

# KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?

DEEL 2



## EEN ONDERZOEK NAAR DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

Dr Ineke Palm,  
Wetenschappelijk Bureau SP



Drs Nathalie Leeuwenburgh  
vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland



*‘Jeugdgezondheidszorg is belangrijk, want alles wat bijdraagt aan goede kansen voor kinderen en jongeren loont.’*

Anneke Bulk



# **KANSEN VOOR ALLE KINDEREN?**

**DEEL 2**

**EEN ONDERZOEK NAAR DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR**

Dr. Ineke Palm,  
Wetenschappelijk Bureau SP

Drs. Nathalie Leeuwenburgh  
vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland

Wetenschappelijk Bureau SP  
© november 2009 SP

Vijverhofstraat 65  
3032 SC Rotterdam

Foto omslag: Nationale Beeldbank

# INHOUDSOPGAVE

<b>Voorwoord</b>	<b>7</b>
<b>Samenvatting</b>	<b>9</b>
<b>1. Inleiding</b>	<b>11</b>
<b>2. Opzet</b>	<b>21</b>
2.1. Analyse	21
2.2. Respons	22
<b>Resultaten</b>	
<b>3. Zorgaanbod</b>	<b>25</b>
3.1. Het structurele zorgaanbod	25
3.2. Niet-structurele contactmomenten	31
3.3. Verschuiving in structureel zorgaanbod	32
3.4. Contact met scholen	35
3.5. Overlegstructuren	37
<b>4. Nieuwe ontwikkelingen rond zorg</b>	<b>39</b>
4.1. Centra voor Jeugd en Gezin	39
4.2. Verwijsindex	41

<b>4.3.</b>	<b>Digitaal dossier JGZ</b>	<b>42</b>
<b>4.4.</b>	<b>Wet maatschappelijke ondersteuning</b>	<b>44</b>
<b>4.5.</b>	<b>Taakbelasting</b>	<b>44</b>
<b>4.6.</b>	<b>Management</b>	<b>46</b>
<b>4.7.</b>	<b>Administratieve lasten</b>	<b>46</b>
<b>5.</b>	<b>Kwaliteit van zorg</b>	<b>47</b>
<b>5.1.</b>	<b>De overdrachten</b>	<b>47</b>
<b>5.2.</b>	<b>Risicokinderen in beeld</b>	<b>47</b>
<b>5.3.</b>	<b>(On)voldoende zorg</b>	<b>50</b>
<b>5.4.</b>	<b>Het bereik</b>	<b>52</b>
<b>5.5.</b>	<b>Werkdruk</b>	<b>54</b>
<b>5.6.</b>	<b>Samenwerking</b>	<b>54</b>
<b>6.</b>	<b>Kwaliteit van zorgverleners</b>	<b>59</b>
<b>6.1.</b>	<b>Opleiding jeugdartsen</b>	<b>59</b>
<b>6.2.</b>	<b>Arbeidsvoorwaarden</b>	<b>62</b>
<b>6.3.</b>	<b>Scholing en deskundigheidsbevordering</b>	<b>62</b>
<b>6.4.</b>	<b>Salariëring en dienstverband</b>	<b>64</b>
<b>7.</b>	<b>Conclusies en beschouwingen</b>	<b>65</b>
<b>8.</b>	<b>Aanbevelingen</b>	<b>73</b>
	<b>Bijlagen</b>	
	<b>Bijlage 1: bloemlezing</b>	<b>77</b>
	<b>Bijlage 2: lijst van afkortingen</b>	<b>83</b>
	<b>Bijlage 3: enquêtes</b>	<b>85</b>



# VOORWOORD

Een gezond kind heeft de toekomst. Maar bij een gezonde ontwikkeling van een kind komt een hoop kijken. Ook de politiek is zich hier steeds meer van bewust. Hierdoor heeft de jeugdgezondheidszorg er steeds meer taken bij gekregen gericht op preventie en zo nodig vroegtijdig ingrijpen. Zo moet een jeugdarts bij een kind kijken naar taalachterstand, overgewicht, psychosociale problemen, kindermishandeling, meisjesbesnijdenis, alcohol en roken en nog veel meer.

En laten we niet vergeten dat er ook een hoop nieuwe ontwikkelingen zijn waar de jeugdarts aan deelneemt. Zoals het Centrum voor Jeugd en Gezin, het Zorg Advies Team, het Elektronisch Kinddossier, de Verwijsindex en lokale overlegvormen. Een hele hoop belangrijke taken, maar daarbij wordt vergeten dat hiervoor ook tijd vrij gemaakt moet worden. Tijd die er op dit moment vaak niet is.

Dit onderzoek is een logisch gevolg op het onderzoek “Kansen voor alle Kinderen, deel 1”, waar we alle jeugdartsen 0 – 4 jaar hebben ondervraagd. Grootste zorg onder hen was de tijdsdruk, de hoge werkdruk, de hoeveelheid aan taken en de bureaucratie. Het gevoel hebben dat ze altijd te kort schieten. En in deel 2 zijn de onderzoeksresultaten niet veel anders. Er wordt een hoop verwacht van de jeugdartsen en de jeugdgezondheidszorg, maar helaas wordt niet voldoende tijd, ruimte, mogelijkheden en het vertrouwen geboden om het werk naar behoren te kunnen verrichten. Willen we dat werkelijk alle kinderen werkelijk gelijke kansen krijgen op een gezonde ontwikkeling en een goede opvoeding, dan moeten we er in ieder geval voor zorgen dat we de jeugdgezondheidszorg zo snel mogelijk op orde krijgen. Want, een gezond kind heeft de toekomst.

## **KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR**

Graag wil ik alle jeugdartsen die hebben meegewerkt aan dit onderzoek hartelijk danken voor hun tijd en betrokken reacties. In het bijzonder wil ik de artsen van de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) bedanken. Zonder hun tijd, motivatie en input had dit rapport niet tot stand kunnen komen.

Marianne Langkamp

# SAMENVATTING

In de jeugdgezondheidszorg (JGZ) van 4-19 jaar vinden de laatste jaren grote veranderingen plaats. Goede nieuwe initiatieven maar ook veranderingen die ten koste gaan van contact met ouders en kinderen. Hiermee wordt het wezen van de JGZ – contact en vertrouwen – direct aangetast. Dat blijkt uit een enquête die het Wetenschappelijk Bureau van de SP, samen met de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN) begin 2009 hield onder jeugdartsen in de JGZ 5-19 jaar. Bijna 40 procent van de jeugdartsen 4-19 jaar vulde de uitgebreide enquête in. De belangrijkste resultaten zijn:

- De laatste jaren is zowel de inhoud als de duur van de periodieke onderzoeken beperkt en is er een verschuiving naar uitvoering door minder gekwalificeerde krachten. Sommige kinderen zien hun hele schoolcarrière geen arts. De meeste artsen denken dat daarmee onvoldoende zorg wordt geboden.
- Ruim 85 procent van de jeugdartsen vindt dat ze kinderen niet de zorg kunnen bieden die nodig is. Ruim de helft van de artsen vindt dat ze de risicokinderen te weinig ziet. De helft van de artsen vindt dat er onvoldoende tijd is voor huisbezoeken.
- Van de artsen twijfelt 95 procent of weet zeker dat ze niet alle risicokinderen in beeld hebben. De artsen komen met veel waardevolle suggesties om dit te verbeteren.
- Het belang van nieuwe ontwikkelingen zoals de Centra voor Jeugd en Gezin, de Verwijsindex en het EKD/DDJGZ wordt in het algemeen onderschreven, maar ontwikkelingen komen moeizaam op gang en stuiten nog op veel problemen.
- Ruim 90 procent van de jeugdartsen ervaart hoge werkdruk. De meeste artsen lopen structureel achter en hebben voortdurend het gevoel tekort te schieten.
- Veel artsen zijn positief over de uitbreiding van taken maar negatief over de extra tijd die dit kost.

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

- Meer dan de helft van de jeugdartsen ervaart problemen met doorverwijzen. De grootste problemen zijn met bureau jeugdzorg en kinderpsychiatrie. Wachtlijsten, indicatiestelling en kinderen die weer worden losgelaten.
- De sterk toegenomen bureaucratie is veel artsen een doorn in het oog en belemmert goede zorgverlening.
- Het bereik is vooral bij jongeren van 12-19 jaar te laag

Deze resultaten komen overeen met de uitkomsten van een eerdere enquête onder de artsen van de JGZ 0-4 jaar. Nu het belang van de JGZ steeds meer wordt erkend en haar meer taken wordt toegewezen, is het belangrijk ook de voorwaarden te scheppen om deze taken waar te kunnen maken. Dat geldt natuurlijk niet alleen voor de artsen maar voor het gehele JGZ-team van arts, verpleegkundige en JGZ-assistent.

In het rapport staan veel aanbevelingen om de JGZ hiertoe uit te rusten, om de zorg voor kinderen te verbeteren. Zoals: zorg voor voldoende spreekuren, contact met alle kinderen en een toeslag voor risicokinderen. Investeer in JGZ-professionals. Geef het JGZ-team een sleutelpositie in de Centra voor Jeugd en Gezin en zorg dat JGZ-professionals hun taak als zorgcoördinator goed kunnen vervullen. Investeer in onderzoek en projecten en pak de bureaucratie aan.

Door hun deelname aan de twee onderzoeken geven bijna 500 jeugdartsen een belangrijk signaal af. Niet op het Plein voor de Tweede Kamer – dat zou de achterstand in het werk nog groter maken – maar door deelname aan dit onderzoek laten ze hun stem horen over knelpunten en mogelijke oplossingen in de jeugdgezondheidszorg. Een pleidooi van betrokken professionals die zich verantwoordelijk voelen voor alle kinderen en die de kansen willen krijgen hun ambities waar te maken.

# 1. INLEIDING

Nederland staat in de top-drie van landen met de laagste kindersterfte ter wereld volgens de cijfers van Unicef.<sup>1</sup> 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.<sup>2</sup> In 2007 kregen 62.268 kinderen (1,89%) een indicatie voor de jeugdzorg. 4946 kinderen stonden in juli 2009 langer dan 9 weken op de wachtlijst voor jeugdzorg. Aan het eind van 2007 stonden 29.500 kinderen onder toezicht.<sup>3</sup>

## **ONGELIJKE START**

Elk kind heeft het recht om gezond, veilig en met plezier op te kunnen groeien en zijn talenten te kunnen ontwikkelen. De meeste kinderen kunnen dit ook. Uit de vierde rapportage Kinderen in Tel blijkt dat het

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

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

3 Minister van Jeugd. Brief aan de Tweede Kamer, 13 augustus 2009.

welzijn van kinderen in Nederland over het algemeen in de afgelopen twee jaar is verbeterd.<sup>4</sup> Uit een recent onderzoek van het SCP blijkt echter dat vrijetijdsactiviteiten voor veel arme kinderen te duur zijn. Het percentage arme kinderen dat nergens aan deelneemt, is twee keer zo hoog als dat van niet-arme kinderen: 34 procent tegenover 17 procent. Van de 2,5 miljoen kinderen in Nederland tussen 5 en 18 jaar wonen er bijna 350.000 in een 'arm' gezin (minder dan 120 procent van het sociaal minimum) ofwel 14 procent van alle kinderen tussen 5 en 18 jaar.<sup>5</sup>

Ook gezondheid is niet gelijk verdeeld. Er bestaan verschillen in gezondheid tussen arme en rijke mensen. Mede daarom zijn de inwoners uit grote steden en dan vooral inwoners uit achterstandswijken minder gezond dan de inwoners uit de rest van Nederland.

De sociaaleconomische verschillen blijken al bij de geboorte te bestaan.<sup>6</sup> Hoewel de kindersterfte in Nederland zeer laag is, is deze in de lagere sociale groepen het hoogst. Sinds 1950 zijn de sociaal-economische verschillen bij kindersterfte zelfs toegenomen.<sup>7</sup> In Rotterdam blijkt de babysterfte, vooral in de achterstandswijken, zorgelijk hoog te zijn.<sup>8</sup> In Rotterdam worden ongeveer negenduizend kinderen per jaar geboren. Honderd kinderen worden per jaar doodgeboren en een veelvoud is ziek bij de geboorte; 230 worden geboren met een aangeboren afwijking, 630 met een te laag geboortegewicht, 720 te vroeg geboren en 130 kwamen minder goed op gang direct na de geboorte (cijfers van de Stichting Perinatale Registratie Nederland). Kinderen kunnen ook een combinatie van problemen vertonen. Samengevat heeft een op de zes kinderen in Rotterdam een ongezonde start.<sup>9</sup>

### **JEUGDGEZONDHEIDSZORG IN GROTE LIJNEN**

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 (JGZ) dat we in Nederland kennen. Een preventieve jeugdgezondheidszorg die er mede toe bijdraagt dat kinderen aan de start van hun leven zoveel mogelijk een gelijke kans hebben gezond op te groeien.

Jeugdgezondheidszorg wordt actief, systematisch en gratis aangeboden aan 3,8 miljoen Nederlandse kinderen van 0 tot 19 jaar. Deze activiteiten worden uitgevoerd door het consultatiebureau voor kinderen van 0-4 jaar en door de GGD voor kinderen van 4 tot 19 jaar. De uitvoering is een gezamenlijke verant-

4 Verwey Jonker Instituut. Kinderen in tel. Databoek 2009, 22 april 2009.

5 SCP. Kunnen alle kinderen meedoen? 6 juni 2009.

6 SP. Alles kids? 1999

7 SP. Alles kids? 1999

8 Medisch Contact 18 januari 2008. Recht op een goede start.

9 Jantine Kriens en Eric Steegers. Gynaecoloog moet ook vragen hoe aanstaande ouders wonen. Volkskrant 14 juli 2009.

woordelijkheid van het JGZ-team. Hierin werkt de jeugdarts samen met de jeugdverpleegkundige en doktersassistente, deze samenwerking is van groot belang. De JGZ volgt de lichamelijke, psychische, sociale en cognitieve ontwikkeling van kinderen en geeft informatie aan ouders en kinderen over een gezonde ontwikkeling van het kind op al deze gebieden. Daarnaast signaleert de JGZ (dreigende) stoornissen en zorgt voor adequate behandeling of doorverwijzing.

Alle kinderen hebben recht op regelmatig gezondheidsonderzoek door jeugdarts en jeugdverpleegkundige. Tijdens periodiek onderzoek wordt niet alleen het individuele kind onderzocht, maar ook de relatie tussen kind en omgeving (school en gezin).

Het aanbod van de JGZ is vastgelegd in het Basistakenpakket JGZ 0 – 19 jaar. Dit bestaat uit een uniform deel met activiteiten die aan elk kind in Nederland moeten worden aangeboden en uit een maatwerkdeel waarin iedere gemeente een vrije keuze heeft in het aanbod. Voor een luttel bedrag heeft elk kind in zijn leven recht op 38 interventies waarvan de effectiviteit ondubbelzinnig bewezen is.<sup>10</sup> Hieronder vallen de vaccinaties, screeningsprogramma's (op o.a. hartafwijkingen, heupdysplasie, testis-indaling, gezichtsvermogen, lui oog en gehoorstoornissen) en adviezen ter preventie van overgewicht, wiegendood, cariës en adviezen over niet roken in aanwezigheid van kinderen, zindelijkheid en vitaminegebruik. Van de overige taken is zeer aannemelijk dat ze effectief zijn maar dit moet nog door wetenschappelijk onderzoek worden bevestigd. Bij een bereik van 95% kost het totale preventieprogramma JGZ 120 euro per kind per jaar (situatie in 2007). De diverse richtlijnen<sup>11</sup> geven aan op welk moment (leeftijd of groep) de contactmomenten plaatsvinden en beschrijven de inhoud van de activiteiten uit het Basistakenpakket JGZ<sup>12</sup>. Dit Basistakenpakket is tot stand gekomen nadat eind jaren negentig veel signalen kwamen van verontruste consultatiebureauartsen over een verschraling van de JGZ 0-4 jaar.<sup>13</sup> De Inspectie voor de Gezondheidszorg gaf aan dat er snel duidelijkheid moest komen over de invulling van het basistakenpakket en de positionering van de JGZ 0-4 jaar nadat ook zij in een onderzoek vaststelde dat de JGZ op alle fronten achteruitging.<sup>14</sup> 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 gemeenten.<sup>15 16</sup>

10 NJi Commissie Effectieve Jeugdinterventies, subcommissie Preventie, Gezondheidsbevordering en Jeugdgezondheidszorg.

11 Richtlijn Contactmomenten (2003) RIVM; Richtlijn 'Eenheid van Taal'(2005); Rapport Activiteiten Basistakenpakket per Contactmoment (Rapport ABC) van 2008.

12 Ministerie VWS. Basistakenpakket jeugdgezondheidszorg 0-19 jaar. Den Haag, maart 2002.

13 Comité Zorg voor iedereen. Een ongelijke Start. 1998.

14 Inspectie voor de Gezondheidszorg. Toegang verboden? 1999.

15 Burgmeijer R.J.F. et al. Op weg naar volwassenheid. Evaluatie Jeugdgezondheidszorg 1996.

16 Commissie Lemstra. Gemeentelijk gezondheidsbeleid beter op zijn plaats. VWS, 1996.

Na veel discussies en evaluaties besloten kabinet en 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 is bepaald in de Wet Collectieve Preventie Volksgezondheid (WCPV) die recent is overgegaan naar de nieuwe Wet publieke gezondheid. Dit alles zou uiteindelijk moeten leiden tot een integraal beleid voor de jeugdgezondheidszorg voor kinderen en jeugdigen van 0-19 jaar.

### **NIEUWE ONTWIKKELINGEN JGZ**

Er zijn nogal wat nieuwe ontwikkelingen in de jeugdgezondheidszorg. Zoals de invoering van Centra voor Jeugd en Gezin (CJG), het elektronische kinddossier (EKD) of Digitaal Dossier JGZ (DDJGZ), zorgcoördinatie, de Verwijsindex risicjongeren (VIR), bemoeizorg, triage en de verdere ontwikkeling van richtlijnen.

**CJG** - In 2011 moet in elke gemeente in het hele land een Centrum voor Jeugd en Gezin gerealiseerd zijn, waar alle jongeren en hun ouders snel, laagdrempelig en efficiënt worden ondersteund bij het opgroeien en opvoeden. De centra brengen diverse instanties en functies samen die nu soms nog langs elkaar heen werken. Zo moet in het Centrum voor Jeugd en Gezin het consultatiebureau en de GGD vertegenwoordigd zijn en het maatschappelijk werk en is er een schakel met Bureau Jeugdzorg en Zorg Advies Teams. De JGZ is de spil van de nieuwe centra en zorgt voor korte lijnen met de 1<sup>e</sup> en 2<sup>e</sup> lijnsgezondheidszorg, zoals de huisartsen, paramedici en medisch specialisten.

**EKD of DDJGZ** - De digitalisering van de JGZ middels het DDJGZ (eerder EKD ofwel elektronische kinddossier) moet er toe leiden dat overdracht van gegevens beter kan plaatsvinden, risico's eerder gesignaleerd worden en kinderen beter gevolgd kunnen worden. Daarnaast moet digitalisering het mogelijk maken dat door aggregatie van gegevens op lokaal en landelijk niveau inzicht verkregen wordt in trends in de ontwikkeling van de jeugd en gerichte adviezen aan gemeenten kunnen worden gegeven. De aanvankelijke start in 2008 kon door een problematisch Europees aanbestedingstraject niet doorgaan, op dit moment gaat men er van uit dat alle organisaties per 2010 met een digitaal JGZ-dossier zullen gaan werken. Op diverse plaatsen in Nederland is dit inmiddels het geval. De ervaringen en de tevredenheid van de medewerkers loopt sterk uiteen.<sup>17</sup> De oorspronkelijke opzet van een landelijk systeem is verlaten, per regio zal de JGZ met een ander type DDJGZ gaan werken. Op dit moment is informatieoverdracht tussen de verschillende systemen nog niet mogelijk waardoor dagelijks veel informatie over kinderen

17 EKD: Kans of bedreiging. Ervaringen van AJN-leden EKD en visie van de AJN op het elektronisch kinddossier. Ja! Nr 11, november 2007.



verloren gaat.<sup>18</sup> Uiteindelijk is het de bedoeling dat de verschillende EKD op elkaar aan gaan sluiten. Discussie over de toegang tot het dossier en de garantie van de privacy van kind en ouder is nog volop gaande.

**Zorgcoördinatie** - Zorgcoördinatie vanuit de JGZ is aan de orde wanneer meerdere hulpverleners of instanties bemoeienis hebben met een kind of een gezin, of zich daarmee zouden moeten bemoeien. De JGZ als zorgcoördinator houdt in de gaten of de diverse instellingen adequate hulp in zetten. De zorgcoördinator, dit kan zowel een arts als een verpleegkundige zijn, begeleidt ouder en kind gedurende dit proces.

**VIR** - De Verwijsindex Risico's Jeugdigen (VIR) is een landelijk digitaal systeem dat risicomeldingen van hulpverleners over jongeren bij elkaar brengt en hulpverleners onderling informeert over hun betrokkenheid bij jongeren. Het gaat om jongeren tot 23 jaar bij wie zich problemen voordoen waardoor hun persoonlijke ontwikkeling wordt bedreigd en waardoor zij buiten de maatschappij dreigen te vallen. De VIR bevat geen inhoudelijke informatie over een jongere, maar is een hulpmiddel voor hulpverleners om erachter te komen of er nog andere hulpverleners bij een jongere betrokken zijn, zodat zij kunnen samenwerken. Denk bijvoorbeeld aan hulpverleners die actief zijn in de jeugdgezondheidszorg, het onderwijs, de jeugdzorg of bij justitie.

**Bemoeizorg** - Naast het basisaanbod aan jeugdgezondheidszorg dat ieder kind in Nederland ontvangt, hebben sommige kinderen meer nodig. De grote opgave voor de jeugdgezondheidszorg bij de zorg voor deze risicokinderen is vooral het bereiken en betrekken van deze groep. Dit vraagt de nodige inspanningen van JGZ medewerkers, soms zelfs interventies die men bemoeizorg zou kunnen noemen.

**Triage** - Om meer aandacht te kunnen geven aan kinderen die dat nodig hebben, wordt op verschillende plaatsen in het land gewerkt volgens de triagemethodiek. De werkwijze van het triagemodel gaat uit van een taakherschikking tussen de beroepsgroepen binnen de jeugdgezondheidszorg 4-19-jarigen: jeugdartsen, jeugdverpleegkundigen en assistenten. De doktersassistente doet de triage (schifting) waardoor jeugdartsen en verpleegkundigen meer tijd hebben voor risicokinderen (in de ruimste zin van het woord). Triage werkt volgens een protocol met als doel vanuit vragenlijsten risicokinderen of problemen te signaleren. Hierdoor zou het mogelijk worden om alle kinderen van een leeftijdscohort tijdens de wettelijk vastgestelde contactmomenten te blijven zien en toch meer aandacht te geven aan kinderen die dat nodig hebben.

18 AJN, V&VN. Artsen en verpleegkundigen bezorgd over Elektronisch Kinddossier. Persbericht Lisse, Utrecht, 18-11-2007

**Richtlijnen** – Er zijn de laatste jaren onder andere JGZ-richtlijnen verschenen over het gebruik van psychosociale vragenlijsten in de jeugdgezondheidszorg, over rouwverwerking, het voorkomen, signaleren en begeleiden van kinderen met overgewicht, kindermishandeling en meisjesbesnijdenis.

