

Capaciteit van de jeugdgezondheidszorg in Nederland*

OMVANG, SAMENSTELLING EN REGIONALE VERSCHILLEN

Mariëlle Jambroes, Majda Lamkaddem, Karien Stronks en Marie-Louise Essink-Bot†

- DOEL** Het in kaart brengen van de capaciteit van de jeugdgezondheidszorg (jgz) in Nederland: hoeveel mensen werken er, met welke kwalificaties, en welke taken voeren zij uit? Deze informatie is van belang om te kunnen sturen op de capaciteit en dus op de kwaliteit en doelmatigheid van de jgz.
- OPZET** Landelijk vragenlijstonderzoek.
- METHODE** Een online vragenlijst die was gebaseerd op de kerntaken van public health volgens WHO-Europa, werd verstuurd naar alle beroepsbeoefenaren in de jgz. Respondenten (n = 3220) ontvingen de vragenlijst via organisaties die jgz uitvoeren.
- RESULTATEN** Uit 88% van de jgz-organisaties ontvingen wij een respons. De jgz is een multidisciplinair werkveld waarin naar schatting 7000 professionals werkten, omgerekend 4934 fte. Een meerderheid (62%) had meer dan 10 jaar werkervaring binnen de jgz. Er bestonden slechts kleine regionale verschillen in leeftijd en opleidingsniveau van de professionals. Alle kerntaken werden uitgevoerd. Het aantal kinderen per beroepsbeoefenaar varieerde tussen regio's van 688 tot 1007. Regionale verschillen in het aantal kinderen per beroepsbeoefenaar waren niet gerelateerd aan het percentage kinderen met overgewicht, het percentage kinderen dat in armoede leefde of dat in achterstandswijken leefde, of het percentage kinderen dat doorverwezen was naar de jeugdzorg.
- CONCLUSIE** Met dit onderzoek hebben we voor het eerst een schatting kunnen maken van het aantal professionals dat in Nederland in de jgz werkt en hun kwaliteit. Er is een regionale variatie in het aantal kinderen per professional die niet overeenstemt met de variatie in behoefte aan preventieve zorg. Dergelijke inzichten kunnen een indicatie geven voor verbetering van de beroepskrachtenplanning.

Preventieve zorg voor de jeugd richt zich op de fysieke, sociale, psychische en cognitieve ontwikkeling van kinderen van 0 tot 18 jaar op individueel niveau en populatieniveau.¹ In Nederland is het de jeugdgezondheidszorg (jgz) die uitvoering geeft aan deze zorg. De jgz is dus van belang voor de gezondheid van de huidige jeugd en die van de volwassenen van de toekomst. Maar is de capaciteit van onze jgz toereikend?

Veel Europese landen gebruiken richtlijnen voor het aantal professionals per aantal kinderen om de benodigde capaciteit van de preventieve zorg voor de jeugd te bepalen. De aantallen variëren van 1 verpleegkundige per 350 kinderen in Armenië tot 1 verpleegkundige per 2000 kinderen in Cyprus.² In Nederland kennen we deze richtlijnen niet. Evenmin hebben we inzicht in hoeveel en welke professionals precies werkzaam zijn in de preventieve zorg voor jeugd.

Voor een kwalitatief goede en doelmatige jgz is inzicht in de capaciteit nodig.³ Inzicht in het aantal professionals en de taken die zij uitvoeren is essentieel om te kunnen sturen op de benodigde capaciteit. Wij onderzochten hoeveel mensen met welke kwaliteiten werken in de jgz en welke taken zij uitvoeren. Regionale variatie in de capaciteit probeerden wij te verklaren aan de hand van het aantal kinderen in een regio en bepaalde indicatoren voor de

*Dit onderzoek werd eerder gepubliceerd in *Health Policy* (2015;119:1557-64) met als titel 'Enumerating the preventive youth health care workforce: size, composition and regional variation in the Netherlands'. Afgedrukt met toestemming.

UMC Utrecht, Julius Centrum, afd. Public Health, Utrecht.
Dr. M. Jambroes, arts maatschappij en gezondheid.
Academisch Medisch Centrum, afd. Sociale Geneeskunde, Amsterdam.

