



Flexibilisering in de jeugdgezondheidszorg: passende zorg voor alle kinderen

Paul L. Kocken · Meinou H. C. Theunissen · Janine Bezem · Arjan Huizing · Kitty C. B. P. van der Ploeg · Caren I. Lanting · Olivier A. Blanson Henkemans

Geaccepteerd op: 21 november 2024 / Published online: 10 december 2024
 © The Author(s) 2024

Samenvatting De jeugdgezondheidszorg (JGZ) ziet een toename van complexere problematiek bij kinderen, met name gerelateerd aan leefstijl en mentale gezondheid. Daarnaast is er een tekort aan jeugdartsen en -verpleegkundigen in de JGZ. Om extra zorg te kunnen leveren aan kinderen die dit het meeste nodig hebben, worden in JGZ-organisaties professionals vrijgemaakt. Dit geschiedt door een flexibelere uitvoering van aantal en vorm van de contactmomenten, en herschikking van taken tussen disciplines. Dit onderzoek vergelijkt drie JGZ-organisaties in de mate waarin zij flexibel werken. Inzicht wordt gegeven in het aandeel basiszorg- en extra zorgactiviteiten door de JGZ, en de inzet van de verschillende JGZ-disciplines (jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen, consultatiebureauassistenten en doktersassistenten). We maken gebruik van een steekproef uit het digitaal dossier JGZ van kinderen in de leeftijd van 0–12 jaar ($n = 15.776$). De meest geflexibiliseerde organisatie heeft de meeste kinderen in extra zorg en de minst geflexibiliseerde JGZ-organisatie de minste kinderen. De delegatie van taken van de jeugdarts naar de jeugdverpleegkundige is vooral zichtbaar bij het verrichten van extra zorg door de organisatie met een focus op taakherschikking. De meest geflexibiliseerde organisatie

heeft de hoogste ureninzet van jeugdartsen in de extra zorgactiviteiten, vooral bij 0–4-jarigen. Concluderend kunnen flexibilisering van contact (frequentie en vorm) en vrijere inzet van disciplines (taakherschikking) leiden tot meer inzet van extra zorg in de JGZ. Daarmee kunnen deze een rol spelen in het leveren van passende zorg. Verder onderzoek is echter nodig om het totaalbeeld te krijgen van factoren die, naast flexibilisering, de geboden JGZ-zorg bepalen.

Trefwoorden flexibilisering · taakherschikking · krapte arbeidsmarkt · jeugdgezondheidszorg · passende zorg

Flexibilization in preventive child health care: appropriate care for all children

Abstract JGZ institutions are transitioning towards a more flexible implementation of the number and content of contact moments and reallocation of tasks of JGZ professionals. This frees up manpower to provide extra care to children who need it. This study compares three JGZ organizations in the extent to which they work flexibly. Insight is given into the proportion of basic care and extra care activities and the deployment of JGZ disciplines (doctors, nurses, assistants) in a sample ($n = 15,776$) of children aged 0–12 years from the JGZ digital file. The most flexible organization has the most children in extra care. In the least flexible JGZ institution, the fewest children receive extra care. The delegation of tasks from youth doctor to youth nurse is especially visible when the organization provides additional care with a focus on task delegation. The most flexible institution has highest hourly deployment of youth doctors in extra care activities, especially with 0–4-year-olds. In conclusion, flexibilization of contact form and disciplines in the JGZ can lead to more use of extra care. Fur-

Dr. P. L. Kocken
 Sociale en Gedragswetenschappen, Erasmus Universiteit
 Rotterdam, Rotterdam, Nederland

Dr. M. H. C. Theunissen · A. Huizing · Dr. K. C. B. P. van
 der Ploeg · Dr. C. I. Lanting · Dr. O. A. Blanson
 Henkemans (✉)
 TNO, Child Health, Leiden, Nederland
 olivier.blansonhenkemans@tno.nl

Dr. J. Bezem
 Veiligheids- en Gezondheidsregio Gelderland Midden
 (VGGM), Jeugdgezondheidszorg, TNO, Child Health,
 Arnhem, Nederland



ther research is needed to gain a complete picture of factors that in addition to flexibility, determine the provision of JGZ care.

Keywords Flexible care delivery · Task reallocation · Tight labor market · Youth health care · Appropriate care

Inleiding

Verscheidene maatschappelijke ontwikkelingen dwingen zorgorganisaties, inclusief de jeugdgezondheidszorg (JGZ), hun werkwijze aan te passen. Om kwaliteit van zorg te behouden, biedt de JGZ meer passende geïntegreerde zorg in plaats van de traditioneel geprotocolleerde zorg. Bij een geprotocolleerde zorgaanpak krijgt ieder kind dezelfde basiszorg tijdens vastgestelde contactmomenten met een jeugdarts of verpleegkundige. Flexibilisering van de JGZ wordt gedefinieerd als het organiseren van meer passende zorg op maat door: 1) het op maat aanbieden van het aantal, de vorm (individueel face-to-face, online of in groepsverband) en de invulling (welke onderzoeken wel/niet verrichten) van de contactmomenten voor ouders en jongeren; 2) taakherschikking tussen JGZ-disciplines, te weten jeugdarts, jeugdverpleegkundige, consultatiebureau (CB)-assistente bij 0 tot 4-jarigen, en doktersassistente bij 4-jarigen en ouder.

