



KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Een onderzoek naar de Jeugdgezondheidszorg van 0-4 jaar

SP. 

Ik kies noodgedwongen prioriteiten, maar dat voelt belabberd, omdat ik uiteindelijk als professional de enige eindverantwoordelijke ben bij eventuele “calamiteiten”.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Een onderzoek naar de Jeugdgezondheidszorg van 0-4 jaar

Februari 2008

Dr Ineke Palm, Wetenschappelijk Bureau SP

Drs Marianne Langkamp, Kamerlid SP

Drs Marianne Brackel, jeugdarts en secretaris vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

VOORWOORD

Voorkomen is beter dan genezen. Iedereen is overtuigd van het belang van goede preventieve zorg. Voor het eerst in onze parlementaire geschiedenis heeft Nederland een minister voor Jeugd en Gezin. Ook deze minister onderschrijft het belang van preventie. Een van de pijlers van zijn beleid is het opzetten van Centra voor Jeugd en Gezin, laagdrempelige opvoedkundige bureaus in de wijken voor ouders en kinderen. In 2011 moet er in elke gemeente een centrum gerealiseerd zijn.

De consultatiebureaus gaan terecht de spil vormen van de Centra voor Jeugd en Gezin. Maar waarom wordt deze belangrijke spil zo verwaarloosd? Zij krijgen steeds meer taken. De werkdruk is onacceptabel hoog geworden. Er wordt bekibbeld op de consulttijd per kind. Voor huisbezoeken is amper tijd. Daar komt bij dat er een groot tekort aan jeugdartsen dreigt.

Op het consultatiebureau kunnen de eerste tekenen van mogelijke problemen in de ontwikkeling van een kind worden ontdekt. Daar kunnen problemen bij de opvoeding worden gesignaleerd. Daar kan indien nodig snel hulp aan ouders en kind worden geboden. Maar dat kan alleen als we de professionals die er werken voldoende vertrouwen, en ruimte en mogelijkheden geven om hun werk te doen. Willen we werkelijk meer aan preventie doen, willen we dat alle kinderen gelijke kansen krijgen op een gezonde ontwikkeling en een goede opvoeding, dan moeten we er in ieder geval voor zorgen dat we onze consultatiebureaus zo snel mogelijk op orde krijgen.

Graag wil ik de jeugdartsen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek hartelijk danken voor de snelheid waarmee ze hebben gereageerd en hun betrokken reacties. Bijzondere aandacht wil ik vragen voor de goede samenwerking met de gemotiveerde artsen van de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN). Zonder hen had dit rapport niet tot stand kunnen komen.

Marianne Langkamp

INHOUDSOPGAVE

Samenvatting	7
1. Inleiding	9
1.1. De jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar onder druk	10
1.2. Basistakenpakket en professionalisering	11
1.3. Erkenning belangrijke rol jeugdgezondheidszorg	12
1.4. Financiering blijft achter	12
2. Resultaten	15
2.1. Respons	15
2.2. Het zorgaanbod	15
2.3. Veranderingen van het zorgaanbod	17
2.4. De kwaliteit van de zorg	23
2.5. Kwaliteit zorgverleners	38
3. Conclusies en beschouwingen	43
4. Aanbevelingen	48
Bijlage 1 De Enquête	50
Bijlage 2 Een bloemlezing	61
Bijlage 3 Lijst van afkortingen	70

SAMENVATTING

In de jeugdgezondheidszorg (JGZ) van 0-4 jaar is sprake van groot achterstallig onderhoud. Dat blijkt uit een enquête die het Wetenschappelijke Bureau van de SP, samen met de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) in januari 2008 hield onder de jeugdartsen in de JGZ 0-4 jaar. Meer dan 300 artsen JGZ 0-4 jaar vulden de uitgebreide enquête binnen twee weken in. De belangrijkste resultaten zijn:

- Ruim 85 procent van de jeugdartsen vindt dat ze de kinderen niet de zorg kunnen bieden die nodig is. Eenderde van de artsen vindt zelfs dat ze de risicokinderen te weinig ziet. De helft van de artsen vindt dat er onvoldoende tijd is voor huisbezoeken.
- Bijna 100 procent van de jeugdartsen ervaart hoge werkdruk. De artsen werken onder grote tijdsdruk, altijd gehaast en hebben voortdurend het gevoel tekort te schieten. Ze voelen zich zeer verantwoordelijk en doen noodgedwongen veel in eigen tijd.
- De artsen hebben onvoldoende tijd: te weinig of vermindering van consulten, de tijden voor consulten zijn te krap en er gaan te veel taken naar verpleegkundigen. Terwijl de taken toenemen, blijven de gelden achter of worden zelfs minder.
- Indien de strijd om de minuten is gewonnen wacht een nieuw struikelblok. Driekwart van de jeugdartsen ervaart problemen met doorverwijzen. Wachtlijsten, indicatiestelling en kinderen die te makkelijk weer worden losgelaten, door de jeugdzorg bijvoorbeeld.
- Bijna 85 procent van de artsen ervaart problemen met de arbeidsvoorwaarden. Er is nauwelijks arbeids-overleg, de contracten zijn te krap en er worden veel overuren gemaakt. Betaald en onbetaald. De beloning is slechter geworden, de functiewaardering is te laag en de functie-eisen zijn te licht.

De JGZ heeft een zeer hoog bereik onder 0-4 jarigen, is zeer laagdrempelig en heeft een langdurige ervaring in de zorg en ondersteuning van jonge kinderen en hun ouders.

Het is dan ook terecht dat de JGZ een belangrijke plaats krijgt in de nieuwe Centra voor Jeugd en Gezin. Er worden haar steeds meer belangrijke taken toegewezen zoals het aanpakken van maatschappelijke problemen als kindermishandeling, de preventie van meisjesbesnijdenis, en van gezondheidsbedreigingen

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

als de explosieve toename van te dikke kinderen. Dan moeten echter ook de voorwaarden geschapen worden zodat zij deze rol en ambities waar kan maken. Die voorwaarden zijn geld voor achterstallig onderhoud en investeringen in de toekomst.

In het rapport staat een aantal aanbevelingen om de JGZ weer gezond te maken: ruimere spreekuren, de mogelijkheid om alle kinderen te blijven zien en een toeslag voor risicokinderen. Geef de jeugdartsen een sleutelpositie in de zorg voor de jeugd en de Centra voor Jeugd en Gezin. Investeer in onderzoek, standaarden en richtlijnen en in de artsen zelf. Hogere functie-eisen (minimaal 1^e fase opleiding tot arts M&G, titel: jeugdarts), gehele subsidiering van de opleiding en een betere salariëring is dringend noodzakelijk om meer artsen voor deze belangrijke preventieve zorg aan te trekken.

Met de deelname aan deze enquête geven ruim 300 jeugdartsen een belangrijk signaal af. Deze keer niet op het Plein voor de Tweede Kamer – immers dat zou de achterstand in werk nog groter maken – maar door middel van dit onderzoek willen ze hun stem laten horen. Een pleidooi dat het zo niet langer kan. Een pleidooi van professionals die zich verantwoordelijk voelen voor álle kinderen, geen kind mag hen ontglippen. Deze artsen moeten dan wel de ruimte krijgen hun hoge beroepseer waar te kunnen maken.

1. INLEIDING

Nederland staat in de top-drie van landen met de laagste kindersterfte ter wereld volgens de cijfers van Unicef.¹ De sterfte onder kinderen van nul tot vijf jaar is een belangrijke maat voor de gezondheidstoestand van kinderen. Het gaat dus goed met de gezondheid van het Nederlandse kind. Ook wat betreft levensverwachting zitten we in de top-3. Kinderen die in Nederland worden geboren hebben een gemiddelde levensverwachting van 79 jaar.

Met een aantal kinderen gaat het minder goed. Zo heeft volgens de jeugdgezondheidszorg twaalf procent van de kinderen een chronische aandoening, heeft vijf procent volgens de ouders psychosociale problemen, kampt vijf procent met ernstige opvoedingsproblemen en wordt tien procent van de kinderen twee of meer keer per maand gepest. In deze cijfers zit wel overlap, 85 procent van de kinderen meldt geen problemen. In 2004 kregen de bureaus Jeugdzorg ruim 134.000 nieuwe aanmeldingen. In totaal waren er 84.000 kinderen tot 18 jaar feitelijk onder behandeling na indicatie door Bureau jeugdzorg en 57.000 bij justitiële jeugdinrichtingen.²

Er bestaan ook verschillen in gezondheid tussen mensen met een hoog en een laag inkomen. Sociaal-economische verschillen blijken al bij de geboorte te bestaan. Hoewel de kindersterfte in Nederland zeer laag is, is deze in de lagere sociale groepen het hoogst. Sinds 1950 zijn de sociaaleconomische verschillen bij kindersterfte zelfs toegenomen.³ In Rotterdam blijkt de babysterfte, vooral in de achterstandswijken, zorgelijk hoog te zijn.⁴

De overgrote meerderheid van de Nederlandse kinderen heeft een goede gezondheid en ontwikkeling. De hoge score van Nederland heeft ongetwijfeld ook te maken met het unieke en goede systeem van de preventieve jeugdgezondheidszorg dat we in Nederland kennen. Een preventieve jeugdgezondheidszorg die er mede toe bij draagt dat kinderen aan de start van hun leven zoveel mogelijk een gelijke kans hebben gezond op te groeien.

1 The United Nations Children's Fund (Unicef). The State of the World's Children 2007, 2006.

2 Jeugd, gezondheid en levensloop. Gezondheidsraadlezing 2007. prof. Dr. S.P. Verloove-Vanhoorick, 27 september 2007.

3 Alles kids? SP, 1999.

4 Medisch Contact 18 januari. Recht op een goede start.

1.1. De jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar onder druk

Eind jaren negentig kreeg de SP veel signalen van verontruste consultatiebureauartsen over een verschraling van de JGZ 0-4 jaar. Deze verschraling zou mogelijk samenhangen met de invoering van de marktwerking in de thuiszorg en de per 1-1-1997 ingevoerde status-aparte-financiering voor de JGZ 0-4 jaar, die hiermee buiten de marktwerking zou moeten blijven.

In 1998 bleek uit een onderzoek van het comité Zorg voor Iedereen⁵ in samenwerking met de vereniging van consultatiebureauartsen dat artsen vreesden voor een tweedeling in de zorg. Het sluiten van consultatiebureaus, vermindering van consulten en consulttijden en huisbezoeken leidden tot een verschraling van de zorg. Een achteruitgang die vooral ten koste zou gaan van juist die kinderen, die deze zorg het hardst nodig hebben, zoals vele artsen in het onderzoek opmerkten.⁶

Dit onderzoek was met de vele andere signalen uit het veld reden voor de minister om de Inspectie voor de Gezondheidszorg te verzoeken een onderzoek in te stellen. De Inspectie stelde een achteruitgang op alle fronten vast.⁷ Ondanks het in 1995 door de Landelijke vereniging voor Thuiszorg opgestelde takenpakket voor de JGZ 0-4 jaar was er nog steeds grote onduidelijkheid over de producten die tot het takenpakket van de JGZ moesten worden gerekend. De Inspectie stelde ook vast dat de formatie te krap was, de investering in bij- en nascholing slecht en er sprake was van een verslechtering van de arbeidsomstandigheden en de arbeidsmarkt voor consultatiebureauartsen. Ook het op grote schaal afstoten van locaties vond de Inspectie zorgelijk. De Inspectie gaf aan dat snel duidelijkheid moest komen over de invulling van het basistakenpakket en de positionering van de JGZ 0-4 jaar. Op korte termijn zouden er voorlopige voorzieningen getroffen moeten worden.

Al eerder werd gepleit voor een betere afstemming van de jeugdgezondheidszorg voor 0 tot 4-jarigen en 4 tot 19-jarigen en een versterking van de positie van de gemeente.^{8 9}

5 Het Comité Zorg voor Iedereen was een comité van werkers in de zorg tegen de oprukkende tweedeling in de gezondheidszorg, opgericht in 1997 op initiatief van de SP

6 Comité zorg voor iedereen. Een ongelijke start. 1998.

7 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toegang verboden? 1999

8 Burgmeijer R.J.F. et al. Op weg naar volwassenheid. Evaluatie jeugdgezondheidszorg 1996.

9 Commissie Lemstra. Gemeentelijk Gezondheidsbeleid beter op zijn plaats. VWS, 1996.

1.2. Basistakenpakket en professionalisering

In 2000 vond een vervolgonderzoek van de Inspectie plaats. Inmiddels waren er basistaken Jeugdgezondheidszorg geformuleerd die uiteindelijk in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid verankerd zouden moeten worden. De meeste consultatiebureaus bleken nog onder het door de Landelijke Vereniging van Thuiszorg aanbevolen basispakket te zitten. De meest genoemde redenen waren gebrek aan financiële en/of personele middelen. Indien werd gekeken naar het nieuwe basispakket van de werkgroep basistaken zaten nog slechts enkele bureaus onder de minimumgrens. Wat betreft andere taken zoals monitoring, signalering, afstemming, was er nog wel veel te winnen.¹⁰

Na veel discussies en evaluaties besloten het kabinet en de Tweede Kamer in november 2001 tot het herpositioneren van de JGZ. In dat kader werd een Basistakenpakket JGZ vastgesteld, kwam de jeugdgezondheidszorg onder gemeentelijke regie (1 januari 2003) en zijn de uitvoerende organisaties op het gebied van de JGZ, de thuiszorgorganisaties en de GGD-en nauwer gaan samenwerken. Dit alles zou uiteindelijk moeten leiden tot één integraal beleid voor de Jeugdgezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen van 0 tot 19 jaar.¹¹

De ouder- en kindzorg is de afgelopen jaren verder geprofessionaliseerd. Er zijn vele standaarden en richtlijnen ontwikkeld. Er zijn nieuwe succesvolle preventieprogramma's opgezet op basis van wetenschappelijk onderzoek.

Er zijn veel successen geboekt. De preventie van Engelse ziekte met vitamine D. Het vroegtijdig opsporen van aandoeningen met de hielprik. Klassieke kinderziekten zijn zeldzaam geworden door het hoge bereik van het rijksvaccinatieprogramma. Wiegendood komt nog maar weinig voor vooral dankzij de adviezen over 'veilig slapen'.

Er blijven ook belangrijke problemen en bedreigingen. Zo daalt de perinatale sterfte in Nederland minder snel dan in andere landen en worden er steeds meer kinderen te vroeg geboren. Daarnaast zijn er de dreigingen van nieuwe gezondheidsproblemen door alcohol, roken en drugs, seksueel overdraagbare aandoeningen, overgewicht en obesitas.¹²

10 IGZ. Onderzoek naar de uitvoering van de jeugdgezondheidszorg anno 2000. 2000.

11 VWS-folder, mei 2002.

12 Jeugd, gezondheid en levensloop. Gezondheidsraadlezing 2007. Prof. Dr. S.P. Verloove-Vanhorick, 27 september 2007.

1.3. Erkenning belangrijke rol jeugdgezondheidszorg

De grote potentie van de jeugdgezondheidszorg wordt inmiddels op waarde geschat. Deze krijgt dan ook steeds meer taken toegewezen: taaltoetsen voor peuters, preventie van meisjesbesnijdenis, zorgcoördinatie, de verwijfsindex, de preventie van crimineel gedrag en van maatschappelijke problemen zoals kindermishandeling en van gezondheidsbedreigingen als de explosieve toename van te dikke kinderen.