Deze uitbreiding van de taken van de jeugdgezondheidszorg is belangrijk voor een optimale ontwikkeling van het kind in een veilige en stimulerende opvoedingsomgeving en sluit goed aan bij de taken op het gebied van de preventie en vroegopsporing van gezondheidsproblemen die de jeugdgezondheidszorg van oudsher al had.

### **ERKENNING BELANGRIJKE ROL JEUGDGEZONDHEIDSZORG**

De grote potentie van de jeugdgezondheidszorg wordt op waarde geschat. De uitbreiding van taken voor de jeugdgezondheidszorg op het gebied van preventie en vroegtijdige signalering van problemen bij jongeren op het gebied van leefstijl en veilige omgeving de laatste jaren is indrukwekkend. Actuele thema's zijn overgewicht, kindermishandeling, psychosociale problemen, depressie en middelenmisbruik bij jongeren, maar ook bijvoorbeeld de toegeleiding van peuters met taalachterstand naar de voorschool, preventie van meisjesbesnijdenis, zorgcoördinatie, zorgadviesteams, de verwijzindex en intensivering van de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg en belangrijke partners zoals Bureau Jeugdzorg, huisartsen en kinderarts.

In het regeerakkoord Balkenende IV krijgt de jeugdgezondheidszorg samen met de verloskundige zorg terecht een belangrijke plaats in de basiszorg voor alle (ongeboren) kinderen (van -9 maanden tot 23 jaar) binnen de Centra voor Jeugd en Gezin. De jeugdgezondheidszorg heeft een zeer hoog bereik (bij de 0-4 jarigen zelfs meer dan 95%), is zeer laagdrempelig en heeft een langdurige ervaring op het gebied van opvoedingsondersteuning en vroegsignalering, dicht bij huis en naast en met de ouders.

Cruciaal daarbij zijn samenwerking, zorgcoördinatie en eindverantwoordelijkheid. Uit de trieste zaak met het Maasmeisje bleek nog eens dat er veel meer duidelijkheid moet komen over wie het initiatief neemt bij brede zorgcoördinatie en dat er duidelijke afspraken gemaakt moeten worden over wie de eindverantwoordelijkheid heeft.

Een tweede cruciaal punt is het opsporen van risicokinderen. Je kunt zeggen dat je alle kinderen regelmatig moet onderzoeken om risicokinderen er uit te halen. Immers, elk kind kan een risicokind worden. Er gaan ook stemmen op om het aantal periodieke onderzoeken te verminderen en zo meer tijd vrij te maken voor risicokinderen. Risicokinderen zouden dan opgespoord moeten worden door middel van vragenlijsten en een vorm van triage. Dat betekent dat niet alle kinderen meer gezien worden door arts of verpleegkundige. Uit de evaluatie JGZ bleek dat vooral gemeenten problemen hebben met de tijd die gaat zitten in het onderzoeken en begeleiden van gezonde kinderen. Er zijn gemeenten die periodieke onderzoeken (willen) inruilen voor extra zorg aan risicokinderen en aanpak van lokale situaties die echt

aandacht nodig hebben. Overigens zou, volgens de onderzoekers, dit inhoudelijke argument veel minder wegen als er meer budget beschikbaar zou zijn. De onderzoekers denken dat extra geld voor maatwerk het gemeentelijke argument voor schrappen van periodieke onderzoeken zal ontkrachten.<sup>19</sup> Het zou dan meer om een gedwongen keuze gaan.

In de Volkskrant van 25 mei 2009 schreef een aantal hoogleraren dat ‘Rouvoet de jeugdgezondheidszorg verwaarloost.’ De minister besteedt te veel tijd aan kindermishandeling en probleemgezinnen, een onevenredig deel van het budget gaat dus naar waar het al is misgegaan, vinden zij. Daardoor gaat er minder budget naar preventie: consultatiebureaus en GGD-en, jeugdartsen en jeugdverpleegkundigen. Simone Buitendijk, hoogleraar preventieve gezondheidszorg voor kinderen bij TNO en LUMC: ‘Ik hoor beleidsmakers vaak zeggen: met 95 procent van de kinderen gaat het toch heel goed? Ze vinden dat je moet inzoomen op die vijf procent met wie het slecht gaat. Het idee is: we gaan nú de kindermishandeling oplossen. Niemand wil ooit nog een Savanna. Dat is natuurlijk prima maar het probleem is dat er bij die 95 procent ook kinderen zitten met wie het fout dreigt te gaan. Juist deze categorie moet je zien te vinden en hulp bieden voordat de problemen iedereen boven het hoofd zijn gegroeid.’

De schoolarts ziet de kinderen echter steeds minder vaak. Frans Feron, hoogleraar Jeugdgezondheidszorg uit Maastricht maakt zich zorgen omdat een kind tussen zijn 4e<sup>e</sup> en zijn 19<sup>de</sup> nog maar maximaal drie keer wordt onderzocht. ‘Dat is veel te weinig om problemen op tijd te signaleren.’ Tijdens deze bezoeken moet het kind worden onderzocht op tientallen problemen zoals groeistoornissen, overgewicht, mishandeling, problemen met eten en slapen, taalproblemen en gedragsstoornissen. ‘Maar omdat er steeds minder tijd voor is, zien we zaken dus te laat of helemaal niet’ zegt Feron. ‘Bovendien wordt de problematiek bij jongeren ook steeds complexer. Dat betekent dat we te kort schieten in preventie.’ Op het feit dat sommige gemeenten het onderzoek door de jeugdarts of jeugdverpleegkundige vervangen door een vragenlijst, reageert hij: ‘Als kinderen daar goed op scoren hoeven ze niet meer gezien te worden. Maar daarmee onthoud je een kind wel het contact met een arts.’ Buitendijk vindt het ook een slechte zaak dat kinderen op hun 13<sup>e</sup> voor het laatst gezien worden: ‘terwijl er juist zoveel problemen zijn bij pubers: eetstoornissen, problemen met seksualiteit en soa’s, overgewicht, alcoholmisbruik. Dat zou je allemaal kunnen opsporen. Maar dat gebeurt nu niet.’ Hoogleraar Jeugdgezondheidszorg Remy Hira Sing van het VU Medisch Centrum stelt in hetzelfde artikel dat Nederland zich te weinig realiseert hoe goed de consultatiebureau’s zijn, nog wel. Ouders komen nu massaal naar consultatiebureaus, ook laagopgeleiden en allochtonen ‘maar als je alles laat versloffen en ervan uit gaat dat het altijd goed zal blijven, dan zal het slechter worden.’<sup>20</sup>

19 Deelrapport bij brief van de minister voor jeugd en gezin aan de Tweede Kamer, 21 januari 2008 (27004, 33).

20 Maud Efting, Rouvoet verwaarloost jeugdgezondheidszorg. Volkskrant 25 mei 2009.

### **'BEHOUD HET GOEDE'**

De JGZ jaar ziet haar 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. Voor de CJG, VIR en EKD is extra geld beschikbaar gesteld. Via de zogenoemde Brede Doeluitkering komt 46 miljoen euro extra beschikbaar en gemeenten leggen via het gemeentefonds 50 miljoen euro bij. Maar dat blijkt onvoldoende om alle extra taken te bekostigen. Zo heeft de Vereniging voor Nederlandse Gemeenten aangegeven dat er al 23 miljoen euro nodig is voor de JGZ om hun deelname aan de Zorg Advies Teams te kunnen garanderen.

Weer klonken er signalen uit de jeugdgezondheidszorg, zowel van artsen als verpleegkundigen dat al deze taken op deze manier niet goed uit te voeren zijn. Daarom heeft het Wetenschappelijke Bureau van de SP en de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland in 2008 een uitgebreide enquête gehouden jeugdartsen in de JGZ 0-4 jaar. Hier bleek inderdaad sprake van achterstallig onderhoud. Liefst 85% van de jeugdartsen is van mening dat ze kinderen niet de zorg kunnen bieden die nodig is. Eenderde van de artsen vindt dat ze de risicokinderen te weinig ziet. En maar liefst 100 procent ervaart een te hoge werkdruk. Er is te weinig tijd per kind. Terwijl ze steeds meer taken krijgen, komt er te weinig geld bij of gaat er zelfs geld af. Er worden veel overuren gemaakt, betaald en onbetaald. De beloning is slechter geworden en de functie-eisen zijn te licht. Driekwart van de artsen ervaart problemen met doorverwijzen naar bijvoorbeeld de jeugdzorg.<sup>21</sup>

Het rapport naar aanleiding van de enquête bij de jeugdartsen 0-4 jaar is aangeboden aan de minister voor Jeugd en Gezin en de woordvoerders Jeugd en Gezin van de Tweede Kamer. De minister reageerde in een brief op 1 april 2008.<sup>22</sup> Hij beschouwde het rapport als een duidelijk signaal van de beroepsgroep. 'Het rapport maakt duidelijk dat veel artsen een hoge werkdruk ervaren omdat zij de consulten te kort vinden en omdat zij onvoldoende tijd aan risicokinderen kunnen besteden. Daarnaast gaat het rapport ook in op de omstandigheden die hier invloed op hebben. Ik vind dit een serieus signaal omdat ik de jeugdgezondheidszorg zie als de basis voor de zorg en ondersteuning aan kinderen en hun ouders/verzorgers. Ook binnen het centrum Jeugd en Gezin zal dit zo blijven. Met de oproep 'behoud het goede' in het rapport ben ik het dan ook van harte eens. Er komt veel op de jeugdgezondheidszorg af en er wordt veel van de professionals verwacht. De jeugdgezondheidszorg kan dit alleen waarmaken als de professionals die het moeten uitvoeren zich gewaardeerd en gesteund voelen in hun werk.'

De minister erkent dus de problemen maar schuift vervolgens de verantwoordelijkheid naar anderen. Het aanpakken van een te hoge werkdruk en het verbeteren van de professionaliteit is een taak van de werkgevers; het betrekken van de professionals bij nieuwe ontwikkelingen moet lokaal gebeuren. Ook het

21 Kansen voor alle kinderen? Ineke Palm, Marianne Langkamp, Marianne Brackel, februari 2008.

22 Brief van minister voor jeugd en gezin aan de tweede Kamer, 1 april 2008 (31001, 47).

binnenhalen en vasthouden van jeugdartsen is niet iets van de minister alleen, hier ligt vooral een taak voor gemeenten en werkgevers en werknemers, aldus de minister.

In dit rapport staan de uitkomsten van een vervolgonderzoek uitgevoerd door het Wetenschappelijk Bureau van de SP en de AJN onder jeugdartsen in de JGZ van 4-19 jaar. Om ook hier een beeld te krijgen of deze zorg voldoende is toegerust om de ambities van overheid en anderen waar te maken. Hoge ambities die gedeeld worden door de JGZ- professionals. Want zoals Anneke Bulk, voormalig voorzitter van de Landelijke Federatie voor Cosultatiebureau-artsen (LFC) kort en krachtig stelt: 'Jeugdgezondheidszorg is belangrijk, want alles wat bijdraagt aan goede kansen voor kinderen en jongeren loont.'<sup>23</sup>

23 Anneke Bulk-Bunschoten. Ridder met fut op de bres voor jeugdgezondheidszorg.  
<http://internet-extra.vumc.nl/communicatie/nieuws/tracer/index.html?../tracer407/ridder.html~hoofd>.



## 2. OPZET EN RESPONS

Het onderzoek is uitgevoerd door middel van twee enquêtes op internet. De enquêtes zijn opgesteld door het Wetenschappelijk Bureau van de SP en de vereniging Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland (AJN). Eén enquête was bestemd voor individuele jeugdartsen, de andere enquête voor de contactpersoon van de AJN bij de instellingen voor JGZ 4-19 jaar. De AJN heeft haar leden en contactpersonen vervolgens per brief opgeroepen deel te nemen aan het onderzoek met daarbij een link naar de twee enquêtes.

Ongeveer 75% van de ongeveer 1700 jeugdartsen in Nederland is lid van de AJN. De AJN heeft ongeveer 371 leden die werken in de JGZ 4-19 jaar (35 procent)<sup>24</sup> en ongeveer 700 leden die werken in de JGZ 0-4 jaar (65 procent). Daarnaast zijn er 188 leden van wie het niet bekend is in welk deel van de jeugdgezondheidszorg ze werkzaam zijn. Naar schatting zijn ongeveer 66 van hen (35 procent) werkzaam in de JGZ 4-19 jaar. De AJN heeft totaal dus ongeveer 437 leden die werken in de JGZ 4-19 jaar. De AJN heeft contactpersonen bij alle 29 instellingen voor jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar. De contactpersoon vormt de verbinding van de AJN met elke instelling. Via de contactpersonen wordt informatie vanuit de AJN onder de medewerkers verspreid. Vice versa geven de contactpersonen lokale informatie vanuit de instellingen door aan de AJN.

### 2.1. ANALYSE

Voor de analyse van de gegevens (bijvoorbeeld over zorgaanbod) zijn de antwoorden van de artsen die werkzaam zijn bij dezelfde GGD gebundeld. Soms is dat er één, meestal zijn dat vier tot tien artsen. Deze

24 Ledenadministratie AJN, februari 2009

artsen werken vaak wel op verschillende locaties. Wanneer het beleid op een locatie sterk afwijkt, wordt dat aangegeven.

Per GGD en per locatie komen soms verschillende antwoorden voor. Dat heeft vooral te maken met verschillen in interpretatie door de jeugdartsen van de vragen. Als bijvoorbeeld het aanbod voor Speciaal Onderwijs anders is dan voor het reguliere onderwijs dan geeft de ene arts aan dat alle kinderen hetzelfde aanbod krijgen en de andere arts dat er een verschillend zorgaanbod is voor risico- en niet risicokinderen. Door bij verschillende antwoorden tevens gebruik te maken van de antwoorden op de open vragen kon veelal toch een beeld verkregen worden van de GGD. Dit is bij de beschrijving van de resultaten vermeld. Veel opmerkingen uit de open vragen zijn toegevoegd als citaten om de deelnemers aan de enquête ook zoveel mogelijk zelf aan het woord te laten.

Als gegevens ontleent zijn aan de tweede enquête onder de contactpersonen is dit expliciet vermeld. Voor de meningsvormende vragen (bijvoorbeeld over werkdruk) zijn de antwoorden voor alle artsen gezamenlijk weergegeven. Waar dat zinvol was zijn de resultaten vergeleken met de resultaten uit de eerdere enquête onder de artsen van 0-4 jaar.

### **2.2. RESPONS**

Omdat niet van alle AJN-leden bekend is of ze in de JGZ 0-4 jaar of 4-19 jaar werkzaam zijn en niet alle jeugdartsen lid zijn van de AJN, moet een voorzichtige schatting worden gemaakt van de respons op de enquête

In totaal hebben 178 jeugdartsen de enquête JGZ van 4-19 jaar ingevuld. Uitgaande van 437 leden van de AJN werkzaam in de JGZ 4-19, zou dit een respons betekenen van ongeveer 40 procent. De respons aan de enquête JGZ van 0-4 jaar was met ongeveer 38 procent vergelijkbaar.

Op 1 januari zijn er in Nederland 30 GGD'en, twee GGD'en zijn per januari gefuseerd. Aan de enquête hebben artsen vanuit 29 van de toenmalige 30 GGD'en deelgenomen. Ze zijn werkzaam op 54 verschillende locaties.

Het merendeel van de respondenten is vrouw: 80 procent. Bij de jeugdartsen van 0-4 jaar lag dat percentage aanmerkelijk hoger, namelijk op 97 procent van de respondenten.

Driekwart van de respondenten werkt al 10 jaar of langer in de JGZ. Bij de enquête 0-4 jaar was dit bij tweederde van de respondenten het geval. Een vijfde heeft een dienstverband van 18 uur of minder, bijna de helft van de artsen werkt meer dan 24 uur. Bij de JGZ van 0-4 jaar lag dat precies omgekeerd.



**TABEL 1. WERKERVARING EN DIENSTVERBAND DEELGENOMEN ARTSEN**

Werkervaring			Dienstverband		
	JGZ 4-19	JGZ 0-4		JGZ 4-9	JGZ 0-4
≤ 2 jaar	16 (9%)	16 (7%)	≤ 18 uur	37 (21%)	98 (46%)
2-10 jaar	29 (16%)	27 (27%)	19-24 uur	61 (34%)	72 (34%)
≥ 10 jaar	133 (75%)	141 (66%)	≥ 25 uur	80 (45%)	44 (20%)
totaal	178	214	totaal	178	214

Aan de enquête voor contactpersonen hebben 19 van de 30 contactpersonen deelgenomen, een respons van 63%.



## 3. RESULTATEN: HET ZORGAANBOD

### 3.1. HET STRUCTURELE ZORGAANBOD

De vraag over zorgaanbod is beantwoord door bijna 140 artsen uit 29 GGD'en.

Voor de JGZ van 4-19 jaar zijn er drie periodieke gezondheidsonderzoeken (PGO) in groep 2, groep 7 en klas 2. Een ander structureel contactmoment is de vaccinatie voor 9-jarigen. Bij veel GGD-en zijn er extra structurele contactmomenten voor leerlingen van het speciaal onderwijs.

Naast deze structurele contactmomenten hebben een aantal GGD'en extra contactmomenten:

- Vier GGD'en hebben een contactmoment voor klas 3 voortgezet onderwijs of voor 16-jarigen, in de vorm van voorlichting of het afnemen van een vragenlijst (Korte Indicatieve Vragenlijst voor Psychosociale Problematiek bij Adolescenten, KIVPA).
- Bij drie GGD'en vindt op enkele plaatsen nog gezondheidsonderzoek in klas 4 plaats.
- Vijf GGD'en noemen logopedische screening.

De PGO's worden door verschillende professionals uitgevoerd, dit verschilt per PGO en per GGD. De onderzoeken worden niet altijd uitgevoerd door een arts of verpleegkundige (VK). Regelmatig worden alle (niet-risico-)kinderen in eerste instantie gezien door een doktersassistente (DA).

**TABEL 2. PERIODIEKE ONDERZOEKEN EN INZET PROFESSIONALS BIJ 29 GGD'EN**

	Arts	Arts/VK	VK	DA
Groep 2				
alle kinderen gezien door	17		1	
niet-risicokinderen gezien door (risicokinderen wel direct gezien door arts of verpleegkundige)				11
Groep 7				
alle kinderen gezien door			21	8
Klas 2				
alle kinderen gezien door		7	8	4
VWO, HAVO, VMBO-t gezien door (kinderen VMBO wel direct gezien door arts)			6	4

In groep 2 krijgen bij 18 GGD'en alle kinderen een onderzoek door de arts en de doktersassistente (17 GGD'en) of de verpleegkundige en doktersassistente (één GGD). Een volledig gezondheidsonderzoek in groep 2 bestaat uit: psychosociale ontwikkeling, zintuigen, groei, overig lichamelijk onderzoek en een vragenlijst. Bij 15 van deze 18 GGD'en vindt in groep 2 een volledig gezondheidsonderzoek plaats, bij één GGD is er vaak geen doktersassistente aanwezig en bij twee GGD'en is het lichamelijk onderzoek beperkt.

Bij 11 GGD'en worden niet-risicokinderen (nu of in de nabije toekomst) in eerste instantie alleen door de doktersassistente gezien. In enkele gevallen is er tijdens het onderzoek door de doktersassistente (kortdurend) een arts of verpleegkundige aanwezig voor vragen en ondersteuning. Het onderzoek door de doktersassistente bestaat uit een vragenlijst, het meten van lengte en gewicht en meestal ook onderzoek naar zintuigen. Indien nodig worden kinderen doorgestuurd voor verder onderzoek (triage). De risicokinderen worden wel direct gezien door een arts en doktersassistente of bij één GGD soms ook door verpleegkundige en doktersassistente.

Bij één GGD'en komt het voor dat een kind uit groep 2 geen gezondheidsonderzoek krijgt, als gevolg van achterstand en een tekort aan personeel van vooral artsen en doktersassistentes.

In groep 7 doet bij de meeste GGD'en (21) de verpleegkundige het gezondheidsonderzoek. Dat bestaat uit het afnemen van een vragenlijst en een gesprek (psychosociaal) en het meten van de groei (lengte en gewicht). Onderzoek van de zintuigen vindt bij 8 GGD'en standaard plaats, 4 GGD'en voeren routinematig

alleen visusonderzoek uit. De overige GGD'en voeren zintuigelijk onderzoek alleen op indicatie uit. Rugonderzoek (scoliose) wordt soms wel (7 GGD'en) en soms niet (3 GGD'en) uitgevoerd, terwijl bij 11 GGD'en de gegevens hierover niet bekend zijn.

Bij de overige 8 GGD'en worden de kinderen in eerste instantie gezien door een doktersassistente. De doktersassistenten verzamelen vragenlijsten en meten lengte en gewicht. De verpleegkundige en arts bepalen op papier of de kinderen uitgebreid door de arts gezien moeten worden. Onderzoek naar zintuigen vindt bij deze GGD'en in het algemeen alleen op indicatie plaats, op één uitzondering na (standaard visusonderzoek). Bij één GGD heeft de laatste twee jaar vanwege tijdgebrek geen gezondheidsonderzoek in groep 7 plaatsgevonden, in plaats daarvan werden de kinderen gelijktijdig met de vaccinatie onderzocht.

*'Tot op heden is een aantal jaar geen contactmoment groep 7 uitgevoerd, dit werd vervangen door een meetmoment groei plus een kort vragenlijstje tijdens vaccinatiecampagne 9 jarigen. Dit jaar zal PGO 7 wel moeten gaan plaatsvinden.'*

In klas 2 wordt bij 10 GGD'en onderscheid gemaakt naar scholen. Kinderen die op HAVO/VWO en soms ook VMBO TL zitten, worden door de verpleegkundige (6 GGD'en) of doktersassistente (4 GGD'en) gezien. Kinderen die op VMBO, LWOO of Speciaal Onderwijs zitten, worden gezien door de arts en krijgen meestal ook uitgebreider onderzoek.

Bij 19 GGD'en wordt dit onderscheid door de artsen niet aangegeven. Bij 15 hiervan krijgen alle kinderen een onderzoek door arts of verpleegkundige. Bij 4 GGD'en worden kinderen gezien door de doktersassistente. Indien nodig vindt verder onderzoek door arts of verpleegkundige plaats.

Bij de kinderen die door de doktersassistenten worden gezien, wordt een vragenlijst afgenomen, dat is meestal de KIVPA-vragenlijst (korte indicatieve vragenlijst psychosociale problematiek adolescenten) en wordt gescreend op lengte en gewicht. Daarbij wordt, zo geeft een enkele GGD aan, informatie van ouders en school verzameld.

Bij de kinderen die door een verpleegkundige of arts worden gezien bestaat het onderzoek uit vragenlijsten, het meten van de groei, een gesprek en soms wordt ook gemeld dat standaard wordt gekeken naar houding of visus.

## **STRUCTUREEL ZORGAANBOD VOLDOENDE?**

### **40% van de artsen vindt de periodieke onderzoeken onvoldoende**

Ruim 60 procent van de artsen vindt dat het gezondheidsonderzoek groep 2, groep 7 en klas 2 voldoende wat betreft inhoud, duur of ingezette discipline. Bijna 40 procent vindt van niet.