Bij taakherschikking kunnen taken afgeschaald worden naar een lagere discipline, maar ook afspraken worden gemaakt over een specifieke discipline die een vast cohort kinderen/jongeren ziet, bijvoorbeeld een doktersassistente die alle 5-jarigen screent. Bij flexibilisering in de JGZ kan nieuwe technologie worden gebruikt, zoals online voorlichting en beeldbellen. Voor passende zorg op maat worden keuzen gemaakt op basis van de behoeften van het kind en in samenspraak met de ouder en/of het kind. De verwachting is dat ouders van de kinderen die extra zorg nodig hebben met geïntegreerde zorg in het preventieve domein versterkt worden in hun kennis en vaardigheden van opvoeden en opgroeien. Hiermee kan de druk op de specialistische zorg verlaagd worden [1]. Flexibilisering in de JGZ sluit aan bij de ontwikkelingen genoemd in de Toekomstagenda Publieke gezondheid voor jeugd [2].

Er is nog weinig onderzoek gedaan naar flexibilisering in de JGZ. Eerder onderzoek naar flexibilisering in de JGZ voor 0 tot 4 jaar toont aan dat taakherschikking van de jeugdarts naar de jeugdverpleegkundige haalbaar is, mits er bij de implementatie aandacht is voor acceptatie door professionals [3]. In de JGZ voor de leeftijdsgroep 4–12 jaar is onderzoek gedaan naar taakherschikking door een tweestapswerkwijze, waarbij doktersassistenten eerst alle cohorten kinderen screenen en na triage bepalen welke kinderen een vervolgonderzoek nodig hebben van een jeugdarts of een jeugdverpleegkundige. Deze aanpak draagt bij aan verlaging van de zorgkosten door minder inzet

van jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Tegelijkertijd is de toegankelijkheid van en de kwaliteit van de signalering door de JGZ vergelijkbaar met traditionele zorgmodellen waarbij alle kinderen op vaste contactmomenten worden gezien door een jeugdarts of -verpleegkundige [4–6].

Doel van dit artikel is om verdere onderbouwing te geven aan de flexibilisering van de JGZ en een bijdrage te leveren aan het behoud van de kwaliteit van de JGZ, ondanks de toename in zorgvraag en de beperkte capaciteit. Met deze onderbouwing kunnen zorgorganisaties weloverwogen beslissen of en hoe zij flexibilisering toepassen binnen hun praktijk. Daarvoor is onderzocht of bij een meer flexibele invulling van de contactmomenten door de JGZ er meer kinderen extra zorg geboden wordt, dan bij een minder flexibele aanpak, conform de doelstellingen van het landelijk professioneel kader [7].

De volgende onderzoeksvraag wordt beantwoord: zijn er naar gelang de mate en vorm van flexibilisering, verschillen tussen JGZ-organisaties 1) in de verhouding van kinderen gezien in de basiszorg en/of extra zorg en de activiteiten die verricht zijn per kind en 2) in de inzet van het type discipline (jeugdarts, jeugdverpleegkundige, CB- en doktersassistente) in de basiszorg en extra zorg? De hypothese is dat bij een flexibeler uitvoering van de JGZ er aan meer kinderen extra zorg geboden kan worden, met mogelijk minder inzet van jeugdartsen als gevolg van taakherschikking, in vergelijking met een minder flexibele uitvoering.

Methode

Het onderzoek heeft een observationeel onderzoeksontwerp en maakt gebruik van cohortdata uit de digitale kinddossiers van de JGZ (DD JGZ). Deze data werden routinematig verzameld bij kinderen die contact hadden met de JGZ. We vergeleken drie JGZ-organisaties met een verschillende mate van flexibilisering van de uitvoering. Per organisatie deden telkens drie JGZ-centra mee.

Setting van het onderzoek en selectie van JGZ-organisaties

Bij aanvang van het onderzoek werd een vragenlijst uitgezet bij managers van 38 JGZ-organisaties om de mate en wijze van flexibilisering te bepalen. Er werd gevraagd naar de vorm van de contactmomenten, taakdifferentiatie, risicotaxatie, voorlichtingsmethoden en samenwerking in het sociale domein. Op basis hiervan werd de mate bepaald waarin de JGZ-organisatie was geïntegreerd. In totaal beoordeelde 15 managers hun organisatie als ‘matig flexibel’ (46,7%), ‘redelijk flexibel’ (40,0%) of ‘heel flexibel’ (13,3%) (zie de kolom benchmark in tab. 1). Drie JGZ-organisaties werden geselecteerd op basis van hun mate en vorm van flexibilisering. Door deze *purposive sampling* kon een contrast worden aangebracht

Tabel 1 Details van wijze van flexibiliseren van de drie deelnemende JGZ-organisatie en benchmark van vijftien JGZ-organisaties