In het regeerakkoord Balkenende IV wordt de jeugdgezondheidszorg samen met de verloskundige zorg een belangrijke plaats gegeven in de basiszorg voor alle (ongeboren) kinderen (tot 23 jaar) binnen de Centra voor Jeugd en Gezin. Dat is terecht want de JGZ heeft immers een zeer hoog bereik bij de 0-4 jarigen, heeft een 100% bekendheid onder ouders (en met de verloskundige samen ook een bereik dat de 100% nadert), is zeer laagdrempelig en heeft een langdurige ervaring op het gebied van opvoedingsondersteuning en vroegsignalering, dicht bij huis en naast en met de ouders.

1.4. Financiering blijft achter

De JGZ 0-4 jaar ziet deze rol als een belangrijke uitdaging. Zij zal de taken en verwachtingen alleen kunnen waarmaken indien zij daar voldoende voor is toegerust. Tot nu toe is de financiering echter achtergebleven bij alle uitbreidingen van taken.

Zo hebben de beroepsverenigingen werkzaam binnen de JGZ in 2002 onderbouwd dat voor een goede uitvoering van het basispakket per kind per consult 20 minuten tijd nodig is, exclusief nabespreking van 4 minuten. Van Naem heeft in 2002 normtijden voor consulten en huisbezoeken vastgesteld, uitgaande van budgettaire neutraliteit.¹³ Dit betekent dat bijvoorbeeld voor een 4 weken consult niet 24 minuten inclusief voor-en nabespreking van 4,2 minuten begroot is, maar 19, 8 minuten, inclusief 1,2 minuut voor voor-en nabespreking. Sinds 2002 zijn deze minuten nog meer onder druk komen te staan door vele ontwikkelingen, terwijl er nauwelijks extra financiële middelen beschikbaar zijn gesteld. Ontwikkelingen zoals:

- Het vaccinatieprogramma is uitgebreid met drie vaccins, nu nog in vier verschillende schema's. Ouders zijn ten aanzien van vaccineren kritischer geworden en vragen meer uitleg en informatie.
- Er zijn nieuwe inhoudelijke standaarden en protocollen geïmplementeerd. Het geprotocolleerd en gestandaardiseerd werken schept verplichtingen en vraagt aandacht en tijd. Enkele voorbeelden zijn het protocol Kindermishandeling, de standaard Hartafwijkingen, het protocol Veilig slapen, het protocol Rust, regelmaat en prikkelreductie.

¹³ BasisTaken Pakket JGZ. Van Naem et al. 2002.

- Ook het gespreksprotocol meisjesbesnijdenis is ingevoerd: dit betekent meerdere gesprekken met de ouders van en/of het meisje at risk over een onderwerp dat erg in de persoonlijke en taboesfeer ligt en waarbij over het algemeen forse taalbarrières de communicatie niet vergemakkelijken. Voor de uitvoering van het gespreksprotocol zijn niet genoeg financiën geleverd. In grote steden, Tilburg en Eindhoven is het aantal meisjes at risk groot.
- Overgewicht en obesitas vormen een enorme gezondheidsbedreiging voor onze jeugd. Dit betekent aandacht hiervoor met behulp van het Signaleringsprotocol en Overbruggingsplan Overgewicht bij alle peuters en extra interventie bij bijna 15 procent van alle kinderen in zorg. Preventie overgewicht dient bij alle 0-2 jarigen ter sprake te komen.
- Terecht wordt nog meer aandacht besteed ten opzichte van enkele jaren geleden aan herkenning van spraak- en taalproblemen bij jonge kinderen, aan taalstimulering en aan het signaleren van kinderen die in een taalarme of niet-Nederlands sprekende omgeving opgroeien.
- De verwijzindex is een veelbelovend instrument om kinderen in een risicovolle opvoedsituatie te herkennen, voor het kind en ouder adequate en gecoördineerde zorg in te zetten, maar kost tijd en dus geld. Datzelfde geldt voor zorgcoördinatie en voor de Centra voor Jeugd en Gezin.
- Risicokinderen worden beter dan voorheen gesignaleerd, dit betekent intensieve zorg. Nieuwe effectieve en veelbelovende instrumenten voor signalering worden daartoe ingezet. Voorbeelden zijn Samen Starten en Stevig Ouderschap, waarbij ouders vroeg en frequent worden begeleid bij het opvoeden van hun jonge kind. Deze extra opvoedingsondersteuning voor risicokinderen en hun ouders heeft prioriteit, het betreft een grote doelgroep en is kostbaar.
- Het behalen en behouden van HKZ-certificering en Borstvoeding-certificering vraagt tijd en aandacht.
- In 2008 wordt het Elektronisch Kind Dossier ingevoerd. In organisaties waar al met het EKD gewerkt wordt, is gebleken dat het werken hiermee extra tijd kost, ook wanneer de gebruiker ervaren is in het gebruik ervan. Het (verplicht) invoeren van het EKD kan hierdoor mogelijk ten koste gaan van directe cliëntcontacten.

Al deze uitbreidingen zijn stuk voor stuk belangrijk voor een optimale ontwikkeling van het kind in een veilige en stimulerende opvoedingsomgeving. Deze taken komen wel allemaal bovenop de taken die er al lagen zoals het periodieke geneeskundige onderzoek, preventie, screening, voorlichting en opvoedingsondersteuning.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Opnieuw klinken er veel signalen uit de jeugdgezondheidszorg, zowel van de artsen als de verpleegkundigen. Alle taken goed uitvoeren zou niet mogelijk zijn, zou leiden tot een onacceptabele werkdruk en tot het maken van keuzes in de zorg. Daarom besloot het Wetenschappelijke Bureau van de SP, samen met de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) een uitgebreide enquête te houden onder de jeugdartsen in de JGZ 0-4 jaar. Om zo nauwkeurig in beeld te krijgen of deze zorg voldoende is toegerust om aan haar belangrijke taken te voldoen en zo haar ambities waar kan maken. De ambities van de zeer gemotiveerde professionals die werkzaam zijn binnen de JGZ, zijn hoog.

2. RESULTATEN

De enquête is opgesteld door het Wetenschappelijk Bureau van de SP in samenwerking met de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN).

De AJN heeft de enquête vervolgens onder haar leden verspreid. Er zijn 693 leden die werken in de JGZ van 0-4 jaar. Daarnaast zijn er enkele tientallen leden die zowel in de JGZ 0-4 jaar als in de JGZ 4-19 jaar werken en leden waar dat niet van bekend is. De enquête is ook op de AJN-site gezet zodat ook artsen die geen lid zijn van de AJN deel zouden kunnen nemen.

2.1. Respons

In zeer korte tijd hebben 311 artsen de enquête ingevuld. In de basisanalyse zijn de eerste 298 respondenten verwerkt. De reacties van de latere respondenten zijn wel bekeken en de antwoorden op de open vragen zijn meegenomen in de analyse. De antwoorden op de open vragen staan telkens in cursief weergegeven.

Aan de beantwoording is te zien dat dit zeer gewetensvol en nauwgezet is gedaan. Een teken dat deze mensen zeer begaan zijn met hun vak en dat zij zich kennelijk ernstig zorgen maken. Zorgen genoeg in elk geval om tussen alle drukte door, even de rust te nemen deze uitgebreide enquête in te vullen.

Het merendeel van de deelnemende jeugdartsen is vrouw: 97 procent.

Tweederde van de respondenten werkt al 10 jaar of langer in de JGZ 0-4 jaar, 9 procent van de respondenten is twee jaar of korter werkzaam.

Bijna de helft van de artsen heeft een dienstverband van 18 uur of minder (47 procent), 79 artsen werken 19-24 uur (32 procent) en 48 artsen werken meer dan 24 uur (21 procent).

2.2. Het zorgaanbod

De consulten

Hoewel door de beroepsgroep is vastgesteld dat voor een goede uitvoering van het basistakenpakket per kind per consult 20 minuten tijd nodig is, exclusief nabespreking, is voor verreweg de meeste artsen minder dan 20 minuten per consult beschikbaar.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Tabel 1. Consultduur

	10-15 min	16-19 min	20 minuten of meer	niet ingevuld
Zuigelingconsult	189 (64%)	20 (7%)	87 (29%)	2
Peuterconsult	149 (51%)	26 (9%)	116 (40%)	7

Niet voor alle contacten geldt dezelfde tijd, melden 168 artsen. Voor bijna de helft gaat het hierbij om extra tijd bij alleen het laatste consult. Tijd, die ook nodig is voor de samenvatting en overdracht van het dossier, zo geeft een aantal artsen aan.

Bij een op de zes artsen gaat het om extra tijd bij consulten voor risicokinderen. In sommige gevallen gaat het over een bijzonder project zoals Samen Starten. Bij een extra consult op indicatie is het consult vaak korter.

De consulttijd is exclusief voor- en nabesprekingen. Hier zou volgens de beroepsgroep nog minimaal 4 minuten extra per kind voor nodig zijn. In de praktijk gebeurt dat in een keer, voor- en na de consulten. Daarnaast zijn er niet-consultgebonden taken zoals overleg met huisartsen, medisch specialisten en het Advies en Meldpunt Kindermishandeling (AMK). Bijvoorbeeld bij het doorverwijzen van een kind. Deze voor- en nabesprekingen en niet-consultgebonden taken worden niet altijd ingepland.

Tabel 2. Planning overige consult- en niet consultgebonden taken

Voorbespreking		Nabespreking	
Ja	nee	ja	nee
108 (37%)	183 (63%)	229 (80%)	59 (20%)
72 (60%) lukt in geplande tijd		86 (38%) lukt in geplande tijd	
Duur meestal 15 min; soms minder		Duur 15 minuten (helft); 15-30 min (helft)	
		Soms meer, soms minder	
Niet-consultgebonden taken			
Ja	nee		
110 (39%)	175 (61%)		
26 (22%) lukt in geplande tijd			
Duur meestal 15 min; soms meer, soms minder			

Tijd voor voor- en nabesprekingen en overige taken wordt dus nogal eens niet ingepland. Wat betreft nabesprekingen is dat vaak wel het geval, echter hier wordt de geplande tijd door de meeste artsen als onvoldoende gezien.

Bij de vraag of de beschikbare consulttijd voldoende is voor de correcte uitvoering van het basistakenpakket volgens de professionele standaard, geven veel artsen aan dat dit niet het geval is.

Tabel 3. Beschikbare consulttijd

Voldoende	45 (16%)
Onvoldoende	240 (84%)
Niet ingevuld	13

Een overgrote meerderheid vindt de beschikbare consulttijd onvoldoende. Dat is niet verwonderlijk als je kijkt naar de beschikbare tijd en het niet inplannen van overige taken.

Bovendien zijn er de laatste jaren – na het vaststellen van de norm door de beroepsgroep – veel extra taken bijgekomen.

2.3. Veranderingen van het zorgaanbod

Er vinden nogal wat veranderingen plaats. Zowel wat betreft de hoeveelheid zorg als wat betreft de professionaliteit van degene die de taken uitvoert.

Verandering consulten of consulttijden

In totaal 192 jeugdartsen (68%) geven aan dat het aantal consulten en/of de consulttijden de laatste twee jaar zijn veranderd of dat er plannen zijn deze te veranderen. 16 Artsen hebben deze vraag niet ingevuld.

Het gaat hierbij zowel om uitbreiding als om inkrimping van het aantal consulten of de consulttijden.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Tabel 4. Veranderingen consulten of consulttijden

	meer	minder	onbekend welke verandering
Aantal zuigelingenconsulten	12	48	5
Aantal peuterconsulten	10	54	4
Zuigelingenconsulttijd	43	2	2
Peuterconsulttijd	17	17	4
Aangekondigde veranderingen	13	32	42
Andere veranderingen	totaal 96		

Bij nadere analyse blijkt het om veel combinaties te gaan. 72 Maal gaat het alleen om inkrimping; 61 maal gaat het zowel om inkrimping als uitbreiding (bijvoorbeeld zuigelingenconsulttijd meer geworden, gelijktijdig is het aantal consulten minder geworden) en 46 maal om alleen uitbreiding van zorg.

Bij uitbreiding gaat het vrijwel altijd om uitbreiding van de consulttijd. In veel gevallen heeft dit te maken met bijzondere projecten (bijvoorbeeld Samen Starten) of met de invoering van het Elektronisch Kinddossier (EKD). Opgemerkt wordt ook dat de uitbreiding ten behoeve van het EKD te weinig is.

Taakherschikkingen

Er wordt nogal eens geschoven met taken. Zowel binnen de eigen instelling als binnen de afdeling JGZ van de GGD (JGZ 4-19).

Tabel 5. Taakherschikkingen

	Ja	nee	onbekend
Taakherschikking binnen de organisatie	129 (46%)	152 (54%)	17
Taakherschikking binnen JGZ 4-19	83 (41%)	121 (59%)	94

De taakherschikking binnen de eigen organisatie gaat in veel meer dan de helft van de gevallen over een verschuiving naar meer consulten door goedkopere krachten. Vrijwel altijd gaat het daarbij om een verschuiving van taken van arts naar de verpleegkundige ofwel de nurse practitioner. Soms vinden artsen dit

positief, zeker als er ook sprake is geweest van pilots en scholing.

Met de invoering van het alternerend peuterbureau (of arts of verpleegkundige) doet de verpleegkundige nu ook een deel van het Van Wiechen- en visusonderzoek. Dit gaat goed zolang er goed geschoold wordt, goed nabesproken en de (eind-)verantwoordelijkheid voor het (soort) actie naar aanleiding van de onderzoeksresultaten bij de arts ligt.

Dat is niet altijd het geval. De taakherschikking is meestal uit nood geboren, vanwege financiën of vanwege het tekort aan artsen. De meeste artsen maken zich dan ook zorgen over deze taakherschikking.

Artsenconsult van 3 jaar is vervallen, visustest, beoordeling spraak, groei, ontwikkeling nu door verpleegkundige. Als arts zie je het kind dus 2 jaar niet (van 2 tot 4 jaar), en mis je mijn inziens daardoor een belangrijke fase in de ontwikkeling.

Verpleegkundigen nemen steeds meer contacten met kinderen over. Artsen worden papierendossiers kijkers.

Wijkverpleegkundigen hebben geen artsopleiding gedaan en hebben ook niet dat niveau, zodat de kwaliteit achteruit holt. Verder ontstaan er gaten in de zorg (toevoeging vitamine D, overgewicht, spraak). Nu het artspeuterconsult naar 10 minuten gaat verwacht ik nog veel ernstigere hiaten in de zorg: in 10 minuten kun je niet beoordelen of alles goed is met een peuter en dan mag je na 2 jaar eventuele fouten herstellen!

De taakherschikking binnen de GGD gaat in meer dan de helft van de gemelde gevallen over een verschuiving naar risicogericht werken in de JGZ 4-19 jaar. Dat betekent dat periodieke onderzoeken verdwijnen en alleen risicokinderen worden gezien. Tevens vindt ook daar een verschuiving plaats naar goedkopere krachten. Veel zorgen maken de respondenten zich over de ontwikkeling dat de doktersassistentes de eerste screening gaan doen om te bepalen of kinderen risicokinderen zijn en dus vaker door een arts gezien moeten worden. Dat legt weer extra druk op de jeugdarts 0-4 jaar omdat deze nu met zekerheid alle mogelijke probleemgevallen moet identificeren. Een juiste inschatting maken of een kind een risicokind is (of wordt) en dus met deze boodschap doorsturen naar de JGZ 4-19 jaar.

De kinderen van groep 2 worden nu alleen door de doktersassistente gezien. Hierdoor wordt vooral de nadruk gelegd op kinderen waar problemen mee zijn. Hierover moet extra goed gesproken worden met de ouder tijdens het laatste consult met 4 jaar. Ook moet dan aangegeven worden dat we deze kinderen juist wel door de arts willen laten zien. Dit gebeurt met een sticker op de kaart en het groeiboekje.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Inschatten voor zover dat mogelijk is, want sommige dingen zullen pas na 4 jaar duidelijk worden.