**TABEL 3. VINDEN (MEESTE) ARTSEN PER GGD HET ZORGAANBOD VOLDOENDE?**

(gerubriceerd naar contactmoment en naar inzet professionals)

	ja	verdeeld	nee	geen mening	totaal
Uitgevoerd door artsen of verpleegkundigen					
groep 2	10 (56%)	4	4	–	18
groep 7	8 (38%)	7	5	1	21
klas 2	11 (52%)	5	4	1	21
Uitgevoerd door doktersassistenten					
groep 2	1 (9%)	6	2	2	11
groep 7	– (0%)	1	6	1	8
klas 2	– (0%)	2	4	2	8

### GEZONDHEIDSONDERZOEK UITGEVOERD DOOR ARTSEN OF VERPLEEGKUNDIGEN

In ruim de helft van de GGD'en vinden de meeste artsen het zorgaanbod in groep 2 en klas 2 voldoende, mits het gezondheidsonderzoek wordt uitgevoerd door arts of verpleegkundige. 20-25 procent vindt het aanbod onvoldoende, de rest is verdeeld (tabel 3).

Als er problemen zijn, veel risicogezinnen voorkomen op een school of als er gewerkt wordt in een achterstandswijk vinden veel jeugdartsen de tijd voor het gezondheidsonderzoek te krap. Soms leidt dit tot inperkende maatregelen, soms schieten onderdelen van het onderzoek er bij in of is er te weinig tijd of aandacht voor risicokinderen.

#### Zorgaanbod groep 2

*'Het kan zijn dat halverwege het jaar we het niet gaan halen om alle kinderen te zien, dan treedt het noodscenario in werking dat wil zeggen vragenlijst en ogen en oren en lengte en gewicht.'*

*'Voor gezonde kinderen is het voldoende maar voor kinderen met één of meerdere problemen, met name sociaal-emotionele of leerproblemen is de tijd onvoldoende. Tijd om een kind terug te laten komen is er ook niet.'*

*'Te weinig tijd voor verdere verdieping; lichamelijk onderzoek is allerm minst volledig, en zeker bij gevonden afwijkingen is er veel te weinig tijd.'*

**Zorgaanbod klas 2**

*'Eigenlijk te kort tijd om de psychosociale situatie volledig in kaart te brengen en daardoor een schatting te maken van pluis-niet pluis qua ontwikkeling, want het is toch de leeftijd van de fasegebonden versterkte problematiek.'*

*'Van VMBO TL, HAVO en VWO wordt de derde klas door de verpleegkundige in 20 minuten gezien zonder assistente. Gezien de beschikbare tijd en beperkte opleiding ligt de kwaliteit van het onderzoek lager dan wordt gepretendeerd.'*

*'Officieel krijg je als jeugdarts voor het gehele onderzoek per leerling vijftien minuten (inclusief afwerking), in de praktijk wordt daar met de jaarplanning minder tijd voor ingeroosterd. Bij leerlingen zonder problemen red je het vaak net, maar als er extra zorg nodig is kom je tijd tekort.'*

In ruim eenderde van de GGD'en vinden de meeste artsen het zorgaanbod in groep 7 voldoende, eenderde is hierover verdeeld en 25% vindt het onderzoek onvoldoende. Belangrijke voorwaarde voor veel artsen is dat er een ervaren verpleegkundige wordt ingezet en dat er goed onderling overleg is. Desondanks maken enkele artsen zich toch zorgen omdat je niet weet wat je mist en mogelijk toch te weinig risicokinderen ziet. Het onderzoek wordt beperkt gevonden, met weinig inhoudelijke diepgang. Het contact met de ouders ontbreekt soms omdat in een aantal regio's het kind zonder ouder wordt gezien. Bovendien komen de verpleegkundigen nogal eens tijd te kort.

Er is onvoldoende tijd om de psychosociale situatie volledig in beeld te brengen en daardoor een schatting te maken van 'PLUIS-NIET PLUIS' qua ontwikkeling. Enkele artsen noemen ook de lichamelijk medische kant onderbelicht.

**Zorgaanbod groep 7**

*'Mijn verpleegkundige collega's komen tijd te kort om al het zogenaamde maatwerk (overgewicht, besnijdenis enz ) in het consult uit te voeren, dit lukt nauwelijks, zeker als er ook nog andere problematiek speelt'*

*'Massaproductie, waardoor te weinig ruimte voor zorgvuldige signalering en advisering.'*

*'De verpleegkundige bepaalt of er een indicatie is en of het kind door een arts gezien moet worden. Dit zou meer in overleg moeten.'*

*'Dit onderzoek pretendeert meer met name op medisch gebied dan de functionaris in de beperkte tijd en met de beperkte medische kennis waar kan maken. Op sociaal-emotioneel gebied neemt de kennis toe maar is nog lang niet voldoende. De uitvoering wordt binnen onze dienst zowel door onervaren MBO'ers Verpleegkunde als door een enkele HBO met MGZ opleiding uitgevoerd.'*

*'Verpleegkundigen ervaren dat dit veel te weinig tijd is met name bij opvoedingsproblemen, sociaal-emotionele problemen, ontwikkelingsachterstanden en multiprobleem gezinnen.'*

## **GEZONDHEIDSONDERZOEK UITGEVOERD DOOR DOKTERSASSISTENTEN**

Als er geen PGO wordt gedaan door arts of verpleegkundige beoordelen in vrijwel alle GGD'en de meeste jeugdartsen het zorgaanbod als onvoldoende, vooral in groep 7 en klas 2. Veel artsen vinden het te veel een papieren beoordeling. Ook komen vragenlijsten onvoldoende terug en wordt getwijfeld aan de betrouwbaarheid van de uitkomsten. Ten aanzien van het onderzoek door de dokterassistent in groep 2 zijn de meningen verdeeld.

### **Zorgaanbod groep 2**

*'Ik vind dat elk kind uit groep 2 recht heeft op een onderzoek door een jeugdarts.'*

*'Nog onvoldoende duidelijk of we de juiste risicokinderen er uit halen.'*

*'In principe wel. Echter een kind met daadwerkelijke problemen vraagt meer tijd. Je moet dan heel snel beslissen om een nieuwe afspraak te maken. Maar over het algemeen loopt het spreekuur toch uit.'*

*'Voor ervaren mensen is dit voldoende, als er geen grote problemen zijn.'*

*'Met enige ervaring is het heel goed te doen, wij doen ook nog de spraaktaalscreening er bij. Ik vind het van groot belang dat je jezelf tot een instrument maakt, waardoor de betrouwbaarheid van je waarnemingen toeneemt. Het gevaar is dan dat je te neutraal over komt (machinaal) maar dat beeld kun je in het vervolg zonedig wel rechtzetten.'*

### **Zorgaanbod groep 7**

*'Eventueel neem je naar aanleiding van de beoordeling van de assistente contact op maar dit is heel lastig als je het kind niet zelf hebt gezien.'*

*'Met vragenlijsten wordt veel gemist. In een direct gesprek is het beter mogelijk eventuele problemen duidelijk te krijgen.'*

*'Het kind zelf wordt alleen maar door de dokterassistent gezien. De verpleegkundige beoordeelt dus alleen een papieren casus met eventuele aanvullingen van ouders en/of school.'*

*'Ik vraag me wel eens af of dit voldoende is, maar ken geen onderzoeken naar effectiviteit van deze werkwijze.'*

### **Zorgaanbod klas 2**

*'Hoewel de KIVPA vragenlijst evidence based is (dacht ik), lijkt het soms een onvoldoende screeningsinstrument. Leerlingen met een lage score op de KIVPA hebben soms veel problematiek.'*

*'Veel vragenlijsten blijken niet terug te komen. Scholen zijn niet tevreden met de werkwijze en komen met vragen veelal bij de arts/verpleegkundige. Ik heb niet het gevoel dat risicokinderen goed gesignaleerd'*



*worden. SDQ-vragenlijst is een psychosociale lijst, andere aspecten worden niet meegenomen (bijvoorbeeld gezinsproblematiek, medische problemen).'*

*'Deze methode rammelt aan alle kanten; lijsten komen onvoldoende terug, scholen werken niet mee, vinden de verantwoordelijkheid die ze zo krijgen te groot. Hierdoor ben je er dus onvoldoende zeker van dat je de juiste kinderen gezien hebt. Het is weer de bedoeling dat met de taakherschikking gekeken wordt naar een optimalere methode.'*

*'Alle leerlingen krijgen een vragenlijst, als het sociaal wenselijk is ingevuld gebeurt er niets.'*

### **3.2. NIET-STRUCTURELE CONTACTEN**

Artsen van 26 van de 29 GGD'en geven aan dat er beperkingen zijn opgelegd aan extra contactmomenten op indicatie of controles.

#### **55 procent van de artsen vindt de tijd voor vervolcontacten onvoldoende**

Door beperkingen in aantal en duur van de vervolcontacten kan onvoldoende hulp geboden worden vindt 55 procent van de jeugdartsen. Slechts bij 4 GGD'en vindt de meerderheid van de jeugdartsen dat ze voldoende zorg kunnen bieden. Bij 16 GGD'en vinden de artsen de vervolcontacten onvoldoende en bij 5 GGD'en zijn de meningen verdeeld. Van 4 GGD'en zijn de meningen niet bekend.

#### **Maximaal percentage controles**

Vaak zijn afspraken gemaakt over het percentage kinderen waarbij controles mogen plaats vinden. Er zijn verschillen tussen de GGD'en in deze percentages maar vaak ervaren jeugdartsen ze als te krap. Niet altijd overigens houden ze er in de praktijk rekening mee.

*'Het management heeft gezegd hoeveel controles e.d. er voortvloeien uit de periodieke onderzoeken. In de praktijk roepen we echter kinderen op wanneer nodig en kijken we niet naar de 15%. Vooralsnog geen commentaar uit management gehoord.'*

*'Daar het aantal problemen bij kinderen toeneemt met name op psychosociaal gebied en gezinsproblematiek is 10% aan controles te weinig. Daarnaast hebben een aantal gezinnen gezinscoaching en steun nodig gedurende langere tijd.'*

*'Het is te onduidelijk hoe je hiermee om moet gaan. Bij sommige gezinnen moeten je eigenlijk voortdurend een vinger aan de pols houden. Verder kun je niet zomaar je eigen controles beperken. Als jij als professional denkt dat een kind een controle moet, dan moet je dat ook kunnen uitvoeren en niet laten zitten omdat er geen tijd voor is.'*

### Maximaal aantal vervolcontacten

Het aantal extra of vervolcontacten bij bijvoorbeeld psychosociale problemen of overgewicht is bij veel GGD'en meestal beperkt tot maximaal drie, soms tot maximaal vijf. Hetzelfde geldt vaak voor de huisbezoeken. Indien er meer contacten nodig zijn moet dit worden gemotiveerd. Veel artsen geven aan dat het aantal vervolcontacten niet altijd voldoende is. Zonodig wordt het maximum overschreden ten koste van de uitvoering van de andere onderzoeken.

*'Persoonlijk trek ik me van de beperking in aantallen contactmomenten niet veel aan, ook niet als mensen niet komen zonder afmelding. Organisatiebreed zou dat wel een probleem zijn vrees ik.'*

*'In principe niet meer dan 3 extra zorgmomenten per kind. Daarna heet het bemoeizorg. Gelukkig is er een ruime interpretatie mogelijk, maar dit levert wel een knelpunt op: tijd voor PGO's en extra contactmomenten is berekend per aanstelling. Dus meer extra zorg legt druk op het standaardpakket.'*

*'De tijd is vaak zo efficiënt vol gepland met reguliere onderzoeken dat gesjoemeld moet worden met de richtlijnen van de werkgever om op korte termijn tijd in te ruimen voor een hulpvraag.'*

*'Gezien wachtlijsten in GGZ en complexere problematiek zijn vaak meer contacten nodig.'*

### Zo kort mogelijk

De vervolcontacten zijn vaak ook in tijd gelimiteerd. Ook hier wordt krapte ervaren. Er moet zo snel mogelijk doorverwezen worden naar een pedagoog of interventieverpleegkundige na signalering van opvoedings/gezinsproblematiek.

*'Onderzoeken op verzoek, veelal risicokinderen, mogen gemiddeld niet meer dan 13 minuten in beslag nemen!'*

*'Doktersassistente 10 min voor onderzoek op indicatie (bijvoorbeeld groei, visus, audiogram), jeugdverpleegkundige ca 20 min (voor risicokinderen met name sociaal emotionele problemen/opvoedingsproblemen etc.). Jeugdarts zo min mogelijk onderzoeken, alleen complexe medische/psychiatrische problematiek (ca 30 min ).'*

*'Ook hier weer te weinig tijd voor de vaak zeer uitgebreide (multiproblem)onderzoeken en het invullen van het elektronisch kinddossier.'*

### 3.3. VERSCHUIVING IN HET STRUCTURELE ZORGAANBOD

Veel artsen geven aan dat de laatste jaren veranderingen in het zorgaanbod hebben plaatsgevonden. Meestal gaat het om een vermindering van de inhoud en de duur van de periodieke onderzoeken (contactmomenten) en/of uitvoering door lager opgeleide professionals (taakherschikking).

Artsen uit 21 GGD'en geven aan dat de inhoud of duur van de contactmomenten is beperkt. Artsen bij twee GGD'en melden een uitbreiding van contactmomenten. Artsen uit 5 GGD regio's melden dat er veranderingen op komst zijn, maar weten nog niet welke.

Uit alle GGD-regio's worden taakherschikkingen gemeld. Het gaat vrijwel altijd om een verschuiving naar lager opgeleide professionals: van de jeugdarts, naar de verpleegkundige, naar de doktersassistente.

Artsen uit 14 regio's vinden deze taakherschikking een achteruitgang, in drie regio's vinden de meeste artsen dit geen achteruitgang. Uit de overige regio's zijn geen meningen bekend.

*'Zolang niet bewezen is dat het onderzoek door een andere discipline minstens net zo goed of misschien wel beter is, ben ik huiverig. Je weet wat je hebt en je weet niet wat je terugkrijgt, gooi niet het kind met het badwater weg. Ik ben zelf van mening dat het volgen van gezondheid, groei en ontwikkeling een brede kennis vereist, maar zeker het volgen van de ontwikkeling en dat gaat op deze manier steeds minder lukken en dat is niet in het belang van het kind.'*

Iets minder dan de helft van de artsen (46 procent) zegt dat zij of collega's betrokken zijn bij de invulling van de taakherschikking. Ruim de helft (54 procent) zegt dat dit niet of wisselend het geval is.

### **Oorzaken verschuiving zorgaanbod**

In totaal 110 jeugdartsen beantwoordden de vraag naar de oorzaken van de veranderingen in aantal consulten/contactmomenten, beschikbare tijd of taakherschikking. Hierbij konden meerdere oorzaken worden aangegeven.

**TABEL 4. OORZAKEN VERANDERINGEN IN CONTACTMOMENTEN EN TAAKHERSCHIKKING**

<b>oorzaken</b>	<b>aantal artsen</b>
Bezuinigingen	54 53%
Prioriteit risicokinderen	35 32%
Gebrek aan tijd	29 26%
Tekort jeugdartsen	12 11%
Fusies	5 5%

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

Veruit de meeste artsen denken dat de oorzaak van de vermindering van het zorgaanbod een gebrek aan geld is. Er moet steeds meer voor minder geld. Er is een toename van de bureaucratie en registratie en er zijn nieuwe taken zoals de centra voor jeugd en gezin en de zorgcoördinatie. Veel artsen wijzen ook op het gebrek aan tijd en de overbelasting van de artsen. Vanwege de toenemende problematiek en de toename van risicokinderen.

*‘Ik denk dat er meer tijd nodig is en dat die tijd uit onze eigen agenda moet komen omdat niemand er méér geld voor over heeft.’*

*‘Efficiënter omgaan met de beschikbare middelen in een maatschappij waar de psychosociale problematiek steeds verder toeneemt.’*

*‘Financiële motieven (liggen ten grondslag aan taakherschikking). Terwijl het nog maar de vraag is of het zo goedkoper is.’*

*‘Vorming CJG’s en hierdoor mogelijk nog grotere discrepantie tussen beschikbare tijd voor zorgoverleggen en daadwerkelijk benodigde tijd vanwege kleinere teams*

Eén op de drie artsen noemt als oorzaak van de veranderingen (ook) nieuw beleid dat meer gericht is op risicokinderen. Geld voor risicozorg moet opgebracht worden binnen het beschikbare budget. Artsen zijn bang dat dit ten koste gaat van de kwaliteit van de zorg voor alle kinderen.

*‘Door de toegenomen vraag met betrekking tot risicokinderen blijft er minder tijd over om de reguliere verplichte contactmomenten uit te voeren.’*

*‘De redenering is meer tijd voor de risicokinderen. De mensen in de praktijk ervaren dat niet zo en maken zich zorgen dat ze juist risicokinderen missen.’*

*‘Korte termijn denken en financiën. Preventie wordt uit het oog verloren door maar te hameren op het benaderen van de risicogroepen.’*

*‘De visie dat het met de meeste kinderen wel goed zou gaan, de idee dat ‘gewone’ ouders geen steuntje in de rug verdienen.’*

### 3.4. CONTACT MET DE SCHOLEN

#### De onderzoeksruimten

In vrijwel alle GGD-regio's doen artsen een deel van het onderzoek op de scholen. Daarnaast wordt gebruik gemaakt van onderzoeksruimten van de GGD zelf. De beschikbare ruimten op scholen zijn niet altijd geschikt en zijn nogal eens te klein voor onderzoek naar motoriek of visus. Niet alle ruimtes zijn schoon, soms is er geen wastafel, te weinig ventilatie, onvoldoende verlichting of zijn de ruimten te gehorig. Vaak is er gebrek aan privacy.

*'Vrijwel alle ruimten zijn te klein, te vol, gehorig, weinig privacy. Is een discussiepunt met de gemeente.'*  
*'Assistentes zitten nogal eens in een kopieerhok of iets dergelijks.'*

*'Er is een aantal jaren onderzoek naar gedaan. Bij veel scholen is de grootte van de ruimten onder de maat, geeft onze aanwezigheid overlast voor het team en veel scholen zullen niet aan de eis van de nieuwe werkwijze van twee werkruimten kunnen voldoen, ben ik bang.'*

*'Soms ga ik zelf stofzuigen om de vloer acceptabel te krijgen of plak ik papier tegen de ramen om inkijs te voorkomen.'*

*'Ik ben ook erg flexibel, haal zonodig de bezem er doorheen.'*

*'Onderzoeksruimte is wel ruim genoeg maar grenst bijvoorbeeld aan de kantine, tijdens een pauze is een gehoortest dan volstrekt zinloos om uit te voeren.'*

*'Vaak in gymzalen of de kamer van de directeur of de interne begeleider. Soms is die kamer te klein of te donker voor de ogentest of hangen er geen gordijnen zodat kinderen 'te kijk staan' voor de andere kinderen op het speelplein of de gang.'*

*'Vaak geen geschikte ruimte beschikbaar, bijvoorbeeld assistente doet onderzoek op de gang (onrustig en weinig privacy).'*

*'Steeds minder scholen hebben een geschikte locatie beschikbaar. De GGD-medewerker laat zich ook niet meer in een bezemkast stoppen.'*

Ondanks de vaak te kort schietende ruimten zitten artsen graag op school. Persoonlijk contact met de leerkrachten verloopt dan makkelijker. Verder is de opkomst soms hoger. Voor sommige ouders is vervoer naar een centrale GGD of een onbekend adres een probleem. Bij de onderzoeken op school kan de leerkracht een stimulerende en motiverende rol spelen omdat zij een overzicht heeft van de afspraken: "Mevrouw Jansen, u weet dat Tim morgenochtend een afspraak heeft bij de jeugdarts?".

*'Het is vaak behelpen en er is vaak ruimtegebrek (je zit in de weg) maar het heeft zeker mijn voorkeur binnen school aanwezig te zijn.'*

### Voor- en nabesprekingen

Voor en na de periodieke onderzoeken, is informatie van school nodig. Dat kan via voor- en nabesprekingen. Veel gaat per mail.

Voor de reguliere onderzoeken wordt meestal geen voorbespreking met de leerkrachten ingepland. Dat gebeurt slechts op twee GGD'en.

*'Op de ene werkplek wel, op de andere werkplek niet. Ik ben door de vergelijkende situatie voorstander van wél voorbespreken. Het voordeel is dat een gesprek ontstaat in plaats van een "check en rapportage" moment, tussen jeugdarts en school en ouders.'*

De voorinformatie vanuit de scholen wordt meestal (20 GGD'en) verzameld door middel van signaleringslijsten die worden ingevuld door de leerkracht. Hierbij wordt ook wel gebruik gemaakt van de zorg advies teams. Indien nodig vindt er dan nog overleg plaats. Op zes GGD'en worden probleemkinderen telefonisch of per mail doorgegeven, op één school alleen via het regulier overleg.

Leerkrachten moeten informatie die ze doorgeven aan de jeugdgezondheidszorg eerst met ouders bespreken. Dit belemmert de informatieoverdracht. Hierdoor is de voorinformatie soms niet aanwezig of summier. Leerkrachten vinden het vaak lastig aan ouders en jongeren door te geven wat ze aan de jeugdarts vertellen. Soms wordt de informatie wel gegeven maar mag deze niet actief worden gebruikt, enkel als achtergrondinformatie.

*'Soms toch zonder medeweten van ouders/jongeren. Ik kan deze informatie dan niet actief bespreken in gesprekken, maar wel met deze informatie in het achterhoofd gericht doorvragen. Blijft lastig manoeuvreren!'*

In vrijwel alle GGD-regio's, worden wel nabesprekingen ingepland. Bij 3 GGD'en is dit niet het geval. Bij tien GGD'en vinden de jeugdartsen de tijd hiervoor voldoende, bij 16 niet. Of de tijd voor nabespreking voldoende is, is afhankelijk van het aantal probleemkinderen, of de school in een risicowijk ligt, de efficiëntie van de betrokken leerkracht en wat je wel en niet mag nabespreken. Het scheelt als de arts zelf eerst goed selecteert welke kinderen hij of zij wil nabespreken en het gesprek zelf structureert. Het is niet altijd mogelijk of haalbaar ook met de meest betrokken leerkrachten, laat staan de interne begeleider (die binnen de school verantwoordelijk is voor de zorgleerlingen) te spreken.

*'Officieel staat voor de nabespreking per PGO 2 minuten gemiddeld, er komen echter steeds meer kinderen met specifieke problemen op het regulier onderwijs, met of zonder rugzakje. De ambulante begeleiding werkt niet altijd, er is vaak te weinig overleg met school en ouders, kennis wordt niet goed gedeeld, ik moet vaak extra uitleg geven.'*

*'Ik zou bij voorkeur met de mentor van een klas nabespreken. Door tijdgebrek lukt mij dat niet en cluster ik het in een gesprek met een coördinator. Ik merk echter dat daardoor informatie verloren gaat, omdat dit weer een extra schakel naar de mentor oplevert.'*

### **3.5. OVERLEGSTRUCTUREN**

Artsen en verpleegkundigen nemen deel aan veel overleggen. In het basisonderwijs neemt de JGZ deel aan een zogenaamd zorg(advies)team (ZAT) of een bovenschools zorgplatform. Vrijwel altijd de arts, soms de verpleegkundige. In het voortgezet onderwijs en soms ook het MBO nemen bijna altijd artsen deel aan een zorgadviesteam (ZAT). In het Speciaal Onderwijs nemen artsen deel aan een Commissie van begeleiding (CVB) en regelmatig ook aan een permanente Commissie Leerlingenzorg (PCL). Daarnaast is er - regulier of op indicatie - regelmatig overleg met de orthopedagoog en interne begeleider en schoolmaatschappelijk werk of met een regionaal zorgplatform inclusief jeugdzorg.