flexibiliseringsfactor	organisatie A	organisatie B	organisatie C	benchmark
<i>contactfrequentie</i>	0–4 jaar – 10 vaste momenten individueel	10 vaste momenten individueel	– 11 vaste momenten individueel – 2 groepscontacten/collectief	– 12 vaste momenten – 4 extra momenten
	4–12 jaar – 2 contactmomenten individueel (5/6 en 13/14 jaar) – 1 groepscontact (onder andere over overgewicht en kinderrechten) – 1 groeps vaccinatie – bij ziekteverzuim: M@ZL-methode, f2f met onder anderen kinderarts	2 contacten (groep 2 en 7, PGO)	– 2 contacten	– 2 vaste momenten – 3 extra momenten
<i>contactvorm</i>	0–4 jaar – f2f: individueel	– f2f: individueel	– f2f: individueel – digitale vragenlijst/e-consult (18 mnd)	
	4–12 jaar – f2f: individueel en in groepen – digitaal: extra e-nieuwsbrief afgestemd op leeftijd kind	– f2f: individueel en in groepen	– f2f individueel, eventueel in groepen – digitaal: e-nieuwsbrief in plaats van f2f-contact	
<i>taakherschikking</i>	– team bepaalt per consult: afwisseling tussen vpk en arts	– vpk-lijn: 6, 11, 18 mnd en 3 jr, tenzij behoefte aan arts – altijd arts: 1, 3, 24 mnd – kinderen met medische en/of ernstige problemen komen bij arts, overige bij vpk – duidelijke taakverdeling assistent, vpk, arts	– individuele contacten afgewisseld tussen vpk, vpk's en arts (0–4 jr); meer door arts dan vpk/vpk's – bij > 4 jaar, assistent op basisschool en vo initieert en afhankelijk van weging problematiek met gebruik van de GlZ naar arts, vpk of niets	– 0–4 jr: arts 40%, vpk 45%, assist 0% – 4–12 jr: arts 36%, vpk 33%, assist 35%
<i>flexibiliteit contact en taakherschikking</i>	– basis is om-en-om vpk en arts – type professional en duur van contact kunnen worden afgestemd op behoefte kind, afhankelijk van keuze team – bij 8 mnd indiceren vorm contact voor 11 mnd	– type professional en duur contact worden per contact afgestemd op behoefte kind aan de hand van zorglijnen – bij 8 en 18 mnd eventueel gepersonaliseerde nieuwsbrief in plaats van f2f individueel	– intake huisbezoek kan op bureau – 4 mnd: groepsconsult – 18 mnd: e-consult (f2f bij indicatie) – 7,5 mnd: alleen op indicatie – 3 jr 9 mnd: vervangen door 5 jr	
<i>digitale ondersteuning gezin/blended care</i>	– ouderportaal: ouders kunnen de conclusies van een contactmoment inzien en hun afspraak en deze beperkt wijzigen	– ouderportaal: ouders kunnen in dossier kijken en voorlichting vinden; invullen online vragenlijst; digitaal contact – MijnGGD, voor jeugdigen	– voorlichting via apps en digitale media; sms-alert voor afspraken; e-mail vaste leeftijden en digitale vragenlijsten via DD JGZ – sms-alert	– informatiefolder (94,1%) – sociale media (70,6%) – e-mail-nieuwsbrief (47,1%)

Legenda: *wkn* weken, *mnd* maanden, *jr* jaar, *f2f* face-to-face (in persoon), *vpk* jeugdverpleegkundige, *vpk's* verpleegkundige-specialist, *PGO* preventief gezondheidszonderzoek

tussen de verschillende manieren van flexibilisering die op dat moment werden toegepast. Vervolgens zijn bij de drie organisaties de mate en vorm van flexibilisering in meer detail vastgelegd via gestructureerde interviews met professionals en een analyse van documentatie over de werkprocessen. Er zijn drie sleutelfiguren per organisatie geïnterviewd, inclusief een jeugdverpleegkundige en -arts, manager, medewerker en vertegenwoordiger van het sociale wijkteam. De organisaties werden getypeerd naar standaard periodieke contacten, extra zorgactiviteiten en contactvorm enerzijds en mate van taakherschikking anderzijds. Dit leverde de volgende typen van flexibele uitvoering van JGZ-activiteiten op (tab. 1):

- JGZ-organisatie A: geflexibiliseerd met een accent op het aanbod van het aantal contacten en de contactvorm;
- JGZ-organisatie B: geflexibiliseerd met een accent op taakherschikking;
- JGZ-organisatie C: minst geflexibiliseerd met een accent op de uitvoering van standaard periodieke contacten.

Organisatie A is flexibel in het contact (het aantal en de vorm). Een minimum aantal contacten per kind is vastgelegd. De JGZ-teams hebben een grote vrijheid in het toevoegen van contacten en in het variëren van de contactvorm, afhankelijk van de behoefte van het

kind. Verder hebben de teams vrijheid in het variëren van de discipline die het contact verricht (de taakherschikking).

Organisatie B is flexibel in de taakherschikking. Deze heeft het aantal contacten en contactvorm sterk geprotocolleerd. Ten opzichte van organisatie A zijn meer contactmomenten per kind ingepland en deze kunnen naar behoefte van het kind uitgebreid worden of verminderd worden tot een vastgelegd minimum aantal contacten. Behalve dat de inzet van specifieke disciplines (taakherschikking) op vastgelegde momenten vaststaat, kent de inzet van disciplines een vrij in te vullen deel, naar gelang de behoefte van het kind.

Organisatie C is het minst flexibel in het contact (het aantal en de vorm) en de taakherschikking. Deze heeft het aantal contacten, de contactvorm en de taakdifferentiatie vrijwel volledig vastgelegd, waarbij het de standaard periodieke contacten in de JGZ volgt.

De sociaaleconomische status (SES) van de adherentiegebieden van de JGZ-organisaties werd bepaald aan de hand van achterstandsscores van het Sociaal Cultureel Planbureau (SCP) uit 2017 op basis van inkomen, opleidingsniveau en werkloosheid van het viercijferig postcodegebied. De gemiddelde score voor heel Nederland is 0. Lage SES is $\leq -0,28$, midden is tussen $-0,28$ en $0,53$ en hoog is $\geq 0,53$. Organisatie A werkt in gebieden met een lage SES. Organisatie B werkt in gebieden met een lage of hoge SES. Organisatie C werkt in een gebied met een gemiddeld SES.

Onderzoeksgroep

Alle kinderen die in zes maanden, van november 2018 tot april 2019, zorg ontvingen in de geselecteerde JGZ-centra, werden geïncludeerd. Er waren geen exclusiecriteria. In totaal hadden 16.532 nul- tot twaalfjarigen zorg gekregen. De data van 756 kinderen werden niet meegenomen vanwege onvolledige gegevens, zodat in het onderzoek data zijn geanalyseerd van 15.776 kinderen in de leeftijd van nul tot twaalf jaar. Van organisatie C waren er relatief minder kinderen in basisschoolleeftijd in zorg, omdat achteraf bleek dat de JGZ-activiteiten voor deze leeftijdsgroep enkele maanden voor de onderzoeksperiode vielen. Het project liet niet toe de periode te verlengen tot de volgende contactperiode. De gegevens van de vijf- tot twaalfjarigen van JGZ-organisatie C zijn daarom buiten het onderzoek gelaten.