In het vervolgonderwijs worden alleen op het VMBO, LWOO en PO nog onderzoeken door de arts gedaan, op HAVO en VWO alleen nog KIVPA's door verpleegkundige. In het basisonderwijs al jaren geen PGO groep 2 meer maar screening door de assistente op school en bij de arts alleen onderzoeken op indicatie. Uit ervaring met beide systemen kan ik stellen dat het werken op indicatie niet zo "fijnmazig" is als hiervan verwacht werd. Ernstige problemen worden nu vaak pas vele jaren later gesignaleerd.

Artsen raken het 'fingerspitzen' gevoel van 'het gezonde kind', kwijt omdat ze alleen maar 'gesignaleerde=risico' kinderen zien. Dit staat steeds verder af van primaire preventie, maar wordt meer tot secundaire- of zelfs tertiaire preventie.

Oorzaken verschuivingen

Over de oorzaken van de veranderingen in aantal consulten, consulttijden en taakherschikkingen zijn de meeste artsen kort: geldgebrek of bezuiniging. Drie op de vijf artsen denkt dat de veranderingen te maken hebben met pure bezuinigingen.

Ook het tekort aan jeugdartsen, de toename van risicokinderen, de vermeerdering van taken en de invoering van het EKD worden regelmatig genoemd. Evenals onkundigheid van het management.

De oorzaken liggen financieel: de marktwerking in de zorg, de teloorgang van de positie van de professional ten gunste van het management en de organisatie.

Het wordt niet gebracht als bezuiniging, maar velen van ons zijn fors in dienstverband omlaag gegaan, ongeveer 10-30% van het dienstverband. We hebben als cb-artsengroep onze vragen bij de (volgens ons niet juiste) berekeningen op papier naar het management gestuurd. Antwoord is er nog niet.

Te weinig artsen die het CB-werk uitdagend genoeg vinden. Hoge werkdruk. Alleen "lopende band werk" productie lijkt te worden gehonoreerd. Signaleren doen we genoeg, maar er iets mee doen kost veel tijd en dat wordt niet ingepland. Veel gebeurt in eigen tijd.

EKD is in onze dienst een ramp. Er is geen overzicht meer tijdens de consulten over de situatie rond het kind. Van Wiechen schema is onduidelijk en niet meer leidend.

Nog geen eenderde van de artsen is betrokken bij de besluitvorming over de veranderingen in de zorg.

Nieuwe ontwikkelingen

Nieuwe ontwikkelingen als de Centra voor Jeugd en Gezin en de Verwijsindex Risicjongeren zijn nog lang niet overal operationeel.

Tabel 6. Nieuwe ontwikkelingen

	Ja	nee	niet ingevuld
Centrum voor Jeugd en Gezin	71 (25%)	216 (75%)	11
Verwijsindex Risicjongeren	37 (13%)	241 (87%)	20

Binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin en bij de Verwijsindex Risicjongeren is zorgcoördinatie een belangrijke taak voor de Jeugdgezondheidszorg.

Er lijkt nog onduidelijkheid te bestaan of deze zorgcoördinatie extra wordt gefinancierd vanuit de gemeente (maatwerkdeel) of dat het beschouwd wordt als horend bij het uniforme deel van het Basistakenpakket en dus binnen het budget van de instellingen gefinancierd moet worden.

Van de 81 jeugdartsen die deze vraag al kunnen beantwoorden zeggen er 53 (65%) dat deze taak wordt gefinancierd vanuit de gemeente, 28 artsen (35%) geven aan dat deze taak (deels) onder de instellingen valt.

In de NO-Brabantse gemeenten waar mijn thuiszorg actief is, is de JGZ slechts wat betreft het maatwerkdeel betrokken bij de Centra voor Jeugd en Gezin. In geen enkel centrum wordt consultatiebureau gedaan ondanks alle adviezen van Rouvoet in deze. Men beschouwt de centra vooral als een voorpost van bureau Jeugdzorg. Maatschappelijk werk is vaak de trekker. Hierdoor is er geen sprake van laagdrempeligheid voor ouders. Je gaat bijvoorbeeld alleen naar het Centrum voor Jeugd en Gezin in Oss als je een probleem hebt.....Voor het consultatiebureau moet je elders wezen.

De helft van de artsen heeft wel ideeën hoe het beter kan met de Centra voor Jeugd en Gezin. Betere afstemming; toegankelijker maken, ondermeer door meer locaties en vooral ook de mensen uit de zorg zelf er meer bij betrekken. Zorgcoördinatie die tevens bindende besluitvorming kent.

Starten vanuit de medewerkers, geen nieuw bord op de deur en de rest komt wel.

Centra voor jeugd en gezin zijn we eigenlijk al! Als wij als JGZ-instellingen samen in een gebouw zitten op de verschillende locaties, aangevuld met verschillende eerstelijnsvoorzieningen dan heb je het over een

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

echt centrum voor jeugd en gezin en niet over een gebouw in de stad waar een paar telefoontjes komen en drie mensen binnenlopen met een vraag.

Eerst alle aandacht voor uitleg over wat iedere beroepsgroep precies te bieden heeft. Het CB wordt nog altijd met prikken en wegen geassocieerd. De jeugdverpleging is de enige die in alle gezinnen thuis komt!

Duidelijke omschrijving van wat zorgcoördinatie is en wie gaat dat doen.

Duidelijkheid over waar de verantwoordelijkheid ligt en als het de JGZ is dit goed uitwerken en financieren!

In 2007 is de Wet Maatschappelijke Ondersteuning ingevoerd. Hierin is ondermeer geregeld dat de huishoudelijke verzorging onder de verantwoordelijkheid van de gemeente valt. Tegelijkertijd met de overheveling van de AWBZ naar de gemeente is marktwerking in de vorm van aanbesteden ingevoerd. In veel gemeenten leidt de Wmo tot bezuinigingen, ontslagen en vermindering van zorg en kwaliteit.^{14 15} Thuiszorginstellingen bezuinigen ook op andere plekken om een goede concurrentiepositie te verwerven. Ruim een op de vier artsen merkt de invloed van de Wmo. Die is meestal negatief. De meeste zorgen maken de artsen zich over het moeilijker toegankelijk worden van de gespecialiseerde verzorging. Zorgen maakt men zich ook over gezinnen die hard huishoudelijke verzorging nodig hebben en dat niet krijgen, over de financiële problemen van thuiszorgorganisaties en over de verzakelijking.

Waar vroeger snel even een week of twee weken gezinszorg kon worden ingezet, bijvoorbeeld vlak na een hele moeilijke start met een baby en een uitgeputte moeder, is dat nu door alle bureaucratie nauwelijks meer mogelijk. Dat levert uiteindelijk duurdere zorg op!

Het maatwerkdeel wordt volledig door de gemeente bepaald. Er zijn wel “onderhandelingen” tussen de staf en gemeente, maar voor zaken die wij belangrijk vinden, zoals meer zorg voor risicokinderen, outreachend werken, en ruimte voor pedagogische ondersteuning, komt geen maatzorg. Het zou goed zijn als het basistakenpakket uitgebreid kon worden. Nu ben je volledig afhankelijk van de kwaliteit, betrokkenheid en inzicht van een wethouder.

Het drukt op de hele begroting van Icare. Dat begint door te werken in de JGZ.

14 Wmo in uitvoering 1. Wetenschappelijk Bureau SP, februari 2007.

15 Wmo in uitvoering II. Wetenschappelijk Bureau SP, oktober 2007.

De financiële gevolgen die deze Wet heeft voor de Thuiszorgorganisaties en die zich doorvertalen naar andere afdelingen binnen de organisatie waaronder de JGZ.

Onze organisatie heeft vorig jaar (sinds de Wmo) een enorm tekort opgelopen, en daardoor is er geen geld meer voor bijscholing voor de CB artsen (o.a. jeugdarts opleiding).

In de de thuiszorg'poot' is erg veel onrust en een groot financieel tekort. Hierdoor worden grotere financiële lasten ten gevolge van overhead afgewenteld op de JGZ.

2.4. De kwaliteit van de zorg

“Ik ervaar geen werkdruk“, vindt 4 procent van de artsen.

Bijna 100 procent van de jeugdartsen ervaart op enige wijze hoge werkdruk. Alle artsen hebben deze vraag ingevuld.

Tabel 7. Werkdruk

	Ja
De werkdruk is erg hoog	209 (70%)
De pauzes schieten er bij in	186 (63%)
De bureaus lopen uit	209 (70%)
Anders	90 (30%)

Uit nadere analyse van de gecombineerde antwoorden blijkt ruim 96 procent van de artsen een of meer van de vragen uit tabel 7 met ja te hebben beantwoord. 88 Procent van de artsen beantwoordt minimaal twee vragen met ja. Het gaat dus voor het overgrote deel om hoge werkdruk.

‘Anders’ blijkt in vrijwel alle gevallen ook te gaan over hoge werkdruk:

- Pauzes schieten er vrijwel altijd bij in.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Ik heb geen tijd om drinken te halen of om naar de wc te gaan.

Ik moet het onderste uit de kast halen om niet uit te lopen: uitputting! Pauzes bestaan niet bij ons!

- Het is een uitputtingslag.

Ik ben doodmoe na het bureau.

Aan het eind van bureau ben ik moe, er ontstaat steeds meer irritatie, ik voel me tekortschieten, moet dingen laten liggen, kan geen kwaliteit meer bieden.

- Met voortdurend het gevoel te kort te schieten.

Ik heb veel angst om dingen te missen.

Ik heb voortdurend het gevoel onvoldoende aandacht en zorg te kunnen leveren.

“ Ik ervaar geen problemen bij de overdracht”, vindt 21 procent van de artsen.

Bijna 80 procent van de jeugdartsen ervaart dus wel problemen met de overdracht. Alle artsen hebben deze vraag ingevuld.

Tabel 8. Overdracht

	Ja
Voorbespreking verval	118 (40%)
Nabespreking verval	68 (23%)
Samenvatting overdracht verval	29 (10%)
Anders	133 (45%)

‘Anders’ blijkt in vrijwel alle gevallen ook te gaan over problemen bij overdracht:

- Heel veel gaat in eigen tijd (merkt de helft van deze artsen spontaan op)

Voor en nabespreking gaan net als deel consulten ‘in eigen tijd’, dus onbetaald.

Doe ik in eigen tijd, net als de uitloop van een bureau.

Ik doe erg veel in eigen tijd. Voor mij is één dagdeel bureau per dag maximaal om nog energie over te houden voor gezin enz.

- ‘Efficiënt’ inplannen kost ook wat

Er wordt via mailcontact in mijn vrije tijd vanuit thuis overgedragen! Alleen kinderen waar iets gesignaleerd is, worden overgedragen en zo wordt vaak continuïteit en terugkoppeling gemist.

Kinderen moeten extra terug komen, of eerder een huisbezoek, omdat er voor extra dingen zeker geen tijd is.

- Elektronisch invoeren heeft ook negatieve gevolgen

In het EKD schrijf je minder op, omdat het zo omslachtig is, dit doet de gezinnen tekort.

Overdracht naar GGD moet in KIDOS: ik loop daar maanden mee achter.

- Er is een voortdurende tijdsdruk (zeer veel geplaatste opmerking)

Altijd gehaast, nooit samen rustig en volledig inventariserend.

Gehaast gevoel, waardoor ik soms dingen voor mijn gevoel moet “afraffelen”.

- Zelfs bij het bespreken en de overdracht van risicokinderen (ook een veel geplaatste opmerking)

Geen tijd en gelegenheid voor goede overdracht van risicokinderen naar JGZ 4-19.

De overdracht van risicogeveallen naar de GGD schiet er bij in.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Geen of onvoldoende overdracht mondeling naar GGD waardoor risicogezinnen tussen wal en schip vallen.

Te weinig tijd om bijvoorbeeld gemaakte huisbezoeken van de wijkverpleegkundige te bespreken.

Er wordt een goede overdracht gemaakt voor de GGD en in bijzondere situaties wordt dit mondeling toegelicht. Ik mis wel de terugkoppeling van de GGD naar ons. Reden: bij GGD geen tijd voor gereserveerd.

Uit de beantwoording blijkt een grote betrokkenheid. Veel gaat vanzelfsprekend in eigen tijd omdat het gewoon moet gebeuren. Ernstig is dat de artsen onder grote tijdsdruk lijken te werken. Altijd gehaast, zaken afraffelen. Zelfs bij de bespreking en overdracht van risicokinderen. Dat kan niet bevorderlijk zijn voor het signalerend vermogen dat we tegelijkertijd van deze artsen verwachten. Hier moet ruimte voor zijn of worden genomen. Zoals een respondent terecht opmerkt:

Kwaliteit telt bij ons team dus wij bespreken wat besproken moet worden.

“Ik kan alle kinderen de zorg bieden die ik nodig acht”, vindt 15 procent van de artsen.

Ruim 85 procent van de artsen is dus van mening dat ze de kinderen niet de zorg kunnen bieden die nodig is! Alle artsen hebben deze vraag ingevuld.

Tabel 9. De zorg voor de kinderen

	Ja
Kinderen die het goed gaat zie ik minder	44 (15%)
Ik laat delen van het BTP vallen	140 (47%)
Ik zie risicokinderen minder dan nodig	105 (35%)
Mijn dossiervorming loopt achter	136 (46%)
Anders	97 (33%)

Bij kinderen bij wie het goed gaat, worden consulten soms overgeslagen of vervallen consulten. Soms zijn er ook structureel consulten geschrappt, bijvoorbeeld met 7 maanden, 18 maanden en 2,5 jaar.

Wat betreft het Basis Takenpakket schiet vooral voorlichting er nogal eens bij in, maar ook de uitvoering van het Van Wiechenschema en lichamelijk onderzoek. Artsen lijken zich voortdurend gedwongen te voelen keuzes te maken. Soms kan dat verantwoord als het heel goed gaat met een kind. Niet goed is het als dat gebeurt vanwege de tijdsdruk. De arts blijft verantwoordelijk:

Ik kies noodgedwongen prioriteiten, maar dat voelt belabberd, omdat ik uiteindelijk als professional de enige eindverantwoordelijke ben bij eventuele "calamiteiten".

Een op de drie artsen ziet risicokinderen minder vaak dan nodig is. Uit de toelichting blijkt dat soms de wijkverpleegkundige dit kan opvangen met bijvoorbeeld huisbezoek. Maar vaak gebeurt ook dat niet, de bureaus zitten stampvol.

Ik controleer verwijzingen etcetera niet en kan risicokinderen maar een of twee keer extra zien, terwijl er soms veel meer nodig is maar dan staat mijn manager op de stoep!

Voorals ouders van risicokinderen zijn vaak minder gemotiveerd te komen, met het verdwijnen van het 2 1/2 jaar consult zie je ze in de peutertijd maar 1 x per jaar!

Er is geen tijd om ze voldoende te motiveren met huisbezoeken of telefoontjes als ze weer eens niet komen opdagen.

Ik zit in een risicowijk, een zogenaamde prachtwijk, met zeer veel allochtone kinderen met onderstimulatie en STO problemen.

De dossiervorming schiet er het vaakst bij in. Ook hier is weer sprake van hoge tijdsdruk. Het gaat snel-snel en onvolledig. De dossiers lopen achter, zijn te beknopt en relevante zaken worden vergeten.

Vergeet soms aantekeningen te maken; niet altijd goed terug te halen wie actie ondernomen heeft; samenvattingen worden soms thuis gemaakt etcetera.

Bij multiprobleem-gezinnen is er weinig tijd beschikbaar om goed in het dossier te registreren.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

‘Anders’ blijkt in vrijwel alle gevallen ook te gaan over het te kort schieten in de zorg:

- Veel gaat in eigen tijd

Als het nodig is leveren we toch de zorg die we nodig vinden voor dit bewuste kind, omdat wij hoe dan ook voor het kind kiezen, desnoods in eigen tijd.