*'Voor het basisonderwijs neemt de verpleegkundige deel aan het ZAT, op het voorgezet onderwijs zit de arts in het overkoepelend overleg. Vooral de basisscholen die gescreend worden door de assistente, zijn bij mij als arts minder in beeld. Hier heb ik vaak het gevoel het overzicht en het contact met school te verliezen.'*

*'Niet overal is een structureel ZAT. In een gemeente gaat het structurele contact via het schoolmaatschappelijk werk, daar mag de JGZ het niet doen, is de keuze van de gemeente, het management van de GGD is hiermee akkoord gegaan. ZAT's op het basisonderwijs zijn daar afgeschaft'*

*'ZAT's op alle scholen: heel goed en belangrijk, belangrijke vindplaatsen voor risico-jeugd maar er wordt ook steeds meer gevraagd van ons als jeugdartsen. Je werkt steeds meer vraaggericht maar ondertussen zien we ook nog steeds alle kinderen, daardoor veel werkdruk. Dagelijks komen vragen op je af van scholen/ZATs etc.'*

#### **Gemeentelijk overleg**

In bijna eenderde van de regio's geven artsen aan dat jeugdartsen en vaak ook jeugdverpleegkundigen deelnemen aan diverse gemeentelijke overlegstructuren of buurtnetwerken. Het gaat bijvoorbeeld om overleggroepen kindermishandeling of een gemeentelijke werkgroep voor meisjesbesnijdenis. Om een meldpunt leerplicht, een jeugdpreventieplatform, een ADHD-platform, een 'Weer Samen Naar School' overleg, een werkgroep schoolverzuim en schooluitval, om hygiënecontrole op scholen en inloopspreekuren.

*'Ik neem deel aan een groot aantal werkgroepen/overleggen (intern en extern). Ik zou dat voor geen goud willen missen, want dat geeft de uitdaging aan mijn werk: meedenken in veranderprocessen, kwaliteit, een*

*beroep op mijn expertise etc... Ik merk wel dat (mede door mijn enthousiasme en geen half werk willen leveren) het veel tijd kost en ik ook regelmatig mijzelf thuis achter stukken vind ter voorbereiding.'*

### **Beschikbare tijd**

De structurele overleggen met scholen, buurtnetwerken en gemeentelijke overleggen worden door de meeste artsen nuttig gevonden. Wel neemt het allemaal veel tijd in beslag. Er komt steeds meer overleg en er vindt een verzwaring van de taken binnen de teams plaats.

Ongeveer de helft van de artsen vindt de tijd die er voor de overlegstructuren met scholen staat onvoldoende vooral door alles wat er voor en erna bij komt kijken, zoals kinderen extra zien, bellen, brieven schrijven, coördinatie van zorg, enz. Tijd is vaak niet of onvoldoende ingepland.

*'Zorgteams voortgezet onderwijs zijn verzwaard met meer psychosociale problematiek, beoordeling schooluitval, vertrouwenspersoon voor leerlingen, advies aan scholen over bijvoorbeeld overgewicht, meer overleg en uitgebreider rapporteren aan het speciaal onderwijs.'*

*'Artsen krijgen onvoldoende tijd om elke maand naar elke VO of SO school te gaan (wij mogen slechts om de maand terwijl elke school een keer in de maand een ZAT of CVB heeft). Bovendien volgt uit elk ZAT of CVB een aantal vragen voor de arts bijvoorbeeld oproepen om kinderen te zien, en daar krijgen wij onvoldoende tijd voor.'*

*'Alle taken die wij hebben zijn uitgedrukt in minuten volgens een normering vastgesteld door het MT. Geen van ons kan de taken in die tijd doen. Ik heb een werkplan waarvoor ik zelfs 200 uur te kort kom.'*

*'In theorie is er tijd en geld voor, maar de uren zijn niet goed in de formatie ingebouwd of per persoon ingevuld/onderbouwd, of workload op aangepast. Maar dat geldt voor alle taken anders dan de structurele contact momenten. Dat zorgt voor een hoog ervaren werkdruk en waarschijnlijk ook voor een hoge werkelijke werkdruk, omdat zogenaamde financiering niet omgezet wordt in uren of dit inzichtelijk gemaakt wordt.'*

*'De zorgteams van de basisscholen komen nu pas goed in beeld en blijken veel meer tijd te kosten dan gedacht. Daar krijgt de GGD van de gemeente geen geld naar tijdsinvestering voor.'*



## 4. RESULTATEN: NIEUWE ONTWIKKELINGEN ROND ZORG

### 4.1. CENTRA VOOR JEUGD EN GEZIN

In de meeste regio's is een start gemaakt met de inrichting van de Centra voor Jeugd en Gezin.

- In 21 GGD-regio's melden de artsen dat er begonnen is met de inrichting van de Centra voor Jeugd en Gezin. Artsen uit nog eens 3 GGD-regio's melden nog in de startfase te zitten.
- Artsen uit 5 GGD-regio's melden dat er nog geen Centra voor Jeugd en Gezin zijn ingericht in hun werkgebied.

De ervaringen met de centra zijn wisselend. Hoewel het nut wordt gezien van de toegenomen mogelijkheid tot snelle verwijzing en overleg zijn er ook bedenkingen. Dit betreft vooral de diversiteit van beleid in de gemeenten en de beschikbare tijd voor ontwikkeling en uitvoering van nieuwe plannen. Jeugdartsen zijn niet altijd betrokken bij de ontwikkelingen. Soms is er te snel en onvoorbereid gestart en is niet in alle randvoorwaarden zoals ICT of telefonische bereikbaarheid voorzien. Verantwoordelijkheden zijn niet altijd goed geregeld.

*'Het is een boeiende ontwikkeling maar vergt erg veel inspanning. De gemeente als eigenaar maakt ook dat het overal net weer even anders gaat. Moeilijk om als organisatie een koers daar in vast te houden.'*  
*'Het is een duik in het diepe en zwemmen. Nog erg onduidelijk hoe dit vorm moet krijgen.'*

*'Naar mijn mening voert de gemeente dit allemaal te snel door, het is een paradepaardje geworden. Inhoudelijk heeft het nog nauwelijks inhoud maar de opening is net al geweest. Het is vooral een uiterlijk iets maar misschien ontwikkelt het zich positief.'*

*'Er was te weinig aanloop en de opzet van het centrum is inmiddels alweer veranderd en niet ten goede...'*

*'Pas als EKD en verwijstindex goed functioneren zal de meerwaarde duidelijk zijn.'*

*'Het is een beleidsbeslissing. Er is te weinig feeling met het veld.'*

*'Het CJG is een goede ontwikkeling alleen het tempo is te snel. Er zijn nog te veel onduidelikheden op juridisch gebied, bevoegdheden, verantwoordelijkheden en onduidelijke structuur. Diverse disciplines met verschillende werkgevers. Nog veel onduidelijkheid over zorgcoördinatie.'*

*'Er zijn binnen onze organisatie te veel mensen die zich met van alles bemoeien maar onduidelijk blijft wie waarvoor de verantwoordelijkheid neemt. De coördinatie van alle ontwikkelingen ontbreekt.'*

Een aantal artsen vrezen een verkeerde ontwikkeling voor de JGZ. Ze vrezen te veel als opsporings-ambtenaar bezig te moeten gaan; dat zou de kern van de JGZ, het contact en de vertrouwensband met ouders en kinderen, kunnen aantasten.

*'Het lijkt er steeds meer op dat de CJG's eerder voorportalen voor jeugdzorg worden en er van de jeugdgezondheidszorg steeds meer afgeknabbeld wordt. En als je je alleen maar richt op risico's (en men bedoelt eigenlijk alleen maar opvoeding- en gedragsproblemen en multiprobleemgezinnen) dan ben je stigmatiserend bezig in plaats van laagdrempelig.'*

*'Ik ben bang voor stigmatisering, het benoemen van risicokinderen. Wij moeten niet verworden tot opsporingsambtenaren, daar moet je maar een andere autoriteit voor in het leven roepen. Als wij als opsporingsambtenaren gaan functioneren dan is dat voor de JGZ de dood in de pot en verliezen we alle credits bij de bevolking.'*

*'De totale kijk op een kind (dat was de kracht van de JGZ) heeft plaats gemaakt voor beeldstukjes. Het kind wordt in stukjes gesneden (bij de doktersassistente, de jeugdverpleegkundige, de orthopedagoge, de gezinscoach en soms de jeugdarts) en het medische deel ontbreekt vaak in deze puzzel.'*

### **4.2. DE VERWIJSINDEX**

De verwijstindex is in 17 GGD-regio's nog niet operationeel. In 12 GGD- regio's wel: in 5 regio's hebben artsen er nog geen of weinig ervaring mee, in 7 regio's zijn er wel ervaringen mee. De ervaringen zijn niet goed, in een regio doet de JGZ niet mee omdat er niet bij iedere melding ook een melding naar de JGZ gaat.

Artsen hebben veel twijfels bij de verwijsindex. Men weet niet wat men kan en mag melden en hoe één en ander geregistreerd gaat worden. Er is ook twijfel over de effectiviteit van de verwijsindex, het draagvlak bij ouders, de juridische aspecten, de tijdsinvestering en de betrokkenheid van de JGZ.

*'Zeer moeizaam vanwege problemen met aanmelden: de meldingsplicht naar ouders blokkeert relatie naar hen.'*

*'Ik heb er moeite mee melding te doen: jongere is eens en voor altijd een risicjongere.'*

*'Per consult moet je ouders uitleg geven, toestemming vragen. Deze tijd wordt niet vergoed. De folder is zonder inspraak gedrukt en ouders worden er vooral erg door afgeschrikt.'*

*'Er zijn geen mensen die hun zorg melden in het systeem. Als ik zelf ouder was zou ik niet willen dat mijn kind in een dergelijk systeem kwam te staan.'*

*'Ik heb hierdoor nog niet meer risicjongeren in beeld gekregen of meer informatie over probleemgezinnen gekregen die ik niet al wist. Maar het systeem is pas een half jaar operationeel.'*

*'Ik kijk er niet naar uit. En dat in de wetenschap dat het zeker kan bijdragen aan het in beeld brengen van alle zorgaanbod en zorgen die bestaan rond één kind. Maar ook in de wetenschap dat dit systeem en de wijze waarop het is ingevoerd bij ons, voorbijgaat aan het vertrouwen tussen ouders en hulpverleners.'*

*Mijn organisatie doet niet mee met de verwijsindex. Reden is dat we vinden dat eigenlijk bij iedere melding in de verwijsindex er een melding zou moeten gaan naar de JGZ aangezien die het dossier kent van het betreffende kind.'*

Binnen het centrum voor Jeugd en Gezin en bij de Verwijsindex Risicjongeren is zorgcoördinatie een belangrijke taak voor de jeugdgezondheidszorg. Er is onduidelijkheid over de financiering ervan. Artsen geven aan dat zij niet weten hoe de financiering geregeld is (9 regio's), dat er nog volop discussie is (drie regio's), dat dit zowel uit het maatwerk als uit het uniform deel van het basistakenpakket betaald wordt (10 regio's) of gefinancierd wordt uit ofwel het maatwerk (drie regio's) of wel het uniform deel van het basistakenpakket (drie regio's) In één regio voert de jeugdgezondheidszorg geen zorgcoördinatie uit, dit doet een andere instelling. Veel artsen geven aan dat ze het niet redden als er geen extra financiering vanuit de gemeente komt.

*'Ik hoop dat hier extra financiering op komt. Ik red dat niet binnen mijn huidige werk!'*

### **4.3. DIGITAAL DOSSIER JGZ**

Nog lang niet alle GGD-en werken met een digitaal dossier JGZ (DDJGZ). Artsen uit 23 GGD-regio's melden dat ze nog niet werken met een ddJGZ. In 21 van deze regio's is er al wel een implementatieproject opgesteld. De voorbereidingen voor invoering van het DDJGZ kosten veel tijd en verlopen niet altijd soepel.

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

*‘Wij hebben één jaar gewerkt met een EKD, maar de ontwikkelingen waren toen nog niet zo ver dat we op elke willekeurige locatie er gebruik van konden maken, en toen zijn we gestopt. Wij zijn er in principe volledig op voorbereid.’*

*‘Maar dit traject is tijdelijk in de koelkast gezet, vanwege de aanbestedingsperikelen.’*

*‘Besluit recent genomen, langdurig aanbestedingstraject vooraf geweest.’*

*‘We werken al met een gedeeltelijk geautomatiseerd systeem naast een papieren dossier het EKD moet nog aanbesteed, samen met de thuiszorginstelling.’*

*‘Met alle zorgen die nog leven over bijv. de beveiliging lijkt invoering nu prematuur.’*

In zes regio's wordt al wel gewerkt met een DDJGZ: in vijf regio's met Kidos en in een regio met JGZ4all van Centric. Artsen die werken met JGZ4all van Centric zijn wisselend tevreden.

In de regio's die met Kidos werken is het merendeel van de artsen ontevreden. Men vindt het systeem gebruiksonvriendelijk en onoverzichtelijk. Het DDJGZ is niet ondersteunend, maar dwingend in de manier van werken en tijdrovend. Soms valt het systeem uit en randvoorwaarden zoals de beschikbaarheid van laptops of bereik zijn niet altijd goed geregeld. Het systeem is volgens de artsen meer geschikt voor managementrapportages dan voor de zorg van het kind, hoewel ook dat tot op heden nog niet is gerealiseerd.

### JGZ4all

*‘Sommige stappen kunnen vereenvoudigd/versimpeld. Belangrijk om gebruik goed te implementeren/te onderhouden en hiervoor ook tijd voor te krijgen.’*

*‘Het pakket wordt helaas niet verder ontwikkeld. Momenteel is een Europese aanbesteding in voorbereiding voor een nieuw EKD.’*

### Kidos

*‘Niet gebruikersvriendelijk en dus niet efficiënt en ook onoverzichtelijk. Kost veel meer tijd om dossier in te vullen, kan niet snel een goed overzicht krijgen waar je op moet letten als een kind bij je komt, eerlijk gezegd vind ik het een vreselijk systeem.’*

*‘Het kind wordt opgedeeld in subacties, het overzicht wat vroeger met een papierendossier in een oogopslag verkregen werd ontbreekt en het is veel lastiger om snel een indruk van de hele familie te krijgen. Bovendien kost het goed invullen meer tijd dan hiervoor gegeven wordt.’*

*‘Ik kan nog niet alle informatie kwijt die ik vroeger in het dossier opschreef. De normale dingen kunnen slecht geregistreerd worden. Bijvoorbeeld eigenschappen van een kind (vlot, lief etc.) Het EKD is meer gericht op de afwijkingen die gevonden worden.’*

*'Per consult ongeveer net zoveel tijd om alles in te voeren als het consult zelf kost. Snel informatie opzoeken kan niet. Snel overzicht krijgen van belangrijke zaken kan niet. Er zijn onvoldoende laptops zodat je bij overleg en netwerken/nabespreken niet met het Kidos kan werken. Overigens is het geleidelijk wel wat gebruikersvriendelijker geworden, maar door de hoeveelheid benodigde tijd kunnen er minder andere taken worden uitgevoerd ( of we voeren thuis in eigen tijd nog gegevens in).'*

*'Gebruikersonvriendelijk en onoverzichtelijk. Erg weinig vrije tekstruimte waardoor je veel zaken niet goed kwijt kunt. Arbeidsintensief omdat je bij heel veel items meerdere keren moet doorklikken voordat je bij het af te vinken item komt. Dus arbeidsintensief om in te voeren en arbeidsintensief om zaken bijvoorbeeld bij een hercontrole terug te vinden. Hierdoor kunnen gemakkelijk zaken gemist worden bij een hercontrole. Ik heb een duidelijke voorkeur voor een elektronische versie van het vroegere papieren dossier (zoals bij JIS uit NWN) met veel vrije tekstvelden waardoor je bij elkaar de essentie kunt terugvinden. Ik geloof niet dat je uit Kidos veel meer nuttige epidemiologische informatie kunt halen.'*

*'Het Kidos is niet de digitale vertaling van het papieren kinddossier. Wij als artsen missen allerlei zaken die wij in het onderzoeksblad willen hebben en er maar niet in komen omdat er allerlei belanghebbenden zijn van wie de wensen voorgaan. Het Kidos dient namelijk meerdere doelen. Het is ook een onderzoeks-, monitor/registratie- en managementinstrument. Anderen bepalen nu wat wij waar moeten noteren. Voor ons is het Kidos invullen een tijdrovende bezigheid geworden en eigenlijk een taak op zich. De tijd die het ons kost gaat letterlijk ten koste van de zorg aan de jeugd.'*

*'Het Kidos is tijdens een consult niet in te vullen, het moet altijd achteraf. Wanneer er dan echter iets anders is wat met spoed moet gebeuren worden de gegevens niet ingevoerd, dat gebeurt op een later moment en dan weet ik niet alles meer.'*

#### **4.4. WET MAATSCHAPPELIJKE ONDERSTEUNING**

Een op de vier artsen merkt op haar of zijn werk invloed van de invoering van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo). Enkele artsen zijn positief over de toegenomen aandacht voor opvoedingsondersteuning. De meeste artsen zijn minder positief. Ze ervaren een toename van de bureaucratie. Vooral de preventieve ondersteuning thuis komt onder druk, gespecialiseerde gezinsverzorging voor lichte ondersteuning thuis is vrijwel niet meer mogelijk.

*'Multiprobleem gezinnen komen in de knel; grote bureaucratie bij het aanvragen van zorg, het kost veel te veel tijd van medewerkers in de zorg om dit aan te vragen, gaat ten koste van de zorg aan de mensen.'*  
*'Er verdwijnt toegankelijke zorg zoals de gespecialiseerde gezinsverzorging. EEN GROOT GEMIS.'*

#### **4.5. TAAKBELASTING**

Volgens 100 van de 113 artsen (88 procent) die deze vraag beantwoorden zijn er de afgelopen jaren veel taken en verantwoordelijkheden voor de jeugdgezondheidszorg en de jeugdarts bijgekomen. Taken en

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

verantwoordelijkheden op het gebied van bijvoorbeeld kindermishandeling, veiligheid van kinderen, meisjesbesnijdenis, kinderen met overgewicht of schoolverzuim. Maar ook taken op het gebied van administratie en het verzamelen van epidemiologische gegevens voor gemeenten. De meeste artsen noemen ook de nieuwe ontwikkelingen zoals centra voor Jeugd en Gezin, de verwijsindex en het ddJGZ. Daarnaast constateren veel artsen ook een toename van de zorgvraag, onder meer op het gebied van GGZ, opvoedingsondersteuning, pedagogische problemen of gedragsproblemen. De meeste artsen zijn positief over de uitbreiding van taken, alleen om het goed te kunnen doen ontbreekt de tijd. Veel extra taken moeten zonder uitbreiding van menskracht verricht worden.

*'Protocol meisjesbesnijdenis, protocol overgewicht, maatschappelijk gezien meer en ingewikkelder problemen. Steeds meer taken zonder uitbreiding van tijd.'*

*'Zorgcoördinatie en bemoeizorg, deelname aan CJG: ik vind dit belangrijke taken voor de JGZ, maar er staan geen extra uren voor terwijl deze taken heel veel tijd kosten.'*

*'Bemoeizorg heeft hoog bereik, risicokinderen kennen, volgen, veel kinderen vanuit Bureau Jeugdzorg terug naar onze zorg, brengt enorme verantwoordelijkheid mee, meer contacten om risicokinderen te bewaken. Bureau Jeugdzorg is meer 2e lijn. Alles komt op ons bordje. Het aantal Fte is enkel berekend op basis van reguliere PGO (periodieke gezondheidsonderzoeken) en ZAT (zorgadviesteams).'*

*'Op alle scholen zitting in ZAT-team -coördinator Zorg voor jeugd -elektronisch registreren -veel aandacht voor kindermishandeling -op GGD afstemming met OGGZ, goed, maar kost tijd -signaleringsnetwerk werkzaamheden - door onze uitgebreidere vragenlijsten wel betere signalering wellicht, maar geen tijd bij gekregen om de zorgkinderen ook naar de reguliere hulpverlening te verwijzen. AL met AL: wel veel taken erbij en een terechte belangrijke rol voor JGZ, maar geen of te weinig tijd erbij, en dus kwaliteitsverlies.'*

### Er zijn ook taken afgegaan

Aan de artsen is ook gevraagd of er taken zijn afgegaan. Volgens 40 van de 109 artsen (37 procent) die deze vraag beantwoorden is dat inderdaad het geval. Het gaat vooral om het vervallen van gezondheids-onderzoeken of (onderdelen van) het lichamenlijk onderzoek door artsen. Artsen zijn hier niet positief over.

*'Onderzoek van kinderen in de SBO scholen; vroegere LOM scholen en het rapporteren en bespreken in begeleidingscommissies. Deze taak is duidelijk verminderd. Voor een deel komt dit in een ZAT en of PCL terug.'*

*'Het lichamenlijk onderzoek van alle kinderen is uitgekleeft. We worden steeds meer een organisatie die zich richt op opvoeding; psychosociale problematiek en preventie van risicogedrag (roken, alcohol etc). Vanuit public health perspectief is het een logische keuze maar we gaan wel veel missen en het is de vraag of de JGZ straks nog het vertrouwen van de doelgroep geniet.'*

#### 4.6 MANAGEMENT

Er zijn veel nieuwe ontwikkelingen gaande in de jeugdgezondheidszorg. De vraag is of de managers deze nieuw in te voeren ontwikkelingen inhoudelijk afstemmen met de professionals. 30 procent (37 artsen) vindt van wel en 70 procent (84 artsen) vindt dat dit niet of wisselend het geval is. Een aantal artsen ondervindt weinig begrip vanuit het management voor wat op de werkvloer gebeurt.

*‘Een management dat geen begrip lijkt te hebben voor zaken waar de uitvoering niet mee uit de voeten kan en de voorkeur geeft aan tijd besteden aan administratie en indekken voor de politiek of voor eventuele calamiteiten boven echte zorgverlening.’*

*‘De organisatorische druk en managementblik op het werk (productie draaien komt voor kwaliteit).’*

*‘Het bedrijfsbureau. De planning gaat veel te vaak mis. Daardoor weinig flexibiliteit en geen baas over eigen agenda. De contacten met ouders worden slechter doordat er zo veel mis gaat.’*

*‘Mijn vak wordt vernield door technocraten.’*

#### 4.7. ADMINISTRATIEVE LASTEN

Veel artsen maken melding van een toename van administratieve taken. In de vragenlijst heeft men dat niet kwijt gekund. In de laatste open vraag over wat artsen het minst leuke in het vak vinden noemt de helft van de artsen de toename van de bureaucratie. Dat betreft een toename van vergaderen, ‘eindeloos polderen over allerlei zaken, eindeloos praten en overleggen zonder dat de belangen van de jeugdige echt behartigd worden en ondersteund.’ Het betreft vooral ook veel registreren.