Digitale kinddossier JGZ en onderzoeksvariabelen

Databron zijn de gegevens van de geïncludeerde kinderen, die zijn opgenomen in de DD JGZ. Ten eerste werd het type van de JGZ-activiteit bepaald en onderverdeeld naar basiszorg en extra zorg. Dit is gedaan aan hand van codes uit de basisdataset (BDS), die de inhoud definieert van het DD JGZ (zie tab. 2). Ten tweede werd de bij de activiteit betrokken JGZ-disci-

Tabel 2 Basiszorg- en extra zorgactiviteiten

basiszorg	extra zorg
huisbezoek 4–7 dagen	huisbezoek op indicatie
neonatale gehoorscreening	contactmoment op indicatie
huisbezoek 2 weken	contactmoment op verzoek
de standaard periodieke contactmomenten van 4 weken tot en met groep 7	telefonisch contactmoment
spreekuur (0–19)	groepsbijeenkomst (of groepsvoorlichting)
uitvoering hielprik	intake nieuwkomers
vaccinatie buiten de organisatie	consultatie/inlichtingen vragen
	bespreking zorgstructuur
	melding
	terugkoppeling en verwijzing
	zorgcoördinatie

pline meegenomen: CB-/doktersassistente, jeugdverpleegkundige, jeugdarts. Ten derde werden de volgende achtergrondgegevens van het kind uit het digitaal JGZ-dossier gebruikt: leeftijd, geslacht en migratieachtergrond van het kind. Een kind heeft een migratieachtergrond, westers of niet-westers, als ten minste een van beide ouders niet in Nederland is geboren. Op basis van de SCP-achterstandsscore van het gebied van het JGZ-centrum werd de SES van het kind bepaald. Ten vierde werd inzicht verkregen in het gemiddelde aantal uren dat de jeugdarts, jeugdverpleegkundige, CB- of doktersassistente besteedde aan activiteiten, op basis van data uit het DD JGZ en een veldraadpleging bij de drie JGZ-organisaties. Deze werden gevraagd een schatting te geven van de gemiddelde duur besteed aan specifieke activiteiten (contactmoment, huisbezoek, vaccinatie of groepsconsult), per discipline (assistente, verpleegkundige en jeugdarts).

Onze verwachting was, op basis van eerdere ervaringen in vergelijkbare onderzoeken, dat de kwaliteit van de dataregistratie door professionals beperkt zou zijn. Om de betrouwbaarheid van de data te verhogen, hebben we voorafgaand aan de onderzoeksperiode deelnemende organisaties geïnformeerd over het belang van accuraat en volledig registreren van gestructureerde data. Met hen werd afgesproken dat zij hier binnen hun organisatie aandacht voor vroegen.

Analyse

Ten eerste werden de achtergrondkenmerken van de onderzoeksgroep per JGZ-organisatie in kaart gebracht. Vervolgens werd het percentage kinderen dat basiszorg en/of extra zorg had ontvangen berekend. Ten derde werd per kind het gemiddelde aantal JGZ-activiteiten berekend. Ook werden per JGZ-discipline frequenties berekend van kinderen bij wie activiteiten werden verricht. Deze stappen werden uitgevoerd voor elke JGZ-organisatie, waarbij onderscheid werd gemaakt tussen de leeftijdsgroepen 0–4 jaar en 5–12 jaar. De in de veldraadpleging opgegeven gemiddelde tijdsduren voor de JGZ-activiteiten zijn gebruikt om de tijdsinvestering van JGZ-disciplines voor de contacten te berekenen (minuten $\times$ aantal keer een uitgevoerde activiteit). De analyses werden uitgevoerd met R versie 4.1.2.

Tabel 3 Kenmerken van de onderzoekspopulatie

	organisatie A (flexibel in contact en taakherschikking) n= 3.316 n (%)	organisatie B (flexibel in taakherschikking) n= 8.169 n (%)	organisatie C* (weinig flexibel in contact en taakherschikking) n= 4.291 n (%)
geslacht			
– jongen	1.651 (49,8)	4.117 (50,4)	2.184 (50,9)
– meisje	1.665 (50,2)	4.052 (49,6)	2.107 (49,1)
leeftijd			
– gemiddeld in maanden (sd)	44,1 (40,5)	48,8 (41,5)	18,9 (15,3)
– 0–4 jaar	2.169 (65,4)	4.714 (57,7)	4.291 (100)
– 5–12 jaar	1.147 (34,6)	3.455 (42,3)	n.v.t.
migratieachtergrond			
– geen	2.574 (78,0)	5.368 (67,7)	3.656 (85,4)
– niet-westers	512 (15,5)	2.192 (27,6)	375 (8,8)
– westers	213 (6,5)	372 (4,7)	252 (5,9)
SES op basis van SCP-achterstandsscore (%)			
– laag ($\leq -0,28$)	3.316 (100)	4.990 (61,1)	0 (0,0)
– middel (tussen $-0,28$ en $0,53$)	0 (0,0)	0 (0,0)	4.291 (100)
– hoog ($\geq 0,53$)	0 (0,0)	3.179 (38,9)	0 (0,0)

* Resultaat op basis van data van kinderen ≥ 4 jaar

Resultaten

Achtergrondgegevens

Er zijn data geanalyseerd van 3.316 kinderen bij organisatie A, 8.169 bij organisatie B en 4.291 bij organisatie C (zie tab. 3). De gemiddelde leeftijd van de kinderen in maanden bij organisatie A is 44,1, bij organisatie B 48,8 en bij organisatie C 18,9. Zoals gezegd zijn van organisatie C geen kinderen in de basisschoolleeftijd geïnccludeerd, omdat de JGZ-activiteiten voor deze leeftijdsgroep buiten de onderzoeksperiode vielen. Bij organisatie B is het aantal kinderen uit de onderzoekspopulatie met een niet-westerse achtergrond het grootst (27,6%) in vergelijking met organisatie A (15,5%) en organisatie C (8,8%).

