

# De Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie in de praktijk; ontwikkelingen in de afgelopen vijftien jaar

F. BOER

**ACHTERGROND** De afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie volgt de mate waarin en de manier waarop kinder- en jeugdpsychiatrie wordt uitgevoerd. Sinds 1996 verrichtte zij driemaal een enquête onder haar leden. Deze bijdrage verslaat het onderzoek uit 2012.

**DOEL** In kaart brengen hoe de groep kinder- en jeugdpsychiaters is samengesteld qua leeftijd en geslacht, hoeveel tijd zij daadwerkelijk aan kinder- en jeugdpsychiatrie besteedt en op welke manier. Daarnaast inventariseren van specifieke kwesties, zoals 24-uursbereikbaarheid en opvattingen over de transitie van de jeugd-ggz naar de gemeenten.

**METHODE** Het afnemen van een vragenlijst en het descriptief analyseren van de verzamelde gegevens.

**RESULTATEN** Sedert 1996 was het aantal kinder- en jeugdpsychiaters in Nederland, uitgedrukt in fulltime-equivalenten, meer dan verdubbeld (van 183 in 1996 tot 389 in 2012). Veel meer dan in 1996 besteedden kinder- en jeugdpsychiaters (vrijwel) al hun tijd aan kinder- en jeugdpsychiatrie. Het percentage dat volledig vrijgevestigd werkte, was ten opzichte van 1996 gelijk (19%), terwijl het in 2003 minder was (13%). Maar in 1996 werkten veel vrijgevestigden vooral als psychotherapeut; in 2012 bedreven zij kinder- en jeugdpsychiatrie in de breedte. De transitie van de jeugd-ggz naar de gemeenten werd algemeen als ongewenst beschouwd.

**CONCLUSIE** In de afgelopen vijftien jaar is de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiatrie sterk gegroeid. Dat geldt overigens nog meer voor de gehele psychiatrie. Rekening houdend met de bevolkingsopbouw is er nog altijd een relatief bescheiden aanbod. De beroepsgroep staat aan de vooravond van een ontwikkeling, de transitie, die haar zorgen baart. Voortzetting van dit onderzoek zal duidelijk maken of die zorg terecht is.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)8, 619-624]

**TREFWOORDEN** kinder- en jeugdpsychiatrie, praktijkvoering

Van kinder- en jeugdpsychiatrie wordt gesproken sinds de jaren twintig van de vorige eeuw. Er zijn landen, zoals de Scandinavische, Duitsland en het Verenigd Koninkrijk, waar kinder- en jeugdpsychiatrie een op zichzelf staand medisch specialisme is (Piha 1997). In Nederland is dat niet het geval, maar is kinder- en jeugdpsychiatrie een aandachtsgebied binnen het specialisme psychiatrie.

Wel kent de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie sedert 1987 een interne aantekening kinder- en jeugdpsychiatrie. Iemand met die aantekening mag zich kinder- en jeugdpsychiater noemen. Dat zegt echter niets over zijn of haar praktijkvoering. Sommigen zullen al hun tijd aan kinderen en hun ouders besteden; anderen voeren ook een praktijk als volwassenenpsychiater.

Dit kan veranderen tijdens iemands loopbaan.

In 1996 besloot de sectie (nu: afdeling) Kinder- en Jeugdpsychiatrie van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie met een enquête de praktijkvoering van haar leden in kaart te brengen (Boer 1999). Dit onderzoek werd herhaald in 2003 (Boer 2005) en in 2012. In dit artikel bespreek ik de resultaten van het laatste onderzoek tegen de achtergrond van de eerdere.

#### ACHTERGROND EN METHODE

In 1996 wilde de sectie Kinder- en Jeugdpsychiatrie de mate en vorm van beschikbaarheid van haar leden vaststellen. Kennis van het aantal leden was onvoldoende informatief, omdat ook in deeltijd werd gewerkt, een kleiner of groter deel van de tijd aan ander werk dan kinder- en jeugdpsychiatrie kon worden besteed, dan wel sprake kon zijn van arbeidsongeschiktheid of pensioen. Daarom werd alle leden van de sectie een vragenlijst gestuurd met vragen naar leeftijd, geslacht, de deeltijdfactor van de werkzaamheid en de mate waarin werd gewerkt als kinder- en jeugdpsychiater dan wel als volwassenenpsychiater. Het was in die tijd niet ongebruikelijk dat een kinder- en jeugdpsychiater vrijwel alleen psychoanalyses of psychotherapieën deed. Vandaar dat ook werd gevraagd naar het soort praktijkvoering.

