden anoniem verwerkt, zonder herleidbaarheid naar de deelnemers. De opname wordt na de verwerking van de focusgroep vernietigd.

De deelnemer verklaart dat:

Hij/Zij volledig vrijwillig aan dit onderzoek meedoet en dat de resultaten van dit onderzoek verwerkt mogen worden in een verslag of wetenschappelijke publicatie. Hij/Zij geeft toestemming om de focusgroep op te nemen door middel van een audio-opname.

Met deze audio-opname zal vertrouwelijk worden omgegaan door de onderzoeker, dit houdt in dat alleen de onderzoeker, Daphne Poelman, de audio-opname zal horen en dat deze alleen wordt gebruikt om de resultaten van de focusgroep uit te kunnen werken.

De onderzoeker mag mij WEL / NIET benaderen voor member-checking. (Omcirkel het juiste antwoord).

Zo ja, mailadres:

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:

Bijlage I: Ruwe data

Transcript:

O: ' Er komt steeds meer vergrijzing in Nederland en daardoor gaan ze ook problemen binnen de JGZ voorzien. Er zijn natuurlijk functies die nu al schaars te krijgen zijn, en dat gaat straks nog veel meer gebeuren. Hoe moeten we dan binnen de JGZ er voor zorgen dat toch alle taken voorzien zijn. Dat alle kinderen toch alle zorg krijgen die ze nodig zijn. En hoe gaan we dan met taak-herziening dus door een nieuwe taakverdeling te maken op wat voor manier dan ook, hoe gaan we er dan voor zorgen dat deze zorg dan kwalitatief goed blijft en dat er genoeg mensen zijn om het uit te voeren. Daar zijn we naar op zoek, hoe denken jullie daarover en hoe zou het volgens jullie moeten. Wat zou volgens jullie een goeie manier zijn om te kijken over een paar jaar zou dit een optie zijn of misschien kunnen we daar nu al mee beginnen. We hebben hier al wat over gebrainstormd, wij zijn uitvinders en er is niks hoe kunnen, er is een consultatiebureau maar hoe moet het daar ingericht worden.'

D 1: ' Helemaal blanco overnieuw beginnen, zonder dat we de ballast hebben van de afgelopen honderd jaar.'

O: ' Ja, van alles wat er bij is komen kijken, hoe zou het dan ingericht moeten worden volgens jullie?'

D 1: ' Ja, je kan verschillende kanten op denk ik. Je kan kijken of vpk zo danig zijn opgeleid dat zij artsen taken kunnen overnemen. En welke dat dan zijn daar kun je nog over verschillen. Ik denk niet dat we helemaal zonder artsen kunnen, maar mogelijk op een aantal contactmomenten wel.'

D 2: ' Daarin is natuurlijk ook al heel veel gedaan.'

D1: ' Dat is ook al wel eens geprobeerd, in den landen gebeurt het ook wel op heel veel verschillende manieren, de een wipt er 3 contactmomenten uit, de andere een hele boel en een enkeling weer veel minder. Er is ook wel onderzoek naar gedaan , wat taakherziening tussen arts en vpk op het consultatiebureau betekent. Nou in ieder geval extra opleiding voor de vpk, veel coaching van artsen, in de praktijk er naast staan mensen leren hartjes luisteren, een achterwacht er bij. Ja dat kan allemaal, het kost geld in eerste instantie dus je moet er in geloven denk ik want het is duur. Als je ze zo wil opleiden.

D 3: ' Maarja, als ik naar mezelf kijk, zouden er misschien ook wel taken van de vpk naar de doktersassistent kunnen. Als ik naar PGO 5 kijk zie ik heel veel dingen die op het consultatiebureau gedaan worden, visustest, voeding slaap en etc. Van baby's moet je me nu niks vragen, maar vanaf 2,5 jaar zijn er wel mogelijkheden.'

D 1: ' Daar zitten ook wel mogelijkheden in, af en toe wordt er ook al heel voorzichtig geëxperimenteerd. In Joure zijn ze daar net mee begonnen. Dat is nog niet helemaal zoals het moest.'

D3: ' Diegene is ook alweer weg he'

D 1: ' Ja, dat doet nu iemand anders, maar goed dat is wel een probeerseltje. Het is ook niet erg om te falen natuurlijk. Zo leer je wel van nou, dit werkt dus niet zoals ik had gehoopt/gedacht. Dus je leert ook heel veel van je mislukkingen. Alleen we moeten natuurlijk wel verstandig omgaan met dat publiekelijke geld. Voordat we een experiment gaan doen, ook van te voren proberen te kijken of het kans van slagen heeft, staan we er achter, is het ook betaalbaar als het geen pilotgelden meer zijn.'

D 3: 'Valt het ook binnen de competenties.'

D1: 'Ja, hoe gaan we er de juiste mensen opzetten, moeten we opleiden, hoe zorgen we voor continuïteit als die mensen doorstromen, moeten we dan ook weer opleiden, gaan we pilots organiseren, gaan we het in 1x invoeren. Je kan er van alles voor verzinnen.'