Aandeel van kinderen in de basiszorg en extra zorg

Tabel 4 geeft weer hoeveel kinderen gebruikmaken van extra zorg. In organisatie A (het meest geflexibiliseerd) krijgen de meeste 0–4-jarigen (64%) en 5–12-jarigen (65,9%) extra zorg; in organisatie C (minst geflexibiliseerd) krijgen de minste 0–4-jarigen extra zorg (39,2%). Organisatie B behoort tot de middenmoot (0–4-jarigen 46,1% en 5–12-jarigen 50,2%).

Contactmomenten en activiteiten per kind

Tabel 5 geeft het gemiddelde aantal contactmomenten en activiteiten van de JGZ weer per kind in de onderzoeksperiode van 6 maanden. Het gemiddelde aantal JGZ-activiteiten is hoger bij de 0–4-jarigen in vergelijking met de 5–12-jarigen. Bij 0–4-jarigen is het gemiddelde aantal activiteiten voor organisatie A 3,0, voor organisatie B 2,6 en voor organisatie C 2,5. Bij de 5–12-jarigen is dit 1,6 voor organisatie A en 1,4 voor organisatie B.

Inzet van JGZ-disciplines

Tabel 5 geeft de inzet van JGZ-disciplines weer, per activiteit in de basiszorg en extra zorg. In de basiszorg is bij de 0–4-jarigen de inzet van de verschillende disciplines vergelijkbaar tussen de organisaties. Daarbij is de inzet van de CB-assistente en jeugdverpleegkundige bij de 0–4-jarigen ongeveer gelijk, en de jeugdarts wordt iets minder vaak ingezet dan de jeugdverpleegkundige en CB-assistente. Bij de 0–4-jarigen in de extra zorg wordt de jeugdverpleegkundige bij alle organisaties ook iets vaker ingezet dan de jeugdarts. Dit verschil tussen jeugdverpleegkundige en jeugdarts is het grootst bij organisatie C, respectievelijk 21,6% (CB-

Tabel 4 Percentage van kinderen die door de JGZ zijn gezien, per type zorg

	organisatie A			organisatie B			organisatie C
	0–4 jaar n= 2.160 n (%)	5–12 jaar n= 1.156 n (%)	totaal n= 3.316 n (%)	0–4 jaar n= 4.712 n (%)	5–12 jaar n= 3.457 n (%)	totaal n= 8.169 n (%)	0–4 jaar n= 4.291 n (%)
type zorg							
basiszorg	777 (36,0)	394 (34,1)	1.171 (35,3)	2.540 (53,9)	1.722 (49,8)	4.262 (52,2)	2.608 (60,8)
extra zorg	1.383 (64,0)	762 (65,9)	2.145 (64,7)	2.172 (46,1)	1.735 (50,2)	3.907 (47,8)	1.683 (39,2)

Tabel 5 Gemiddeld aantal JGZ-activiteiten in de onderzoeksperiode van zes maanden, uitgesplitst naar basiszorg en extra zorg en type discipline ingezet per contactmoment

	organisatie A			organisatie B			organisatie C
	0–4 jaar	5–12 jaar	totaal	0–4 jaar	5–12 jaar	totaal	0–4 jaar
totaal aantal contactmomenten/activiteiten	6.478	1.873	8.351	12.253	5.036	17.291	10.767
gemiddeld per kind (sd)	3,0 (2,7)	1,6 (1,4)	2,5 (2,4)	2,6 (2,3)	1,4 (0,9)	2,1 (1,9)	2,5 (2,2)
aantal basiszorg contactmomenten	1.286	411	1.697	4.252	1.797	6.049	4.562
gemiddeld per kind (sd)	1,7 (1,1)	1,0 (0,2)	1,5 (1,0)	1,7 (1,2)	1,0 (0,2)	1,4 (1,0)	1,8 (1,2)
aantal contactmomenten en activiteiten extra zorg	5.192	1.462	6.654	8.001	3.239	11.240	6.205
gemiddeld per kind (sd)	3,8 (3,0)	1,9 (1,6)	3,1 (2,7)	3,7 (2,7)	1,8 (1,1)	2,9 (2,3)	3,7 (2,7)
<i>discipline in basiszorg[#]</i>	<i>0–4 jaar</i>	<i>5–12 jaar</i>		<i>0–4 jaar</i>	<i>5–12 jaar</i>		<i>0–4 jaar</i>
CB-/dokersassistenten*	2.785 (84,5%)	213 (94,2%)		6.494 (86,3%)	549 (31,0%)		5.585 (76,1%)
jeugdverpleegkundige	2.357 (71,5%)	116 (51,3%)		5.529 (73,5%)	520 (29,4%)		5.900 (72,1%)
jeugdarts	1.825 (55,4%)	221 (97,8%)		3.849 (51,1%)	922 (52,1%)		3.540 (45,7%)
onbekend (geëxcludeerd)	166	12		1.187	79		579
<i>discipline in de extra zorg[#]</i>	<i>0–4 jaar</i>	<i>5–12 jaar</i>		<i>0–4 jaar</i>	<i>5–12 jaar</i>		<i>0–4 jaar</i>
CB-/dokersassistenten	1.594 (17,5%)	184 (19,8%)		731 (19,0%)	126 (12,3%)		624 (21,6%)
jeugd-verpleegkundige	527 (53,0%)	463 (49,8%)		2.596 (67,3%)	455 (44,3)		2.042 (70,8%)
jeugdarts	1.425 (47,3%)	457 (49,2%)		1.469 (38,1%)	580 (56,5%)		907 (31,4%)
onbekend (geëxcludeerd)	5	6		293	948	1.265	179

