

TAAKHERSCHIKKING JGZ 0-4 JAAR



TNO innovation
for life

De huidige stand van zaken met betrekking tot het werken met taakherschikking in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0-4 jarigen is onderzocht. Uit het onderzoek blijkt dat ongeveer de helft van de JGZ-organisaties (gaan) werken met taakherschikking. Er is een grote variatie in gehanteerde werkwijzen. Daarnaast is er variatie in de gehanteerde criteria voor het toekennen van zorglijnen en de mate waarin deze criteria concreet staan beschreven.

TAAKHERSCHIKKING

De uitvoering van de JGZ wordt steeds meer flexibel ingericht qua aantal en timing van de contactmomenten, en er wordt toenemend gebruik gemaakt van taakherschikking. Bij de JGZ voor 0-4 jarigen wordt steeds vaker een werkwijze ingevoerd waarbij taakherschikking van jeugdarts naar jeugdverpleegkundige centraal staat.

De overwegingen voor het invoeren van deze taakherschikking kunnen divers zijn: het bieden van zorg op maat, de juiste inzet van kennis en competenties van professionals, of het omgaan met een tekort aan jeugdartsen.

DOEL

Het doel van dit onderzoek is het beschrijven van de huidige stand van zaken met betrekking tot het werken met taakherschikking in de zorg voor 0-4 jarigen. Hoeveel JGZ-organisaties hebben taakherschikking ingevoerd of zijn dit van plan? Welke werkwijzen worden hierbij gehanteerd?

DEFINITIES

In dit onderzoek zijn de volgende definities gehanteerd:

- Taakherschikking: verschuiving cq. herverdeling van taken en werkzaamheden naar andere disciplines.
- Zorglijnen: in een zorglijn wordt beschreven welke discipline, welke zorg, op welk moment biedt, gebaseerd op de situatie van jeugdige & gezin.

SCHEMATISCHE WEERGAVE VAN DE RESULTATEN VAN HET ONDERZOEK NAAR TAAKHerschikking IN DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VOOR 0-4 JARIGEN



* Bijvoorbeeld extra inzet verpleegkundig specialist of inzet jeugd-verpleegkundige op alle contactmomenten na de leeftijd van 14 maanden.

** Bijvoorbeeld 3 niveaus van zorg of extra zorglijn met MBO-geschoolde jeugdverpleegkundige.

ONDERZOEK

Door middel van een vragenlijst zijn in mei 2021 alle JGZ-organisaties bevestigd over taakherschikking 0-4 jaar. Daarnaast zijn, bij de organisaties die met taakherschikking 0-4 jaar (gaan) werken, de werkinstructies en andere documenten opgevraagd en geïnventariseerd. De vragenlijst is ingevuld door 29/37 (78%) organisaties. De functies van de respondenten waren als volgt verdeeld: 12 stafmedewerkers, 6 beleidsmedewerkers, 7 managers, 4 jeugdartsen.

INVOERING TAAKHerschikking

Een derde van de organisaties (9/29, 31%) werkt momenteel met taakherschikking, door inzet van (extra geschoolde) jeugdverpleegkundigen die taken van jeugdartsen overnemen. 6/29 (21%) organisaties gaan starten met taakherschikking, 7/29 (24%) zijn zich aan het oriënteren, en 7/29 (24%) organisaties zijn niet van plan te werken met taakherschikking.

De 15 (52%) organisaties die (gaan) werken met taakherschikking, werken vrijwel allemaal met zorglijnen (zie figuur). De werkwijze met twee zorglijnen is de

meest voorkomende variant. Hierbij is er sprake van een jeugdverpleegkundige (of 'basis') zorglijn met een minimaal aantal contactmomenten bij de jeugdarts en een gemengde (of 'extra zorg') zorglijn waarbij de contactmomenten afwisselend plaatsvinden bij de jeugdverpleegkundige en de jeugdarts.

IMPLEMENTATIE TAAKHerschikking

De wijze van implementatie van taakherschikking is heel gevarieerd. Veel organisaties geven aan dat zij voor de

scholing van de jeugdverpleegkundigen gebruik maken van de scholing 'Pluis – niet pluis' via de NSPOH. Tijdens deze scholing krijgen jeugdverpleegkundigen de vaardigheden aangeleerd om alle contactmomenten uit te voeren bij gezonde kinderen, inclusief onderdelen van het lichamelijk onderzoek. De taakherschikking wordt vaak gefaseerd ingevoerd in de loop van enkele jaren. De organisaties geven aan dat hierbij onder andere rekening gehouden dient te worden met de kosten (en tijd)

TABEL 1: DE TOP 5 VAN DE DOOR DE RESPONDENTEN GENOEMDE VOOR- EN NADELEN VAN TAAKHerschikking (N=29)

Voordelen (aantal keer genoemd)	Nadelen (aantal keer genoemd)
1. Optimale inzet middelen en professionals (waaronder schaarse jeugdartsen) (20x)	1. Jeugdartsen verliezen het normale beeld/contact gezin/zien minder (gezonde) kinderen (9x)
2. Meer uitdaging/andere taken mogelijk voor jeugdarts (11x)	2. Weerstand bij jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen (o.a. zwaardere belasting, kaders verantwoordelijkheden) (8x)
3. Meer uitdaging/deskundigheid voor jeugdverpleegkundige (10x)	3. Goede scholing en aandacht kwaliteit noodzakelijk, zorgen over gemiste problemen (7x)
4. Zorg op maat (9x)	4. Duurt lang voor jeugdverpleegkundige ingewerkt is en inzetbaar is (6x)
5. Meer continuïteit in zorgverlener voor ouder en kind (6x)	5. Hoge kosten implementatie (5x)

van initiële scholing, regelmatige bijscholing, vervanging tijdens scholing en inwerkperiode, en de aanschaf van onderzoeksmaterialen.