O: 'Ja'

D 1: 'Als je het hebt over deze individuele optie, van vervanging van artsen door verpleegkundigen en hun taken die dan weer overgaan naar assistenten.'

O: 'En om wat voor taken zou het dan gaan?'

D1: 'Nou dat ligt er aan hoever wil je gaan?'

O: 'Ja, maar wat voor taken zouden we door kunnen schuiven zoals we er nu over nadenken?'

D2: 'Ik vind het wel praktisch, want er zijn natuurlijk ook best ouders die alleen maar voor vaccineren komen. En dat zou natuurlijk prima door de doktersassistent gedaan kunnen worden. Volgens mij is dat een heel simpel iets om door te schuiven.'

D 1: 'Als je daarbij een achterwacht hebt, bijvoorbeeld voor kunnen we wel prikken want het kind heeft koorts ofzo, dan zou de technische handeling prima bij de doktersassistent kunnen neerleggen.'

O: 'Dus met een achterwacht, zou het best zo kunnen zijn dat de vaccinatiemomenten, stel dat ze daar alleen voor komen, dan zou dat best naar de doktersassistent kunnen, als ik jullie goed begrijp?'

D2: 'Ja, dat is natuurlijk wel iets van deze tijd dat je gewoon in overleg gaat met de ouders van goh, wat is de behoefte van hun? Gedurende die eerste 4 jaar in ieder geval. Natuurlijk daarna ook nog wel, maar vooral in die eerste 4 jaar waarin je elkaar frequent ziet. Daarin zou je in het begin goed kunnen inventariseren wat ze nodig hebben. Sommige ouders geven heel duidelijk aan, soms is het het 1^e kind maar ook wel 2^e 3^e of nog meer, dan geven ze wel eens aan van ik wil wel graag alleen voor vaccinaties komen.'

D3: 'Meten en wegen doen ze er dan nog wel eens bij, maar dat kunnen wij ook.'

D2: 'Volgens mij is dat een vrij simpele ingreep en ook wel klantvriendelijk. Lijkt mij.'

D1: 'Ja, als ze dat duidelijk aangeven. Ik vind niet dat heel veel ouders dat doen. Je hebt er wel eens af en toe iemand die alleen voor wegen en meten komen. Maar daar kunnen we niet heel veel van spreken.'

D3: 'Nee, maar vaccinatieconsulten ook.'

D 1: 'Ja, maar zoveel hebben we daar niet van. Als ik naar mijn eigen ervaring kijk, hebben wij er af en toe eens 1.'

D3: 'Ja precies, maar we hebben ook herhaling van visuscontrole op 3 en 9 maanden, kan ook prima door mij, dat hoeft ook niet door een arts of vpk gedaan te worden.'

D 1: 'Nee.'

O: Staat hij aan? Mooi, ik denk dat we gaan beginnen met een aantal stellingen, waarin ik een beetje aangeef van nou er is eigenlijk niks, we hebben geen CB we hebben geen JGZ, we hebben helemaal niks, maar als er dan een CB moet komen hoe moeten we het dan inrichten? Daar hebben we een beetje over nagedacht en nouja, daar heeft de GGD natuurlijk over nagedacht. Vandaar dat we hier allemaal zijn en hoe het allemaal is ingericht. Maar als dat er allemaal niet is, hoe moet het CB dan

gerund worden? Wat denken jullie daarvan? Wie zou dan wat moeten gaan doen? Wat zou de arts dan moeten gaan doen? Wat zou de CB assistente dan moeten doen? Als wij gewoon mogen uitvinden en we allemaal mogen zeggen van nou dat wil ik doen en dat moet die doen en dat moet die doen? En we hebben geen competentieprofielen, we hebben geen takenpakket, we hebben helemaal niks. Maar we mogen gewoon zeggen van dit zou ik willen.

D5: Ik wil de medische vragen doen

Iedereen: hahaha

D5: ja

D6: ik wil dat de arts de medische vragen doet.

D5: ja

D6: maar ik denk ook dat je dat bij de deskundige moet houden.

O: En waar zouden we dan kunnen veranderen? Als we nu kijken, van we hebben nu dit, maar wat zouden we kunnen veranderen? Als ik hem meer zo stel?

D7: ja, ik weet niet, ik bedoel je hebt ook wel ouders bij de verpleegkundige en die willen dan toch nog eventjes dat er in de oren gekeken wordt of ehh

D5: laat ik hem anders zeggen niet de medische vragen maar de medische handelingen.

D7: en dan weet ik dus niet zo goed dat in de oren kijken dat dat een medische handeling is of dat dat

O: een twijfel geval?

D7: een twijfel geval is, of dat dat aangeleerd zou kunnen worden.

D5: jij heb het instrument niet, maar ik heb hem.