Alle vragen die in 1996 werden gesteld, werden opnieuw gesteld in 2003 en in 2012. Op verzoek van het bestuur van de afdeling werden in 2012 aanvullende vragen toegevoegd over activiteiten voor de jeugdzorg, 24-uursbereikbaarheid, de mate waarin zij met lichamelijke problemen te maken hebben en over de aanstaande transitie van de kinder- en jeugdpsychiatrie/jeugd-ggz naar de gemeenten.

In 1996 werd de vragenlijst de leden thuisgestuurd. Met een eenmalige herinnering was er een respons van 93% (283 van de 304 leden). Ook in 2003 werd de enquête schriftelijk afgenomen met een hoge respons: 93% (313 van de 335 leden). In 2012 werd de enquête afgenomen per e-mail, met eenmalig een herinneringsmail. De respons was

beduidend lager: 51% (222 van de 439 leden). Het was niet mogelijk apart onderzoek te doen naar de non-responders. Anekdotische informatie leerde dat sprake was van een niet geheel up-to-date bestand van e-mailadressen en over het hoofd zien van de uitnodigingsmail in de overvloed aan e-mails.

#### RESULTATEN

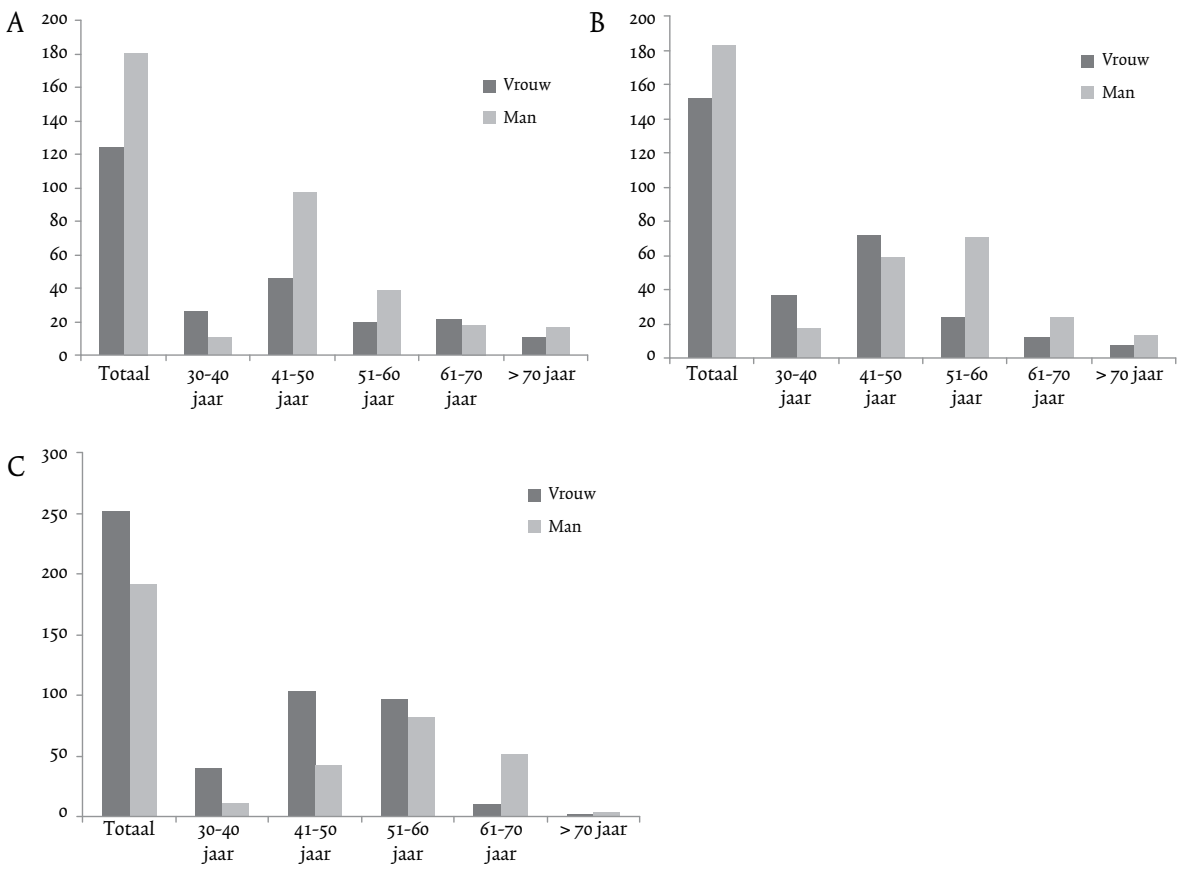
##### Demografische gegevens

In 1996 bleek dat, door deeltijdwerken en pensioen, een aantal van 304 leden gelijk stond aan 183 fulltime-equivalenten actieve kinder- en jeugdpsychiaters. Van hen bleek ongeveer de helft uitsluitend als kinder- en jeugdpsychiater te werken en nog eens een derde voor meer dan twee derde van de tijd. Een kwart werkte dus maar gedeeltelijk of helemaal niet als kinder- en jeugdpsychiater. Verontrustend was de opbouw van de groep. Circa 41% was ouder dan 50 jaar, 47% was tussen de 41 en 50 jaar en slechts 12% was jonger dan 40 jaar. Bovendien bleek de jongere lichte lichte vooral vrouw en vaker werkzaam in deeltijd dan de oudere lichte lichte. Er tekende zich het beeld af van een discipline die door veroudering snel in omvang zou afnemen. Dit werd door het sectiebestuur met succes aangegrepen om een uitbreiding van de opleiding tot kinder- en jeugdpsychiater te realiseren.

Dat die uitbreiding vruchten heeft afgeworpen, blijkt alleen al uit de stijging van het aantal leden van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie. In 1996 waren er 304 leden, in 2003 waren er 335 (10% toename in 6 jaar) en in 2012 439 (nog eens 31% toename in 9 jaar). Ook wanneer wordt gekeken naar de inzet van deze groep voor het vak kinder- en jeugdpsychiatrie is er een duidelijke stijging. Dit komt door een combinatie van factoren.

