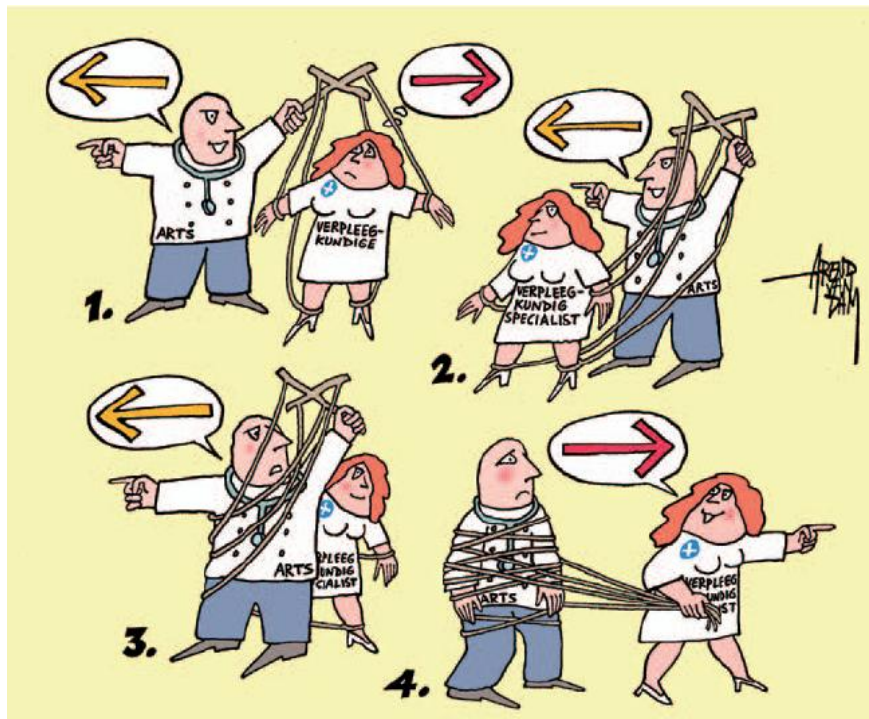


M. Fledderus

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

Een onderzoek naar de inzetbaarheid van de Nurse Practitioner



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

Een onderzoek naar de inzetbaarheid van de Nurse Practitioner

M. Fledderus
Gezondheidswetenschappen
Universiteit Twente

Werkgroep Advanced Nursing Practice
Enschede, 5 oktober 2006

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

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

Management summary

Aanleiding

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

Aanbevelingen:

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

Motivatie

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

Consequenties

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

Inhoudsopgave

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

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

Voorwoord

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

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

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

Enschede, 5 oktober 2006
Martine Fledderus

1. Inleiding

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

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

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

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

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

2. Probleemstelling

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

2.1 De opdracht

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

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

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

2.2 De onderzoeksvragen

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

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

De onderzoeksvraag is uitgewerkt in verschillende deelvragen:

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

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

2.3 Methoden van onderzoek

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

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

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

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

3. Wat houdt de opleiding Advanced Nursing Practice in?

3.1 Het ontstaan van Advanced Nursing Practice

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

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

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

3.2 De eisen van de opleiding ANP

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

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

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

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

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

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

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

3.3 De opleiding ANP

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3.4 Opleiding ANP Saxion Hogeschool Enschede

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

De taken die de Nurse Practitioner uiteindelijk heeft zijn:

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

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

¹⁵

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

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

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

3.5 Opleiding ANP Hogeschool Groningen

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

3.6 Opleiding ANP Hogeschool Utrecht

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

¹⁷ Informatiefolder (2006), Saxion Enschede

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

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

²⁰

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

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

4.1 Wat houdt de jeugdgezondheidszorg in?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2 Actoren op het gebied van de jeugdgezondheidszorg

4.2.1 Ministerie van VWS

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4.2.2 De gemeente

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

4.2.3 Overige actoren

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

4.3 Zorginstellingen van de jeugdgezondheidszorg in Twente

4.3.1 Thuiszorg

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

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

³⁴

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

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

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

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

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

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

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

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

4.3.2 GGD

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

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

4.4 Professionals in de jeugdgezondheidszorg Twente

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

4.4.1 Artsen en verpleegkundigen in de JGZ

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

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

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

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

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

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

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

“De jeugdverpleegkundige:

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

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

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

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

4.4.2 Professionals bij de thuiszorg regio Twente

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

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

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

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

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

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

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

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

4.4.3 Professionals bij de GGD regio Twente

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. Kan de NP worden ingezet in de jeugdgezondheidszorg?

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

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

5.1 Onderzoek Zorggroep Almere

5.1.1 Opzet van de pilot

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

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

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

"De Nurse Practitioner:

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

De Nurse Practitioner is in Nederland niet bevoegd tot:

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

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

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

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

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

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

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

5.1.2 Resultaten van de pilot

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.2 Onderzoek Stichting JGZ Groningen

5.2.1 Opzet van de pilot

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Taken waar de NP alleen voor verantwoordelijk is, zijn:

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

De CB-arts is verantwoordelijk voor:

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

5.2.2 Resultaten tot nu toe

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

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

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

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

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

5.3 Onderzoek bij JGZ 4-19 jaar

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

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

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

6. Opvattingen in het veld

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

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

6.1 Advies van de Raad van Volksgezondheid en Zorg

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.2 Reactie Algemene Vereniging Verpleegkundigen en Verzorgenden

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

6.3 Artsen (vereniging) Jeugdgezondheidszorg Nederland

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

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

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

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

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

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

⁸⁸

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

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

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

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

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

6.4 Beroepsverenigingen van de verpleegkundigen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

6.5 Consument

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

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

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

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

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

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

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

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

6.6 Nurse Practitioner

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Resultaten van de vragenlijsten

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

7.1 De respondenten

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

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

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

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

7.2 Opzet van de vragenlijst

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

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

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

7.3 Resultaten thuiszorginstellingen

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

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

7.4 Resultaten GGD

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

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

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

8. Conclusie

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

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

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

8.1 Wat houdt de opleiding Advanced Nursing Practice in?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. Aanbevelingen

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

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

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

10. Literatuurlijst

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

GGD Regio Twente (2005) jaarverslag 2004

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

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

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

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

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

Informatiefolder (2006), Saxion Enschede

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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