*‘Van ieder telefoontje moeten we een registratie formulier invullen sinds vorig schooljaar’.*

*‘De administratie van futiliteiten als urenregistratie die op verschillende manieren bijgehouden moet worden.’*

*‘In mijn ogen weinig nuttige te ver doorgevoerde tijdvreterende administratie, vastlopende printers of computers, traag of niet werkende computer-/verbindingen, nieuw ingevoerde te weinig doorgedachte of uitgewerkte tijds- en verrichtingenregistratie waarbij elke medewerker geconfronteerd wordt met tijdvreterende opstartproblemen.’*

*‘De administratieve werkzaamheden. Ik heb dat in deze enquête nog niet kwijt gekund, maar als je ziet hoeveel tijd artsen bij ons kwijt zijn met registeren, kopiëren, brieven verzenden, email stroomlijnen, planning rond krijgen etc. net als in het ziekenhuis zou er secretariële ondersteuning moeten zijn. Er is een secretariaat, maar dat werkt alleen voor het management. Het is echt zonde van de tijd van artsen en verpleegkundigen!!!!’*





## 5. KWALITEIT VAN ZORG

### 5.1. DE OVERDRACHTEN

**'Ik ervaar geen problemen bij de diverse vormen van overdracht' vindt 37 procent van de artsen.**

63 procent van de 125 artsen die deze vraag hebben beantwoord, ervaart wel problemen met overdracht. Bijvoorbeeld met de overdracht van consultatiebureau naar de JGZ 4-19 jaar. Ook de overdracht van JGZ naar school, overleg van artsen met jeugdverpleegkundige en assistente of voor overleg tussen jeugd-artsen onderling levert nogal eens problemen op (tabel 5).

**TABEL 5. OVERDRACHTEN**

Handeling	Aantal artsen
Weinig tijd overleg verpleegkundige of doktersassistente	61 (49%)
Overdracht met consultatiebureau te beperkt	33 (26%)
Voorbespreking met school is vervallen	16 (13%)
Nabespreking met school is vervallen	7 (6%)
Anders	17 (14%)

*‘Overdrachten verlopen meer en meer via e-mail. Ik denk dat daardoor informatie verloren gaat (minder makkelijk doorvragen, non verbale communicatie, eigen interpretatie niet makkelijk af kunnen checken).’  
‘De warme overdracht werkt goed, ik zit samen met het consultatiebureau (CB) in 1 pand. Echter het CB werkt al met een EKD en wij nog niet. Uitdraaien van het EKD zijn niet altijd goed te verwerken, je moet veel doorlezen om de juiste dingen eruit te kunnen halen. Bij risicokinderen moet er door het CB een blauw overdrachtsformulier worden ingevuld, alleen wordt dat nu met het EKD vaak vergeten.’*

### 5.2. RISICOKINDEREN IN BEELD

In alle GGD'en worden risicokinderen overgedragen door consultatiebureau's via 'warme' (persoonlijke) overdracht. Ook komen risicokinderen in beeld via de periodieke onderzoeken, triage, verwijsindex, school, ouders of derden. Daarnaast gebruiken vrijwel alle GGD'en (26) vragenlijsten om risicokinderen op het spoor te komen.

#### 5 procent van de artsen denkt alle risicokinderen in beeld te hebben

95 procent van de artsen twijfelt of weet zeker dat ze niet alle risicokinderen in beeld hebben. In totaal 130 jeugdartsen hebben deze vraag ingevuld.

**TABEL 6. RISICOKINDEREN IN BEELD**

In beeld	aantal jeugdartsen
ja	7 5%
twijfelachtig	63 49%
zeker niet	60 46%

Sommige artsen wijzen er op dat het een utopie is te denken dat je alle risicokinderen in beeld kunt krijgen. Veel speelt zich immers af in de onbekende zones van thuis en school. Het zal moeilijk zijn om dit allemaal in beeld te krijgen. Zowel huisartsen, als school als JGZ hebben daarin een rol.

*‘Niet alle situaties in gezinnen zijn mij en anderen bekend, er gebeurt nog veel achter de voordeur. Maar ik vind wel dat ik al goed zicht heb, ik werk ook al jaren in dezelfde wijk. Ik zit ook in het zorgadviesteam, signaleringsnetwerk, etc.’*

#### Hoe kunnen risicokinderen beter worden opgespoord?

110 artsen komen met suggesties om risicokinderen beter in beeld te krijgen.

37 artsen zien mogelijkheden door verbetering van het contact met en de signalering door scholen. Genoemd worden structureel overleg met interne begeleiders, uitbreiding van de zorgadviesteams naar alle (basis-)scholen, deelnemen van artsen aan de zorgadviesteams en spreekuur houden op school.

*'Meer structureel overleg in kleine zorgteams (interne begeleider, schoolmaatschappelijk werk en JGZ).'  
'De signalering in groepen die geen structureel aanbod krijgen is zeer beperkt en sterk afhankelijk van de school. Meer contactmomenten op school zijn nodig, bijvoorbeeld spreekuren.'*

Eveneens 37 artsen vinden betere samenwerking noodzakelijk. Samenwerking tussen verpleegkundigen en artsen, tussen consultatiebureau en jeugdgezondheidszorg 4-19 jaar en tussen de GGD'en onderling als kinderen in een andere regio wonen dan waar ze naar school gaan. Maar ook betere samenwerking in het Centrum voor Jeugd en Gezin, met het Bureau Jeugdzorg, algemeen maatschappelijk werk, buurt en jongerenwerk, politie, gezinscoaches, huisartsen, kinderartsen en de GGZ. Het multidisciplinair overleg en de verwijzindex risicojongeren (VIR) worden door een aantal artsen als belangrijke verbetering gezien. Vooral de terugkoppeling van instellingen waarnaar is doorverwezen, is belangrijk en noodzakelijk. Een goede terugkoppeling van Bureau Jeugdzorg en andere hulpverlenende instanties wanneer een behandeling wordt afgesloten, ontbreekt nu vaak.

*'Betere communicatie met de volwassen GGZ, nu vallen kinderen van ouders met psychische problemen vaak tussen wal en schip.'  
'Als de JGZ een rol als zorgcoördinator krijgt, zou er een wettelijke plicht moeten zijn om de JGZ te informeren (uiteraard met toestemming). Het belangrijkste moment daarbij is als de hulpverlening gestaakt wordt en er dus follow up zou moeten plaatsvinden.'*

Veel artsen (50) denken dat er meer kan en moet gebeuren binnen de JGZ zelf onder andere door meer structurele contactmomenten en huisbezoeken en meer tijd bijvoorbeeld voor zorgcoördinatie of follow-up. Door een betere bereikbaarheid of zichtbaarheid vanuit de wijk. Door betere instrumenten (vragenlijsten) of meer bevoegdheden. Door betere afspraken als het gaat om non-responders of non-bereik.

*'Er zit lange tijd tussen het laatste consult op het consultatiebureau en het periodiek geneeskundig onderzoek in groep 2 en dan komt het risico pas naar voren. Ik wijs ouders via de folder altijd op de mogelijkheid tussentijds contact op te nemen met de schoolarts.'  
'Er is afgelopen decennia heel veel expertise verloren gegaan. Ik ken nog situaties dat we de kinderen om de twee jaar volledig zagen en daar tussendoor nog vaak voor controle. Dan leer je wat de normale ontwikkeling is van een gezonde 4 tot 19 jarige. Mijn collega's weten wat er van een 5/6 jarige verwacht mag worden. En daarna? Dat kunnen ze nooit meer in de praktijk leren.'*

*‘Een extra contactmoment in het voortgezet onderwijs rond 15-16 jaar, binnen deze groep spelen andere risico’s dan bij jongeren in klas 2 van het voortgezet onderwijs, deze jongeren zijn nu onvoldoende in beeld.’*

*‘Vaker JGZ presenteren aan de ouders en leerkrachten en wat ze van ons kunnen verwachten met daarbij foto’s van de medewerkers in de wijk en directe telefoonnummers en mailadressen in de schoolgids.’*

*‘Tijd en bevoegdheden ten aanzien van zorgcoördinatie zijn beperkende factoren.’*

*‘De kinderen die niet verschijnen en waar geen telefonisch contact met ouders kan worden gekregen vind ik het grootste probleem. Overleg met scholen over deze leerlingen kan natuurlijk al informatie geven, maar dat mag officieel niet zonder toestemming van de ouders.’*

*‘Door inzet van een traceerteam non-bereik en het opzetten van bemoeizorg en samenwerken met algemeen maatschappelijk werk en openbare geestelijke gezondheidszorg (OGGZ) voor jongeren die zwerven.’*

### **5.3. (ON-)VOLDOENDE ZORG**

**‘Ik kan alle kinderen de zorg bieden die ik nodig acht’, vindt 14 procent van de artsen.**

86 procent van de artsen is van mening dat ze de kinderen niet de zorg kunnen bieden die nodig is. 123 artsen hebben deze vraag ingevuld. Veel artsen vrezen voor de kwaliteit van de zorg.

*‘Ik wil de kinderen die ik zie goed zien en goed afhandelen daardoor zie ik weinig kinderen en door onderbezetting kan ik niet bij blijven met de follow-up onderzoeken, dus op den duur is de kwaliteit van zorg stukken minder.’*

*‘Ik selecteer heel kritisch welk kind door mij gezien moet worden en ik lijd eerder persoonlijk (moe) dan de kwaliteit los te laten.’*

**TABEL 7. DE ZORG VOOR DE KINDEREN**

Zorg die achterblijft	aantal artsen
Kinderen die het goed gaat zie ik minder	10 (8%)
Ik laat delen van het BTP vallen	29 (24%)
Ik zie risicokinderen minder dan nodig	68 (55%)
Mijn dossiervorming loopt achter	48 (39%)
Anders	19 (15%)

### Risicokinderen

Risicokinderen worden soms niet, te weinig of te laat gezien. Soms komen kinderen pas maanden later aan de beurt. Door tijdgebrek worden kinderen niet teruggezien of worden verzoeken van derden afgewezen en naar anderen verwezen, terwijl artsen de kinderen eigenlijk eerst zelf zouden moeten zien.

*‘Ik doe wat ik kan. Maar welke risicokind gaat voor welk ander risicokind? Ik probeer dus ook maar steeds meer terug te schuiven naar de verpleegkundigen. En wie het hardst mijn aandacht trekt krijgt het eerst een afspraak. Maar inmiddels vind ik het aardig hopeloos worden en mis ik al veel langer het overzicht.’*  
*‘Er zijn veel kinderen waar ik naar aanleiding van signalen extra actie op zou willen zetten maar de tijd ontbreekt.’*

*‘Ik heb de indruk dat ik kinderen mis. Je bent veel tijd kwijt met administratie (tijdschrijven andere formulieren etc. vanuit de eigen organisatie!). Dit gaat wel ten koste van. Een frustratie is ook dat je niet alles kunt oplossen natuurlijk. Dit vreet wel eens aan je. Soms is er al een gezinsvoogd, maar zie je het gezin afglijden. Behalve signaleren kun je dan niet veel meer doen.’*

*‘We worden afgerekend op het aantal onderzoeken per jaar. Hoe meer tijd besteed aan een kind, hoe minder productie.’*

### Dossiervorming

Er is vaak onvoldoende tijd om alle dingen die besproken zijn direct te noteren. De dossiervorming gebeurt vaak summier. Verslagen blijven soms weken liggen en telefoontjes worden te lang uitgesteld. Het registreren en de dossiervorming gebeurt nogal eens na werktijd. In eigen tijd thuis of in overuren.

*‘Dossiervoering is eerste maar niet minst belangrijke wat er bij in kan schieten. Belang van goede registratie ook in geval dat collega’s taken moeten overnemen en JGZ altijd bereikbaar en verantwoordelijk is. Dus*

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

wanneer verwachting is dat JGZ verantwoordelijk is dan moeten hiervoor ook de middelen(=tijd) en organisatie (= CJG teams, bereikbaarheid) voldoen.'

'Kinderen die veel zorg nodig hebben kosten je veel tijd en veel overleg. Al de acties, die ik onderneem kan ik soms door tijdgebrek niet naar behoren uitschrijven. Vaak is dat dan de sluitpost en tegen de tijd dat ik er aan toe kom ben ik een deel vergeten.'

'Wanneer ik tussendoor 'uit het hoofd' met een ouder of leerkracht overleg heb gevoerd, blijkt later dat ik ben vergeten wat ik moet opschrijven. Er is kortom het gevoel dat de tijd ontbreekt om secuur te werken en daarmee val je later in je eigen kuil.'

'De rapportages voor het Speciaal Onderwijs vragen veel tijd, meestal neem ik werk mee naar huis om het bij te houden.'

### 5.4. HET BEREIK

Aan de contactpersonen is gevraagd hoe het bereik is van hun organisatie en of het bereik in alle werkgebieden hetzelfde is. Van de 19 contactpersonen hebben er 16 deze vraag ingevuld. De overige 3 niet, twee daarvan zeggen dat het bereik verschillend is per werkgebied.

In de meeste regio's is het bereik tussen de 85-90 procent of 95 procent of hoger voor de verschillende contactmomenten. Het bereik lijkt het laagst in klas 2 (tabel 9), hoewel de contactpersonen aangeven dat er verschillende werkwijzen zijn op de scholen voor voortgezet onderwijs. Hierdoor is het bereik lastiger te bepalen.

**TABEL 8. HET BEREIK**

	95% of hoger	85-90%	70-80%	onbekend
Groep 2	9 regio's	7 regio's		
Vaccinatie 9 jaar	9 regio's	6 regio's		1 regio
Groep 7	8 regio's	6 regio's		2 regio's
Klas 2	2 regio's	8 regio's	5 regio's	1 regio

### NIET VERSCHIJNEN ZONDER BERICHT

**'Ja, wij hebben een beleid indien kinderen zonder bericht niet verschijnen op het bureau', zegt 89 procent van de artsen.**

Artsen uit alle GGD-regio's geven aan actief beleid te voeren om kinderen in de JGZ te krijgen, beleid dat er vooral op is gericht dat in elk geval risicokinderen niet uit het zicht verdwijnen. Indien na 2 of drie keer

oproepen een kind niet verschijnt, volgt meestal overleg met school en wordt gekeken of het een risicokind betreft. Zeker bij risicokinderen wordt actie ondernomen: bellen met ouders, een huisbezoek of traceer- of bemoeizorg. Als na informatie blijkt dat een kind geen risicokind is wordt het traject meestal afgesloten.

*‘Indien ouders geen onderzoek willen en school wel zorgen heeft dan volgt een huisbezoek door verpleegkundige.’*

*‘Indien geen reactie dan risico-inschatting maken door dossier en informatie school of mensen bellen en bij risicokinderen inspanning leveren om ze toch via school te motiveren om te komen of bemoeizorg inschakelen; huisbezoek verpleegkundige.’*

*‘Bij twee maal niet verschenen zonder bericht wordt bij weinig zorgen het kind niet nog een keer opgeroepen en wordt het dossier opgeborgen. Zijn er wel veel zorgen dan gaat de jeugdarts de ouders bellen en school inlichten en wordt er een derde afspraak gemaakt. Dan weer niet verschijnen en nog veel zorgen, dan wordt bemoeizorg ingezet.’*

*‘Eerst nog een keer uitnodigen of vragen of de ouders contact willen opnemen of als de school het echt nodig vindt nog een keer. Maar alle beleid staat of valt met het hebben van voldoende inzetbaar personeel.’*

## HUISBEZOEKEN

**‘Ja, ik kan voor alle kinderen zo vaak als nodig is een huisbezoek laten uitvoeren’, vindt 16 procent van de artsen.**

Bijna 84 procent van de artsen vindt dat hij/zij onvoldoende een huisbezoek kan laten uitvoeren door een JGZverpleegkundige. 124 artsen hebben deze vraag ingevuld.

**TABEL 9. HUISBEZOEKEN**

Wanneer huisbezoeken	aantal artsen
Zo vaak als nodig	20 (16%)
Alleen voor risicokinderen is voldoende tijd	26 (21%)
Onvoldoende tijd voor alle huisbezoeken	39 (32%)
Ook voor risicokinderen is er maximum	38 (31%)

53 procent van de artsen vindt dat er onvoldoende tijd is voor huisbezoeken voor alle kinderen, nog eens 21 procent vindt dat alleen voor risicokinderen voldoende tijd is.

### 5.5. WERKDruk

#### 'Ik ervaar geen werkdruk', vindt 7 procent van de artsen.

93 procent van de 126 jeugdartsen die deze vraag hebben ingevuld ervaart op enige wijze hoge werkdruk (tabel 10). De werkdruk wordt mede bepaald door nevenfuncties en tijdelijke taken zoals EKD-ontwikkeling, opleiding of coaching collega's of de HPV inhaal campagne. Volgens de meeste artsen is het een structureel probleem.

**TABEL 10. WERKDruk**

	Aantal artsen
De werkdruk is erg hoog	87 (69%)
Pauzes schieten er bij in	86 (68%)
De bureaus lopen uit	43 (34%)
Werkt structureel over	69 (55%)
Anders	17 (14%)

*'Ik heb structureel volgens planning dit jaar meer dan 200 uur te kort om mijn programma uit te voeren, zonder dat hier actie op wordt ondernomen.'*

*'Het is heel frustrerend te weten dat je voordurend achter het werk aanloopt. Kinderen niet kan zien die je eigenlijk wel moet zien. Ik doe wat ik kan maar er is geen doorkomen aan.'*

*'Druk wordt mijns inziens deels veroorzaakt door de onevenredig hoge verwachtingen die worden gesteld aan de JGZ: we zijn verantwoordelijk voor de veiligheid van alle kinderen (aldus de inspectie). We moeten verantwoorden wanneer we iets wel hebben gedaan of wanneer juist niet. Hieruit is inmiddels een gigantische administratieve brei voortgekomen. Enerzijds verhelderend maar het kost wel TIJD.'*

### 5.6. SAMENWERKING

#### 'Ik heb geen problemen met doorverwijzen', zegt 44 procent van de artsen.

Meer dan de helft van de artsen heeft wel problemen met doorverwijzen. 118 artsen hebben deze vraag beantwoord. De grootste problemen lijken er te zijn met verwijzing naar Bureau Jeugdzorg en de kinder-



psychiatrie. Er zijn regelmatig wachtlijsten. Dit is soms zelfs bij het AMK het geval. Bij de gespecialiseerde thuiszorg is vooral de bureaucratie van het CIZ een doorn in het oog.

De hulpverlening is soms traag, het kan bijvoorbeeld lang duren voor het Bureau Jeugdzorg actie onderneemt. Ouders en jongeren ervaren nogal eens een te hoge drempel en haken af. Als een van de grootste problemen wordt ervaren dat de terugkoppeling ontbreekt. Maar er zijn ook positieve ervaringen en soms wordt snel hulp geboden.

**TABEL 11. PROBLEMEN MET DOORVERWIJZEN**

Instantie	aantal artsen
Bureau Jeugdzorg	55 (47%)
Kinderpsychiatrie	50 (42%)
AMK	24 (20%)
Gespecialiseerde thuiszorg	24 (20%)
Schoolbegeleidingsdiensten	11 (9%)
Medische specialisten	6 (5%)
VTO-team	1 (1%)
Anders	3 (3%)

*'Het doorverwijzen op zich is geen probleem maar door wachtlijsten raken ouders en jongeren hun motivatie soms kwijt. Er wordt te snel opgegeven als ouders geen hulpvraag kunnen verwoorden, bij niet verschijnen wordt er soms van uitgegaan dat er geen interesse meer is.'*

*'Lange wachttijden. Te weinig budget voor schoolbegeleidingsdienst. Voorpost BJZ werkt niet goed. Maar met allemaal soms ook een heel flitsende actie die wel goed loopt, vooral wanneer je persoonlijk degene kent die je moet hebben.'*

*'Schoolbegeleiding; als potje op is geen mogelijkheid meer ook al heeft kind het wel nodig; school komt dan bij mij met oneigenlijke hulpvraag.'*

*'Gespecialiseerde gezinszorg via de CIZ is een zeer ingewikkeld proces van aanvragen en een belachelijk iets wat bedacht is door managers die niets van de praktijk weten.'*

*'Je hoort te weinig terug van hen ( de uitzonderingen daargelaten), moet er zelf achteraan zitten, terwijl wij toch een centrale keten zijn.'*

*'Weinig tot geen terugkoppeling. Geen signaal indien BJZ hulp stopt of als cliënten niet meer naar BJZ gaan.'*

**74 artsen geven voorbeelden van goede samenwerking met de jeugdhulpverlening**

Goede ervaringen zijn er vooral als de lijntjes kort zijn en er snel overdracht kan plaatsvinden. Structureel overleg zoals plaatsvindt in zorgnetwerken, buurtnetwerken en zorgadviesteams helpt om elkaar te leren kennen zodat men elkaar makkelijk weet te vinden. Persoonlijk contact is een essentiële voorwaarde voor goede samenwerking.

*‘Via de groep Jeugd en gezin van de gemeente. Hierin zijn scholen, peuterspeelzaal, bureau Halt, Bureau Jeugdzorg, maatschappelijk werk en JGZ 0-4, JGZ 4-19 vertegenwoordigd.’*

*‘Binnen zorgadviesteams veel inzet van de betrokkenen vanuit verschillende disciplines.’*

*‘Soms snel (telefonisch/mail) overleg en snel samen afstellen wat er kan en wie wat doet.’*

*‘GGZ heeft een vaste contactpersoon die je kunt bellen met vragen en problemen en hij regelt altijd wel iets goeds.’*

*‘Doorzettingsvermogen van jeugdbeschermers door de bureaucratie van het MDO van BJZ heen, zodat de nodige zorg die ik alleen via dat MDO van die andere organisatie kan aanvragen, er ook komt.’*

**57 artsen geven voorbeelden van slechte samenwerking met de jeugdhulpverlening.**

Zoals hierboven al beschreven zijn er slechte ervaringen met de wachtlijsten, bureaucratie waardoor ouders en jongeren afhaken. Terugkoppeling ontbreekt, de jeugdarts weet vaak niet dat er een voogd is in een gezin. Het is niet altijd duidelijk wie verantwoordelijk is als een kind of gezin op een wachtlijst staat. Er wordt nogal eens naast elkaar heen gewerkt en soms worden dingen dubbel gedaan.

*‘Als er wachtlijsten zijn en kinderen tussen wal en schip belanden, wanneer ze van de ene instantie naar de andere verwezen worden en de zorg niet gecontinueerd wordt tot aan overname. Kinderen vallen in een gat. Als kinderen al bekend zijn/waren bij instantie maar dossier is gesloten, opnieuw dossier vorming maar wachttijd. In specifieke gevallen moet naar de situatie gekeken worden en niet sec naar de regels.’*

*‘Ik vind de berichtgeving te eenzijdig. Ik ben degene die contact opneemt. Andersom komt zelden voor.’*

*‘Voogden nemen te weinig/geen contact op met school, GGD, huisarts etc. zo krijgen ze nooit een goed beeld van een gezin.’*

*‘Ouders geven aan dat ‘er geen pijn te trekken is’ op de gezinsvoogd, wat hij of zij zal betekenen voor het gezin, wanneer hij of zij langs zal komen. Soms is dit begrijpelijk (als een onaangekondigd huisbezoek tot de diagnostiek behoort) soms ook totaal niet.’*

*‘De volwassenenpsychiatrie zet nog steeds matig in op patiënten met kinderen. Dat is wel eens frustrerend. De laatste tijd lopen we er vaker tegen aan, dat er steeds meer zorgen zijn om een gezin, uiteindelijk volgt er toch een melding, en gaat het door naar de Raad. Hier is vaak een wachttijd. Als er dan een maatregel wordt uitgesproken is het het wachten wel waard geweest. Maar met regelmaat is dit ook niet*

*het geval en laat de Raad het gaan zonder verdere aanbevelingen. En ben je als hulpverlener weer helemaal terug bij af. Ik heb het idee dat de Raad zich niet realiseert wat het voor de mogelijkheden van de hulpverlening betekent welke uitspraak zij doen.'*

*'Een gezin waarover een zorgmelding was gedaan door de politie. Wij hadden ook veel zorgen en contacten met gezin. Met moeder overeengekomen dat ik contact zou opnemen met BJZ omdat daar toch al een melding was en zou zorgen dat moeder een bepaalde hulpverlener kreeg. Om deze reden wilde ze uiteindelijk meewerken aan hulp. Blijkt zorgmelding nog op de plank te liggen centraal. Toezegging dat ik gebeld zou worden door degene, die in de regio met de zaak verder zou gaan. Wederom achterna gebeld, want niets meer gehoord. Later bericht van AMK gekregen. Waren ook bij moeder geweest en hadden hetzelfde plan opgesteld met moeder wat ik al ook had gedaan . Zonde van al het werk en veel tijd overheen gegaan.'*



## 6. RESULTATEN: KWALITEIT PERSONEEL

### 6.1. OPLEIDING VAN DE ARTSEN

Het overgrote deel van de 178 jeugdartsen die de enquête hebben ingevuld, is arts M&G (63 procent), 24 procent is jeugdarts en 9 procent heeft een applicatie- of introductie cursus gevolgd. Ook aan de contactpersonen is gevraagd wat de opleiding is van de bij hun instelling werkzame artsen.