Dr. M. Lamkaddem, socioloog; prof.dr. K. Stronks, epidemioloog;
prof.dr. M.L. Essink-Bot†, arts maatschappij en gezondheid.
Contactpersoon: dr. M. Jambroes (m.jambroes@umcutrecht.nl).

behoefte aan preventieve zorg. Onze hypothese was dat er meer capaciteit beschikbaar is in regio's waar meer kinderen wonen of waar meer behoefte is aan preventieve zorg.

METHODE

Wij maakten gebruik van een methode die wij eerder ontwikkelden en testten om de capaciteit van de publieke gezondheidszorg multidisciplinair en over organisaties heen in kaart te brengen.⁴ Deze twee-stapsmethode is gebaseerd op de 10 kerntaken van de publieke gezondheidszorg zoals die gedefinieerd zijn door WHO-Europa.⁵ Eerst identificeerden we organisaties die de jgz uitvoeren en de professionals die daar werken; daarna werd informatie verkregen van individuele professionals over hun opleiding en de taken die zij uitvoeren.

Wij voerden een landelijk vragenlijstonderzoek uit. De term 'jgz-professional' werd gedefinieerd als een professional die bijdraagt aan de uitvoering van de jgz en werd geoperationaliseerd als een professional die jgz als onderdeel van zijn werk beschouwt en die ten minste 1 van de 10 kerntaken uitvoert. De kerntaken van de publieke gezondheidszorg werden gespecificeerd voor de jgz en individuele betrokkenheid bij de kerntaken werd via de online vragenlijst uitgevraagd.

VRAGENLIJST

De vragenlijst bestond uit 20 vragen, verdeeld in 3 onderdelen: (a) sociaal-demografische variabelen, (b) kenmerken van de functie, en (c) kerntaken.

Aan de hand van beleidsdocumenten, de Wet Publieke Gezondheid en de inbreng van jgz-experts formuleerden wij de kerntaken zó dat ze herkenbaar waren voor jgz-professionals: monitoren en signaleren van gezondheidsproblemen van de jeugd, psychosociale hulp bij incidenten, gezondheidsbescherming, gezondheidsbevordering, vroege opsporing en preventie van ziekten, integraal gezondheidsbeleid, opleiding en training, kwaliteit en financiering, onderzoek en innovatie, vangnetfunctie, en management & teamleiderschap. Die laatste kerntaak, management & teamleiderschap, werd op advies van de experts toegevoegd aan de WHO-kerntaken om de werkzaamheden van de jgz zo goed mogelijk te dekken. Bij alle kerntaken werden voorbeelden uit de praktijk toegevoegd ter ondersteuning van het invullen van de vragenlijst.

Op basis van een pretest onder 30 jgz-professionals werd de vragenlijst aangepast. Het invullen van de vragenlijst kostte ongeveer 10 minuten.

WERVING

Met hulp van de expertgroep werden alle organisaties die betrokken zijn bij de uitvoer van de jgz geïdentificeerd, inclusief landelijke public-healthorganisaties, universi-

teiten en het ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport. Binnen deze organisaties werden alle professionals die mogelijk taken van de jgz uitvoeren, uitgenodigd voor deelname.

De studie werd uitgevoerd in mei 2014 en vragenlijsten werden per e-mail verstuurd naar meer dan 7000 professionals. Een week na de uitnodiging werd een herinnering verstuurd en na 2 weken sloot de database.

ANALYSE

De samenstelling van de groep beroepsbeoefenaren werd omschreven aan de hand van leeftijd, geslacht, opleidingsniveau, opleiding (wel of niet medisch) en aantal jaren werkervaring in de jgz.

De omvang van de beroepsgroepen werd uitgedrukt in het absolute aantal fte's, het aantal kinderen per professional en het aantal kinderen jonger dan 5 jaar per professional. Voor een schatting van het totale aantal fte's op landelijk en regionaal niveau gingen we ervan uit dat jgz-professionals in de non-responsgroep evenveel uren in de jgz werkten als de respondenten.