*Feminisering en deeltijd werken* Zoals zich al aftekende in 1996 is kinder- en jeugdpsychiatrie in toenemende mate een vak dat door vrouwen wordt uitgeoefend. Figuur 1 laat zien dat hoe jonger men is, hoe groter overwicht er bestaat aan

FIGUUR 1 De sectie/afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie; leeftijdsopbouw en geslacht in respectievelijk 1996 (A); 2003 (B); 2012 (C)



vrouwen, terwijl in 2012 ook absoluut het aantal vrouwen het grootst was.

Ook in de jaren na 1996 bleken vrouwen meer in deeltijd te werken. Het verschil met mannen werd echter minder groot, doordat dit toenemend ook voor hen gold. Voor vrouwen was de deeltijd-factor op alle meetmomenten gemiddeld 0,8. Voor mannen was deze in 1996 en 2003 1,0, maar in 2012 blijkt deze gedaald tot 0,9.

*Effectieve kinder- en jeugdpsychiatrische tijd*  
Over de drie meetmomenten zagen we dat het aantal mensen dat de kinder- en jeugdpsychiatrie in volledige tijd of vrijwel volledige tijd uitoefende, toenam (tabel 1).

Door het toenemend aantal kinder- en jeugdpsychiaters en het feit dat men meer dan vroeger het vak kinder- en jeugdpsychiatrie in volledige tijd uitoefende, was het aantal beschikbare FTE's kinder- en jeugdpsychiatrie sedert 1996 (met

TABEL 1 Percentage tijd besteed aan kinder- en jeugdpsychiatrie naar leeftijd van de professional

Leeftijd, in jaren	Percentage, 1996			Percentage, 2003			Percentage, 2012		
	0-33%	34-66%	67-100%	0-33%	34-66%	67-100%	0-33%	34-66%	67-100%
30-40	0	3	97	6	4	90	4	4	92
41-50	6	8	86	8	5	87	6	14	80
51-60	21	25	54	13	7	80	5	8	87
> 60	23	45	31	45	23	32	17	14	69

183), via 2003 (met 212) in 2012 met 113% gestegen tot 389.

### Zorg naar leeftijd van de doelgroep

Kinder- en jeugdpsychiaters schatten dat zij 7% van hun tijd besteden aan kinderen (en hun gezinnen) tussen de 0 en 4 jaar, 39% aan kinderen van 5 tot 12 jaar, 36% aan jeugdigen van 13 tot 18 jaar, 11% aan jongvolwassenen van 19 tot 23 jaar en ten slotte 7% aan jongvolwassenen ouder dan 23 jaar.

### Dienstverband versus eigen praktijk

Zoals tabel 2 laat zien, gingen tussen 1996 en 2003 steeds meer leden van de sectie in dienstverband werken, maar in 2012 was er weer een stijging van het aantal vrijgevestigden zichtbaar. Wel bleek het type praktijk veranderd. In 1996 werd daarin relatief meer psychotherapie gedaan. Lang niet iedereen deed diagnostiek, omdat die elders (bijvoorbeeld op het Psychoanalytisch Instituut) al was verricht. Ook werd lang niet door iedereen farmacotherapie geboden. Tegenwoordig is de vrijgevestigd kinder- en jeugdpsychiater ook degene die diagnostiek bedrijft en naast psychologische behandeling ook farmacotherapie biedt (zie tabel 3).