[#] Percentages tellen niet op tot 100% omdat één JGZ-activiteit door meerdere disciplines uitgevoerd kan worden

* CB-assistente voor kinderen 0–4 jaar/dokersassistenten voor kinderen ≥ 4 jaar

assistenten), 70,8% (jeugdverpleegkundige) en 31,4% (jeugdarts).

In organisatie A wordt de jeugdarts bij kinderen van 5–12 jaar bij bijna alle basiszorgcontactmomenten ingezet (97,8%) en bij organisatie B ongeveer in de helft van de gevallen (52,1%). De jeugdverpleegkundige wordt in respectievelijk 51,3% en 29,4% van de contactmomenten ingezet. In organisatie A bij kinderen van 5–12 jaar wordt de jeugdverpleegkundige bij bijna alle basiszorgcontactmomenten ingezet (94,5%) en bij organisatie B is dat minder dan de helft (39,3%). De jeugdarts wordt respectievelijk 32,2% en 61,1% ingezet. Wat betreft extra zorg zijn de verschillen klein, behalve dat de jeugdarts bij 5–12 jaar bij organisatie A minder vaak wordt ingezet dan bij organisatie B (49,2% versus 56,5%).

Om een indruk te krijgen van de benodigde middelen bij flexibilisering is voor de basis- en extra zorg het aantal bestede minuten per discipline per kind bepaald. Daarbij is rekening gehouden met de door de deelnemende JGZ-organisaties geschatte duur van de typen activiteiten. Uit de resultaten blijkt dat organisatie A per kind relatief de meeste uren besteedt (gemiddeld 73 minuten), daarna organisatie B (gemid-

deld 66 minuten), die taakherschikking het verst heeft doorgevoerd. Bij organisatie A worden meer minuten door de jeugdarts en verpleegkundige besteed (respectievelijk 23 en 37 minuten), dan bij organisatie B (respectievelijk 14 en 33 minuten). Organisatie C besteedt het minste aantal minuten per kind (gemiddeld 59 minuten bij 0–4 jaar), vooral door de lagere inzet van CB-assistenten. Hierbij moet worden opgemerkt dat voor deze organisatie alleen de tijd besteed aan 0–4-jarigen is geanalyseerd.

Beschouwing

De resultaten tonen aan dat een organisatie met een hoge flexibilisering en in een lage SES-regio de meeste kinderen in extra zorg heeft en per kind het hoogste aantal zorgactiviteiten uitvoert. De organisatie die focust op taakherschikking heeft minder kinderen in extra zorg en een lager aantal zorgactiviteiten per kind. De minst geflexibiliseerde organisatie biedt de minste extra zorg en heeft alleen gegevens over 0–4-jarigen. Bij de meest geflexibiliseerde organisatie wordt de jeugdarts vaker ingezet, vooral bij 0–4-jarigen, wat leidt tot meer minuten per kind. De organisatie die

focust op taakherschikking delegeert taken van de jeugdarts naar de jeugdverpleegkundige. De minst geflexibiliseerde instelling zet tegen de verwachtingen in de minste jeugdartsen in voor extra zorg bij 0–4-jarigen.

De onderzoeksresultaten bevestigen onze hypothese dat meer flexibilisering in de JGZ leidt tot meer kinderen in extra zorg, wat positief is. Flexibilisering biedt de mogelijkheid om buiten de standaardcontacten extra zorg te bieden aan kinderen die deze nodig hebben. Dit blijkt uit het feit dat meer kinderen extra zorg krijgen en er per kind meer activiteiten worden uitgevoerd. Dit kan helpen voldoen aan de zorgbehoefte van kinderen en ouders met meer zorgvragen.

Deze uitspraak behoeft echter wel enige nuancering. Een verklaring kan namelijk ook zijn dat de basiszorg door flexibilisering niet voldoet, waardoor ouders vaker extra contactmomenten krijgen om de zorgkwaliteit te handhaven, vooral als er meer personeel beschikbaar is. Dit onderzoek richtte zich alleen op de vorm en inzet van disciplines, en niet op de zorgkwaliteit. Onderzoek toont aan dat organisatorische veranderingen in de eerstelijns- en jeugdzorg aanzienlijke gevolgen hebben voor de toegang tot de zorg en het aantal herhaalcontacten [4, 6, 7]. Flexibilisering wat betreft de organisatie en vorm van de contacten in de JGZ zorgt ervoor dat relatief meer kinderen gebruikmaken van extra zorgactiviteiten, met mogelijk minder verwijzingen en daarmee minder druk op andere eerste- en tweedelijnszorginstellingen.