Om regionale verschillen in de omvang en samenstelling van de beroepsgroepen in de jgz te onderzoeken verdeelden wij het land in 4 regio's: Noord (provincies Groningen, Friesland, Drenthe; ongeveer 1,7 miljoen inwoners), Oost (provincies Flevoland, Gelderland, Overijssel; ongeveer 3,5 miljoen inwoners), Zuid (provincies Noord-Brabant, Limburg; ongeveer 3,5 miljoen inwoners) en West (provincies Noord- en Zuid-Holland, Utrecht, Zeeland; ongeveer 7,9 miljoen inwoners). Elke organisatie die een vragenlijst had ontvangen, werd bij een van deze regio's ingedeeld.

Voor de analyse van regionale verschillen excludeerden wij de professionals die werkzaam waren bij landelijke organisaties (n = 29).

De uren die werden besteed aan de kerntaken, drukten wij uit in percentages van het totale aantal uren dat aan de kerntaken werd besteed.

RELATIE CAPACITEIT EN INDICATOREN VOOR ZORGBEHOEFTE

Kinderen van 0 tot 5 jaar worden in Nederland frequent gezien op het consultatiebureau, kinderen ouder dan 4 jaar worden veel minder frequent gezien.⁶ Daarom kan het percentage van de kinderen dat jonger is dan 5 jaar beschouwd worden als een indicator voor de behoefte aan jgz. Onze hypothese was dat er een verband zou zijn tussen de regionale variatie in het aantal kinderen jonger dan 5 jaar en het aantal jgz-professionals. Ook determinanten van de gezondheid van kinderen, zoals het percentage kinderen dat leeft in achterstandsgebieden, dat wordt verwezen naar jeugdzorg, dat leeft in armoede, en dat een schoolachterstand of overgewicht heeft, gebruikten wij als indicatoren voor de behoefte aan jgz. Wij

TABEL Kenmerken, samenstelling en omvang van de beroepsgroepen die werkzaam zijn in de Nederlandse jeugdgezondheidszorg, landelijk en regionaal*

kenmerk	landelijk (n = 3191)	Noord† (n = 328)	Oost† (n = 667)	West† (n = 1557)	Zuid† (n = 639)
geslacht, ♀; n (%)	3074 (96)	308 (94)	642 (96)	1502 (97)	622 (97)
leeftijd in jaren (SD)	48 (10,2)	50,3 (9,6)	47,5 (10,2)	46,9 (10,2)	47,5 (10,4)
> 10 jaar werkzaam in zelfde functie; n (%)	1969 (62)	234 (71)	420 (63)	322 (57)	431 (67)
werkuren/week (SD)	23,7 (7,3)	23,4 (7,1)	23,2 (7,0)	24,2 (7,4)	23,0 (7,2)
opleidingsniveau; n (%)					
middelhare school of vmbo	621 (19)	89 (27)	124 (19)	265 (17)	143 (22)
hbo: verpleegkunde	1418 (44)	129 (39)	309 (46)	681 (44)	299 (46)
hbo: overig	220 (7)	27 (8)	59 (9)	117 (7)	17 (3)
universiteit: geneeskunde	732 (23)	63 (20)	146 (22)	374 (24)	149 (23)
universiteit: overig	200 (6)	20 (6)	29 (4)	120 (8)	31 (6)
arts/verpleegkundige-ratio	0,51	0,49	0,47	0,55	0,49
omvang					
geschat totaal fte	4934,4	523,8	991,4	2649	770,2
geschat aantal kinderen per professional‡	779,4	742,3	866,3	688,1	1007,3
geschat aantal kinderen jonger dan 5 jaar per professional‡	181,9	162,5	194,9	168,9	223,1

fte = fulltime-equivalent.

* De aantallen zijn de aantallen respondenten op een online vragenlijst die was gericht aan alle organisaties die betrokken zijn bij de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg.

† De indeling in regio's is als volgt: Noord: provincies Groningen, Friesland, Drenthe; Oost: provincies Flevoland, Gelderland, Overijssel; Zuid: provincies Noord-Brabant, Limburg; West: provincies Noord- en Zuid Holland, Utrecht, Zeeland.

‡ Bron: CBS, <http://statline.cbs.nl/Statweb> (gegevens uit 2013).

onderzochten of regionale verschillen in het vóórkomen van indicatoren verband hielden met het aantal jgz-professionals in die regio.

