

## COMPETENTIEANALYSE WERKERS IN DE PUBLIEKE GEZONDHEID

### *Inleiding en samenvatting*

Voorliggend artikel probeert te analyseren hoe professionele competenties zich verhouden tot het te verrichten werk in de publieke gezondheid. Geconcludeerd wordt dat professionals in publieke gezondheid grotendeels leren en werken volgens de gangbare methoden in de individuele gezondheid(zorg).

### *Arbeidsmarkt, betaalbaarheid en urgentie in het stelsel*

De Nederlandse zorgsector staat voor de enorme uitdaging zichzelf opnieuw vorm te geven in het licht van de demografische ontwikkelingen. Divers onderzoek<sup>1,2,3</sup> naar arbeidsmarkt en zorg bevestigen de situatie waarin het huidige zorgstelsel als gevolg van structurele tekorten op de arbeidsmarkt onuitvoerbaar wordt. Dit betreft met name de verpleegkundige en verzorgende beroepen, die onder druk komen te staan. Hiermee zijn fundamentele waarden, zoals het recht op zorg en gelijke behandeling, in de samenleving in het geding.

Onder andere in Friesland is door TNO<sup>4</sup> uitgebreid onderzoek gedaan naar de situatie, hetgeen leidde tot onderstaande grafische weergave. In dertig jaar zal bij een nagenoeg gelijkblijvende totale bevolking de verhouding tussen 65+ en 20-65-jarigen (de voor de arbeidsmarkt beschikbare bevolking) qua verhouding veranderen van 1:8 naar 1:4. Hoewel het hier om gegevens op bevolkingsniveau gaat en belangstelling voor beroepen fluctueert, is het desalniettemin onwaarschijnlijk dat het deel van de beroepsbevolking dat in 2037 in de zorg werkt verdubbelt ten opzichte van nu.



*Figuur 1 Prognose van de demografische ontwikkeling van de bevolking, waarbij de beroepsbevolking (20-65) is afgezet tegen de bevolking van 65 jaar en ouder (TNO)*

### *Contouren van oplossingen*

Dit impliceert dat we een stelsel moeten ontwikkelen dat met behulp van minder inzet van arbeid een vergelijkbare kwaliteit bewerkstelligt. In 2016 adviseerde de Commissie Innovatie Zorgberoepen en -opleidingen<sup>5</sup>, ook wel bekend onder de naam Commissie Kaljouw, om het ABCD-model in de zorg te hanteren. In dit model staat A voor voorzorg, B voor gemeenschapszorg, C voor laagcomplex zorg en D voor hoogcomplex zorg. Om het zorgstelsel op basis van het ABCD-model haalbaar en uitvoerbaar te houden adviseerde de commissie om actief aan de-escalatie van D, naar C, naar B naar A te werken. De commissie deed hierover een aantal algemene aanbevelingen.

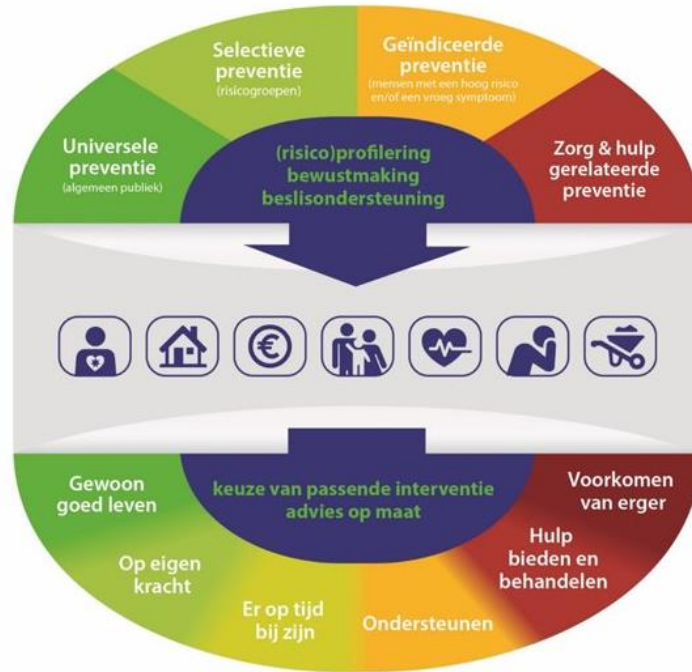


Figuur 2 ABCD-model voor de zorg (Commissie Kaljouw, 2016)<sup>5</sup>

### Preventie en publieke gezondheid nader bekeken

De vraag is hoe preventie (voorzorg in het advies Kaljouw) kan worden versterkt en effectiever kan bijdragen aan de continuïteit van het zorgstelsel. Publieke gezondheid is de gezondheidszorg die aan alle bewoners van het land wordt aangeboden. Publieke gezondheidszorg onderscheidt zich daarmee van individuele gezondheidszorg, die individueel gericht is en aan de hand van richtlijnen op maat aan de zorgvrager wordt geboden. Voorbeelden van publieke gezondheidszorg zijn de jeugdgezondheidszorg (JGZ) en de infectieziektebestrijding, beide wettelijke taken van de gemeentes in Nederland.

Er zijn verschillende manieren om preventie te beschrijven. In Noord-Nederland hanteren we het Prevent-model<sup>6</sup>. Er wordt onderscheid gemaakt tussen universele, selectieve, geïndiceerde en zorg- en hulpgerelateerde preventie. Onderstaande weergave illustreert dat.