VOOR- EN NADELEN TAAKHerschikking

De respondenten geven diverse voor- en nadelen aan van het werken met taakherschikking (zie tabel 1). Het meest genoemde voordeel is de optimale inzet van middelen en professionals. Het meest genoemde nadeel is dat jeugdartsen minder (gezonde) kinderen zien en het normale beeld verliezen.

CRITERIA TOEWIJZING ZORGLIJN

Van 6 organisaties (van de 9 die werken met taakherschikking) zijn de werk-instructies ontvangen. Slechts 3 van deze organisaties hebben criteria beschreven voor toekenning van de gemengde (of 'extra zorg') zorglijn (zie tabel 2). Opvallend was de variatie in de gehanteerde criteria (prematuuriteit gedefinieerd als <34, <36 of <37 weken) en de concreetheit van de criteria ('slecht groeien').

Sommige organisaties hebben alleen de criteria beschreven voor tussentijdse consultatie van een andere discipline, waarna een kind weer terug gaat naar de 'basis'zorglijn.

In de documenten van 3/9 organisaties wordt specifiek beschreven dat aan het eind van een/alle contactmoment(en) de professional in samenspraak met de ouder bepaalt wanneer en in welke vorm het volgende contactmoment zal plaatsvinden.

GEHANTEERDE CONTACTMOMENTEN

De leeftijden van contactmomenten zijn beschreven in de documenten van 4 organisaties die werken met taakherschikking. Bij alle organisaties wordt het contactmoment op de leeftijd van 3 of 4 weken uitgevoerd door de jeugdarts. Daarnaast wordt bij 2/4 organisaties het contactmoment op 3 maanden uitgevoerd door de jeugdarts. Er is veel overlap in de leeftijden waarop de organisaties de contactmomenten 0-4 jaar aanbieden. Twee organisaties hebben diverse contactmomenten benoemd als 'flexibel' (uitvoering en vorm te bepalen in samenspraak met ouders/jeugdige) of 'variabel' (binnen bepaalde leeftijdsgrenzen). De grootste variatie is zichtbaar in de leeftijdsperiode 6-18 maanden.



TABEL 2: GEBRUIKTE CRITERIA VOOR TOEWIJZING GEMENGDE (OF 'EXTRA ZORG') ZORGLIJN (MET MEER CONTACTMOMENTEN BIJ JEUGDARTS)

criterium	Aantal organisaties
Prematuriteit	3
Small for gestational age (geboortegewicht < -2 SD voor zwangerschapsduur)	3
Lage Apgarscore na 5 min, ernstige asfyxie of slechte start	3
Ernstige aangeboren afwijking/aandoening/syndroom, leidend tot chronisch ziek zijn of handicap	3
Slecht groeien	3
Afwijkingen hartonderzoek/hartafwijkingen	3
Problemen eerste levensdagen: perinatale infectie, icterus, failure to thrive	2
Gezinsituatie waarvoor sociaal-medische aandacht gewenst is	2
Factoren uit voorgeschiedenis van het gezin die kans op medische problemen groter maken dan bij andere kinderen	2
Ontwikkelingsachterstand	2
Zorganalyse 'uit balans' (o.b.v. bijvoorbeeld Balansmodel Bakker of Samen Starten)	2
Hypo/hypertonie	1
Afwijkingen heuponderzoek	1
Geen oogcontact	1
Afwezige fundusreflex	1
Afwijkend bewegingspatroon	1
Adoptie	1
(vermoeden) koemelkeiwitalergie	1
Huidafwijkingen	1
Afwijkende stand voeten	1
Optrekken tot zit onvoldoende	1
Door handen heen glijpen	1
Excessief huilen	1

Gebaseerd op documenten van 3 organisaties die werken met taakherschikking waarin de criteria zijn beschreven.



CONCLUSIE

De helft van de 29 JGZ-organisaties die de vragenlijst heeft ingevuld werkt met taakherschikking in de zorg voor 0-4 jarigen, of gaat dit doen. Bij meerdere organisaties ontbreekt de beschrijving van de criteria voor het toekennen van zorglijnen. Daarnaast is er variatie in de gehanteerde criteria en is de beschrijving van deze criteria soms niet concreet ('slecht groeien') en lijken criteria te ontbreken.

Het is wenselijk dat organisaties een volledige en concrete beschrijving opstellen van de gehanteerde werkwijze, inclusief de criteria voor het toekennen van zorglijnen. Het verdient overweging om een meer uniforme werkwijze te ontwikkelen. Nader onderzoek naar de resultaten van taakherschikking (kwaliteit van zorg, tijdsinvestering en kosten) en de tevredenheid van professionals en ouders is wenselijk.

TNO.NL

CHILD HEALTH

Binnen het expertisegebied Child Health ligt de focus op preventieve zorg voor kinderen. Door aandacht voor geïntegreerde zorg en vroege preventie bij jeugdigen van -10 maanden tot 23 jaar, dragen wij bij aan het gezond en veilig opgroeien van kinderen.

TNO Child Health
Schipholweg 77-89
2316 ZL Leiden
Postbus 3005
2301 DA Leiden

T +31 (0)6 46 96 60 95
E meinou.theunissen@tno.nl