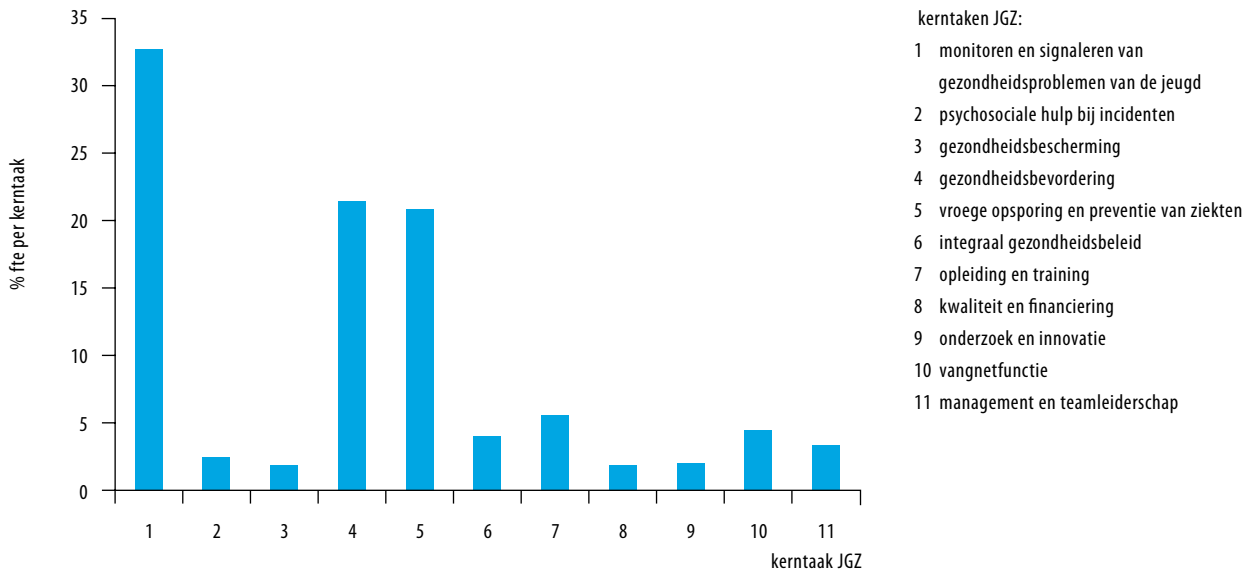
RESULTATEN

Van de 48 organisaties die zijn betrokken bij de uitvoer van de jgz, namen er 42 (88%) deel aan de studie. Binnen de organisaties was de deelname 51%. In totaal konden gegevens van 3220 professionals gebruikt worden voor analyse, van wie er 29 bij landelijke organisaties werkten. De tabel geeft een overzicht van de omvang en samenstelling van de beroepsgroepen in de jgz in Nederland. Voorbeelden van verschillende beroepsgroepen in de jgz zijn: artsen, verpleegkundigen, logopedisten, doktersassistentes, lactatiedeskundigen en pedagogen. Ongeveer twee derde van de professionals had > 10 jaar werkervaring in de jgz. De opleidingsniveaus waren verschillend: 19% had de middelbare school of voorbereidend middelbaar beroepsonderwijs (vmbo) afgerond, 44% was opgeleid als verpleegkundige en 24% als arts. In regio Noord waren de gemiddelde leeftijd en het aantal mensen met

een middelbare-schoolopleiding of vmbo-opleiding iets hoger dan het landelijke gemiddelde. In alle regio's waren er ongeveer 2 keer zo veel verpleegkundige als artsen. Het totaal aantal professionals was naar schatting 7000; dit komt overeen met 4934 fte. Het absolute aantal professionals per regio varieerde tussen de 524 en 2649 en het aantal kinderen per professional tussen de 688 en 1007. Het absolute en relatieve aantal professionals was het hoogst in West-Nederland. Het aantal kinderen jonger dan 5 jaar per professional per regio vertoonde een soortgelijke verdeling als het aantal kinderen per professional; in het noorden was het aantal kinderen jonger dan 5 jaar per professional het laagst.

De figuur geeft de verdeling weer van het percentage fte's dat alle professionals gezamenlijk besteedden aan de kerntaken. De meeste tijd werd besteed aan de kerntaken 'monitoren en signaleren', 'gezondheidsbevordering' en 'vroege opsporing en preventie van ziekten'. In alle regio's was de verdeling van werktijd over de verschillende kerntaken gelijk.