Het werk is erg belangrijk dus je probeert toch alle ouders en kinderen goed te helpen. Elk bureau heeft structureel ongeveer 20-25 procent overwerk dat niet financieel gewaardeerd wordt. Mijn taakopvatting als arts M&G laat niet toe dat ik er na 4 uur mee stop.

- Of in geschonken tijd

Ik kan alle kinderen de zorg bieden die ik nodig acht bij gratie van de “niet verschijners” op het spreekuur.

- Alles moet in een te hoog tempo, het is spitsroeden lopen

Ik kan niet alle zorg geven die ik nodig vind. Ik ben ook bang dat ik signalen mis door het werken onder tijdsdruk en vermoeidheid.

Zeer weinig tot geen tijd om de gesignaleerde probleemkinderen/gezinnen op het juiste spoor te krijgen of naar hulpverlening te motiveren. Erg weinig tijd tot geen tijd om nader te overleggen met BJZ/huisarts/AMK.

De consulttijd is vaak te kort voor risicokinderen. Vaker op bureau zien is vaak geen optie omdat ze juist minder vaak komen.

- Ook overleg schiet er bij in of is te duur

AMK, Raad, MOC of IVH moeten langer op verslagen wachten dan ik zou willen, VTO kinderen meld ik soms alleen telefonisch aan, overleg met voogden, AMK Vangnet Jeugd of VVE kan ik later uitvoeren dan gepland, soms bel ik een huisarts maar niet, soms vergeet ik ouders terug te bellen, tijd om protocollen opnieuw te lezen en in team te bespreken is er niet, er is geen tijd voor overleg over risicokinderen en daarom duurt zorg inzetten soms lang of er lopen dingen langs elkaar heen.

Overleg met ketenpartners en deelname aan zorgteams is bij ons helaas alleen de taak van de verpleegkundige; wij artsen mogen dit niet, we zijn te duur voor de organisatie.

“Ik ervaar geen problemen met de arbeidsvoorwaarden”, vindt 16 procent van de artsen.

Bijna 85 procent van de artsen ondervindt dus wel problemen. Alle artsen hebben deze vraag ingevuld.

Tabel 10. De arbeidsvoorwaarden

	Ja
Geen of nauwelijks werkoverleg	66 (22%)
Veel (betaalde) overuren	121 (41%)
Overuren niet betaald	91 (31%)
Overuren volgende maand in mindering	14 (5%)
Anders	105 (35%)

Er worden zeer veel overuren gemaakt. Soms moet de arts dit zelf compenseren met minder uren in de maand erna. Regelmatig mogen overuren niet worden gedeclareerd, vaak declareren de artsen zelf de uren niet.

‘Anders’ gaat vrijwel steeds over problemen met de arbeidsvoorwaarden.

- Vooral het “gestoei” om de uren:

Op dit moment is me niet duidelijk hoe de manager het gaat oplossen bij mij. Ik heb erg veel overuren wegens extra bureaus die ik doe. Echter de laatste twee maanden heb ik ze niet meer uitbetaald gekregen. Cliëntgebonden taken kosten me ook best wat overuren. Dan wordt gezegd dat ik efficiënter moet leren werken.

- De contracten zijn vaak te krap

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Ik heb veel overuren, deze worden betaald of omgezet in vrije tijd. Pensioenopbouw vindt over deze uren niet plaats. Eigenlijk hebben we allemaal te kleine contracten en ten gevolge daarvan dus veel plusuren.

Het is alleen productie draaien dat wil zeggen spreekuur doen, te weinig tijd voor overleg en scholing, moet dan in eigen tijd, te weinig tijd om werkbriefjes in te vullen op werk en e-mail te lezen wat ik vervolgens in mijn vrije tijd moet doen. Ik ben in dienst voor 24 uur maar werk eigenlijk full time door al deze dingen die ik in mijn vrije tijd erbij doe. Pauzes schieten er vaak bij in, kopje thee tijdens het consult, in een paar minuten lunchen, te weinig tijd om even te ontspannen tussen de middag. Te weinig tijd om sociaal te zijn met de rest van het team.

- Er is vaak geen vervanging bij ziektes en vakantie

Veel ziekteverzuim waardoor collega's harder moeten werken, dit leidt weer tot meer ziekteverzuim, bij ziekteverzuim is er geen vervanging waardoor werk zich opstapelt en je soms alleen op een bureau bent wat leidt tot onveilige situaties.

“ Ja, ik kan voor alle kinderen zo vaak als nodig een huisbezoek laten uitvoeren”, vindt 36 procent van de artsen.

Tweederde van de artsen vindt dat hij/zij onvoldoende een huisbezoek kan laten uitvoeren door een JGZ-verpleegkundige. Zes artsen hebben deze vraag niet ingevuld.

Tabel 11. Huisbezoeken

	Ja
Alleen voor risicokinderen is voldoende tijd	30 (10%)
Onvoldoende tijd voor alle huisbezoeken	73 (25%)
Ook voor risicokinderen is maximum	70 (24%)
Anders	56 (19%)

Bij nadere analyse blijken de laatste drie categorieën elkaar te overlappen, zij komen samen op 52 procent. Dat betekent dus dat de helft van de artsen van mening is dat er onvoldoende tijd is voor

huisbezoeken voor alle kinderen, inclusief risicokinderen; nog eens 10 procent vindt dat er alleen voor risicokinderen voldoende tijd is.

- Ook hier is het vaak passen en meten

De huisbezoeken maken ze wel, maar het vastgestelde maximum aantal bezoeken wordt vaak omzeild omdat dat onvoldoende is.

In principe zitten er grenzen aan, maar wij leveren toch de zorg indien noodzakelijk en kletsen ons er naar het management tot nu toe altijd weer uit.

- en gaat in de vrije tijd

Zij doen dit tot nu toe ook regelmatig in onbetaalde tijd.

Ik vraag zoveel huisbezoeken aan als ik nodig vindt, maar weet niet goed of ik hiermee de verpleegkundigen een te hoge werkdruk geef, ik denk het wel.

- Sluitpost

Recent hebben de verpleegkundigen in moeten leveren. Er moet nu volgens het BTP gewerkt worden. Er zijn nu veel minder uren beschikbaar. Dat dit ongunstig uit gaat pakken is duidelijk. Er is nu veel onrust! De kwaliteit van zorg zal minder worden. Er wordt minder snel een huisbezoek gemaakt.

De tijd die verpleegkundigen hebben is verschillend, huisbezoeken lijken soms een sluitpost te zijn, er is voor alle kinderen een maximum aantal huisbezoeken binnen het BTP, in risicogeveallen is het wel mogelijk om extra huisbezoeken te doen.

”Ja, wij hebben een beleid indien kinderen zonder bericht niet verschijnen op het bureau”, zegt 98 procent van de artsen

Uit de toelichtingen blijkt het vrijwel altijd om zeer actief beleid te gaan dat er op gericht is dat er geen kind uit het zicht verdwijnt. Zeker bij risicokinderen wordt niet afgewacht, maar actie ondernomen. Men werkt vaak volgens het protocol Hoogbereik en zet waar nodig bemoeizorg of een traceerteam in.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Een week afwachten totdat de ouder misschien zelf erachter komt. Na deze week bekijkt de arts of verpleegkundige het dossier. Als het geen risicokind is, dan wordt het kind doorgepland naar de volgende leeftijd voor oproep. Indien risicokind, wordt het kind nogmaals opgeroepen, meestal in overleg telefonisch of na huisbezoek.

De wijkverpleegkundige of assistente noteren zodat geen kinderen “gemist” worden of kwijtraken.

Bij twee keer niet verschijnen, actief benaderen. Doe ik al na één keer, dan houd je het contact goed open. Zonder verwijt!

Opnieuw oproepen, bij herhaling nabellen of onaangekondigd op huisbezoek.

Afhankelijk of het een risicokind is, sturen we een brief met verzoek zelf nieuwe afspraak te maken of we proberen telefonisch of via huisbezoek de reden van niet verschijnen te achterhalen. Wij hebben ook bemoeizorg om in te zetten daar waar nodig is.

Nogmaals uitnodigen, vervolgens langsgaan en tot slot bij GGD nagaan of het kind nog op het adres woonachtig is.

Bellen, huisbezoek, proberen in contact te komen. Als het niet lukt, huisarts op de hoogte stellen.

- Helaas is ook hier het papier mooier dan de praktijk.

De wijkverpleegkundige neemt contact op met gezin, echter de stapels te benaderen gezinnen lopen hoog op, er is geen tijd om ze weg te werken.

Op papier zeker, maar door tijdgebrek, discontinuïteit en niet goede implementatie werkt dit protocol niet.

Na twee keer actie verpleegkundige en in een regio project bemoeizorg (is onvoldoende tijd, formatie en geld beschikbaar).

Bij tweemaal niet verschijnen in de zuigelingen tijd en in de peutertijd moet na 2 x er een huisbezoek plaatsvinden, hiervoor echter geen financiële ruimte.

”Ik heb geen problemen met doorverwijzen”, zegt 24 procent van de artsen

Driekwart van de artsen (76 procent) geeft aan dat hier problemen mee zijn. 40 Artsen hebben deze vraag niet ingevuld.

Tabel 12. Problemen met doorverwijzen

	Ja
Bureau jeugdzorg	155 (52%)
AMK	53 (18%)
GGZ	50 (17%)
Kinderpsychiatrie	45 (15%)
VTO-team	24 (8%)
Gespecialiseerde thuiszorg	109 (37%)
Medische specialisten	43 (15%)
Anders	37 (12%)

De grootste problemen lijken er te zijn met het Bureau Jeugdzorg en de gespecialiseerde Thuiszorg. Onder de categorie ‘anders’ worden de huisartsen nogal eens genoemd, evenals de logopedisten en audiologische centra.

Als een kind dat extra hulp nodig heeft, is opgespoord, lijkt er een nieuw gevecht te beginnen. Je moet andere hulpverleners overtuigen, er is veel bureaucratie, vrijwel overal zijn wachtlijsten, zelfs bij het AMK. Het op gang zetten van de hulp valt niet mee. Er zijn veel struikelblokken.

- Vooral voor spraak- en taalonderzoek zijn er soms lange wachtlijsten.

Het audiologisch centrum heeft een wachtlijst van vier maanden, de stichting MEE werkt alleen op basis van vrijwillige hulpverlening.

In Amsterdam zijn er veel kinderen met spraak- en taalproblematiek. Een gehoor onderzoek en eventueel spraak-taalonderzoek is van belang alvorens andere stappen genomen worden. Dit duurt soms zes maanden.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Er zijn lange wachtlijsten voor de logopedie in de regio, soms meer dan een half jaar.

- ook bij jeugdzorg zijn wachtlijsten.

Het kost soms enige tijd voor een ouder gemotiveerd raakt voor verwijzing (met name naar Bureau Jeugdzorg) en als dat eindelijk gelukt is, is het frustrerend als er een wachttijd van weken tot maanden blijkt te zijn. Wat de gespecialiseerde thuiszorg betreft zijn de criteria niet altijd passend. Zorg is soms vrij acuut nodig in het geval van jonge kinderen in een gezin waar een moeder uitvalt. Deze zorg is dan niet op korte termijn te realiseren.

Enorme wachtlijsten bij AMK, GGZ en psychiatrie. Bij BJZ wordt "lichtere" problematiek niet in behandeling genomen en moeten ouders worden verwezen naar zorg waar ze vaak zelf (deels) voor moeten betalen. Dat schrikt soms toch wat af.

- Het verwijzen via anderen geeft nogal eens problemen.

Soms willen huisartsen kinderen niet doorverwijzen, zijn dan een andere mening toegedaan. Kinderartsen willen niet terugkoppelen. Het Bureau Jeugdzorg is bureaucratisch. Jammer dat de GGZ via BJZ moet.

Voorwaarden van in te zetten zorg passen vaak niet bij de indicatie. Huisartsen zorgen voor delay in doorverwijzing dan wel veto op doorverwijzing. Rechtstreeks verwijzen zou beter zijn.

Indien ik een kindje wil doorverwijzen naar een specialist via de huisarts dan gebeurt het soms dat de huisarts geen actie onderneemt, terwijl ik een probleem signaleer.

- Ook wat betreft de thuiszorg.

De indicatiestelling voor gespecialiseerde thuiszorg is erg afhankelijk van de persoon die het beoordeelt. Als wij deze zorg aanvragen is het voor ons echt afwachten of het goedgekeurd gaat worden. Er is hier al overleg over geweest, maar ik zie nog geen verbetering. Zo gebeurt het dat probleemgezinnen deze zorg niet krijgen, terwijl een gezin met een minder groot probleem deze zorg wel krijgt!

- Het CIZ is een grote hinderpaal.

Teveel bureaucratie rondom indicatiestellingen; niet serieus nemen van onze signalen, afschuifbeleid.

Bij gespecialiseerde thuiszorg is meestal niet de thuiszorg zelf de vertragende factor, maar het CIZ!!

Heel veel formulieren en zelf in de gaten houden of er iets mee wordt gedaan.

Het indicatieorgaan vindt nogal eens dat zorg niet geïndiceerd is, ondanks dat hoog opgeleide professionals (CB-arts, huisarts, maatschappelijk werk) dat wel vinden. Ik vind het indicatieorgaan een zinloze tussenstap op mijn werkterrein!

- De kinderen worden te makkelijk weer losgelaten.

Gezinnen worden te gemakkelijk losgelaten en het is vooral moeilijk om gespecialiseerde gezinshulp te krijgen. Het CIZ indiceert heel laag.

Lange wachttijden bij Bureau Jeugdzorg en mensen meteen weer uitschrijven na verwijzing, zonder dat wij hiervan op de hoogte zijn; lang leve de zorgcoördinatie! Verantwoordelijkheid na zorgmelding wordt zo snel mogelijk weer afgeschoven naar anderen.

Als er onvoldoende of geen kindsignalen zijn laat Bureau Jeugdzorg het liggen terwijl wij juist via samen starten zo vroeg mogelijk proberen op te sporen waar het fout dreigt te gaan. Onze verpleegkundigen moeten het dan weer intensief gaan vervolgen en echt ingrijpen is er dus pas als het kind al signalen geeft.

Terugkoppeling van medische specialisten, huisartsen en overige instanties laat nog weleens zeer te wensen over. Soms denk je dan dat je alles op de rit hebt gezet in het gezin (bijvoorbeeld psychiatrische zorg aan huis) en later blijkt dan dat deze zorg maar zeer kort heeft plaatsgevonden. Later word je dan door het AMK gebeld over een dergelijk gezin, omdat de buurt een melding heeft gedaan. Alleen terugkoppeling vanuit de kinderartsen verloopt goed.

- De bereikbaarheid is onvoldoende.

We komen regelmatig tegen dat kinderen uiteindelijk wel een gezinsvoogd hebben, maar die heeft dan onvoldoende tijd om alles te doen om dat gezin te begeleiden. Of ze hebben onvoldoende inzicht en overleggen dan niet met ons.

Vele aanspreekpunten, niet zo gemakkelijk bereikbaar onder persoonlijke werktijden. Verwijzingen soms afhankelijk van doorverwijzing van huisartsen, wachtlijsten BJZ en andere hulpverlening.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Bovenstaande instanties zijn dramatisch slecht te bereiken. Kort geleden dramatische situatie meegemaakt met de crisisdienst van de GGZ. Vele uren geprobeerd contact te leggen over een crisissituatie. Deze werd door hen verkeerd ingeschat met hele ernstige gevolgen.

- Er is weinig terugkoppeling en samenwerking.