**TABEL 12. OPLEIDING JEUGDARTSEN (OPGAVE 19 CONTACTPERSONEN)**

opleiding	Totaal aantal artsen
Artsen M&G	160 (51%)
Artsen eerste fase	60 (19%)
– TNO	37
– Overgangsfase	23
Artsen in opleiding	27 (8%)
Basisartsen	39 (12%)
onbekend	32 (10%)
Totaal	320

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

De contactpersonen geven aan dat bij 8 GGD'en opleidingen niet verplicht zijn, soms worden ze wel geadviseerd. In 9 GGD'en is de opleiding tot jeugdarts verplicht, hoewel er niet altijd een goed scholingsplan ligt of een actief beleid. Van 2 GGD'en zijn de gegevens hierover niet bekend.

### Vergoedingen van opleidingen

Er zijn verschillen tussen GGD'en wat betreft de vergoedingen van de opleiding. De kosten van de introductie cursus –inclusief reiskosten– wordt meestal, maar niet altijd, vergoed. Er vindt veelal geen vergoeding van uren plaats; deelname aan de introductie cursus gebeurt vaak buiten werktijd. De 1<sup>e</sup> fase, de opleiding tot jeugdarts, wordt vrijwel door alle GGD 'en vergoed, inclusief de reiskosten. Deelname vindt grotendeels plaats in werktijd. Er is nogal eens een restrictie in het aantal artsen dat tegelijkertijd in opleiding mag. Er is veel onduidelijkheid over de 2<sup>e</sup> fase van de opleiding tot arts M&G. Soms vindt er wel, soms vindt er geen vergoeding plaats. Meestal is dit onbekend omdat er geen artsen M&G opgeleid worden door de GGD. Als reden waarom de opleiding (2<sup>e</sup> fase) niet vergoed wordt, wordt aangegeven dat er onvoldoende financiële middelen zijn of dat er geen subsidie voor is.

**TABEL 13. VERGOEDING VAN OPLEIDINGEN**

(totaal aantal GGD'en = 18)

	Opleidingskosten			
	Geheel	deels	niet	onbekend
Introductie cursus	10	-	3	5
Overgangsfase	7	-	-	11
1e fase	14	-	-	4
2e fase	4	-	2	12

  

	Reiskosten			
	Geheel	deels	niet	onbekend
Introductie cursus	10	-	3	5
Overgangsfase	7	-	-	11
1e fase	13	-	-	5
2e fase	3	-	2	13

  

	In Werktijd			
	Geheel	deels	niet	onbekend
Introductie cursus	3	6	3	6
Overgangsfase	3	2	-	13
1e fase	9	5	-	4
2e fase	1	3	2	12

*'Of de financiering een probleem is weet ik niet, maar er mag maximaal maar één basisarts tegelijkertijd aan de opleiding tot jeugdarts deelnemen. Pas als deze zijn/haar opleiding heeft voltooid, kan de volgende instappen in de 'carousel'. Hierdoor kan de wachttijd oplopen tot meer dan twee jaar voor een nieuwe medewerker zónder vereiste vooropleiding ook kan starten.'*

## 6.2. ARBEIDSVOORWAARDEN

**'Ik ervaar geen problemen met arbeidsvoorwaarden' vindt 36 procent van de artsen.**

64 procent van de artsen ondervindt wel problemen. 124 artsen hebben deze vraag ingevuld. Er zijn problemen met werkoverleg en vooral met overuren. Er worden veel overuren gemaakt, maar deze worden niet uitbetaald en moeten gecompenseerd worden binnen het beschikbare rooster. Dat lukt vaak niet waardoor artsen te lang en te vaak in hoog tempo werken.

**TABEL 14. ARBEIDSVOORWAARDEN**

	Aantal artsen
Geen of nauwelijks werkoverleg	27 (22%)
Veel (betaalde) overuren	22 (18%)
Overuren niet betaald	31 (25%)
Overuren volgende maand in mindering	26 (21%)
Anders	20 (16%)

*'Officieel moeten overuren worden gecompenseerd door in de week erop minder te werken. Niet realiseerbaar door verplichte bijeenkomsten (ZAT, MD-TEAMS, overleggen op GGD, etc) en door het halen van de jaarplanning. In concreto werk je dus pro deo over.*

*'Voor 2009 worden overuren niet meer betaald, moeten in dezelfde maand opgenomen worden, ik weet niet meer hoe ik mijn werk kan afmaken. Op bijscholingen gaat ook fors gekort worden.'*

## 6.3. SCHOLING EN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING

Voor deze vraag is informatie verkregen bij contactpersonen van 17 GGD'en. Al deze GGD'en vergoeden scholing en deskundigheidsbevordering. Wel zijn er zijn verschillen in vergoedingen tussen GGD'en. Er zijn meestal beperkingen in vergoede tijd, budget, aantal personen dat een bijscholing mag volgen etc. De vergoedingen voor symposia zijn meestal naar rato van het dienstverband.



**TABEL 15. HET VERGOEDEN VAN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING PER GGD BIJ 17 GGD'EN**

implementatie EKD	14 (82%)
Certificering HKZ	12 (71%)
Invoeren protocollen en standaarden	14 (82%)
Implementatie opvoedingsondersteuning	13 (76%)
Deelname intercollegiale toetsing	17 (100%)
Wetenschappelijke dagen beroepsvereniging	10 (59%)
(provinciale) refereercyclus	11 (65%)
congressen/symposia	14 (82%)
anders	

*‘Voor bovenste 3 scholingen geldt dat deze vaak intern worden georganiseerd, ook Inter Collegiale Toetsing is in werktijd. Congressen, refereercyclus en wetenschappelijke dagen zit inderdaad een maximum aan en ook maximaal 2 artsen per keer. Helaas kan ik deze bedragen nu niet ergens terugvinden. Ook scholing voor opvoedingsondersteuning zal gebeuren als Triple P wordt ingevoerd. Nu lijkt het of alles vergoed wordt, maar dat is zeker niet zo, men moet goed beargumenteren als je ergens heen wilt en het wordt lang niet altijd gehonoreerd.’*

Ondanks de beperkingen vindt 65 procent van de 121 artsen die deze vraag hebben ingevuld dat hun organisatie hen voldoende financieel tegemoet komt wat betreft scholing en deskundigheidsbevordering. 83 procent is van mening dat de CAO op dit punt voldoende wordt nageleefd.

*‘Per arts slechts 250 euro per jaar. Dit bedrag is al zes jaar niet gewijzigd, terwijl scholingen fors duurder zijn geworden.’*

*‘Op zich is onze GGD heel goed. Wat ik echter over het algemeen van de JGZ vind is dat er een erg klein budget is. Wij mogen op zich betaald naar alle AJN dagen en PAOG JGZ. Dit samen levert op zich voldoende accreditatiepunten op. Echter er is niet voldoende budget om een specifiekere cursus te volgen, die jezelf nodig vind om jezelf te ontwikkelen.’*

*‘Voor scholing en accreditatie (in mijn geval noodzakelijk wil ik mijn registratie als arts M&G behouden) mag ik vanuit de GGD maar 20 uur scholing en intercollegiale toetsing per jaar volgen en dit is inclusief interne scholing, maar die is niet altijd geaccrediteerd. In totaal is dat te weinig voor de accreditatie en moet er ook in eigen tijd en voor eigen geld iets gedaan worden.’*

*‘Naar bijscholing mogen maar 2 collega’s, dat is lang niet altijd handig (denk bijvoorbeeld aan de AJN dagen, deze zijn er ook om te netwerken). Ik vind dat wij vrijer zouden moeten zijn in onze persoonlijke keuzes. Vaak gaan er nu meerdere mensen op eigen kosten ergens heen.’*

*‘Meeste bijscholing voor mijn herregistratie doe ik in eigen tijd voor eigen geld, zo voel ik mij ook het meest vrij in mijn keuze.’*

### **6.4. SALARIËRING EN DIENSTVERBAND**

Onder 121 de artsen in de enquête die deze vraag hebben ingevuld zit 55 procent in schaal 12, 20 procent zit lager in schaal 10 of 11 (respectievelijk 3 en 17 procent). 25 procent zit hoger namelijk 12 procent in schaal 13 en 13 procent in schaal 14 of soms zelfs 15. Vanaf schaal 14 betreft het verworven oude rechten. De meeste artsen uit de enquête JGZ 0-4 jaar (78 procent) zitten in schaal 60 of 65, wat een aanmerkelijk lager salaris betekent.

*‘Artsen starten in 10 na eerste fase in 11, na tweede fase naar 12 en bij langdurig werkzaam zijn naar 13.’*  
*‘De toenemende te dragen verantwoordelijkheid die aan de JGZ wordt opgelegd, doet wel twijfelen of het verschil met andere medische specialisten nog reëel is. Dit geldt overigens ook voor het salaris van verpleegkundigen.’*

#### **Dienstverband**

Een op de vijf jeugdartsen werkt in fulltime verband. Van de overige artsen doet 44 procent dit niet omdat ze de werkbelasting daarvoor te groot vinden, 55 procent niet om privéredenen.

*‘Mijn ambitie is zorgverlenen. Op dit moment te weinig mogelijkheid in mijn werk om hieraan te werken. Dit frustriert. De werkgever zegt dat je veel werktijd hieraan moet besteden, echter in de praktijk is dat niet meer haalbaar.’*

## 7. CONCLUSIE EN BESCHOUWING

Kinderen hebben ongelijke kansen, zelfs al vanaf de geboorte maken kinderen een ongelijke start. Volgens de verklaring van de rechten van het kind hebben alle kinderen recht om gezond, veilig en met plezier op te kunnen groeien en hun talenten te kunnen ontwikkelen.

Het is goed dat we in Nederland een uniek systeem van jeugdgezondheidszorg kennen. Vooral gericht op preventie en vroegopsporing van problemen en het begeleiden van ouders en kinderen. 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. De JGZ heeft een hoog bereik, ook onder kinderen uit arme gezinnen.

Het is dan ook terecht dat het kabinet Balkenende IV de JGZ een belangrijke plaats heeft gegeven in de Centra voor Jeugd en Gezin. De potentie van de JGZ wordt inmiddels erkend. Terecht krijgt deze zorg steeds meer taken toegewezen zoals het opsporen van overgewicht, taalproblemen, gedragsstoornissen, zorgcoördinatie, verwijzindex en ddJGZ. Voorwaarde is wel dat de JGZ-teams dan voldoende ruimte krijgen om deze ambities waar te maken. Dat blijkt niet het geval te zijn. Niet in de JGZ van 0-4 jaar zoals uit eerder onderzoek blijkt.<sup>25</sup> Ook niet in de JGZ van 4-19 jaar zoals de resultaten uit deze enquête laten zien.

25 Kansen voor alle kinderen? Ineke Palm, Marianne Langkamp, Marianne Brackel, februari 2008.

### **KEUZE TUSSEN 'ALLE KINDEREN ZIEN' OF 'RICHTEN OP RISICOKINDEREN'**

De tijd ingeruimd voor de periodieke onderzoeken (in groep 2, 7 en klas 2) ofwel de PGO's is te krap bemeten. Zeker als er veel risicokinderen zijn zoals in achterstandswijken. Bijna 40 procent van de artsen vindt het huidige zorgaanbod van PGO's onvoldoende.

Mede vanwege gebrek aan geld en tijd gaan steeds meer GGD'en over naar risicogericht werken, meestal via een triagemodel. De kinderen worden dan door de doktersassistentes gezien en zichzelf of hun ouders vullen vragenlijsten in. Indien nodig komen kinderen vervolgens bij verpleegkundige of arts. Bijna een derde van de onderzoeken op de JGZ 4-19 jaar wordt op deze manier uitgevoerd of zal binnenkort zo worden uitgevoerd. Op de plekken waar dit al gebeurt, denken de meeste artsen dat dit onderzoek onvoldoende is of zijn de meningen hierover verdeeld. Er is geen onderzoek gedaan naar de effecten ervan. Een van de artsen: *'De beredenering is meer tijd voor risicokinderen. Mensen in de praktijk ervaren dat niet zo en maken zich zorgen dat zij juist risicokinderen missen.'*

Ook voor de noodzakelijke vervolcontacten is de tijd te krap bemeten. Er is een maximum aan het percentage kinderen dat mag worden teruggeroepen, het aantal keren dat kinderen mag worden teruggeroepen en het aantal minuten per keer. 55 procent van de artsen vindt dit onvoldoende. Dat betekent dat artsen voortdurend moeten kiezen, tussen alle kinderen volledig onderzoeken of een deel van deze tijd inzetten voor het volgen van kinderen waar iets mee aan de hand is.

*'Als jij als professional denkt dat een kind op controle moet, dan moet je het ook kunnen uitvoeren en niet laten zitten omdat er geen tijd voor is'*, zegt een van de artsen.

Over de oorzaken van risicogericht werken en de krappe tijd maken de artsen in deze enquêtes zich evenals de artsen in de JGZ van 0-4 jaar geen illusies. Volgens meer dan de helft van de artsen gaat het om gebrek aan geld of bezuinigingsmaatregelen. Vele artsen wijzen ook op de overbelasting van de artsen.

### **RISICOKINDEREN BETER IN BEELD KRIJGEN**

Slechts 5 procent van de artsen denkt alle risicokinderen in beeld te hebben. 49 procent twijfelt daaraan en 46 procent weet zelfs zeker van niet.

Een aantal artsen denkt dat risicokinderen beter in beeld te krijgen zijn door betere samenwerking tussen de JGZ 0-4 en 4-19 jaar. Daarnaast kan de signalering door en samenwerking met school en andere ketenpartners zoals Bureau Jeugdzorg, buurt- en jongerenwerk, politie, huisartsen etc. CJG en VIR een belangrijke rol spelen.

Veel artsen denken ook dat er meer kan en moet gebeuren binnen de JGZ zelf. Door meer structurele contactmomenten, meer mogelijkheden voor huisbezoeken en meer tijd voor zorgcoördinatie en follow-up. Door betere bereikbaarheid en zichtbaarheid vanuit de wijk. Door betere instrumenten (vragenlijsten) en meer bevoegdheden voor de jeugdarts en JGZ. Door betere afspraken als het gaat om kinderen die niet verschijnen en een beter contact met bemoeizorg.

**RISICOKINDEREN MEER ZIEN**

Ruim 85 procent van de artsen is van mening dat ze –ondanks risicogericht werken en triage- risicokinderen niet de zorg kunnen bieden die nodig is. Dat is hetzelfde hoge percentage als bij de artsen in de JGZ van 0-4 jaar.

55 procent van de artsen van de JGZ 4-19 zegt risicokinderen niet, te weinig of te laat te zien. Artsen moeten voortdurend kiezen. Of de kinderen met wie het goed gaat niet zien, of delen van het Basispakket laten vallen, of kiezen tussen risicokinderen. Dossiervorming, ook niet onbelangrijk voor het opsporen van risicokinderen schiet er bij bijna 40% van de artsen regelmatig bij in.

**LEERKRACHT BELANGRIJKE SCHAKEL**

Veel onderzoeken vinden plaats op school. De beschikbaar gestelde onderzoeksruimten zijn door ruimtegebrek vaak ongeschikt; ze zijn te klein, gehorig, onvoldoende geventileerd of verlicht, niet schoon of er is gebrek aan privacy. Ondanks deze belemmeringen ervaren artsen ook voordelen van het onderzoek op school. Persoonlijk contact met de leerkrachten verloopt makkelijker en de opkomst is soms hoger.

Tijd voor nabesprekingen met leerkrachten is krap, mede omdat het aantal kinderen met specifieke problemen in het regulier onderwijs toeneemt.

De ervaring leert dat scholen met goedfunctionerende interne begeleiders of door de wol geverfde leerkrachten sneller en efficiënter samenwerken met de JGZ. De rol van intern begeleider en ZorgAdviesTeam is van cruciaal belang voor de inschatting van risicofactoren.

Medewerkers van de JGZ stimuleren leerkrachten steeds weer om de communicatie met ouders te onderhouden, een belangrijke voorwaarde voor overleg tussen JGZ en leerkracht. Mogelijk kan aan dit aspect ook in de opleiding voor leerkrachten extra aandacht worden besteedt.

**ONDUIDELIJKHEID OVER VERANTWOORDELIJKHEDEN**

In meer dan de helft van de GGD-regio's zijn Centra voor Jeugd en Gezin ingericht. Hoewel artsen het nut zien van de toegenomen mogelijkheid tot snelle verwijzing en overleg, zijn er ook bedenkingen. De voorbereidingen kosten veel tijd, soms wordt te snel en onvoorbereid gestart en is het teveel een prestigekwestie van de gemeente. Een aantal artsen maakt zich zorgen dat de CJG eerder voorportalen van de jeugdzorg worden en de artsen verworden tot opsporingsambtenaren.

De verwijzingsindex komt volgens de artsen moeizaam van de grond en is nog in weinig regio's functioneel. Er zijn twijfels onder de artsen over de werking en de juridische aspecten en of de JGZ er wel voldoende bij betrokken is.

De zorgcoördinatie, een belangrijke taak voor de JGZ binnen de CJG en de verwijzingsindex, is financieel nogal eens niet goed geregeld. Veel aandacht gaat uit bij beleidsmakers naar samenwerking met de jeugdzorg, de samenwerking met de gezondheidszorg is onderbelicht.

Artsen voelen zich onvoldoende betrokken bij alle nieuwe ontwikkelingen. Volgens een aantal artsen functioneren veel randvoorwaarden voor CJG's, verwijzindex en zorgcoördinatie nog niet goed en zijn vooral de verantwoordelijkheden nog niet goed geregeld.

*'Er zijn binnen onze organisatie te veel mensen die zich met van alles bemoeien maar onduidelijk blijft wie waarvoor de verantwoordelijkheid neemt.'*

### **EKD NIET ALTIJD ONDERSTEUNEND**

De meeste regio's werken nog niet met een digitaal dossier JGZ (DDJGZ). De voorbereidingen kosten veel tijd onder andere vanwege de aanbestedingen.

In de zes regio's waar er artsen werken met het DDJGZ, wordt in 5 regio's gebruik gemaakt van Kidos. De artsen zijn kritisch over het systeem. Men ervaart het systeem als dwingend, gebruiksonvriendelijk, onoverzichtelijk en het invoeren kost veel tijd. Voordeel is dat er snel gegevens van een kind kunnen worden opgezocht. Het systeem lijkt meer voor onderzoekers, beleidsmakers en politici gemaakt dan voor de zorg van het kind. Een van de artsen: *'Wij als artsen missen allerlei zaken die wij in het onderzoeksblad willen hebben en die er maar niet komen omdat er allerlei belanghebbenden zijn van wie de wensen voorgaan.'*

### **TE VER DOORGEVOERDE BUREAUCRATIE**

Veel artsen melden een enorme toename van de bureaucratie. Dat betreft een toename van vergaderen, eindeloos praten en overleggen. Er is een toename van overleggen waar de JGZ aan deelneemt. Op school, de zogeheten zorgadviesteams, en buiten de school, in buurtnetwerken en gemeentelijke overlegstructuren, bijvoorbeeld over kindermishandeling of schoolverzuim. Artsen vinden deze overleggen belangrijk, maar ook hier geldt echter weer dat de tijd die ervoor staat vaak onvoldoende is.

Alles vraagt meer registreren. *'Een weinig nuttige te ver doorgevoerde tijdvetende administratie, vastlopende printers, nieuw ingevoerde te weinig doorgedachte of uitgewerkte tijds- of verrichtingenadministratie'*, aldus een van de artsen. Een andere arts: *'van ieder telefoontje moeten we een registratie-formulier invullen sinds vorig schooljaar'*. Er is een verantwoordingscultuur ontstaan waarin van alles en nog wat moet worden geregistreerd. Sommige artsen melden een kloof tussen professionals en management, onbegrip voor wat er op de werkvloer gebeurt, logge organisaties en slechte planning met meer aandacht voor kwantiteit dan voor kwaliteit.

### **MEER AANDACHT VOOR PUBERS**

Het bereik van de JGZ neemt af met de leeftijd. Wel zijn er verschillen tussen GGD's. Het bereik in klas 2 is in 5 regio's slechts 70-80%. Pubers worden slecht bereikt. Artsen geven aan weinig contact te hebben met pubers ná het onderzoek in klas 2. Veel jongeren zijn buiten beeld.

Het Centrum Jeugdgezondheid van het RIVM heeft voorgesteld een 15/16-jarig contactmoment in te voeren omdat deze leeftijdsfase gekenmerkt wordt door grote lichamelijke en psychosociale veranderingen en risicogedrag de gezondheid negatief kunnen beïnvloeden. In dit onderzoek geven artsen uit vier GGD-regio's aan dat in hun regio al een 15/16-jarig contactmoment is ingevoerd. Een aantal artsen uit de overige regio's geven aan dat zij dit wenselijk zouden vinden met het oog op een betere opsporing van risicokinderen.

### **VOORTDUREND ACHTER HET WERK AANLOPEN**

93 procent van de jeugdartsen ervaart op enigerlei wijze hoge werkdruk. Dat is minder dan bij de JGZ van 0-4 jaar (bijna 100 procent) maar nog steeds bijzonder hoog. De werkdruk is hoog, pauzes schieten er bij in, bureau's lopen uit en mensen werken structureel over. *'Het is voortdurend achter je werk aanlopen, kinderen niet zien die je eigenlijk wel moet zien.'*

Het zijn geen ideale omstandigheden om risicokinderen op te sporen en te begeleiden. Hier moet tijd en ruimte zijn voor aandacht, reflectie en overleg. Haasten en afraffelen past hier niet. Maar dat gebeurt helaas wel.

### **STRUIKELBLOKKEN BIJ VERWIJZING**

Meer dan de helft van de artsen geeft aan problemen te hebben met doorverwijzen. Dat is aanmerkelijk minder dan bij de artsen JGZ 0-4 jaar (driekwart) maar nog steeds een hoog percentage. De grootste problemen zijn er met het Bureau Jeugdzorg en de kinderpsychiatrie. Het op gang zetten van hulp valt niet mee, er zijn vaak wachtlijsten en de hulpverlening is soms traag. Een van de grootste problemen voor de artsen is dat de terugkoppeling ontbreekt. Er komt geen enkel signaal als de jeugdzorg stopt of mensen niet meer komen.