Wij vonden kleine regionale variaties in de indicatoren voor de behoefte aan jgz. Deze kleine verschillen konden



FIGUUR Verdeling van het totale aantal fte's in de jeugdgezondheidszorg (JGZ) over de kerntaken in de JGZ.

dit niet de regionale verschillen in het aantal professionals verklaren. In regio Noord woonde echter een relatief hoog percentage kinderen in achterstandsgebieden en was het aantal kinderen per professional iets hoger dan het landelijk gemiddelde.

BESCHOUWING

Dit is de eerste studie die inzicht geeft in de aantallen en kwalificaties van beroepsbeoefenaren in de Nederlandse jeugdgezondheidszorg en de taken die zij uitvoeren. De jgz wordt in Nederland uitgevoerd door een multidisciplinaire groep beroepsbeoefenaren met veel jaren werkervaring. Wij vonden regionale variatie in het aantal beroepsbeoefenaren: het aantal kinderen per professional liep uiteen van 688 tot 1007. De samenstelling van de beroepsgroepen verschilde niet veel tussen regio's. De variatie in de omvang van de beroepsgroep per regio hing niet samen met variatie in indicatoren voor de behoefte aan jgz. Of dit komt doordat de regio's te groot waren, waardoor eventuele lokale verschillen in zorgbehoefte en capaciteit verwaterden, of doordat de kwaliteit van de beschikbare gegevens over de indicatoren voor preventieve zorgbehoefte matig was, is op basis van onze bevindingen niet te zeggen. Daarom adviseren wij om de relatie tussen de capaciteit en de zorgbehoefte in kleinere regio's te onderzoeken en pleiten wij voor een landelijk uniforme registratie van epidemiologische gegevens over de gezondheid en determinanten van gezondheid van kinderen in Nederland.

Onze studie had wel enkele beperkingen. Niet alle relevante organisaties namen deel, en binnen de deelnemende organisaties was het percentage individuen dat de vragenlijst terugstuurde relatief laag (51%). Bovendien ging het om zelf-gerapporteerde gegevens.

INTERPRETATIE

De jgz is een multidisciplinair werkveld, maar alleen voor artsen bestaat een verplicht registratiesysteem. Daarom is het moeilijk om inzicht te krijgen in de totale capaciteit.⁷ De methode die wij gebruikten is wel geschikt om dit inzicht te verkrijgen.

Menskracht is in een dienstverlenende sector zoals de jgz een belangrijke parameter voor de kwaliteit van zorg. Er bestaan geen richtlijnen voor de benodigde capaciteit van de jgz. Wel vindt centraal sturing plaats op het aantal opleidingsplaatsen voor artsen in de jgz. Dit wordt uitgevoerd door het Capaciteitsorgaan, dat aan de hand van een ramingsmodel het ministerie van VWS adviseert over het aantal benodigde opleidingsplaatsen.⁸

Uit onze resultaten blijkt dat deze vorm van sturing beperkt blijft tot ongeveer een kwart van de totale capaciteit. Om te kunnen sturen op de totale capaciteit en om effecten van beleidsmaatregelen zoals taakherschikking te kunnen beoordelen, is een multidisciplinaire beroepskrachtenplanning noodzakelijk waarin op zijn minst de verpleegkundigen geïncorporeerd worden. Internationale studies naar beroepskrachtenplanning in de gezondheidszorg bevestigen de tekortkomingen van monodiscipli-

naire beroepskrachtenplanning en adviseren eveneens multidisciplinaire ramingen.⁹

Uit onze resultaten blijkt ook dat er regionale verschillen waren in de capaciteit van de jgz die niet verklaard konden worden door regionale verschillen in de behoefte aan jgz, als we afgaan op de indicatoren voor die behoefte. De huidige sturing op de beschikbare capaciteit voor de jgz ligt op regionaal niveau bij de individuele organisaties die beslissen hoeveel personeel ze aannemen; op landelijk niveau is er, zoals gezegd, alleen sturing op de opleiding van jeugdartsen. Onze resultaten suggereren dat er regio's zijn met onder- of overcapaciteit van de jgz, en onderstrepen de noodzaak van het ontwikkelen van richtlijnen voor de capaciteit van de jgz.¹⁰