Van BJZ krijgen we nooit een terugrapportage, met alle gevolgen vandien. Van het AMK krijgen we alleen bericht wanneer we zelf de melder zijn, als voorbeeld: een kind is uit huis geplaatst en wij weten hier niets van. Komen er dan pas achter wanneer het kind niet verschijnt en wij de ouder opbellen (dit komt erg onprofessioneel over!), gespecialiseerd verpleegkundige inschakelen is een lastig traject; vaak veel tijd-verlies. Verwijzen naar medische specialisten moet via huisarts; deze vormt wel eens een obstakel. Ook het VTO-team geeft geen terugkoppeling, en wij worden niet benaderd voor informatie.

Het gaat wel beter met het Bureau Jeugdzorg. In het algemeen, veel te weinig overleg met de partners. Wij moeten vaak lang zeuren om te horen hoe het gaat met kinderen die we verwezen hebben.

Hoewel er positieve ontwikkelingen zijn in de samenwerking met bureau jeugdzorg. De preventieve aanpak van risicogezinnen staat nog niet structureel op de agenda maar lijkt wel te verbeteren door intensievere aanpak in het kader van de methodiek Samen Starten.

Ruim de helft van de artsen heeft voorbeelden van goede of slechte samenwerkingsverbanden met de jeugdhulpverlening

154 Artsen geven aan hier voorbeelden van te hebben. Voorbeelden van goede en van slechte samenwerkingsverbanden zijn er ongeveer evenveel.

Goede ervaringen zijn er vooral met kinderartsen, de VTO-teams, de gespecialiseerde thuiszorg, de GGD en de kinderopvang. Als goede voorbeelden worden ook genoemd het 5 gesprekkenmodel van RIAGG op locatie en de opvoedsprekuren in de wijken.

In Mijdrecht zitten AMW, GGD, huisarts, regelmatig ook een kinderarts en wij in één gebouw. Hierdoor makkelijk overleg. Gaat alweer in mijn eigen tijd. Maar werkt erg prettig en efficiënt! Goed af te stemmen op elkaar en verdeling van taken/actiepunten.

Verwijzing naar Integrale Vroeg Hulp en GGZ: we kennen elkaar van de telefoon, van mails en brieven. Men neemt mijn verwijzingen daar altijd serieus. Met de VVE-peuterspeelzaal-coördinator spreek ik per mail af wie van ons een kind met ontwikkelingsachterstand waarnaar verwijst. Dat loopt zeer geolied, ook met medeweten van de ouders.

De slechte ervaringen zijn er vooral met het bureau jeugdzorg en voogden.

AMK koppelt te weinig terug over uitkomsten onderzoek, Raad koppelt nooit terug over raadsonderzoek, wij weten soms niet eens dat er een gezinsvoogd in het gezin zit, gezin met gezinsvoogd waar nieuwe baby wordt geboren, baby geen OTS dus alles moet weer opnieuw beginnen. Stichting MEE heeft ons nog nooit op de hoogte gesteld van haar betrokkenheid bij verstandelijk beperkte moeders die zwanger zijn waardoor wij overal opnieuw achter moeten komen bij een groep mensen die juist alles afhoudt, dit kost kostbare tijd (voor 2008 heb ik hier al 3 voorbeelden van).

Moeder uit ziekenhuis(psychiatrie) met medicatie waarvoor spiegel bekend moet zijn. Moeder alleen naar huis zonder begeleiding, kan baby niet verzorgen, wij moeten binnen een paar uur voor speciale gezinsverzorging zorgen, kost drie uur.

Bij afsluiting van interventie, ondersteuning en bij beëindiging van overplaatsing van kinderen, worden wij niet op de hoogte gebracht. Als we het zelf ontdekken of er opnieuw een escalatie optreedt worden wij door andere instanties op de hoogte gebracht, zoals politie of buurtnetwerk o.a.

Veel instanties laten mensen los als ze bijv. twee keer niet komen opdagen, terwijl dit juist de mensen (en kinderen) zijn die je in de gaten moet houden. Instanties nemen geen contact op met de JGZ. Als bijvoorbeeld de moeder bij GGZ zit, wordt er soms niet gekeken of er kinderen in het gezin zijn.

AMK niet slagvaardig, te soft. AMW trekt zich ook snel terug als mensen niet verschijnen.

Contact leggen gaat altijd vanuit de JGZ; er volgt geen bericht/ verslag naar ons toe over het beleid. Ik heb nog nooit een verslag ontvangen van BJZ.

Voor veel multiprobleemgezinnen is in Nederland onvoldoende hulp beschikbaar van goede kwaliteit. Dat wil zeggen hulp die langdurig, in een vroeg stadium en professioneel is. Veel te vaak is een batterij instanties met van alles en nog wat bezig en vervolgens is er een soort van doekje voor het bloeden voor de cliënt geïndiceerd.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

- Soms is er vooruitgang.

Het gaat soms ook heel goed. Gisteren gebeld door bureau Jeugdzorg over moeder met twee meisjes. Veel problemen terwijl bij ons geen problemen bekend zijn. Samen gaan we nu kijken wat we kunnen doen. Zo is het goed samenwerken.

2.5. Kwaliteit zorgverleners

De JGZ 0-4 jaar heeft de laatste jaren een forse kwaliteitsslag gemaakt wat betreft professionalisering. Onder de respondenten was nog maar een enkeling die alleen basisarts is. 36 Procent heeft de applicatie- of introductie cursus gevolgd, 40 procent mag zich jeugdarts noemen, het overgrote deel dankzij de overgangsregeling. Twaalf procent is arts M&G en elf procent is nog in opleiding of bezig met de overgangsregeling.

Een op de drie van de artsen (36 procent) vindt dat de organisatie waarin ze werken voldoende financieel tegemoet komt aan scholing en deskundigheidsbevordering.

Van de respondenten geven er 159 aan dat hun organisatie voldoende tegemoet komt aan scholing/ deskundigheidsbevordering voor het verwerven van accreditatiepunten nodig voor herregistratie, 90 vinden van niet en 49 artsen weten het niet.

Het aanbod is 8 uur per jaar. Verdere scholing (vooral voor verbreding tijdens mijn omzetting van jeugdarts naar arts M+G) is/was voor eigen rekening.

Om aan voldoende punten te komen, heb ik gemiddeld in de afgelopen twee jaar (beide jaren dus) ruim een half maandsalaris aan scholingen besteed. Dat werd niet vergoed.

AJN wetenschappelijke dagen en refereermiddagen bij kindergeneeskunde heb je ook nodig en (her)-inschrijving in het register voor sociaalgeneeskundigen, iedere vijf jaar á 350 euro worden ook niet vergoed!

Dat doe ik gewoon zelf, er is altijd geld tekort. Dan wil ik liever dat het geld dat er is, wordt ingezet voor extra tijd aan consulten (wat dus ook niet gebeurt helaas).

Wel hebben we dit jaar de kosten betaald gekregen voor de opleiding tot jeugdarts via de overgangsregeling. Hij moest alleen in eigen tijd gevolgd worden. Dit was voor ons al heel mooi want daarvoor werden scholingen heel summier vergoed.

Tabel 13. Het vergoeden van deskundigheidsvordering

	Ja
Implementatie EKD	174 (59%)
Certificering HKZ en Borstvoeding	199 (67%)
Invoeren protocollen en standaarden	225 (76%)
Implementatie opvoedingsondersteuning	114 (38%)
Deelname intercollegiale toetsing	228 (77%)
Wetenschappelijke dagen beroepsvereniging	48 (16%)
(provinciale) refereencyclus	116 (39%)
Congressen/symposia	146 (49%)
anders	98 (33%)

Bij 'anders' is vaak ingevuld dat maar deels vergoed wordt of dat het gaat om de opleiding jeugdarts. Vaak is er ook nog onduidelijkheid over het beleid.

Er wordt gekeken wie er naar een scholing wil, er wordt geloot onder meerdere belangstellenden. Iedere arts mag naar drie bijeenkomsten van de avondcyclus PAOG.

Twee scholingsavonden bij PAOG Amsterdam en sporadisch een symposium (wie het eerst komt wie het eerst maalt).

Artikel 75 van de CAO geeft recht op vergoeding van scholingskosten. Dat is bij bijna de helft van de artsen bekend, 44 procent van deze artsen vindt dat de CAO op dit punt voldoende wordt nageleefd.

De CAO is vaag. Er staan geen richtlijnen in welk percentage van het inkomen of welk bedrag een werkgever jaarlijks moet bijdragen aan externe scholingskosten. Voor part-timers die zich ook moeten registreren kunnen de scholingskosten een fikse aanslag op het inkomen zijn.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Sinds 2007 moet er bezuinigd worden en is er geen geld voor externe scholingen beschikbaar.

Voor behoud van de titel jeugdarts zijn 40 accreditatiepunten noodzakelijk. Deze moeten geheel in eigen tijd en grotendeels op eigen kosten behaald worden.

Er wordt maar 3/4 vergoed. Daarna ga je niet in salaris omhoog. Schandalig, mijn echtgenoot begrijpt er niets van dat ik dit dan toch doe!

De introductie cursus is binnen de meeste organisaties verplicht (78%), 51 artsen melden van niet (22%).

De opleiding eerste fase arts M&G (titel jeugdarts) is volgens 16 artsen verplicht, de opleiding tweede fase arts M&G (titel arts M&G) volgens 2 artsen.

Tabel 14. Vergoeding opleidingen

	Cursuskosten			reiskosten			In werktijd		
	Geheel	deels	niet	geheel	deels	niet	geheel	deels	niet
Intro	78%	15%	7%	59%	9%	32%	36%	21%	43%
Overgang	59%	36%	5%	57%	6%	37%	6%	27%	67%
1^e fase	43%	29%	28%	50%	10%	40%	16%	37%	47%
2^e fase	7%	10%	83%	9%		91%	3%	10%	87%

De vragen over vergoedingen zijn wisselend door 100 tot 200 artsen ingevuld. Veel opleidingskosten worden niet vergoed.

De financiering van deze opleidingen is een probleem voor de organisatie aldus 8 procent van deze jeugdartsen. 192 Jeugdartsen hebben deze vraag ingevuld.

Ik heb begrepen dat iedere nieuwe arts de introductie cursus mag doen en volgens mij ook in de tijd van de baas (maar het liefst in extra tijd). Daarnaast mogen twee artsen per jaar de tweejarige opleiding volgen, volgens mij ook volledig betaald, wel in tijd van de baas maar ook het liefst er extra bij (dus niet in de contracturen, maar er bovenop).

Eén arts gaat waarschijnlijk cursus M&G jeugdarts volgen; deze kosten zouden afgaan van het totale budget voor scholing van artsen, zodat de andere artsen weinig tot geen scholing meer krijgen in de opleidingsperiode...

Er kan niet direct gestart worden met de opleiding, slecht een of twee artsen per jaar kunnen deelnemen aan scholing, zodat er lange wachtlijsten ontstaan.

Introductiecursus wordt niet meer gedaan. Overgangsregeling wordt onder bepaalde voorwaarden geheel vergoed. Opleidingen in 1e en 2e fase M&G werden afgelopen jaar niet vergoed. Ik sta nu met een collega bovenaan de wachtlijst om die opleiding te starten, maar aangezien er een nieuw hoofd is, moeten we afwachten of we inderdaad van start mogen gaan.

Ondank subsidie hoge kosten. Er zijn weinig plekken, overgangsregeling is niet gesubsidieerd, omdat er alleen parttimers werken in de JGZ 0-4 jaar is de subsidie altijd ontoereikend, ongeveer 25% van de kosten bij een halftimer wordt vergoed, de rest is voor de organisatie. Dit is niet op te brengen. We moeten nog vijftien mensen opleiden!

Men vindt dat er eerst meer duidelijkheid moet komen over de status van jeugdarts. Zolang het niet verplicht is voor de organisatie om jeugdartsen in dienst te hebben en zolang voor de organisatie de meerwaarde van de jeugdarts nog niet duidelijk is, wordt de opleiding niet zomaar vergoed.

Salariëring

Enkele jaren geleden is functie van arts JGZ 0-4 opnieuw conform de FWG beoordeeld. Daarvoor was de functie van cb-arts eigenlijk overal ingeschaald in schaal 13 van de Thuiszorg. Dit komt overeen met de huidige FWG-schalen 65-70. De nieuwe inschaling heeft er toe geleid dat in veel organisaties de functie lager ingeschaald werd naar FWG 60, sommige organisaties bleven in schaal 65.

Onder de artsen in deze enquête zitten 101 jeugdartsen (39%) in schaal 60 en 101 jeugdartsen (39%) in schaal 65; 22 artsen (8%) zit in schaal 11. De overige artsen zitten verspreid boven en beneden deze schalen (41 artsen) of hebben deze vraag niet ingevuld (33 artsen).

Dienstverband

Slechts drie procent van de jeugdartsen werkt in fulltime verband. Het overgrote deel (52%) van de artsen doet dit niet omdat ze de werkdruk hiervoor te groot vindt.

Tabel 15. Dienstverband

Werkt fulltime	8 (3%)
Nee, om privé-reden	61 (22%)
Nee, te hoge werkbelasting	146 (53%)
Nee, andere reden	43 (16%)
Nee, mag niet	9 (3%)
Nee, wil wel	8 (3%)
Niet ingevuld	23

Hier zien we opnieuw de hoge werkdruk terugkomen. De hoge werkbelasting is voor ruim de helft van de artsen de reden om niet fulltime te werken.

‘Andere reden’ is vaak meerdere banen. Maar ook, dat dit werk te veel gericht is op productie.

Omdat het enige waarvoor wij betaald worden is het produceren van consulten. Dat kan een mens niet full time goed uitvoeren, vind ik. Er moet tijd zijn voor andere taken. Die is er niet. Die doe ik dus in mijn eigen tijd.

Ik wil niet fulltime werken om privé redenen, maar het fulltime CB-draaien is ook niet vol te houden. Er is te weinig afwisseling en de werkdruk is te hoog. Elke ochtend zie je twaalf kinderen en elke middag weer.

3. CONCLUSIES EN BESCHOUWINGEN

Er is terecht veel belangstelling voor het kind. Kinderen zijn jong en kwetsbaar en hebben recht op bijzondere bescherming en zorg. Het is goed dat er een minister voor Jeugdzaken is en dat er gestart wordt met Centra voor Jeugd en Gezin.

Tegelijkertijd moeten we constateren dat we niet voor de eerste keer vaststellen dat het mis gaat met de zorg rond de kinderen waarmee het niet goed gaat. “De jeugdhulpverlening – versnipperd en verkokerd als die is – is vooral gericht op risicogroepen en het voorkomen van overlast”, schreven we al in 1998.¹⁶

Behoud het goede

‘Onderzoek alles en behoud het goede’. Het ‘goede’ is een uniek en goed systeem van preventieve jeugdgezondheidszorg. Met een zeer hoog bereik bij de 0-4 jarigen, een 100 procent bekendheid onder ouders, zeer laagdrempelig en met een langdurige ervaring op het gebied van zorg, opvoedingsondersteuning en vroegsignalering, dicht bij huis en naast en met de ouders. Deze JGZ 0-4 jaar heeft een grote potentie. Dat wordt inmiddels erkend. Terecht krijgt deze zorg dan ook steeds meer taken toegewezen: taaltoetsen voor peuters, preventie van meisjesbesnijdenis, zorgcoördinatie, de verwijfsindex, de preventie van crimineel gedrag en van maatschappelijke problemen zoals kindermishandeling en van gezondheidsbedreigingen als de explosieve toename van te dikke kinderen. Terecht krijgt deze zorg een belangrijke plaats binnen de Centra voor Jeugd en Gezin. Voorwaarde is wel dat de JGZ dan ook voldoende ruimte krijgt deze ambities waar te maken. Dat blijkt niet het geval te zijn. De resultaten uit deze enquête laten dat overduidelijk zien.