Aanstelling	1996	2003	2012
Dienstverband	56	67	69
Combinatie	25	20	12
Vrijgevestigd	19	13	19

Activiteit	1996	2003	2012*
Psychotherapie	76	62	57
Diagnostiek	57	81	94
Ouderbegeleiding	48	60	63
Farmacotherapie	36	72	83
Rapportage	35	26	32

\*Verder genoemd in 2012: consultatie (64%), groeps-therapie (3%), supervisie (3%) en management (3%)

### Activiteiten voor de jeugdzorg

In 2012 was circa 11% van de Nederlandse kinder- en jeugdpsychiaters voor een deel van de tijd werkzaam in of voor de jeugdzorg. In de meeste gevallen deed men dit door vanuit de instelling of de eigen praktijk consultatie te bieden aan instellingen voor jeugdzorg, of door kinderen te zien die door de jeugdzorg waren verwezen. Er waren ook kinder- en jeugdpsychiaters die voor een deel van hun tijd gedetacheerd zijn naar een instelling voor jeugdzorg.

### Lichamelijke problematiek in de kinder- en jeugdpsychiatrische praktijk

Bijna een kwart van de respondenten liet weten kinderen in onderzoek of behandeling te hebben met bijkomende lichamelijke aandoeningen. De daarbij gegeven voorbeelden lieten zien dat de vraag hiernaar uiteenlopend was opgevat, hetgeen afbreuk deed aan de bruikbaarheid van dit antwoord. Er waren respondenten die verklaarden dat elke psychische stoornis een lichamenlijk correlaat kent. Anderen dachten bij lichamelijke aandoeningen aan duidelijke lichamelijke ziekten als epilepsie en astma, waar zij als kinder- en jeugdpsychiater mee te maken hebben. Sommigen dachten ook aan lichamelijke bijwerkingen van farmaca en velen dachten aan betrokkenheid bij eetstoornissen of consultatieve psychiatrie binnen het kinderziekenhuis.

### 24-uursbereikbaarheid

Circa 58% van de respondenten gaf aan dat zij buiten kantooruren bereikbaar waren of voor waarneming hadden gezorgd. Bij degenen die in dienstverband werkzaam waren, was dit doorgaans via de instelling. Vrijgevestigden maakten soms deel uit van een waarnemingsgroep. Degenen die niet bereikbaar waren, verwezen voor spoed naar de huisarts of crisisdienst.

## Transitie jeugd-ggz

De voorgenomen transitie, per 2015, van de kinder- en jeugdpsychiatrie en de jeugd-ggz naar de gemeenten, werd door de respondenten zonder uitzondering ongewenst geacht. Vooral vanwege de ontkoppeling die dan ontstaat tussen kinder- en jeugdpsychiatrie en de overige geneeskunde (inclusief de volwassen psychiatrie) en door de versnippering van specialistische zorg over meer dan 400 gemeenten. De vraag of men zal stoppen als kinder- en jeugdpsychiater werd door 6% bevestigend beantwoord. Nog eens 38% hield rekening met die mogelijkheid of zei het nog niet te weten. Meer dan de helft van de kinder- en jeugdpsychiaters wilde ook in die door hen ongewenst geachte constructie het vak blijven uitoefenen.

## DISCUSSIE

### Beperkingen

De lage respons noopt tot voorzichtigheid bij de interpretatie van de gevonden resultaten. De anekdotische informatie over de reden ervan geeft geen aanleiding te denken dat non-responders systematisch verschillen van responders. Maar het is denkbaar dat mensen die hun e-mails minder goed lezen een drukker praktijk voeren, met een ander profiel. Hier tegenover staat de ervaring dat juist deze mensen vaak efficiënt werken, ook met hun e-mail.

## CONCLUSIE


De kinder- en jeugdpsychiatrie in Nederland is in de afgelopen vijftien jaar gegroeid. Het aantal voor jongeren beschikbare fulltime-equivalenten is meer dan verdubbeld. Wanneer we uitgaan van het ledental in 2012 van de Nederlandse Vereniging voor Psychiatrie (3505), is 13% van de psychiaters lid van de afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie. Dit was 15% in 1996 (Boer 1999). De toename van het aantal kinder- en jeugdpsychiaters is dus onderdeel van een algemene groei van de psychia-

trie, maar blijft hierbij achter. In 2012 was 23% van de bevolking jonger dan 20 jaar (zie <http://statline.cbs.nl>).