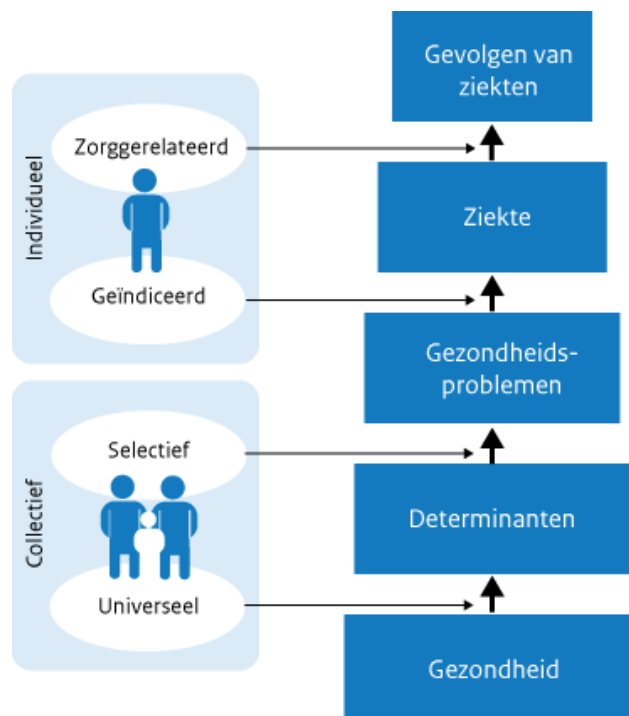


Figuur 3 Prevent model<sup>6</sup>

Hoewel de GGD'en als hoofdtaak de preventieve zorg uitvoeren en samen met gemeentes, rijksoverheid en RIVM met een wettelijke taak in deze uitvoeren, kan tevens worden geconstateerd er meerdere partijen actief zijn in preventie. Ook de curatieve zorg en de chronische zorg voeren preventieve taken uit, bijvoorbeeld bij de op leefstijl gerichte benaderingen na een hartinfarct.

#### Dominantie van individugerichte werkwijzen

[Volksgezondheidszorg.info](http://Volksgezondheidszorg.info) voegt aan het preventiemodel onderstaande opbouw aan toe. In dit overzicht worden de begrippen collectief en individueel gekoppeld aan de domeinen van preventie.



Wanneer we vervolgens inzoomen op de werkwijze die binnen de uitvoering van preventie worden gehanteerd valt op dat deze grote overeenkomsten vertonen met die van de individuele gezondheidszorg, ook als dit onderdeel is van de collectieve preventie. Te illustreren valt dit aan de binnen de JGZ gebruikelijke werkwijze, zoals bij consultatiebureaus. De zorg wordt weliswaar aan iedereen aangeboden, de werkwijze is ontleend aan de individuele gezondheidszorg en wordt uitgevoerd op locatie, in een spreekkamer door een (medisch of verpleegkundig) professional. Dit wordt ondersteund door gangbare richtlijnen, zoals het landelijk professioneel kader (LPK) dat vooral contactmomenten voorschrijft op jonge leeftijd.

Nu kan gesteld worden dat voor effectieve uitvoer van preventie zorg aan jonge kinderen geen andere werkwijze mogelijk is. Maar tegelijkertijd kan worden geconstateerd dat een universele aanpak onder professionals een minder gebruikelijke manier van werken is. De essentie van een universele aanpak is dat de interventies een groot doelbereik hebben, en waarvan de interventie bij een deel van de populatie effect hebben. De effecten zijn vooral te zien op populatieniveau.

De onderbouwing van de constatering ging tot nog toe over de JGZ. Als we de blik wenden naar de grote maatschappelijke vraag inzake de vergrijzing, wordt het beeld nog helderder. Voor ouderen is nauwelijks universele preventie geregeld. Er is natuurlijk artikel 5a in de Wet publieke gezondheid (WPG), die de ouderengezondheidszorg aan gemeenten overlaat. De uitvoering daarvan is niet wettelijk geregeld, daarin zijn gemeenten vrij. De meeste activiteiten worden verschoven naar het WMO-domein. Van georganiseerde preventie is weinig sprake, GGD'en voeren weinig taken uit op het gebied van de ouderengezondheidszorg en er is geen structuur of stelsel voorhanden. Dit is op zijn minst opmerkelijk in het licht van de aanbevelingen van de commissie Kaljouw inzake de-escalatie van zorg.

#### *Competenties in beeld*

Wanneer we nog verder inzoomen op de uitvoering van publieke gezondheidszorg en naar de competenties van de professionals kijken, dan kan een vergelijkbare conclusie worden getrokken. Zorgprofessionals worden eens en voornamelijk opgeleid voor taken in de individuele gezondheidszorg. Ook als zij in de publieke gezondheid (gaan) werken, zijn hun beroeps- en opleidingscompetenties grotendeels beschreven vanuit het perspectief van de individuele gezondheidszorg.

#### *Waar werken professionals publieke gezondheid?*

Tenslotte bekijken we het werkveld. Onder bovenstaande constatering zien we tevens dat op de plaats waar we de doelgroep van publieke gezondheid aantreffen, de wijken, de school, het werk, de verenigingen, de zorgprofessional uit de publieke gezondheid vaak afwezig of beperkt aanwezig is. De wijkteams worden gevormd door mensen met een *social work* achtergrond, op het werk zijn de P&O-ers en managers aan zet en komt aandacht voor gezondheid via de Arbodienst op afstand tot stand. Op al deze plekken is het voor gezondheid en goed leven zo belangrijke gezondheidsperspectief nagenoeg afwezig of komt het pas in beeld als er al wat aan de hand is, waarna de uitvoering naar de standaarden van de individuele gezondheid plaatsvindt.

#### *En nu?*

Geholpen door deze analyse is een onderzoeks- en ontwikkelvoorstel bij ZonMw voorgelegd met als doel de competenties op het gebied van collectieve preventie en benaderingswijzen in het onderwijs en in de gangbare praktijk te versterken.