Gevecht om minuten

Het zorgaanbod schiet te kort. 84 Procent van de jeugdartsen vindt de consulttijd onvoldoende. Voor- en nabesprekingen worden vaak niet ingepland. Laat staan tijd voor andere taken zoals doorverwijzen. Als ze al worden ingepland, wordt het vaak niet gehaald binnen de tijd of wordt de ingeplande tijd in beslag genomen door het uitlopen van de spreekuren. De enkele jaren geleden door de beroepsgroep vastgestelde minimumnorm voor consulttijd van 20 minuten, wordt volgens veel meer dan de helft van de respondenten niet toegepast. Het grootste deel van de consulten moet zelfs in 10 tot 15 minuten.

Risicokinderen spoor je alleen op als je kinderen ziet

Er is voortdurend verandering. Maar meestal niet ten goede. Het aantal consulten wordt nogal eens verminderd. Soms hangt dat samen met langere consulttijden. Soms worden consulttijden (tijdelijk) verlengd

16 Alles kids? Plan van de jeugd. SP, 1998, eerste druk.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

vanwege projecten zoals Samen Starten, de invoering van het Elektronisch Kinddossier (EKD) of extra taken. Terecht, maar dit gebeurt te weinig. Regelmatig wordt ook opgemerkt dat de uitbreiding van de tijd voor het EKD te weinig is.

Daarnaast zijn er taakherschikkingen. Het gaat vooral om een verschuiving naar goedkopere krachten. Dat is niet erg als het kan, maar wel als het gaat om pure en ondoordachte bezuinigingen. Dan zijn we op den duur waarschijnlijk zelfs slechter ofwel duurder uit.

Taakherschikkingen vinden ook plaats in de JGZ 4-19 jaar. Vaak gaat het hierbij om een verschuiving naar risicogericht werken. Dat is prima, maar moet niet ten koste gaan van de zorg voor álle kinderen.

Risicokinderen spoor je alleen op als je alle kinderen ziet. Dat opsporen moet je niet aan dokters-assistenten overlaten zoals op sommige plaatsen gebeurt. Artsen maken zich daar terecht grote zorgen over. Bovendien legt dat weer extra druk op de jeugdarts 0-4 jaar omdat deze nu met zekerheid alle mogelijke probleemgevallen moet identificeren. Een inschatting die niet altijd mogelijk is, immers sommige dingen zullen pas na jaren duidelijk worden.

Over de oorzaken van de veranderingen in aantal consulten, consulttijden en taakherschikkingen maken de meeste artsen zich weinig illusies: geldgebrek of bezuiniging. Drie op de vijf artsen denken dat de veranderingen te maken hebben met pure bezuinigingen.

Opmerkelijk is ook dat een aantal jeugdartsen hier de ondeskundigheid van het management noemt.

Onvoldoende betrokken

Nieuwe ontwikkelingen als de Centra voor Jeugd en Gezin en de Verwijsindex Risicjongeren zijn nog lang niet overal operationeel. Veel onduidelijkheid bestaat er nog over de financiering. Komen er voor de zorgcoördinatie extra financiën van de gemeente of wordt dit beschouwd als horend bij het uniforme deel van het Basistakenpakket en moet het dus binnen het budget van de instellingen gefinancierd worden? Naast het gevecht om de minuten, opnieuw een gevecht voor de jeugdgezondheidszorg.

De jeugdartsen voelen zich onvoldoende betrokken bij de oprichting van de Centra voor Jeugd en Gezin. Wel hebben ze veel ideeën hoe het beter zou kunnen. Beter afstemming, toegankelijker ondermeer door meer locaties en vooral ook de mensen uit de zorg zelf er meer bij betrekken. Zorgcoördinatie die tevens bindende besluitvorming omvat.

De Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Wmo) werpt ook in de JGZ zijn slechte vruchten af. De gespecialiseerde verzorging – van belang voor gezinnen waar het niet zo goed mee gaat – wordt steeds moeilijker toegankelijk. Gezinnen die huishoudelijke verzorging hard nodig hebben, krijgen dat steeds vaker niet.

De financiële problemen van thuiszorgorganisaties dreigen ook afgewenteld te worden op de JGZ en de verzakelijking rukt op.

Voortdurend een gevoel van te kort schieten

Bijna 100 procent van de artsen ervaart op enigerlei wijze hoge werkdruk. Dat is een zeer grote eensgezindheid maar wel op een verkeerde lijst. De werkdruk is zeer hoog, pauzes schieten er bij in en bureaus lopen uit. Ook bij nadere analyse blijkt het voor het overgrote deel te gaan om echt te hoge werkdruk. Artsen werken onder grote druk en hebben voortdurend het gevoel te kort te schieten. Dat is niet de ideale omstandigheid om risico-kinderen op te sporen. Deze artsen hebben terecht een belangrijke positie in het opsporen van kinderen waar het mis mee kan gaan. Dan moet er wel tijd en ruimte zijn voor aandacht, reflectie en overleg. Haasten en afraffelen past hier niet. Maar dat gebeurt helaas wel. Zelfs bij de begeleiding en overdracht van risicokinderen.

De rechten van het kind

Ruim 85 procent van de artsen is van mening dat ze de kinderen niet de zorg kunnen bieden die nodig is! Dat is heel ernstig. Onlangs stelde Unicef Nederland en Defence for Children International Nederland vast dat Nederland de rechten van het kind onvoldoende naleeft. Vooral in het vreemdelingenbeleid, de gezondheidszorg en de jeugdzorg schiet de naleving van de in VN-verband vastgestelde rechten tekort.¹⁷ Dit is opnieuw een voorbeeld hiervan.

Het is voortdurend kiezen. Of ik laat kinderen met wie het goed gaat maar wat minder vaak komen. Of ik zie zelfs risicokinderen niet vaak genoeg. Of ik laat delen van het (wettelijk vastgestelde) Basistakenpakket vallen. De dossiervorming schiet er het vaakst bij in. Ook hier is weer sprake van hoge tijdsdruk. Het gaat snél-snel en onvolledig. De dossiers lopen achter, zijn te beknopt en relevante zaken worden vergeten. Ook niet erg handig om risicokinderen effectief op te sporen.

Natuurlijk moet het gewoon én-én. En alle kinderen zien, én extra aandacht voor risicokinderen én alle taken uitvoeren én goed de zaken bijhouden. Het moet niet zo zijn dat artsen om financiële redenen of tijd worden gedwongen om oneigenlijke keuzes te maken.

Dan maar in eigen tijd

Bijna 85 procent van de artsen ondervindt problemen met de arbeidsvoorwaarden. Geen of nauwelijks werkoverleg, te veel overuren, betaald of onbetaald. Veel artsen declareren niet eens. De contracten zijn te krap en het is een groot gestoei om uren.

Onvoldoende huisbezoeken

Tweederde van de artsen vindt dat hij/zij onvoldoende een huisbezoek kan laten uitvoeren door een JGZ-verpleegkundige. Bij deze beroepsgroep blijkt volgens veel artsen de werkdruk eveneens als zeer hoog te

¹⁷ Nederland leeft rechten kind slecht na. NRC, 21 januari 2008

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

worden ervaren. De helft van de artsen is van mening is dat er onvoldoende tijd is voor huisbezoeken voor alle kinderen, inclusief risicokinderen; nog eens tien procent vindt dat er alleen voor risicokinderen voldoende tijd is. Op papier ziet het er volgens bijna 100 procent van de respondenten goed uit, de praktijk is weerbarstiger. Ook hier weer: geld. Terwijl het toch gewoon om de kinderen zou moeten gaan.

Nieuwe struikelblokken

Driekwart van de artsen geeft aan dat er problemen zijn met doorverwijzen. Na het gevecht om de minuten begint het gevecht om een plek voor een kind. De grootste problemen lijken er met het Bureau Jeugdzorg en de gespecialiseerde Thuiszorg. Wachtlijsten en indicatiestelling. Een ander probleem lijkt het te snel weer loslaten van kinderen. Zonder terugkoppeling. De samenwerking laat over het algemeen nog veel te wensen over. Een gunstige uitzondering lijken de kinderartsen, kinderopvang en Vroegtijdige Onderkenning (VTO).

Professionalisering

Er is een forse kwaliteitsslag aan de gang binnen de JGZ 0-4 jaar. Vrijwel iedereen is bezig met professionalisering en het volgen van cursussen. Ook komen er steeds meer standaarden op basis van goed wetenschappelijk onderzoek.

Het is vooral op eigen kracht. De financiële compensatie laat zwaar te wensen over.

Slechts een op de drie van de artsen vindt dat de organisatie waarin ze werken voldoende financieel tegemoet komt aan scholing en deskundigheidsbevordering. Ook allerlei cursussen deskundigheidsbevordering worden niet altijd vergoed. Bijna de helft van de artsen vindt dat de CAO op het punt van de scholingskosten onvoldoende wordt nageleefd.

Opmerkelijk is dat 51 artsen melden dat de introductiecursus binnen hun organisatie niet verplicht wordt gesteld. Dat is wel een minimale vereiste. Bovendien gaan er steeds meer stemmen op om de eisen hoger te stellen en als minimale eisen te stellen dat artsen de opleiding eerste fase voor jeugdarts moeten voltooien. Uiteraard met een overgangsregeling. Ook het Capaciteitsorgaan heeft dit signaal afgegeven. Zij acht een instroom van 140 artsen per jaar in opleiding voor jeugdarts nodig om aan het dreigende tekort aan jeugdartsen tegemoet te komen.¹⁸

De introductiecursus en de opleiding tot arts M&G, eerste fase (titel jeugdarts) ofwel de extra scholing in verband met de overgangsregeling worden lang niet altijd vergoed.

¹⁸ Capaciteitsplan 2007. Voor de medische vervolgoopleidingen Jeugdgezondheidszorg. Utrecht, mei, 2007.

Dat de salariering voor jeugdartsen niet bijzonder hoog is, is ook niet bevorderlijk voor de aantrekkelijkheid van het vak. Er dreigt een groot tekort aan jeugdartsen. Zeer weinig artsen werken fulltime. Meer dan de helft geeft aan dat dit vanwege de hoge werkbelasting is.

Indien we de preventieve jeugdgezondheidszorg serieus nemen en voldoende mensen voor het vak willen interesseren, zullen we moeten investeren. Dan moeten we er voor zorgen dat de artsen dié zorg kunnen geven, die ze nodig achten. Dan moeten we bovendien goed zorgen voor de artsen zelf. Door het verbeteren van de arbeidsomstandigheden, door een hogere functiewaardering, hogere functie-eisen en de daarbij passende beloning.

Beroepstrots

Al lezende, ga je je steeds meer afvragen hoe deze mensen het volhouden. Eerst het gevecht om de minuten. En als je dan een kind opspoort waarvoor extra zorg en aandacht nodig is, begint het volgende gevecht. Dan begint het gevecht om een kind op de juiste plek te krijgen. Je staat voor wachtlijsten, bureaucratische indicatieorganen en overbezette voogden of andere hulpverleners uit de Jeugdzorg die – misschien uit onmacht – kinderen soms te snel weer loslaten.

De uitkomsten van deze enquête weerspiegelen een sterk betrokken beroepsgroep. Professionals die niet loslaten, die opkomen voor hun beroepseer. Waar je verwacht dat hier alle ruimte voor wordt geboden, straalt uit deze enquête vooral dat artsen strijd moeten leveren om hun ambities waar te maken. De vanzelfsprekendheid waarmee ze dan maar in hun vrije tijd doen wat moet gebeuren, is tekenend. Die beroepstrots, dat is waar het om gaat. Die professionele verantwoordelijkheid. En de voorwaarden die nodig zijn om die professionele verantwoordelijkheid goed te kunnen uitvoeren. Laten we deze artsen een centrale rol geven en gelijk de voorwaarden scheppen om deze verantwoordelijkheid waar te maken.

4. AANBEVELINGEN

1. Voldoende tijd voor alle kinderen. Dat betekent ruimere tijden voor de consulten, tijd voor verwijzingen, voor- en nabespreking en goede mogelijkheden om zorgcoördinatie rondom de preventieve taken ook daadwerkelijk uit te voeren.
2. **Alle** kinderen moeten worden gezien op **alle** contactmomenten.
3. Bij uitbreiding van taken hoort ook uitbreiding van financiering. Nieuwe onderbouwing normen aan de hand van uitbreiding taken en de uitkomsten van deze enquête
4. Geef een toeslag voor risicokinderen zodat jeugdartsen hier extra zorg aan kunnen besteden. Extra zorg voor risicokinderen mag niet ten koste gaan van zorg voor kinderen waar het goed mee gaat.
5. Schroef de functie-eisen op, artsen in de JGZ moeten minimaal jeugdarts (fase 1 van de opleiding M&G) zijn, zorg voor volledige vergoeding van deze opleiding.
6. Zorg voor voldoende grootte van de contracten, zodat er minder in eigen tijd wordt gewerkt en alle daadwerkelijk gewerkte uren onder de sociale wetgeving vallen en tot pensioenopbouw leiden.
7. Start een offensief tegen het artsentekort door een betere salariëring (minimaal FWG-schaal 65 met doorgroeimogelijkheden tot schaal 70) en betere arbeidsvoorwaarden zoals een fatsoenlijke regeling voor deskundigheidsbevordering ongeacht het percentage dienstverband. Geen verschuiving van taken naar verpleegkundigen om financiële redenen.
8. Stel opnieuw geheel geormerkte budgetten voor de JGZ vast.
9. Geef jeugdartsen een sleutelpositie in de zorg rond de jeugd en binnen de Centra voor Jeugd en Gezin. Bij zorgcoördinatie horen bindende besluiten. Geef jeugdartsen meer zeggenschap.
10. Geef jeugdartsen de mogelijkheid zelf door te verwijzen naar GGZ, medisch specialist en geïndiceerde jeugdzorg. Zorg daarbij voor de voorwaarden om deze verwijzingen kwalitatief goed uit te voeren.

11. Investeer in goede overdrachtsmogelijkheden van de JGZ 0-4 naar de JGZ 4-19 en in een verbetering van de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg, huisartsen, kindergeneeskunde en jeugdzorg.
12. Investeer meer in wetenschappelijk onderzoek voor en over de preventieve jeugdgezondheidszorg.
13. Geef extra aandacht aan projecten om verschillen in sociaaleconomische gezondheidsverschillen te verkleinen.
14. Geef ondersteuning bij de verdere ontwikkeling van standaarden en richtlijnen in de jeugdgezondheidszorg.
15. Onderzoek de ervaren werkdruk en arbeidsvoorwaarden binnen de beroepsgroep van de wijkverpleegkundigen en binnen de gehele Jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar.

BIJLAGE 1. DE ENQUÊTE

Enquête werkdruk artsen Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar

Basisgegevens

Geslacht

man vrouw

Leeftijd

_____ jaar

Werkervaring binnen de JGZ

_____ jaar

Omvang dienstverband

_____ uur per week

Opleiding

Basisarts

Basisarts, applicatiecursus of introductiecursus gevolgd

Jeugdarts (profielregistratie eerste fase via overgangsregeling)

Jeugdarts (profielregistratie eerste fase via opleiding TNO)

Arts M&G

Anders, namelijk: _____

Naam instelling

Plaats

A. Consulten

1. Wat is in uw organisatie de duur van het zuigelingenconsult? _____ minuten

2. Wat is in uw organisatie de duur van het peuterconsult? _____ minuten

3. Geldt voor elk contactmoment dezelfde consultduur?

Ja Nee.

Zo nee, waar en hoe wordt afgeweken (bijvoorbeeld dubbele tijd bij laatste contact)?

4. Wordt de voorbespreking ingepland?

Ja Nee.