Onze hypothese was dat taakherschikking in meer geflexibiliseerde organisaties zou leiden tot minder uren inzet van jeugdartsen. Het onderzoek toont echter aan dat er bij de meest geflexibiliseerde organisatie juist meer jeugdartsen worden ingezet voor de zorg van 0–4-jarigen dan bij de minst geflexibiliseerde organisatie. Bovendien wordt bij de meer geflexibiliseerde organisatie meer tijd per kind besteed dan bij de minder geflexibiliseerde organisaties. Dat kan mogelijk komen doordat de verschillende organisaties uiteenlopende motieven hebben voor de flexibilisering. Een relatief grote inzet van jeugdartsen in de extra zorg zal bijvoorbeeld eerder door kwaliteitsmotieven zijn ingegeven. Een hogere inzet van doktersassistenten komt mogelijk door lagere salariskosten en daardoor efficiëntie [5]. Andere organisaties zullen een flexibele werkwijze als oplossing zien voor de schaarste aan jeugdartsen en -verpleegkundigen.

Sterke kanten en beperkingen

We hebben gebruikgemaakt van data uit het digitale dossier van de JGZ (DD JGZ), wat ons grote hoeveelheden data verschaftte zonder extra belasting voor professionals. Hierdoor konden we verschillende aspecten van flexibilisering vergelijken, zoals contactmomenten, contactvormen en taakdifferentiatie. Bij de selectie van instellingen hebben we zorgvuldig rekening gehouden met deze aspecten, waardoor we in-

zicht kregen in de brede variëteit aan typen van JGZ-zorg. We hebben ook geprobeerd een representatief beeld te schetsen van de SES-verdeling van de inwoners bij de selectie van JGZ-locaties, hoewel dit niet volledig gelukt is en de SES tussen de JGZ-organisaties verschilde. Hierdoor kan sprake zijn van overschatting van het gebruik van extra zorg in de meest geflexibiliseerde JGZ-organisatie (organisatie A), die een populatie had met de laagste SES, wanneer bij een vergelijking met de andere organisaties zou worden gecorrigeerd voor het verschil in SES.

Het gebruik van data uit het DD JGZ voor onderzoek kende zoals verwacht enkele beperkingen. Er waren onvoldoende data beschikbaar om de relatie te onderzoeken tussen flexibilisering, de verhouding basis- en extra zorg en het type indicatie waarom kinderen zorg kregen. Het bleek dat professionals ten behoeve van de zorg vaak alleen gegevens registreren bij een bijzonderheid. Omdat de data ontbraken is het onduidelijk of er geen bijzonderheid was of dat het gaat om *missing data*. Bovendien werden de details van de indicaties (ofwel het type indicatie) en de exacte beschrijving van de interventie (vervolgacties, zoals verwijzing) vaak geregistreerd als ongestructureerde data (c.q. vrije tekst in open tekstvelden).

Een beperking bij dit onderzoek is ten slotte dat niet met volle zekerheid gesteld kan worden dat de extra zorg bij de organisatie die het meest geflexibiliseerd is daadwerkelijk naar de kinderen gaat die meer zorg nodig hebben. Het kan ook zijn dat de basiszorg door de flexibilisering niet voldoet en dat ouders om die reden vaker extra contactmomenten krijgen om de kwaliteit te handhaven. Zeker wanneer daar door meer beschikbare personele middelen ruimte voor is. Dit onderzoek doet daarom geen uitspraken over de kwaliteit van de zorg, maar kijkt louter naar de vorm en inzet van disciplines. Inzicht in de context van de drie onderzochte JGZ-organisaties, zoals de personeelsomvang en de training van JGZ-medewerkers, is nodig om een volledig beeld te krijgen van factoren die, naast flexibilisering, de JGZ-activiteiten en inzet van disciplines bepalen.

Aanbevelingen voor de praktijk

De resultaten laten zien dat de wijze van flexibilisering bepalend is voor de uitvoering van extra zorg. JGZ-organisaties die flexibel willen werken, moeten bedenken hoe zij dit vormgeven en welke personele en financiële middelen beschikbaar zijn. Een grotere beschikbaarheid van jeugdartsen zonder financiële drempels voor de doelgroep leidt tot een hogere vraag en meer kinderen in extra zorg. Dit kan wenselijk zijn om het aantal verwijzingen en de druk op andere zorginstellingen te verminderen. Door de inzet van artsen met een hoger uurtarief stijgen echter de zorgkosten voor de JGZ. Bij minder beschikbare jeugdartsen zullen taken naar jeugdverpleegkundigen en doktersassistenten worden gedelegeerd. Dit is zicht-

baar in de extra zorg bij 0–4-jarigen in de organisatie met een focus op taakdelegatie, waar substitutie van jeugdartsen door verpleegkundigen plaatsvindt, terwijl dit bij de basiszorg minder het geval is. De rol van doktersassistenten in deze substitutie is minder duidelijk, maar bij een grotere inzet van jeugdartsen in de basiszorg zie je ook een toename van verpleegkundigen en assistentes in de organisatie die het meest is geflexibiliseerd. Organisaties zullen bij de inrichting van hun werkwijze zelf keuzen maken op basis van visie, onder andere op de mate van zorg op maat, en mogelijkheden, zoals beschikbare financiën en arbeidspotentieel.

Duurzame verandering van de JGZ-zorg vraagt om aandacht voor de mate waarin er onder professionals draagvlak is voor de veranderende structuur en cultuur [3]. Bovendien blijkt uit vergelijkend onderzoek naar de beoordeling van de kwaliteit van de JGZ-zorg in Europese landen dat ouders in hun oordeel onder meer de toegang tot de zorg, vaardigheden van professionals, informatie, respect en snelle verwijzing meewegen [8]. Het is belangrijk dat deze aspecten gewaarborgd blijven bij flexibilisering van de JGZ-zorg.