Er zijn wel goede ervaringen met structureel overleg en met korte lijnen. Essentieel is persoonlijk contact met hulpverleners uit andere instellingen.

### **PROFESSIONALISERING**

78 procent van de respondenten is jeugdarts of in opleiding hiervoor, het merendeel is tevens arts M&G (51 procent). Het opleidingsniveau is hiermee hoger dan in de JGZ 0-4 jaar (63 procent jeugdarts of in opleiding, weinig artsen M&G).

De opleiding tot jeugdarts wordt vrijwel altijd vergoed, de tweede fase (M&G) wisselend. Vergoedingen lijken hiermee beter geregeld dan bij de JGZ van 0-4 jaar.

De helft van de contactpersonen meldt dat de opleidingen niet verplicht zijn. Opvallend is het hoge percentage contactpersonen dat aangeeft niet precies te weten hoe de regelingen op organisatieniveau zijn rondom vergoeding voor opleidingen. Hier is mogelijk winst te behalen door voorlichting door beroeps- en belangenverenigingen. JGZmedewerkers moeten weten waar zij recht op hebben.

Twee op de drie artsen vindt dat de organisatie waar ze werken voldoende financieel tegemoet komt aan tussentijdse scholing en deskundigheidsbevordering. 83 procent vindt dat de CAO op dit punt goed wordt nageleefd. Artsen JGZ 4-19 jaar zijn op deze punten vaker tevreden dan de artsen JGZ 0-4 jaar. 64 procent van de artsen ondervindt problemen met de arbeidsvoorwaarden. Veel artsen hebben problemen met (over-)uren. 20 procent van de artsen 4-19 jaar zit in schaal 10 of 11 en vindt dit laag voor de functie-inhoud.

Een op de vijf jeugdartsen werkt fulltime. Minder dan de helft doet dat niet vanwege de hoge werkbelasting, de rest om andere redenen.

### **ARTSEN MET EEN MISSIE**

Veel jeugdartsen beschouwen hun vak als een belangrijke missie. Kinderen in ontwikkeling zijn en blijven het boeiendste wat er is. De artsen willen het verschil kunnen maken voor kinderen die bedreigd worden in hun gezondheid. De kern en de kracht van de jeugdgezondheidszorg is contact, contact tussen goed opgeleide en betrokken professionals, ouders, jongeren en kinderen. Vanuit dit contact en het vertrouwen dat het oplevert kan men oneindig veel doen. Ouders, kinderen en jongeren begeleiden bij hun gezondheid, het opgroeien en het opvoeden. Advies geven over gezond gedrag, voorlichting over de gevaren en risico's in jonge levens. In gesprek met en kijkend naar ouders, jongeren en kinderen onderzoeken of er risico's zijn die de ontwikkeling van een kind kunnen belemmeren. Samen zoeken naar een oplossing hiervoor en zonodig verwijzen voor nader onderzoek en hulp. Essentieel is wel dat ouders, jongeren en kinderen en de jeugdgezondheidszorg elkaar kennen. Er is niets zo erg als steeds wisselende artsen en verpleegkundigen en andere hulpverleners waarbij ouders, kinderen en jongeren steeds weer opnieuw hun verhaal moeten doen en waarbij er geen vertrouwen opgebouwd wordt.

Die kern van de JGZ dreigt te worden aangetast. Door het eeuwige tijdgebrek, het moeten kiezen tussen risicokinderen onderling en tussen risicokinderen en kinderen met wie het vandaag nog goed gaat.

Steeds minder contact, lager opgeleide en steeds meer versnipperde hulp. Een aantal hoogleraren hield in mei 2009 een warm pleidooi om meer geld aan de preventieve jeugdgezondheidszorg te besteden.<sup>26</sup>

De zorgen die zij uiten over enerzijds de overlading van de JGZ met nieuwe taken en anderzijds de verwaarlozing van de essentie van de JGZ worden in dit onderzoek onder de jeugdartsen 4-19 jaar onderstreept. Het beeld dat het onderzoek onder de artsen JGZ 0-4 jaar gaf, wordt hiermee bevestigd.

De uitkomsten van deze enquête weerspiegelen een sterk betrokken beroepsgroep. Professionals die niet loslaten, die opkomen voor hun beroepseer. Die strijd leveren om hun ambities waar te maken. Die 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

26 Maud Efting. Rouvoet verwaarloost jeugdgezondheidszorg. Volkskrant, 25 mei 2009.



nodig zijn om de professionele verantwoordelijkheid goed uit te kunnen voeren. Laten we deze artsen een centrale rol geven en gelijk de voorwaarden scheppen om deze verantwoordelijkheid waar te maken.



## 8. AANBEVELINGEN

Hieronder volgen aanbevelingen voor de gehele JGZ van 0-19 jaar, sommige aanbevelingen zijn specifiek voor de JGZ 4-19 jaar, in dat geval staat dat vermeld.

1. **Voldoende tijd. Dat betekent een goed systeem van periodieke onderzoeken voor alle kinderen, geen beperkingen vanwege financiële redenen. Ruimere tijden voor onderzoeken en noodzakelijke vervolcontacten.**
2. **Alle kinderen in de JGZ 4-19 jaar moeten worden gezien op alle contactmomenten door professionals. Geen vervanging door vragenlijsten, deze kunnen hoogstens aanvullend zijn. Onderzoek de effecten van triage door doktersassistenten voor het grootschalig ingevoerd wordt.**
3. **Voer een extra contactmoment in op 16-jarige leeftijd. Investeer in deze kwetsbare groep jongeren.**
4. **Investeer extra in huisbezoeken. Huisbezoeken kunnen hard nodig zijn om risicokinderen op te sporen en te begeleiden. Juist de laagdrempelige JGZ kan overal binnen komen. Het mag niet zo zijn dat noodzakelijke huisbezoeken niet worden uitgevoerd om financiële redenen.**
5. **Bereken of er voldoende extra gelden zijn voor de extra taken (CJG, VIR, EKD en overlegstructuren) en volledige uitvoering van de periodieke-, vervolgonderzoeken en huisbezoeken.**

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

6. Geef een toeslag voor risicokinderen zodat JGZ-teams hier extra zorg aan kunnen besteden.
7. Stel duidelijke functie-eisen op, artsen in de JGZ 0-19 jaar moeten minimaal jeugdarts zijn. 20% daarvan moet opgeleid worden als arts Maatschappij en Gezondheid. Zorg voor subsidiëring en vergoeding van deze opleidingen. Stel ook opleidingseisen vast voor verpleegkundigen en (dokters-)assistenten.
8. Zorg voor goede arbeidsvoorwaarden: voldoende grootte van de dienstverbanden zodat er minder in eigen tijd wordt gewerkt, een betere salariering (alle artsen JGZ in minimaal schaal 12) en een fatsoenlijke regeling voor opleiding en deskundigheidsbevordering. Mede om het artsentekort te bestrijden.
9. Stel nieuwe geormerkte budgetten voor de JGZ vast.
10. Pak de bureaucratie aan onder meer door het beperken van registratie-eisen. Geef de professionals meer autonomie.
11. Geef de JGZ-teams een sleutelpositie in de zorg rond de jeugd en binnen de Centra voor Jeugd en Gezin. Bij zorgcoördinatie horen bindende besluiten. Maak harde afspraken over wie wanneer de verantwoordelijkheid heeft.
12. Doe een snelle evaluatie naar de eerste ervaringen met het Elektronisch Kinddossier en zorg dat dit meer wordt ingericht op de zorg voor het kind.
13. Faciliteer de verwijsmogelijkheden van jeugdartsen binnen de eerstelijns gezondheidszorg, naar de GGZ, de medisch specialist en geïndiceerde jeugdzorg. Leg regels vast voor terugkoppeling naar de JGZ.
14. Zorg voor optimale samenwerking tussen de JGZ 0-4 en de JGZ 4-19 en voor verbetering van de samenwerking tussen jeugdgezondheidszorg, huisartsen, kindergeneeskunde en jeugdzorg.
15. Investeer meer in wetenschappelijk onderzoek voor en over de preventieve jeugdgezondheidszorg. Geef ondersteuning bij verdere ontwikkeling van standaarden en richtlijnen in de jeugdgezondheidszorg.

16. Geef extra aandacht aan projecten om verschillen in sociaal economische gezondheidsverschillen te verkleinen.
17. Onderzoek de ervaren werkdruk en arbeidsvoorwaarden binnen de alle beroepsgroepen in de jeugdgezondheidszorg (verpleegkundigen, artsen en doktersassistentes).
18. Streef naar vergroting van het bereik van de jeugdgezondheidszorg tot 95%, in het bijzonder bij jongeren 12-19 jaar.



## BIJLAGE 1 EEN BLOEMLEZING

### HET LEUKSTE EN BELANGRIJKSTE IN MIJN VAK IS...

*Contact met ouders en kinderen; het kunnen “meelopen” met hen en hen een stukje begeleiden.*

*Actief opsporen, preventief bezig zijn, laagdrempelig blijven, contact met kinderen en hun ouders, maatschappelijk bijblijven! Goed contact met ketenpartners en collega's.*

*Met beide benen in de maatschappij staan en hiervan leren hoe verschillende mensen leven. De vele verschillende typen ouders en kinderen zo goed mogelijk inschatten en begeleiden. Dit is elke keer weer een uitdaging.*

*Het is elke dag weer nieuw, en the natural history van een gezonde/normale ontwikkeling, daar is nog veel te weinig van bekend, want als je die kent, dan zou je feilloos weten bij welke kinderen dat niet zo is en hen de zorg proberen te bieden die ze nodig hebben.*

*De mix van uitvoering en beleid, van individueel en collectief, van ambacht en wetenschap, van gewoon goed en vreselijk rampzalig, van het feit dat gezinnen me een kijkje in hun keuken geven, enz, enz.*

*Het is een super vakgebied, in onze regio nog voor alle jeugdigen en laagdrempelig. Het steeds multidisciplinair werken. Boeiend en uitdagend. Een spel kunnen zijn in allerlei netwerken enz.*

*Contacten met de kinderen, altijd verrassend. Kom in contact met verschillende culturen en sociale milieus, kan problemen signaleren waardoor een kind geholpen wordt in zijn bestaan, schoolcarrière etc. Contacten met scholen.*

*Veel wisselende contacten, ieder kind is anders, elke ouder is anders, elke juf is anders. Een sport om uit te vinden wat voor elk kind het beste is, hoe je het vangnet voor elk kind gebruikt of organiseert en dat er ondanks alles nog zoveel dingen goed gaan.*

*Verschil kunnen maken voor kinderen die bedreigd worden in hun gezondheid en voor mij speciaal ook nog dat te kunnen doen in een wijk waar mensen het toch al moeilijk hebben.*

*Kleine winst behalen individueel en kijken naar het grote geheel en dan proberen iets te doen.*

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

*Ik denk dat de gezondheid van de bevolking slechts door preventie op een hoger niveau kan worden gebracht. Daar lever ik graag een steentje aan bij.*

*Het is een heel veelzijdig vak waarin je veel samenwerkt. Kinderen in ontwikkeling zijn en blijven het boeiendste wat er is. Het is bevredigend om gezinnen weer verder te helpen, als ze tegen problemen aanlopen.*

*Contact met ouders en kinderen en iets voor mensen kunnen betekenen door m.n. naar hen te luisteren en hen proberen te begrijpen. M.n. psychosociale problemen een uitdaging en verdiepend.*

*Contact met ouders en kinderen en de mogelijkheid om vroegtijdig zinvolle adviezen en hulp te verlenen, die het verdere leven van kinderen positief kunnen beïnvloeden.*

*Dat de JGZ een zeer uitdagend vak is met veel inspirerende contacten en een mooie missie.*

*Uitpluizen welke kinderen extra zorg nodig hebben en dat dan ook regelen.*

*Ouders en jeugdigen kunnen ondersteunen bij het opgroeien en opvoeden, hen laten genieten van het ontwikkelende kind en de kansen voor de toekomst zo open mogelijk maken met hen samen. Het contact met de ouders, ook de uitdaging met ontevreden of argwanende ouders, het persoonlijke aan die contacten, jezelf mogen laten zien en zo de ander kunnen laten vertrouwen.*

*Het contact met kinderen en pubers en hun ouders. Dagelijks voer ik fantastische gesprekken en probeer ik hen een helpende hand te bieden of hen te complimenteren met hun eigen inzicht en kracht.*

*Het frisse en sprankelende van het contact met kinderen; de afwisseling van elk consult (steeds omschakelen, elk gezin is weer anders); steeds op andere scholen en in andere dorpen komen (de ene dag zit je op een dorpsschooltje met slechts een paar klassen, de volgende dag op een school in een achterstandswijk in een grotere plaats); de heteroanamnese via de leerkrachten (zodat je een beter beeld krijgt van hoe een kind functioneert dan alleen in de momentopname tijdens het consult); de brede context waarin je de ontwikkeling van kinderen bekijkt en in beeld krijgt (veel leuker en breder dan in een ziekenhuis!).*

*Als staf: je mogen verdiepen in beleid en achtergronden en hierin adviseren en medewerkers ondersteunen: leveren van kwaliteitsverbetering. Als uitvoerend jeugdarts: van betekenis kunnen zijn kinderen/ouders en scholen.*



*Elk kind is er één. En elk kind is anders, zo ook de ouders. Preventie: het trachten te voorkòmen van medische- en sociaal-emotionele problemen.*

*Het contact met de kinderen en hulp kunnen bieden aan gezinnen bij de start van de jonge levens.*

*De diversiteit en onvoorspelbaarheid. Geen dag hetzelfde. Altijd scherp zijn.*

*Kinderen blijven speciaal. Het speciale kind blijft een uitdaging.*

*Door soms kleine oplossingen risicokinderen weer een stap vooruit helpen: met simpele middelen kinderen weer een beter toekomstperspectief geven.*

### **HET MINST LEUKE IN MIJN VAK IS...**

*Dat ik niet de kwaliteit kan leveren die ik zou willen en moeten leveren, vanwege slecht management op de GGD waardoor de gemeente niet meer wil betalen.*

*De veel te grote en daardoor logge en wat onpersoonlijke organisatie, die de GGD geworden is.*

*Het gevoel dat alles in minimale tijd moet. Het feit dat niet naar het beste maar naar (net) goed genoeg wordt gestreefd.*

*Altijd teveel moeten in te weinig tijd. Te weinig ruimte voor goed overleg met collega's. Een computersysteem dat juist tijd kost in plaats van dat het tijd oplevert, dat je het gevoel krijgt dat je geen mooi dossier aan kan leggen.*

*Altijd sneller moeten werken dan goed en prettig is. Het gesjouw met de onderzoeksspullen naar onderzoekslocaties. Het onbegrip/ het niet willen verantwoordelijk voelen voor de eigen managementtaken door de managers binnen de organisatie. De uitvoerenden lijken ondergeschikt aan het management. In principe lijkt de uitvoering niet hoog op de agenda te staan bij het management, terwijl ze zeggen de kwaliteit hoog in het vaandel te hebben, maar wel het aantal, dat ze kunnen rapporteren aan de financier (gemeente).*

*Te grote tijdsdruk. Veel te lage financiële compensatie, zowel qua salariëring als qua bevrozing van ons salaris (al jaren geen structurele loonsverhoging gehad -> laatste keer in 2007 met 0,3% omhoog).*

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

*Registreren registreren registreren registreren registreren.*

*Het zien van de risicovolle situaties waarin kinderen verkeren!!!!!!*

*Dat steeds meer anderen in de organisatie bepalen wat en hoe ik mijn vak als jeugdarts moet uitoefenen.*

*Te weinig overlegtijd met andere medewerkers (assistente, verpleegkundige, collega's) over bepaalde kinderen/gezinnen. Tijdsdruk tijdens PGO als er iets is met een kind. Dan is de tijd namelijk altijd te kort en soms weet je niet of deze mensen nog eens komen voor een vervolgspraak.*

*Waardering buiten de JGZ: alles moet en kan door JGZ, maar geen extra tijd en geld (introductie EKD, CJG, vaccinaties erbij, meer overleg).*

*Frustratie als het niet lukt en de administratie van futiliteiten als urenregistratie die op verschillende manieren bijgehouden moet worden.*

*De hoge werkdruk doordat je steeds meer taken krijgt die in dezelfde tijd moeten worden uitgevoerd. Waarbij de gemeenten keuzes moeten maken waarbij ik me afvraag of de betreffende ambtenaren weten waar het om gaat.*

*De voortdurende strijd tussen je vaststaande taken: namelijk de reguliere contactmomenten en de niet te voorspellen taken: zoals verzoeken van anderen/risicokinderen. Het lijkt wel alsof je voortdurend moet kiezen en klem zit, waardoor je nooit het gevoel hebt dat je alles zo kan doen als jij het wil. Dat je slecht wordt geïnformeerd door andere sectoren, zoals de GGZ/kinderartsen etc is ronduit frustrerend. Wat ook moeilijk blijft is dat ondanks al de inspanning, die jij levert je niet elk kind kunt behoeden voor een slechte toekomst. De druk die de samenleving momenteel op de JGZ legt om degene te zijn die dit wel kan, vind ik belastend.*

*Dat terugkoppeling na verwijzing niet altijd vanzelfsprekend is en het dus veel tijd kost om te achterhalen hoe de stand van zaken is. Als JGZ krijgen we de zorgcoördinatie en dit kan m.i. alleen als de ketenpartners JGZ ook als zodanig erkennen. Hopelijk gaat het CJG en de Verwijsindex hierin iets veranderen/verbeteren.*

*Werken in een logge organisatie. Communicatiekloof management en uitvoerenden. Gevoel niet altijd de hulp te kunnen bieden die je zou willen bieden.*

*De enorme werkdruk t.g.v. bureaucratisering en gebrekkige communicatie van de leiding naar/met de werkvloer.*

*Toch vaak de werkdruk, altijd het gevoel hebben dat je net niet dat kunt doen wat je denkt te moeten doen.*

*De administratieve rompslomp en last but not least dat er nog steeds zoveel kinderen in moeilijke situaties opgroeien in zo'n welvarend land.*

*In mijn ogen weinig nuttige te ver doorgevoerde tijdvreterende administratie, vastlopende printers of computers, traag of niet werkende computerverbindingen, nieuw ingevoerde te weinig doorgedachte of uitgewerkte tijd- en verrichtingenregistratie waarbij elke medewerker geconfronteerd wordt met tijdvreterende opstartproblemen. Een management dat geen begrip lijkt te hebben voor zaken waar de uitvoering niet mee uit te voeren kan en de voorkeur geeft aan tijd besteden aan administratie en indekken voor de politiek of voor eventuele calamiteiten boven echte zorgverlening.*

*De organisatorische druk en managementblik op het werk (productie draaien komt voor kwaliteit).*

*Zo afhankelijk zijn van de tijd die je door de 'baas' en de gemeente en de politiek gegund is om je vak goed uit te oefenen, en de wachtlijsten waar je tegen aanloopt bij instellingen waar je niet omheen kunt omdat je als GGD zelf de producten niet levert. Bovendien hebben we in het zuiden van Limburg een beperkte sociale kaart, wat ook wel eens frustrant is.*

*Het bedrijfsbureau. De planning gaat veel te vaak mis. Daardoor weinig flexibiliteit en geen baas over eigen agenda. De contacten met ouders worden slechter doordat er zo veel mis gaat.*

*Om alle kinderen te kunnen zien is de druk om veel spreekuren te houden en snel er doorheen te gaan erg groot. Daardoor is er te weinig tijd voor overleg met huisartsen, kinderartsen en andere instanties. Daardoor duurt het soms lang voordat ik iets kan afronden en krijg je het gevoel in gebreke te blijven. Het werk kan me dan echt op mijn nek zitten. Dan neem je het mee naar huis, terwijl ik weet dat ik er thuis niet aan toekom om een huisarts te gaan bellen (heb zelf een gezin, dus dan wel andere dingen te doen) en daar kan ik me dan erg schuldig over voelen. Maar een dag in je agenda blokkeren als administratie is ook weer vervelend.*

*De overdaad aan administratie registratie, met name het elektronische dossier zoals het nu werkt, maar ook bijvoorbeeld de tijdsregistratie is ingewikkeld, en vreet tijd. Het gevoel dat het heel moeilijk is om ideeën van de werkvloer duidelijk te maken aan het management, vaak voel je je eraan overgeleverd.*

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

*Het registreren van van alles en nog wat, met name m.i. om te checken wat we doen en niet om de inhoud.*

*Uitholling van het vak, bureaucratie, meer back-office functie. Meer tijd kwijt zijn aan registreren/rapportages etc dan daadwerkelijk het kind onderzoeken.*

*Dat mijn vak vernield wordt door technocraten.*

*Het kost heel veel energie, verantwoordelijkheid die bij ons wordt neergelegd is te groot, voel me steeds meer een opsporingsambtenaar.*

*Het eeuwig moeten “verdedigen” van je vak (NB NIET naar ouders en scholen maar naar bestuur en gemeenten vanwege de financiën) geen landelijke eenduidigheid over de invulling van je vak.*

*De afhankelijkheid van gemeente als het gaat om financiering. We moeten alles signaleren maar krijgen daar niet te bijbehorende middelen voor. De politiek is hierin behoorlijk hypocriet.*

*Het management, het steeds maar weer moeten vechten voor je plekje.*

*De administratie eromheen zoals een planbureau dat niet voldoende functioneert en waar je ook veel energie in moet stoppen om afspraken goed te laten lopen.*

*Hoge werkdruk; management dat denkt dat je bijna machinaal kindjes kunt zien en dus ook weinig inziet dat het niet altijd allemaal zo snel en simpel is.*

*De administratieve werkzaamheden. Ik heb dat in deze enquête nog niet kwijt gekund, maar als je zit hoeveel tijd artsen bij ons kwijt zijn met registreren, kopiëren, brieven verzenden, email stroomlijnen, planning rondkrijgen etc. net als in het ziekenhuis zou er secretariële ondersteuning moeten zijn. Er is een secretariaat, maar die werkt alleen voor het management. Het is echt zonde van de tijd van artsen en verpleegkundigen!!!!*

*We hebben als jeugdarts teveel partijen die we moeten dienen: ouders en kinderen, management, gemeente, overheid. We hebben dit vak gekozen om er te zijn voor ouders en kinderen. Relatie met management, gemeente en overheid geeft frictie met het belang voor ouders en kinderen.*

## BIJLAGE 2 LIJST VAN AFKORTINGEN

AJN	Artsen Jeugdgezondheidszorg Nederland
AMK	Advies- en Meldpunt Kindermishandeling
AMW	Algemeen Maatschappelijk Werk
BJZ	Bureau Jeugdzorg
BTP	Basistakenpakket
CAR-UWO	Arbeidsvoorwaardenregeling voor de sector gemeenten
CB	Consultatiebureau
CIZ	Centrum Indicatiestelling Zorg
CJG	Centrum voor Jeugd en Gezin
ddJGZ	Digitaal Dossier Jeugdgezondheidszorg
EKD	Elektronisch Kinddossier
GGZ	Geestelijke gezondheidszorg
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
HKZ	Harmonisatie Kwaliteitsbeoordeling in de Zorgsector
Kidos	Eén specifieke versie van het Elektronisch kinddossier
KIVPA	Korte indicatieve vragenlijst psychosociale problematiek adolescenten
LOM	Leer- en Opvoedings Moeilijkheden (oude term nu SBO)
LWOO	Leerwegondersteunend onderwijs
M&G	Maatschappij en Gezondheid
MDO	Multi Disciplinair Overleg
OGGZ	Openbare Geestelijke Gezondheids Zorg
PAOG	Post Academisch Onderwijs Geneeskunde
PCL	Permanente Commissie Leerlingenzorg
PGO	Periodiek Geneeskundig Onderzoek
PO	Primair Onderwijs
SBO	Speciaal Basisonderwijs
SGRC	Sociaal Geneeskundige Registratie Commissie
SO	Speciaal Onderwijs
VIR	Verwijs Index Risicjongeren
VMBO-TL	Voortgezet Middelbaar Beroepsonderwijs