Zo ja, hoeveel tijd is hiervoor gepland _____ minuten

Lukt dit meestal in de geplande tijd? ja nee nvt

5. Wordt de nabespreking ingepland?

Ja Nee

Zo ja, hoeveel tijd is hiervoor gepland _____ minuten

Lukt dit meestal in de geplande tijd? ja nee nvt

6. Is er tijd ingepland voor niet-consultgebonden taken?

(zoals overleg met huisartsen, medisch specialisten, AMK; zorgcoördinatie)

Ja Nee.

Zo ja, hoeveel tijd is hiervoor gepland _____ minuten

Lukt dit meestal in de geplande tijd? ja nee nvt

7. Is de beschikbare consulttijd voldoende voor de correcte uitvoering van het BTP volgens de professionele standaard?

Ja Nee

B. Verandering van zorgaanbod

1. Is in uw regio het aantal consulten veranderd of is de consulttijd de laatste twee jaar veranderd of zijn er plannen om deze te veranderen? Ja Nee

Zo ja, (meerdere antwoorden mogelijk):

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

het aantal zuigelingenconsulten is veranderd/ gaat veranderen
van _____ naar _____ consulten, met ingang van _____

het aantal peuterconsulten is veranderd/ gaat veranderen
van _____ naar _____ consulten, met ingang van _____

de zuigelingenconsulttijd is veranderd/ gaat veranderen
van _____ naar _____ minuten, met ingang van _____

de peuterconsulttijd is veranderd/ gaat veranderen
van _____ naar _____ minuten, met ingang van _____

er zijn veranderingen op komst, dit gaat waarschijnlijk om een

- verbetering
- verslechtering
- nog onduidelijk

anders, namelijk:

2a. Heeft *binnen uw organisatie* taakherschikking plaatsgevonden of gaat deze plaatsvinden?

Ja Nee.

Zo ja, welke taakherschikking en wat is uw oordeel hierover?

2b. Heeft *binnen de afdeling JGZ van de GGD in uw werkgebied* taakherschikking plaatsgevonden of gaat deze plaatsvinden, die van invloed is op het zorgaanbod van uw organisatie?

Ja Nee.

Zo ja, welke taakherschikking en wat is uw oordeel hierover?

3. Wat denkt u dat de oorzaken zijn van de veranderingen in aantal consulten, consulttijd en taakherschikking?

4. Zijn u en uw collega's artsen betrokken bij de besluitvorming hierover?

- Ja Nee

5a. Is binnen uw werkgebied al een Centrum voor Jeugd en Gezin ingericht?

- Ja Nee

5b. Is binnen uw werkgebied de Verwijsindex Risicjongeren al operationeel?

- Ja Nee

5c. Binnen het Centrum voor Jeugd en Gezin en bij de Verwijsindex Risicjongeren is zorgcoördinatie een belangrijke taak voor de Jeugdgezondheidszorg. Wordt zorgcoördinatie, uitgevoerd in de context van het Centrum voor Jeugd en Gezin en van de Verwijsindex Risicjongeren, gefinancierd vanuit de gemeente (maatwerkdeel) of wordt het beschouwd als horend tot het uniforme deel van het Basistakenpakket waarvoor binnen het budget van uw organisatie ruimte moet worden gecreëerd

- Wordt beschouwd als maatwerkdeel en dus gefinancierd vanuit de gemeente
 Wordt beschouwd als behorend tot het uniforme deel en dus gefinancierd vanuit mijn instelling.
 Anders, namelijk:

Onbekend

5d. Wat kan er beter bij de inrichting van de Centra voor Jeugd en gezin?

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

6. Merkt u invloed van de WMO?

- Ja Nee Weet niet

Toelichting _____

C. Kwaliteit van de zorg

1. Indien u het aantal consulten en/of de consulttijd als te krap ervaart, wat zijn dan voor u de gevolgen daarvan op het gebied van werkdruk, overdracht, inhoud van zorg en arbeidsvoorwaarden? (per categorie zijn meerdere antwoorden mogelijk)

1a. Werkdruk

- Ik ervaar geen werkdruk
 De werkdruk is erg hoog
 Pauzes worden wel gepland, maar schieten er bij in
 Mijn bureaus lopen uit, gemiddeld _____ minuten
 Anders, namelijk:

1b. Overdracht

- Ik ervaar hier geen problemen bij
 Voorbesprekingen vervallen
 Nabesprekingen vervallen
 Er worden geen samenvattingen voor overdracht naar de JGZ 4-19 gemaakt
 Anders, namelijk:

1c. Zorginhoudelijk

- Ik kan alle kinderen de zorg bieden die ik nodig acht
 Kinderen met wie het goed gaat laten we minder vaak komen, namelijk:

- Ik maak keuzes en laat sommige delen van het BTP bewust liggen, namelijk

- Ik zie risicokinderen minder dan ik wenselijk acht, toelichting

- Mijn dossiervoering lijdt eronder, toelichting

- Anders, namelijk:

1d. Arbeidsvoorwaarden

- Ik ervaar hier geen problemen mee
- Er is geen of nauwelijks inhoudelijk werkoverleg
- Er worden veel (betaalde) overuren gemaakt
- Overuren worden niet betaald
- Overuren worden in de daaropvolgende maand gecompenseerd door minder uren in te mogen zetten
- Anders, namelijk:

2. Kunt u in uw regio indien nodig altijd een huisbezoek laten uitvoeren?

- Ja, zo vaak als nodig is voor alle kinderen
- Nee, de wijkverpleegkundigen hebben onvoldoende tijd om huisbezoeken te doen
- Nee, dit kan alleen voor risicokinderen zo vaak als nodig is
- Nee, ook voor risicokinderen is een maximum aantal huisbezoeken bepaald
- Geen mening
- Nee, anders, namelijk:

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

3. Heeft uw organisatie een beleid voor het zonder bericht niet verschijnen op het bureau?

Ja, namelijk:

Nee

4. Gaat het doorverwijzen naar partners in uw regio soepel en snel?

Ja, geen probleem

Nee, ik ervaar problemen met (meer antwoorden mogelijk):

- Bureau Jeugdzorg
- AMK
- GGZ
- kinderspsychiatrie
- VTO-team
- (gespecialiseerde) thuiszorg
- medische specialisten
- anders, namelijk:

Toelichting

5. Hebt u voorbeelden van goede samenwerkingsverbanden met de jeugdhulpverlening?

Ja Nee

namelijk:

D. Scholing en opleidingen

1. Welke van de volgende mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering worden door uw organisatie vergoed? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Scholingen verbonden aan implementatie van het EKD
- Scholingen verbonden aan certificering (HKZ en Borstvoeding)
- Scholingen verbonden aan invoeren van protocollen en standaarden
- Scholingen verbonden aan de implementatie van opvoedingsondersteuning
- Deelname aan intercollegiale toetsing
- Wetenschappelijke dagen beroepsvereniging
- (provinciale) refereencyclus
- Congressen/symposia: inschrijfgeld, max _____ euro; uren, max _____ per jaar
- Anders, namelijk:

2. Vindt u dat uw organisatie voldoende financieel tegemoet komt aan scholing/deskundigheidsbevordering voor het verwerven van accreditatiepunten nodig voor herregistratie?

- Ja Nee Onbekend

Toelichting

3. Art.75 van de CAO geeft het recht aan op vergoeding van scholingskosten.

Wordt de CAO op dit punt voldoende nageleefd?

- Ja Nee Onbekend

Toelichting

4. Welke opleidingen zijn binnen uw organisatie verplicht (meerdere antwoorden mogelijk):

	ja	nee	onbekend
Introductie cursus JGZ 0-19 jaar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opleiding eerste fase arts M&G (titel: jeugdarts)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opleiding tweede fase arts M&G (titel: arts M&G)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5. Welke opleidingen worden op dit moment door uw organisatie vergoed?

5a. Introductie cursus JGZ 0-19 jaar:

Cursuskosten	<input type="radio"/> geheel vergoed	<input type="radio"/> gedeeltelijk vergoed	<input type="radio"/> niet vergoed	<input type="radio"/> onbekend
Reiskosten	<input type="radio"/> geheel vergoed	<input type="radio"/> gedeeltelijk vergoed	<input type="radio"/> niet vergoed	<input type="radio"/> onbekend
Cursus onder werktijd	<input type="radio"/> geheel	<input type="radio"/> gedeeltelijk	<input type="radio"/> niet	<input type="radio"/> onbekend

5b. Overgangsregeling

Cursuskosten	<input type="radio"/> geheel vergoed	<input type="radio"/> gedeeltelijk vergoed	<input type="radio"/> niet vergoed	<input type="radio"/> onbekend
Reiskosten	<input type="radio"/> geheel vergoed	<input type="radio"/> gedeeltelijk vergoed	<input type="radio"/> niet vergoed	<input type="radio"/> onbekend
Cursus onder werktijd	<input type="radio"/> geheel	<input type="radio"/> gedeeltelijk	<input type="radio"/> niet	<input type="radio"/> onbekend

5c. Opleiding eerste fase arts M&G (titel: jeugdarts)

Cursuskosten	<input type="radio"/> geheel vergoed	<input type="radio"/> gedeeltelijk vergoed	<input type="radio"/> niet vergoed	<input type="radio"/> onbekend
Reiskosten	<input type="radio"/> geheel vergoed	<input type="radio"/> gedeeltelijk vergoed	<input type="radio"/> niet vergoed	<input type="radio"/> onbekend
Cursus onder werktijd	<input type="radio"/> geheel	<input type="radio"/> gedeeltelijk	<input type="radio"/> niet	<input type="radio"/> onbekend

5d. Opleiding tweede fase arts M&G (titel: arts M&G)

Cursuskosten	<input type="radio"/> geheel vergoed	<input type="radio"/> gedeeltelijk vergoed	<input type="radio"/> niet vergoed	<input type="radio"/> onbekend
Reiskosten	<input type="radio"/> geheel vergoed	<input type="radio"/> gedeeltelijk vergoed	<input type="radio"/> niet vergoed	<input type="radio"/> onbekend
Cursus onder werktijd	<input type="radio"/> geheel	<input type="radio"/> gedeeltelijk	<input type="radio"/> niet	<input type="radio"/> onbekend

6. Is de financiering van deze opleidingen voor uw organisatie een probleem?

- Ja, want _____
- Nee

7. In welke salarisschaal bent u ingeschaald?

Thuiszorg:

- FWG 55
- FWG 60
- FWG 65
- FWG 70

Artsen werkzaam in de JGZ 0-4 bij de GGD

- Schaal 10
- Schaal 11
- Schaal 12
- Schaal 13
- Anders, namelijk:

8. Zou u eventueel fulltime als JGZ arts 0-4 willen werken?

- Ik werk fulltime
- Nee om privé redenen
- Nee, de werkbelasting is daarvoor te groot
- Nee om andere reden, te weten:

- Ja, maar dit is onmogelijk in mijn organisatie
- Ja, maar

E. Algemeen

1. Het leukste en belangrijkste van mijn vak is:

2. Het minst leuke in mijn vak is

Uw antwoorden op de enquête worden anoniem verwerkt.

Zouden wij eventueel (telefonisch) contact met u mogen opnemen? Ja Nee

Wilt u op de hoogte gehouden worden van de resultaten Ja Nee

Wilt u op de hoogte gehouden worden van verdere activiteiten Ja Nee

Zo ja, dan hieronder graag uw gegevens invullen.

Naam _____

Emailadres _____

Tel. nr privé _____

tel. nr werk _____

BIJLAGE 2 EEN BLOEMLEZING

Het leukste en belangrijkste in mijn vak is

De laagdrempelige omgang met ouders en kinderen, het opbouwen van een vertrouwensband waardoor je meer kunt bereiken. Alle kinderen bereiken zodat ook alle kinderen een zo goed mogelijke start maken in het leven.

Werken aan de basis van een mensenleven en proberen de mogelijkheden die elk kind in aanleg heeft zo optimaal te (laten/leren) benutten.

Het contact met kind en ouders. Volgen van ontwikkeling van kinderen, onderscheppen van belemmerende factoren, bemoedigen van goede factoren, advisering. Ik ben heel blij dat de JGZ op de politieke kaart staat.

Contact met ouders en kinderen. Daadwerkelijk iets kunnen betekenen in de start van het leven van deze kinderen.

Samen met ouders naar hun kind kijken en bespreken bij welke begeleiding/opvoeding dit, unieke, kind het meeste baat zou kunnen vinden.

Samen met de ouders hun kinderen de beste kansen geven om tot een gelukkige volwassene op te groeien. Je kunt echt het verschil maken voor ouders en kind. Zeer belangrijk en interessant beroep.

Het intensieve contact met de gezinnen. Meekijken met de ontwikkeling en hier een actieve bijdrage kunnen leveren als gezondheid niet optimaal loopt. Er is zeer regelmatig een heel goed contact met de gezinnen en bijdrage JGZ wordt door ouders ook gewaardeerd. Taken bij integrale vroeghulp zijn ook verrijking voor mij persoonlijk.

Ik vind de omgang met ouders en kinderen erg leuk, verder vind ik het belangrijk kinderen en ouders te begeleiden om in vele opzichten gezond groot te worden. Daarvoor wil ik zowel direct uitvoerend als overstijgend werken.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Het begeleiden van ouders, zodat de eerste jaren van een kinderleven optimaal verlopen en een goede basis gelegd kan worden voor de toekomst. Op jonge leeftijd worden neurale netwerken aangelegd. Dat maakt ons werk zeer belangrijk. Op jonge leeftijd zijn de problemen vaak nog niet zo groot. Met relatief kleine adviezen of ondersteuning zijn grotere problemen te voorkomen, denk ik!

Kinderen zich zien ontwikkelen en ouders te zien opbloeien in hun ouderschap en de wetenschap dat je daaraan een goede bijdrage hebt geleverd.

De uitdaging: vermeende problemen relativeren maar wel risico's in de ontwikkeling opsporen voor elk kind dat aan mijn zorg wordt toevertrouwd. Gezinnen helpen met kleine stapjes dicht bij huis om de kansen voor elk kind te optimaliseren en de kosten van medische consumptie laag te houden.

Het is heel boeiend om kinderen in hun ontwikkeling te volgen en daarbij mogelijke afwijkingen en ontsporingen in de gaten te houden. Er is een groot bereik en er zijn veel mogelijkheden.

Het contact met ouders en kinderen en vooral als je daadwerkelijk tot steun kan zijn en de mensen weer op de rails kan zetten.

De omgang met kinderen en ouders, het feit dat je preventief werkt, deze eerste vier jaren zijn bepalend voor de rest van hun verdere leven, als je je werk goed doet en een goed team hebt kun je heel veel voor de kinderen en hun ouders betekenen voordat ze naar school gaan, mijn fijne collega's met de zelfde drive en verantwoordelijkheidsgevoel en liefde voor hun vak en de kinderen, hoe je elke dag weer nieuwe dingen leert, de ontwikkelingen binnen het vak.

Direct contact met de ouders en de kinderen meteen na de geboorte en vormgever te zijn in eerst en de belangrijkste ontwikkelingsfase van het leven van een kind geeft er een erg bijzonder gevoel mee.

Opgroeiende kind, trotse ouders. Met weinig middelen (advisering) al veel verschil kunnen maken voor ouders.

Werken met ouders en kinderen en hen helpen bij problemen met de opvoeding. Ouders wat opvoeding betreft, sterker maken, zodat ze zekerder met kinderen om kunnen gaan.

De contacten met ouders en kinderen en een klein stukje kunnen bijdragen aan het gezond opgroeien van een kind en het bevestigen van de kennis en kunde van de ouders.

De jeugd (en hun ouders) een goede, zo gezond mogelijke toekomst bieden. Kunnen voorkomen dat ze bijvoorbeeld naar het ziekenhuis moeten, maar aan de andere kant ook vroegtijdige onderkenning, zodat als er wat is, het zo min mogelijk complicaties en gevolgen heeft.