Een belangrijk voordeel van onze methode is dat de capaciteit multidisciplinair en 'over organisaties heen' in kaart gebracht wordt. Bovendien geeft het resultaat inzicht in de taken die uitgevoerd worden. De kerntaken die de basis vormen van onze methode zijn gedefinieerd door WHO-Europa, zodat de methode mogelijk ook in andere landen toepasbaar is. Het is wel belangrijk nader te onderzoeken of de methode ook in een andere context toepasbaar is.

CONCLUSIE

Onze studie geeft inzicht in hoeveel mensen werkzaam zijn in de jeugdgezondheidszorg in Nederland, wat hun kwalificaties zijn en welke taken zij uitvoeren. De regionale variaties in de beschikbare capaciteit kunnen niet verklaard worden door de verschillen in de regionale indicatoren voor behoefte aan jgz. Dit lijkt erop te wijzen dat verbetering mogelijk is in de huidige beroepskrach-

- **Veel Europese landen hebben richtlijnen voor het aantal professionals per kind om de benodigde capaciteit van de preventieve zorg voor de jeugd te berekenen.**
- **Tot nu toe was er geen inzicht in de capaciteit van de Nederlandse jeugdgezondheidszorg (jgz).**
- **De jgz wordt in Nederland uitgevoerd door naar schatting 7000 professionals uit verschillende disciplines en met veel werkervaring.**
- **Er bestaan regionale verschillen in de capaciteit van de jgz die niet verklaard kunnen worden door verschillen in het aantal kinderen, noch door indicatoren voor de behoefte aan zorg.**
- **Het is belangrijk een richtlijn voor de capaciteit van de jgz te ontwikkelen.**

tenplanning. Om die planning te kunnen verbeteren is inzicht in de capaciteit van de beroepsgroepen essentieel. Onze methode levert dit inzicht en de gegevens kunnen gebruikt worden als empirische basis voor het verbeteren van beroepskrachtenplanning.

Belangenconflict en financiële ondersteuning: geen gemeld./Belangenconflict en financiële ondersteuning: ICMJE-formulieren zijn online beschikbaar bij dit artikel.

Aanvaard op 13 juli 2016

Citeer als: Ned Tijdschr Geneeskd. 2016;160:D779

> KIJK OOK OP WWW.NTVG.NL/D779

LITERATUUR

- 1 Wet publieke gezondheid. Staatsblad. 27 november 2014;449. <http://wetten.overheid.nl/BWBR0024705/2016-01-01>
- 2 WHO. Pairing children with health services; the results of a survey on school health services in the WHO European Region. Kopenhagen: World Health Organisation, regional office for Europe; 2010.
- 3 Gebbie KM. The public health workforce: key to public health infrastructure. *Am J Public Health.* 1999;89:660-1.
- 4 Jambroes M, van Honschooten R, Doosje J, Stronks K, Essink-Bot M. How to characterize the public health workforce based on essential public health operations? *Environmental public health workers in the Netherlands as an example.* *BMC Public Health.* 2015;15:750.
- 5 WHO. European Action Plan for Strengthening Public Health Capacities and Services. Malta: World Health Organisation, regional office for Europe; 2012.
- 6 Basistakenpakket Jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport; 2002.
- 7 Jambroes M, Essink-Bot ML, Plochg T, Stronks K. Capaciteit van de beroepsgroepen in de publieke gezondheidszorg. *Ned Tijdschr Geneeskd.* 2012;156:A4529.
- 8 Capaciteitsplan 2013: Deelrapport 4: Sociaal Geneeskundigen. Utrecht: Capaciteitsorgaan; 2013.
- 9 Kuhlman E, Batenburg R, Groenewegen PP, Larsen C. Bringing a European perspective to the health human resources debate: a scoping study. *Health Policy.* 2013;110:6-13.
- 10 Birch S, Kephart G, Tomblin Murphy G, O'Brien-Pallas L, Alder R, MacKenzie A. Human resources planning and the production of health: a needs-based analytical framework. *Canadian Public Policy.* 2007;33:S1-16.