De toename in beschikbaarheid van psychiatrische expertise voor kinderen en jeugdigen is dus niet meer dan een gedeeltelijk geslaagde inhaal-slag. Kinder- en jeugdpsychiaters hebben het nu niet minder druk dan vroeger, mede door de betere herkenning van psychische stoornissen bij bijzondere populaties, zoals die van jongeren met een verstandelijke beperking of met delinquent gedrag.

De opbouw van de beroepsgroep is evenwichtiger dan vijftien jaar geleden, toen leegloop door veroudering dreigde. Het vak wordt nu vooral door vrouwen uitgeoefend. Vrouwen werken overigens, anders dan in 1996, niet zoveel minder uren per week dan mannen. De kinder- en jeugdpsychiater is in belangrijke mate alleen werkzaam voor kinderen en jeugdigen. Bijna een vijfde van de kinder- en jeugdpsychiaters werkt alleen als vrijgevestigde. Ruim tien procent combineert een dienstverband met een eigen praktijk. Vrijgevestigde kinder- en jeugdpsychiaters beoefenen hun vak in de breedte.

De transitie van de jeugd-ggz naar de gemeenten wordt algemeen als ongewenst beschouwd. Sommigen vrezen het einde van de kinder- en jeugdpsychiatrie. Anderen hebben meer vertrouwen in de veerkracht van dit vak. De afdeling Kinder- en Jeugdpsychiatrie zal dit onderzoek voortzetten. Het is te hopen dat deze routine outcome monitoring van de kinder- en jeugdpsychiatrie de ongerustheid over de toekomst van het vak zal loochenstraffen.

 Marlies de Feiter en Janneke van de Laar van het bureau van de NVVP waren behulpzaam bij het voorbereiden en verspreiden van de enquête en het verzamelen van de gegevens.

## LITERATUUR

- Boer F. Child and adolescent psychiatry in the Netherlands: patterns of practice. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1999; 8: 57-60.
- Boer F. Child and adolescent psychiatry in The Netherlands: patterns of practice 7 years later. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2005; 14: 351-5.
- Piha J. The status of child and adolescent psychiatry in EU- and EFTA-countries. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 1997; 6: 116-8.

## AUTEUR

FRITS BOER, emeritus hoogleraar Kinder- en Jeugdpsychiatrie AMC/de Bascule en voormalig voorzitter van de sectie kinder- en jeugdpsychiatrie van de NVVP.

Correspondentieadres: prof. dr. Frits Boer, Linnaeusparkweg 71, 1098 CS Amsterdam.

E-mail: f.boer@amc.uva.nl

Geen strijdige belangen meegedeeld.

Het artikel werd voor publicatie geaccepteerd op 8-7-2013.

## SUMMARY

The practice of Dutch child and adolescent psychiatry – developments over the last fifteen years – F. Boer –

**BACKGROUND** The child and adolescent psychiatry (CAP) section of the Dutch Association for Psychiatry intends to keep track of the extent to which CAP is practised and to monitor the way in which it functions. The CAP has conducted three surveys since 1996. This paper reports on the 2012 survey.

**AIM** To investigate the composition (i.e. age and gender) of specialists working in child and adolescent psychiatry, to find out how much time these psychiatrists really spend on child and adolescent psychiatry and what type of work they actually do; furthermore, to make a list of specific questions such as 24-hour availability, and to note opinions regarding the planned transfer of child and adolescent mental health care facilities to town councils.

**METHOD** A survey was conducted and an analysis was made of the data collected.

**RESULTS** The number of specialists practicing child and adolescent psychiatry in the Netherlands, expressed in full-time equivalents, has more than doubled since 1996 (from 183 in 1996 tot 389 in 2012). Compared to 1996, many more of these psychiatrists spend nearly all their time on CAP. The percentage of these specialists working only in private practice remains the same as in 1996 (19%), although the percentage was lower in 2003 (13%). Whereas in 1996 specialists in child and adolescent psychiatry worked mainly as psychotherapists, in 2012 they were working in a broader field, including assessment and pharmacotherapy.

**CONCLUSION** Dutch CAP has grown substantially over the past 15 years. Growth in psychiatry in general has been even more marked. Considering the current composition of the population, there is only a relatively limited amount of specialised psychiatric help available for people under the age of 20. The impending transfer of CAP mental health care facilities to town councils is a matter of deep concern to professionals and to psychiatrists in particular. Only if CAP investigations continue over the coming years will it become clear that this deep concern is entirely justified.

[TIJDSCHRIFT VOOR PSYCHIATRIE 55(2013)8, 619-624]

**KEYWORDS** child and adolescent psychiatry, professional practice