Het laagdrempelig zijn: de vragen kunnen niet gek genoeg zijn. Mensen het vertrouwen te geven dat ze het goed doen en te helpen ze te leren om het anders te doen. Zodat ze een zo goed mogelijke start maken en hun kind zich zo optimaal mogelijk kan ontwikkelen. En natuurlijk lekker spelen met die kids! En dat alles wat gedaan moet worden op een voor hen zo leuk mogelijke manier.

Het contact met ouders en kinderen, het grote bereik in de populatie, het preventief werken en (anticiperende) voorlichting geven en het signaleren van situaties waarin meer zorg gevraagd wordt en deze ook kunnen bieden, of de zorg in goede banen kunnen leiden.

De voldoening als je op tijd problemen signaleert en ouders en kind de ondersteuning kunt bieden die ze nodig hebben!

De contacten en de relatie die ik opbouw met “mijn” kindjes en hun ouders, het volgen van de ontwikkeling van een kind en het volgen van de ontwikkeling die ouders doormaken in hun rol als opvoeder en ze daar bij mogen steunen en begeleiden. De vertrouwensband die er groeit, is heel belangrijk. Ouders moeten je goed kennen en erg vertrouwen om toe te geven dat het niet goed gaat met hun kind of met de opvoeding. Niets maakt je zo kwetsbaar als “falen” als opvoeder.

De succesjes die je hebt bij het vroeg ontdekken van afwijkingen of het voorkomen van problemen of het kind met overgewicht dat na je adviezen toch gaat afvallen enzovoort. Doordat ik gezinnen ken, bij een volgend kind de ouders niet alle problemen van de vorige kinderen te laten vertellen maar direct begrijpen wat er speelt. Heel belangrijk vind ik continuïteit in persoon in de gezinnen, zo kun je vertrouwen opbouwen en wat bereiken. En natuurlijk de opmerkingen van de kinderen zelf.

Investeren in kinderen is leuk en belangrijk.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

Het aan kinderen (en ouders) samen iets kunnen bieden wat het leven voor hen beter maakt. Het hele brede werkveld medisch, sociaal etcetera. Het vertrouwen/relatie van/met de ouders. Samenwerken in een team. Zorg coördineren. Het leerproces in je werk Grote afwisseling door vaak diepgaande contacten met cliënten.

Het aller-leukst vind ik jonge baby's, dat hele prille; een bijdrage leveren aan een gezonde groei en ontwikkeling van die kleine mensjes geeft mij veel voldoening. Maar eigenwijze dwarse peuters zover krijgen dat ze meewerken is ook heel leuk. En ouders die hun kind even niet meer zien zitten (door slaap/eet/gedragsproblemen) door een gesprek zover krijgen dat ze weer verder kunnen, geeft ook een kick. Belangrijk vind ik het vroeg opsporen van medische afwijkingen (heupen, ogen, hartafwijkingen, voorkeurshouding enz.) en achterstanden (in motoriek, in spraak/taal, in contact maken enzovoort) Preventie is het hart van ons werk, op zoveel terreinen, van cariës tot kindermishandeling, van luie ogen tot infectieziekten (vaccinaties) en wiegendood.

Leukste: contacten met kind en ouders + voldoening van goede resultaten bij preventie of interventie. Belangrijkste: zeer relevant werk voor het welzijn van de jeugd en verder een ideale ingang voor aandacht voor maatschappelijke problemen door de laagdrempeligheid en hoog opkomstpercentage. De kinderen. Fantastisch om te zien hoe ze zich ontwikkelen, en het is een hele eer om hier een positieve bijdrage aan te kunnen leveren.

Preventie, vroegtijdige hulp ter voorkoming van. Op tijd diagnostiseren, zodat behandeling in gang gezet kan worden. Voorlichting. Leuk zorgzaam team.

Tijd en aandacht voor ouders en hun kinderen zodat zij hun verhaal kunnen doen en we samen problemen kunnen voorkomen of vroegtijdig tot een passende interventie kunnen komen.

Zoveel kijk hebben op kinderen, zoveel kennis hebben van gemiddeld en de normale spreiding, dat ik binnen een consult een indruk krijgen van een kind, ouders passende info kan geven, en bij problemen meestal snel de juiste weg weten voor verbetering.

Het werken met ouders en kinderen, werken in de wijk, dus dichtbij de mensen, en het werken met al mijn enthousiaste collega's (wijkverpleegkundigen en cb-assistenten).

Contact met ouders en hen zelfvertrouwen meegeven om hun belangrijke taak als opvoeder met vertrouwen tegemoet te gaan. Verder is het heel belangrijk en leuk om nog kleine problemen snel te attaqueren voordat het grote problemen worden (bijvoorbeeld huilbaby's inbakeren etc).

Je ziet alle kinderen bij het begin van hun leven en hebt de hoop veel voor ze te kunnen betekenen. Dit blijkt echter niet altijd het geval te zijn, helaas.

Het minst leuke in mijn vak is:

Heel vaak het gevoel hebben niet alles te kunnen doen wat je zou willen en wat nodig is door tijdsgebrek.

Altijd onvoldoende tijd en daarom onvoldoende aandacht voor elk kind en gejaagd gevoel in werktijd is ontzettend frustrerend.

Werkdruk!!!!!! Belangrijkste reden om af te haken.

Je tijdgebrek, waardoor je vaak niet de diepte in kunt in gesprekken, of, als je dat wel doet, andere ouders moet laten wachten. Tijd voor een naar ouders goed gemotiveerde en uitgelegde verwijzing is er nauwelijks.

De haast waarmee dit allemaal moet gebeuren. De staat van alertheid en concentratie om goed te luisteren, vergt veel energie. Ik zou er niet aan moeten denken om meer dan vier dagdelen bureau per week te moeten doen. Andere taken neem ik ook niet altijd aan, omdat deze vaak in de avonden gepland moeten worden.

Het niet goed kunnen doorverwijzen bij gesignaleerde problematiek, opstopping/lange wachttijden hulpverleningstraject, te weinig tijd om ouders te motiveren hulp te zoeken, weinig tot geen tijd met het locatie-team protocollen goed door te spreken, inhoudelijk af te stemmen met je verpleegkundigen.

De wedstrijd met de klok, waardoor je toch regelmatig gehaast te werk gaat.

De inmiddels overheersende negatieve ervaringen met de organisatie die iedereen voelt.

Duidelijk onvoldoende samenwerking met andere hulpverleners in het gezin. Tevens ervaar ik als probleem het tekortschieten in afwerking van mijn taak als gevolg van de tijdsdruk.

Nooit tijd voor reflectie. Enkel productie maken ('bureaus draaien') is erg zwaar.

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

De enorme werkdruk, het feit dat je door je werkervaring steeds meer groeit en signaleert maar onvoldoende tijd hebt om met deze signalen ouders te confronteren en samen met hen hulp te zoeken, dat je baas niet luistert, ik vergelijk het soms met lopende band werk waarbij de band steeds sneller wordt gezet.

Dat je werk (zowel inhoudelijk als qua randvoorwaarden) steeds meer bepaald wordt door mensen die eigenlijk helemaal niet weten wat dit werk nu precies inhoudt (of daar zelfs maar belangstelling voor tonen), dat je steeds minder grip krijgt op allerlei processen (alleen al je eigen agendavoering, volgens het management zijn we voor van alles te duur dus ook daarvoor, in de praktijk kost het door foutjes en misverstanden alleen maar meer tijd, daarnaast raak je het overzicht kwijt en word je steeds meer een productiewerker).

Dat je steeds meer tijd kwijt bent aan dingen die niet werkinhoudelijk zijn, zoals de communicatie met alle verschillende managementlagen, talloze registraties en telkens weer andere declaratiesystemen. Dat je nog voor je 40e aan de top van je inkomen zit, dat er heel weinig mogelijkheden zijn door te groeien in je vak, dat het nu vrijwel niet meer mogelijk is je nog tot arts MG te laten scholen, kortom ongunstig toekomstperspectief, hetgeen het vak ook niet aantrekkelijk maakt voor pas afgestudeerde artsen en het “artsentekort” dus een self fulfilling prophecy wordt, waardoor weer meer taakherschikking en een verschraling van het vak en een negatieve vicieuze cirkel waar we echt uit moeten breken.

Dat de boog zonder pauze voortdurend gespannen moet blijven, gedurende het hele bureau.

Eindeloos vechten tegen slecht management, voor voldoende geld voor goede zorg.

1. De enorme werkdruk tijdens CB-consulten. 2. De gebrekkige transparantie in onze organisatie, inclusief. onduidelijkheid over (niet-financiële) visie t.a.v. rol CB-arts (in de toekomst) en onduidelijkheid over mijn registratie-aandachtsgebied. 3. Goedbedoelend, maar onvoldoende competent management, dat te veel marionet van hoogste manager lijkt.

Ellenlange vergaderingen, veel e-mail over organisatorische zaken, weinig support en aandrijving vanuit de organisatie, terwijl ik en ook mijn collega's zeer gedreven en gemotiveerd zijn.

Altijd onder tijdsdruk moeten werken, niet in eigen tempo werken, soms meer dan 4,5 uur zonder pauze, altijd een opgejaagd gevoel. Vaak twee dingen tegelijk doen, soms foute injecties onder andere door tijdsdruk.

Het continu, zonder pauze, te moeten draven en de wedstrijd met de wachtkamer verliezen. Het gevoel wel eens te kort te schieten omdat je verder geen tijd meer hebt. Verder het niet zelfstandig kunnen doorverwijzen naar de 2e lijn.

De enorme werkdruk (er moet te veel. Alles is gecalculeerd op kinderen die het perfect doen en op ouders die geen vragen hebben... alle extra's en daar zijn we tenslotte voor! en dan bedoel ik lichamelijke problemen, ouders die het moeilijk hebben, kinderen met lastig gedrag, etcetera leveren problemen op omdat er eigenlijk geen tijd voor is. Zeer uitgekleeft dienstverband. Daardoor veel werk in eigen tijd en thuis.

De hap-snap moeizame samenwerking met de zorgpartners en al het gedoe eromheen (niet inhoudelijke overleggen, etcetera).

Regelmatig geconfronteerd worden met managementinformatie over hoeveel tijd we gebruiken voor of eigenlijk overschrijden van de verschillende onderdelen van het BTP. Er wordt gewoon hard gewerkt. Er wordt te weinig samen gewerkt met een aantal externe partners. Het initiatief voor overleg komt altijd van onze zijde.

De torenhoge administratie en bureaucratie.

Het gevoel productiewerk te moeten leveren door de druk die op de spreekuren staat.

De tijdsdruk en werkdruk. Het steeds meer defensief werken vanwege zaken als Het Maasmeisje. Het steeds meer geprotocolleerd werken, waardoor persoonlijke invulling onmogelijk wordt. Het steeds meer werken op groepen (slechte wijken, migranten) en probleemcategorieën (overgewicht, roken, taalachterstanden) in plaats van per individu.

Het gezeur om geld, te weinig geld loskrijgen van de gemeentes, steeds weer veranderingen die ook alweer veranderen als ze nog niet eens zijn doorgevoerd.

Werkdruk/stress. Niet de zorg kunnen geven die ik nodig acht Slechte ruimte om CB te draaien.

De stress, tijdsdruk tijdens bepaald onderzoek, maar ook beperkte tijd om bij risico-kinderen uitgebreider onderzoek te doen en diagnostiek te bepalen. Ook het constant weer nieuwe aanpak in organisatie, verwer-

KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

king van administratie, nu weer uren schrijven voor gemeente (verhouding administratie, clientgebonden tijd veranderd nadelig).

De werkdruk, productie draaien, te weinig tijd hebben voor individuele ouder en kind (vooral risicogezinnen maar ook schijnbaar 'gewone' gezinnen).

De machteloosheid en beperking die ik voel bij kindermishandeling in de brede zin van dit woord.

Kinderen in moeilijke situaties waar het niet lekker gaat, maar die nog niet ernstig genoeg zijn voor dwangmaatregelen, zodat je moet blijven toekijken en blijven proberen.

Het gevoel dat je nooit alles kunt doen wat je belangrijk vindt, dat je zelfs te weinig tijd hebt voor alles wat je wettelijk zou moeten doen. Het gevoel dat je tekort schiet door organisatorische problemen: steeds wisselende cb-medewerkers op de grote locaties zodat niemand meer echt zicht op een gezin heeft. En het feit dat je geen enkele invloed hebt op het beleid binnen je organisatie, de beslissingen worden genomen door de managers en als jgz-medewerker word je voor een voldongen feit geplaatst.

Tijdsdruk, altijd bedelen om scholing, er is geen scholingsplan, nooit klaar zijn en werk mee naar huis moeten nemen omdat het op het werk niet kan.

Forse werkdruk waardoor spreekuren altijd uitlopen en weinig tijd is voor lunchpauze etcetera. (de calamiteiten zoals een huilende baby of vieze luiers of peuter naar WC of gesprek over huilen zijn niet in te roosteren waardoor er geen speling is binnen de bureautijd voor uitloop: kan gejaagd gevoel geven). Bovendien zijn er nu te weinig collega's om vakantie of vervanging te kunnen aanvragen zonder de ouders tekort te doen door het aflasten van bureau's (en de wijkverpleegkundigen die het dan weer op moeten lossen).

De slechte organisatie, de werkdruk, de achterstanden, het werken met een onoverzichtelijk systeem (kidos) en half overspannen collega's, keuzes te moeten maken die eigenlijk niet gemaakt kunnen worden. De organisatie, het management, en de chronische hoge tijdsdruk.

De werkdruk, de onderwaardering, de voortdurende veranderingen in werkwijze, registratie, protocollen. De voortdurende onrust en het gevoel van onmacht omdat je je werk kwalitatief niet voldoende kunt doen. Het voortdurende gevoel tekort te schieten.

Een EKD-systeem dat niet werkt, daardoor veel extra tijd kost, geen continuïteit biedt, geen overzicht biedt, etcetera.

De werkdruk, productie draaien, te weinig tijd hebben voor individuele ouder en kind (vooral risicogezinnen maar ook schijnbaar 'gewone' gezinnen).

Het gejakker en het gevoel alles maar half te kunnen doen.

In de 0-4 jarigenzorg worden door de jeugdarts alleen spreekuren gehouden. Er geen ruimte (tijd) of geld voor de niet-consultgebonden taken. Deze worden dan dus door derden uitgevoerd. Dit maakt het werk eentonig en daardoor wordt enige uitdaging node gemist.

De machteloosheid en beperking die ik voel bij kindermishandeling in de brede zin van dit woord.

BIJLAGE 3. LIJST VAN AFKORTINGEN

AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BTP	Basistakenpakket
CB	Consultatiebureau
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
EKD	Elektronisch Kinddossier
FWG	Functiewaardering Gezondheidszorg
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg Nederland
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling Zorgssector
IVH	Integrale VroegHulp
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
Kidos	Landelijk clientvolgsysteem voor de jeugdgezondheidszorg
KIVPA	Korte indicatieve vragenlijst voor psychosociale problematiek
LWOO	Leerweg ondersteunend onderwijs
M&G	Maatschappij en Gezondheid
MOC	Medisch Orthopedagogisch Centrum
PAOG	Postacademische opleiding gezondheidszorg
PGO	Periodiek Geneeskundig Onderzoek
PO	Primair onderwijs
STO	Spraak, taal en opvoeding
VMBO	Voortgezet Middelbaar Beroepsonderwijs
VTO	Vroeg Tijdige Onderkenning
VVE	Voor- en vroegschoolse educatie
Wmo	Wet maatschappelijke ondersteuning



Een uitgave van het Wetenschappelijk Bureau van de SP
Vijverhofstraat 65, 3032 SC Rotterdam