D7: Ja

D5: Dus daar zit ie eigenlijk wel een beetje.

D7: ja

D5: van, je zou het vast kunnen of kunnen leren, alleen het is nog niet zo

D7: Nee

D5: maar het zou wel kunnen

D7: Ja

D5: natuurlijk

O: en daar is dan scholing voor nodig.

D5 & D7: ja

O: Ja, oke

D7: en je hebt je materiaal er voor nodig.

O: en bijvoorbeeld een doktersassistent dan? Wat zou die moeten doen?

D8: Ogentest

O: Ogentest/visustest

D8: met 3 jaar en 9 maanden misschien.

D6: maar ogentest, de doktersassistent zit eigenlijk niet op het cb.

D9: Nee

O: Nee maar als die daar komt?

D5: het gaat er nu om dat je,

D9: Ja zou kunnen vaccineren.

D5: Ja

D9: Ogentest

O: en verder?

D6: Nou, ik zou beginnen bij het huisbezoek, in plaats van dat je externe screeners daarheen brengt, dat je dan de assistenten daarheen stuurt. Want dan heb je ook gelijk het ehh ruiken, proeven, voelen dat soort momentjes al. Dan op een gegeven moment komt met de geboorte de verpleegkundige binnen, maar dan ben je wel met het consultatiebureau bezig. Het is niet zo dat er allemaal externe mensen naar binnen komen, zodat je wel een team hebt dat daar mee bezig is.

O: Ja

D7: Ja, en ook meerdere ogen die dan thuis er naar kijken denk ik.

D6: ja, maar als je een screenster hebt die doet haar werk ook heel goed, daar zal ik niks van zeggen. Maar het is niet één automatisch van je team.

D7: nee

D6: het is wel iemand die daar buiten staat, dus die doet haar ding en die is weer weg. En ik denk dat je ook zelfs nog wel heel veel informatie als assistente ehhh algemene informatie bij de klant kunt laten.

Bijlage K: Advies praktijk opzet onderzoek / rapportage onderzoek

Naam student	Daphne Poelman
Opzet onderzoek	Taak-herziening binnen een multidisciplinair JGZ-team
Datum	03-04-2019

	Naam	Functie	Paraaf
Medewerker praktijk	Klaus Boonstra	programmamanager	

criterium	O	V	G	U
heeft een respectvolle houding, is omgevingsbewust en integer tijdens het uitvoeren van het onderzoek			x	
heeft een onderzoekende houding, is nieuwsgierig, creatief, zorgvuldig en transparant			x	
gebruikt expertise over de doelgroep			x	
kan de link leggen tussen het praktijkonderzoek en het eigen vakgebied			x	
stelt zich coöperatief op			x	
is in staat professioneel te communiceren met patiënten, vakgenoten en collega's			x	
is in staat om te leren van eigen ervaring en feedback van anderen			x	
De opzet onderzoek voldoet aan professionele normen, die in de instelling worden gehanteerd.			x	
De Opzet onderzoek is: 1.Praktisch uitvoerbaar Ja/Nee* (tijd, geld, organisatie) 2.Ethisch verantwoord Ja/Nee* (op vrijwillige basis deelnemen, anoniem, geen schadelijk gevolgen, geen valse voorstelling van zaken geven) *Indien met Nee beantwoord, graag toelichten:				

Cesuur:

O=onvoldoende, V=voldoende, G= goed, U=uitstekend

Bijlage 10 Advies praktijk Rapportage onderzoek

Naam student	Daphne Poelman
Rapportage onderzoek	Taak-herziening binnen een multidisciplinair JGZ-team
Datum	4-6-19

	Naam	Functie	Paraaf
Medewerker praktijk	Klaus Boonstra	programmamanager	

criterium	O	V	G	U
heeft een respectvolle houding, is omgevingsbewust en integer tijdens het uitvoeren van het onderzoek			x	
heeft een onderzoekende houding, is nieuwsgierig, creatief, zorgvuldig en transparant			x	
gebruikt expertise over de doelgroep			x	
kan de link leggen tussen het praktijkonderzoek en het eigen vakgebied			x	
stelt zich coöperatief op			x	
is in staat professioneel te communiceren met patiënten, vakgenoten en collega's			x	
is in staat om te leren van eigen ervaring en feedback van anderen			x	
kan resultaten van het onderzoek terugkoppelen aan betrokkenen			x	
heeft aangetoond opgedane kennis en inzicht toe te kunnen passen			x	
De Rapportage onderzoek voldoet aan professionele normen, die in de instelling worden gehanteerd.			x	
Het onderzoek voldoet aan de eisen die tussen student en opdrachtgever overeen zijn gekomen (in onderzoeksopzet).			x	
Onderzoeksuitkomsten zijn op logische wijze vertaald naar relevante, bruikbare en haalbare aanbevelingen			x	

Cesuur:

O=onvoldoende. V=voldoende. G= goed. U=uitstekend