Aanbevelingen voor onderzoek

Aanbevolen wordt om de volledigheid en uniformiteit van registraties in de JGZ te vergroten. Tevens wordt aanbevolen om bij een goede registratie op indicatieniveau onderzoek te doen naar de langetermijngevolgen van flexibilisering op gezondheidsuitkomsten. Tot slot blijft het nodig om te monitoren hoe veranderingen in de werkwijze in het kader van flexibilisering worden doorgevoerd en welke invloed deze hebben op de tevredenheid van kinderen, ouders en JGZ-medewerkers. Daarbij zal tevens gekeken moeten worden naar de invloed van andere factoren die van belang zijn in het leveren van JGZ-zorg dan alleen flexibilisering. Aanbevolen wordt om bij vervolgonderzoek de context van de JGZ-zorg, zoals beschikbare middelen, training en opleiding van medewerkers, goed in kaart brengen. Bovendien wordt aanbevolen vervolgonderzoek te verrichten dat moet uitwijzen in welke mate flexibilisering daadwerkelijk leidt tot meer of minder verwijzingen. Daarmee kan worden bijgedragen aan verdere borging van flexibilisering zoals bedoeld.

Conclusie

De onderzochte organisaties die variëren in flexibilisering verschillen in het percentage kinderen dat gebruikmaakt van extra zorgactiviteiten en inzet van type discipline. Flexibilisering van contact (frequentie en vorm) en vrijere inzet van disciplines (taakherstelling) kan leiden tot meer inzet van extra zorg in de JGZ. Daarmee kan flexibilisering een rol spelen in het leveren van passende zorg. Verder onderzoek is echter nodig om een totaalbeeld te krijgen van factoren die, naast flexibilisering, de geboden JGZ-

zorg bepalen. Aanbevolen wordt om bij verandering van de zorg de tevredenheid van kinderen, ouders en JGZ-medewerkers te blijven monitoren. Ook wordt aanbevolen om de volledigheid en uniformiteit van registraties in de JGZ te verbeteren, zodat langetermijnonderzoek naar gezondheidsuitkomsten van flexibilisering van de JGZ-zorg mogelijk wordt.

Dankbetuiging Resultaten uit dit artikel komen voort uit het project Langetermijneffecten van extra zorg bij flexibilisering in de JGZ [9], gerealiseerd met dank aan participerende JGZ-organisaties en gefinancierd door het ZonMw-programma Versterking Uitvoeringspraktijk Jeugdgezondheidszorg.

Financiering Gefinancierd door ZonMw-programma Versterking Uitvoeringspraktijk Jeugdgezondheidszorg

Open Access This article is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International License, which permits use, sharing, adaptation, distribution and reproduction in any medium or format, as long as you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons licence, and indicate if changes were made. The images or other third party material in this article are included in the article's Creative Commons licence, unless indicated otherwise in a credit line to the material. If material is not included in the article's Creative Commons licence and your intended use is not permitted by statutory regulation or exceeds the permitted use, you will need to obtain permission directly from the copyright holder. To view a copy of this licence, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Literatuur

1. Dam P, Prinsen B. Investeren in opvoeden en opgroeien loont! Kosteneffectiviteit van de preventie van pedagogische, psychosociale en psychosomatische problematiek door de jeugdgezondheidszorg. Publicatie in opdracht van ActiZ en GGD Nederland, Utrecht, Juli 2013 https://www.triplep-nederland.nl/files/9313/8382/6324/201300912-brochure_investeren_in_opvoeden_en_opgroeien_loont.pdf. Geraadpleegd op: 17 okt 2024.
2. Boode K, Bransen A, Damen M, et al. Toekomstagenda 'Publieke gezondheid voor jeugd'. Nu investeren in de publieke gezondheid voor jeugd zorgt voor gezonde generaties in de toekomst. Publicatie in opdracht van ActiZ, GGD Nederland en NCJ. 2021. https://ggdghor.nl/wp-content/uploads/2021/12/ACTIZ201_Toekomstagenda-JGZ_drukversie_2.pdf. Geraadpleegd op: 17 okt 2024.
3. NCJ. Landelijk professioneel kader (LPK): preventie als drijfveer, ruimte voor vakmanschap, passende zorg op maat voor JGZ-professionals, -management en gemeenten. 2022. <https://www.ncj.nl/wp-content/uploads/2022/08/DEF-Landelijk-Professioneel-Kader-LPK-augustus-2022.pdf>. Geraadpleegd op: 17 okt 2024.
4. Benjamins SJ, Damen ML, Stel HF van, et al. Feasibility and impact of doctor-nurse task delegation in preventive child health care in the Netherlands, a controlled before-after study. PLoS ONE. 2015;10(10):e139187.
5. Bezem J, Theunissen M, Kamphuis M, Numans ME, Buitendijk SE, Kocken P. A novel triage approach to identifying health concerns. Pediatrics. 2016;137(3):e20150814–0814.
6. Bezem J, Heinen D, Reis R, Buitendijk SE, Numans ME, Kocken PL. Improving access to school health services as perceived by school professionals. BMC Health Serv Res. 2017;17(1):743–4.

7. Bezem J, Kocken PL, Kamphuis M, Theunissen MHC, Buitendijk SE, Numans ME. Triage in preventive child health-care: a prospective cohort study of care use and referral rates for children at risk. *BMJ Open*. 2017;7(10):e16423–e16423.
8. Til JA van, Groothuis-Oudshoorn CGM, Vlasblom E, Kocken PL, Boere-Boonekamp MM. Primary care in five European countries: a citizens' perspective on the quality of care for children. *PLoS ONE*. 2019;14(11):e224550.
9. ZonMw. Langetermijneffecten van extra zorg bij flexibilisering in de JGZ <https://projecten.zonmw.nl/project/lange-termijn-effecten-van-extra-zorg-bij-flexibilisering-de-jgz/downloads-en-links>. Geraadpleegd op: 17 okt 2024.