## ENQUÊTE AJN CONTACTPERSONEN JEUGDGEZONDHEIDSZORG 4-19 JAAR

### A. BASISGEGEVENS

#### A1 Naam instelling

Vul uw antwoord hier in:

#### A2 Plaats

Vul uw antwoord hier in

### B. ALGEMEEN

#### B1 1. Totaal aantal artsen binnen de organisatie.

Vul uw antwoord(en) hier in

Aantal artsen M&G binnen de organisatie:

Aantal jeugdartsen (profielregistratie eerste fase via opleiding TNO):

Aantal jeugdartsen (profielregistratie eerste fase via overgangsregeling):      Overig, namelijk:

#### B2 2. Managers

##### B2a 2a. Hoeveel managers JGZ heeft uw instelling?

Vul uw antwoord hier in:

##### B2b 2b. Welke achtergrond hebben deze managers (jeugdarts, epidemioloog, enz)?

Vul uw antwoord hier in:

#### B3 3. Wat is het bereik van uw organisatie?

##### B31 Is het bereik voor alle werkgebieden hetzelfde?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

Ja    Nee

##### B3a 3a. Hoeveel procent van de kinderen verschijnt voor PGO groep 2? (naar schatting)

Vul uw antwoord hier in:

##### B3b 3b. Hoeveel procent van de kinderen wordt gevaccineerd op de leeftijd van 9 jaar? (naar schatting)

Vul uw antwoord hier in:

##### B3c 3c. Hoeveel procent van de kinderen verschijnt voor PGO groep 7 (of neemt deel aan de vragenlijsten)? (naar schatting)

Vul uw antwoord hier in:

##### B3d 3d. Hoeveel procent van de kinderen verschijnt voor PGO klas 2 (of neemt deel aan de vragenlijsten)? (naar schatting)

Vul uw antwoord hier in:

#### B3 3e. Indien het bereik verschillend is, kunt u dat dan hieronder aangeven?

##### B3e1 bereik 0-100% (naar schatting)

PGO groep 2 vaccinatie 9 jr PGO groep 7 PGO klas werkgebied 1:

werkgebied 2:

werkgebied 3:

werkgebied 4:

werkgebied 5:

werkgebied 6:

werkgebied 7:

werkgebied 8:

werkgebied 9:

werkgebied 10:

##### B3e2 Sociaal-economische status

Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

hoog midden laag onbekend

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

- werkgebied 1
- werkgebied 2
- werkgebied 3
- werkgebied 4
- werkgebied 5
- werkgebied 6
- werkgebied 7
- werkgebied 8
- werkgebied 9
- werkgebied 10

### B3e3 Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### C. SCHOLING EN OPLEIDINGEN

#### C1 1. Welke van de volgende mogelijkheden voor deskundigheidsbevordering worden door uw organisatie vergoed? (meerdere antwoorden mogelijk in geld of in tijd)

Selecteer alles wat voldoet

- scholingen verbonden aan implementatie EKD
- scholingen verbonden aan certificering (HKZ)
- 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
- anders, nl...

#### C1a congressen/symposia Vul uw antwoord(en) hier in

inschrijfgeld per jaar, max:

uren per jaar, max:

#### C2 2. Welke opleidingen zijn binnen uw organisatie verplicht? Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

geen opleiding verplicht. introductie cursus JGZ 0-19 jaar. opleiding eerste fase arts M&G (titel: jeugdarts). opleiding tweede fase arts M&G (voor staf- en beleidsmatige functie).

#### C2b Toelichting, Vul uw antwoord hier in:

#### C3 3. Welke opleidingen worden op dit moment door uw organisatie vergoed? (indien naar rato dienstverband, vul dan in voor full-time dienstverband)

#### C3a 3a. introductie cursus JGZ 0-19 jaar: Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

- geheel vergoed
- gedeeltelijk vergoed
- niet vergoed cursuskosten
- reiskosten
- cursus in werktijd

#### C3b 3b. overgangsregeling Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

- geheel vergoed
- gedeeltelijk vergoed
- niet vergoed cursuskosten
- reiskosten
- cursus in werktijd

#### C3c 3c. opleiding eerste fase arts M&G (titel: jeugdarts) Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

- geheel vergoed
- gedeeltelijk vergoed
- niet vergoed cursuskosten
- reiskosten
- cursus in werktijd



**C3d 3d. opleiding tweede fase arts M&G(titel: arts M&G)** Kies het toepasselijk antwoord voor elk onderdeel:

- geheel vergoed
- gedeeltelijk vergoed
- niet vergoed cursuskosten
- reiskosten
- cursus in werktijd

**C4 4. Is de financiering van deze opleidingen voor uw organisatie een probleem?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja, want...
- nee
- onbekend

**C5 5. Wilt u op de hoogte gehouden worden van de resultaten van deze enquête en verdere activiteiten?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

**C6 6. Zouden wij eventueel (telefonisch) contact met u mogen opnemen?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

**C7 Vul uw antwoord(en) hier in**

Naam:

Emailadres:

Tel. nr privé :

Tel. nr werk:

(werkdagen):

**C8 Bedankt voor het invullen!**

Ineke Palm Wetenschappelijk Bureau SP

Nathalie Leeuwenburgh AJN

Verstuur uw vragenlijst

Bedankt voor uw deelname aan deze vragenlijst.

Gelieve ten laatste in te dienen op 2009-09-30

## ENQUÊTE ARTSEN JEUGDGEZONDHEIDSZORG 4-19 JAAR

### BASISGEGEVENS

#### 01 Geslacht

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:  
m Vrouwelijk m Mannelijk

#### 02 Leeftijd (jaar)

Vul uw antwoord hier in:

#### 03 Werkervaring binnen de JGZ (jaar)

Vul uw antwoord hier in:

#### 04 Omvang dienstverband voor de JGZ 4-19 (uur per week)

Vul uw antwoord hier in:

#### 05 Heeft u ook stafuren? Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

ja  nee  nvt

#### 05a Zo ja, hoeveel uur per week?

Vul uw antwoord hier in:

#### 06 Nog andere taken binnen de instelling? Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

ja  nee  nvt

#### 06a Zo ja wat en hoeveel uur per week? Vul uw antwoord hier in:

#### 07 Gaat het één ten koste van het ander?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:  
 ja  nee  nvt

#### 08 Opleiding Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- basisarts
- basisarts, applicatiecursus of introductiecursus gevolgd
- jeugdarts (profielregistratie eerste fase via opleiding TNO)
- jeugdarts (profielregistratie eerste fase via overgangsregeling)
- arts M&G
- Anders:

#### 08a Instelling

Vul uw antwoord(en) hier in

Naam:

Plaats:

### A. CONTACTMOMENTEN

#### A1 1. Krijgen alle kinderen hetzelfde onderzoek in groep 2?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja, ga naar 1a
- nee, er worden risicokinderen vastgesteld die een uitgebreider onderzoek (in inhoud, duur en/of ingezette discipline) krijgen, ga naar 1b

#### A1a 1a. Welk onderzoek vindt plaats in groep 2?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- 'Volledig' onderzoek: psychosociale ontwikkeling, zintuigen, groei, overig lichamelijk onderzoek, vragenlijst
- Niet geheel 'volledig': namelijk
- Zintuigen, groei, vragenlijst
- Alleen vragenlijst
- Anders, namelijk

**A1a1 1a1. Hoeveel tijd (in minuten) heeft u voor dit onderzoek (meerdere antwoorden mogelijk)**

Vul uw antwoord(en) hier in

arts:

verpleegkundige:

doktersassistente:

nurse-practitioner:

anders, namelijk:

**A1a2 1a2. Is dit onderzoek (inhoud, duur, discipline) voldoende?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

ja  nee  geen mening

**A1a2a 1a2. Toelichting**

Vul uw antwoord hier in:

**A1b 1b. Risicokinderen krijgen:**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

'Volledig' onderzoek: psychosociale ontwikkeling, zintuigen, groei, overig lichamenlijk onderzoek, vragenlijst

Niet geheel 'volledig': namelijk ...

Zintuigen, groei, vragenlijst

Alleen vragenlijst

Anders, namelijk...

**A1b1 1b1. Hoeveel tijd (in minuten) heeft u voor dit onderzoek (meerdere antwoorden mogelijk)**

Vul uw antwoord(en) hier in

arts:

verpleegkundige:

doktersassistente:

nurse-practitioner:

anders, namelijk:

**A1b2 1b2. Is dit onderzoek (inhoud, duur, discipline) voldoende?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

ja

nee

geen mening

**A1b2a 1b2. Toelichting**

Vul uw antwoord hier in:

**A1b3 1b3. Niet risicokinderen krijgen:**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

'Volledig' onderzoek: psychosociale ontwikkeling, zintuigen, groei, overig lichamenlijk onderzoek, vragenlijst

Niet geheel 'volledig': namelijk ...

Zintuigen, groei, vragenlijst

Alleen vragenlijst

Anders, namelijk...

**A1b4 1b4. Hoeveel tijd (in minuten) heeft u voor dit onderzoek (meerdere antwoorden mogelijk)**

Vul uw antwoord(en) hier in

arts:

verpleegkundige:

doktersassistente:

nurse-practitioner:

anders, namelijk:

**A1b5 1b5. Is dit onderzoek (inhoud, duur, discipline) voldoende?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

ja  nee  geen mening

**A1b5a 1b5. Toelichting**

Vul uw antwoord hier in:

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

### A2 2. Krijgen alle kinderen hetzelfde onderzoek in groep 7?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja, ga naar 2a
- nee, er worden risicokinderen vastgesteld die een uitgebreider onderzoek (in inhoud, duur en/of ingezette discipline) krijgen, ga naar 2b

### A2a 2a. Welk onderzoek vindt plaats in groep 7?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- 'Volledig' onderzoek: psychosociale ontwikkeling, zintuigen, groei, overig lichamelijk onderzoek, vragenlijst
- Niet geheel 'volledig': namelijk ...
- Zintuigen, groei, vragenlijst
- Alleen vragenlijst
- Anders, namelijk...

### A2a1 2a1. Hoeveel tijd (in minuten) heeft u voor dit onderzoek (meerdere antwoorden mogelijk)

Vul uw antwoord(en) hier in

arts:

verpleegkundige:

doktersassistente:

nurse-practitioner:

anders, namelijk:

### A2a2 2a2. Is dit onderzoek (inhoud, duur, discipline) voldoende?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- geen mening

### A2a2a Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### A2b 2b. Risicokinderen krijgen:

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- 'Volledig' onderzoek: psychosociale ontwikkeling, zintuigen, groei, overig lichamelijk onderzoek, vragenlijst
- Niet geheel 'volledig': namelijk ...
- Zintuigen, groei, vragenlijst
- Alleen vragenlijst
- Anders, namelijk...

### A2b1 2b1. Hoeveel tijd (in minuten) heeft u voor dit onderzoek (meerdere antwoorden mogelijk)

Vul uw antwoord(en) hier in

arts:

verpleegkundige:

doktersassistente:

nurse-practitioner:

anders, namelijk:

### A2b2 2b2. Is dit onderzoek (inhoud, duur, discipline) voldoende?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- geen mening

### A2b2a Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### A2b3 2b3. Niet risicokinderen krijgen:

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- 'Volledig' onderzoek: psychosociale ontwikkeling, zintuigen, groei, overig lichamelijk onderzoek, vragenlijst
- Niet geheel 'volledig': namelijk ...
- Zintuigen, groei, vragenlijst
- Alleen vragenlijst
- Anders, namelijk...

### A2b4 2b4. Hoeveel tijd (in minuten) heeft u voor dit onderzoek (meerdere antwoorden mogelijk)

Vul uw antwoord(en) hier in

arts:

verpleegkundige:

doktersassistente:  
nurse-practitioner :  
anders, namelijk:

**A2b5 2b5. Is dit onderzoek (inhoud, duur, discipline) voldoende?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja  nee  geen mening

**A2b5a Toelichting**

Vul uw antwoord hier in:

**A3 3. Krijgen alle kinderen hetzelfde onderzoek in klas 2 van het Voortgezet Onderwijs?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja, ga naar 3a  
 nee, er worden risicokinderen vastgesteld die een uitgebreider onderzoek (in inhoud, duur en/of ingezette discipline) krijgen, ga naar 3b

**A3a 3a. Welk onderzoek vindt plaats in klas 2?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- 'Volledig' onderzoek: psychosociale ontwikkeling, zintuigen, groei, overig lichamelijk onderzoek, vragenlijst  
 Niet geheel 'volledig': namelijk ...  
 Zintuigen, groei, vragenlijst  
 Alleen vragenlijst  
 Anders, namelijk...

**A3a1 3a1. Hoeveel tijd (in minuten) heeft u voor dit onderzoek (meerdere antwoorden mogelijk)**

Vul uw antwoord(en) hier in

arts:

verpleegkundige:

doktersassistente:

nurse-practitioner:

anders, namelijk:

**A3a2 3a2. Is dit onderzoek (inhoud, duur, discipline) voldoende?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja  nee  geen mening

**A3a2a Toelichting**

Vul uw antwoord hier in:

**A3b 3b. Risicokinderen krijgen:**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- 'Volledig' onderzoek: psychosociale ontwikkeling, zintuigen, groei, overig lichamelijk onderzoek, vragenlijst  
 Niet geheel 'volledig': namelijk ...  
 Zintuigen, groei, vragenlijst  
 Alleen vragenlijst  
 Anders, namelijk...

**A3b1 3b1. Hoeveel tijd (in minuten) heeft u voor dit onderzoek (meerdere antwoorden mogelijk)**

Vul uw antwoord(en) hier in

arts:

verpleegkundige:

doktersassistente:

nurse-practitioner:

anders, namelijk:

**A3b2 3b2. Is dit onderzoek (inhoud, duur, discipline) voldoende?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja  nee  geen mening

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

### A3b2a Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### A3b3 3b3. Niet risicokinderen krijgen:

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- 'Volledig' onderzoek: psychosociale ontwikkeling, zintuigen, groei, overig lichamelijk onderzoek, vragenlijst
- Niet geheel 'volledig': namelijk ...
- Zintuigen, groei, vragenlijst
- Alleen vragenlijst
- Anders, namelijk...

### A3b4 3b4. Hoeveel tijd (in minuten) heeft u voor dit onderzoek (meerdere antwoorden mogelijk)

Vul uw antwoord(en) hier in

arts:

verpleegkundige:

doktersassistente:

nurse-practionier:

anders, namelijk:

### A3b5 3b5. Is dit onderzoek (inhoud, duur, discipline) voldoende?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- geen mening

### A3b5a Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### A4 4. Is er binnen uw organisatie nog een ander structureel contactmoment vanuit de JGZ?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- nvt

### A4a Zo ja, wanneer en wat?...

Vul uw antwoord hier in:

### A5 5. Zijn er binnen uw organisatie beperkingen opgelegd aan niet-structurele contactmomenten;

zijn er bijvoorbeeld afspraken gemaakt over de maximale inzet van zorg op indicatie/ extra zorgmomenten/ controles?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- geen mening/onbekend

### A5a Zo ja, welke afspraken?

Vul uw antwoord hier in:

### A5b Is dit voldoende?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- geen mening

### A5c Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### A6 6. Hoe krijgt u risicokinderen in beeld (meerdere antwoorden mogelijk)?

Selecteer alles wat voldoet

- risicokinderen worden specifiek vanuit het consultatiebureau overgedragen
- vanuit de reguliere contactmomenten binnen mijn organisatie
- vanuit de vragenlijsten
- vanuit de ouders
- telefonisch door school
- vanuit structureel overleg met school
- vanuit de Verwijsindex (of vergelijkbaar systeem)
- triage, toelichting...
- via derden, namelijk...
- anders, namelijk...
- Niet van toepassing, onbekend

**A61 6. risicokinderen worden specifiek vanuit het consultatiebureau overgedragen dmv:**

Selecteer alles wat voldoet

- schriftelijk signaleringssysteem (zoals sticker met specifiek verzoek)
- telefonisch
- per email
- warme overdracht (dossier wordt persoonlijk overgedragen)
- anders, namelijk...

**A61a Overdracht consultatiebureau anders, namelijk:**

Vul uw antwoord hier in:

**A6a 6a. Heeft u het idee dat u alle risicokinderen in beeld heeft?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- twijfelachtig
- zeker niet
- onbekend

**A6aa Zo nee (twijfelachtig, zeker niet), hoe kan dit verbeterd worden?**

Vul uw antwoord hier in:

**A7 7. Worden er voor de reguliere contactmomenten voorbesprekingen met de leerkrachten ingepland?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- anders, namelijk...
- nvt

**A72 7. Zo ja, hoeveel tijd is hiervoor gepland**

Vul uw antwoord(en) hier in  
aantal minuten per klas (schatting):

**A7a 7a. Lukt dit meestal in de geplande tijd?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- nvt

**A7aa Toelichting**

Vul uw antwoord hier in:

**A7b 7b. Krijgt u op een andere wijze voorinformatie vanuit school? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Selecteer alles wat voldoet

- ja, vragenlijst
- ja, anders, namelijk...
- nee
- nvt, geen mening

**A7c 7c. Worden er nabesprekingen met de leerkrachten ingepland?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- anders, namelijk...
- nvt

**A7cb Zo ja, hoeveel tijd is hiervoor gepland?**

Vul uw antwoord(en) hier in  
aantal minuten per klas (schatting):

**A7d 7d. Lukt dit meestal in de geplande tijd?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- nvt

**A7da Toelichting**

Vul uw antwoord hier in:

**A8 8. Doet u uw onderzoeken (deels) op de scholen?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- nvt

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

### A81 Zo ja, zijn de beschikbare onderzoeksruimten geschikt?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- meestal wel
- soms wel, soms niet
- nee
- nvt

### A82 Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### A8a 8a. Doet u uw onderzoeken (deels) op een centrale locatie?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- nvt

### A8aa Zo ja, hoe onderhoudt u het contact met de scholen? (meerdere antwoorden mogelijk)

Selecteer alles wat voldoet

- voor en/of nabespreking bij de reguliere contactmomenten
- structureel overleg (ZAT, intern begeleidingsnetwerk)
- ad hoc
- spreekuur op school
- anders, namelijk:

### A8ab Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### A9 9. Is er extra ruimte voor niet-consultgebonden taken? (zoals overleg met huisartsen,

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- onbekend

### A9a Zo ja, hoeveel tijd is hiervoor gepland?

Vul uw antwoord(en) hier in

aantal uur per week:

### A9b Lukt dit meestal in de geplande tijd?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- nvt

### A9c Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### A10 10. In welke overlegstructuren participeert u? (meerdere antwoorden mogelijk)

Selecteer alles wat voldoet

- 10a. voor leerlingen van 4-12
- 10.b voor leerlingen van 12-19
- 10c. voor leerlingen van Speciaal Onderwijs
- 10d. geen

### A10a 10a. voor leerlingen van 4-12

Selecteer alles wat voldoet

- buurtnetwerk
- zorgteam basisschool
- bovenschools zorgplatform
- gemeentelijke overlegstructuur
- anders, namelijk...
- iemand anders uit het team, namelijk (verpleegkundige of andere arts) participeert in een aantal van deze overlegstructuren, namelijk...
- nvt

### A10a3 Is de tijd die daarvoor staat voldoende?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- nvt



**A10b 10b. voor leerlingen van 12-19**

Selecteer alles wat voldoet

- ZAT VO
- ZAT MBO
- gemeentelijk of wijkgebonden overlegstructuur
- anders, namelijk...
- iemand anders uit het team (namelijk verpleegkundige of andere arts) participeert in een aantal van deze overlegstructuren namelijk...
- nvt

**A10b3 Is de tijd die daarvoor staat voldoende?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- nvt

**A10c 10c. voor leerlingen van Speciaal Onderwijs**

Selecteer alles wat voldoet

- PCL (Permanente Commissie Leerlingenzorg)
- CVB (Commissie van Begeleiding)
- anders (zorgplatform o.i.d.), namelijk...
- iemand anders uit het team, namelijk .... (vpk of arts) participeert in een aantal van deze overlegstructuren, namelijk...
- nvt

**A10c3 Is de tijd die daarvoor staat voldoende?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- nvt

**A10c4 10c. Toelichting**

Vul uw antwoord hier in:

**B. VERANDERING VAN ZORGAANBOD**

**B1 1. Is in uw regio het aantal contactmomenten veranderd of is de beschikbare tijd de laatste vijf jaar veranderd of zijn er plannen om deze te veranderen? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Selecteer alles wat voldoet

- ja, het aantal onderzoeken is veranderd/ gaat veranderen
- ja, er zijn veranderingen op komst, nog onbekend welke
- nee
- anders, namelijk:
- nvt, onbekend

**B1a1 Groep2. Contactmoment**

Selecteer alles wat voldoet

- is/gaat vervallen
- inhoud is/wordt veranderd
- inhoud is/wordt uitgebreid
- inhoud is/wordt beperkt
- duur is/wordt uitgebreid
- duur is/wordt beperkt
- geen verandering

**B1a1b mijn mening hierover...**

Vul uw antwoord hier in:

**B1a2 Groep7. Contactmoment**

Selecteer alles wat voldoet

- is/gaat vervallen
- inhoud is/wordt veranderd
- inhoud is/wordt uitgebreid
- inhoud is/wordt beperkt
- duur is/wordt uitgebreid
- duur is/wordt beperkt
- geen verandering

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

### B1a2b mijn mening hierover ...

Vul uw antwoord hier in:

### B1a3 Klas 2. Contactmoment

Selecteer alles wat voldoet

- is/gaat vervallen
- inhoud is/wordt veranderd
- inhoud is/wordt uitgebreid
- inhoud is/wordt beperkt
- duur is/wordt uitgebreid
- duur is/wordt beperkt
- geen verandering

### B1a3b mijn mening hierover ...

Vul uw antwoord hier in:

### B2. Heeft binnen uw organisatie taakherschikking plaatsgevonden of gaat deze plaatsvinden?

(meerdere antwoorden mogelijk)

Selecteer alles wat voldoet

- ja
- ja, er is een taakherschikking op komst, dit wordt waarschijnlijk een:
- nee
- anders, namelijk...
- nvt, onbekend

### B2a1 Welke taakherschikking...

Vul uw antwoord hier in:

### B2a2 Wat is uw oordeel hierover?

Vul uw antwoord hier in:

### B2b1 ja, er is een taakherschikking op komst, dit wordt waarschijnlijk een:

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- verslechtering
- verbetering
- het is nog niet precies bekend hoe of wat

### B2b2 Wat is uw oordeel hierover?

Vul uw antwoord hier in:

### B3 3. Wat denkt u dat de redenen zijn van de veranderingen in aantal consulten/contactmomenten, beschikbare tijd en/of taakherschikking?...

Vul uw antwoord hier in:

### B4 4. Zijn u en uw collega's artsen betrokken bij de besluitvorming hierover?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- wisselend
- onbekend

### B5 5. Zijn er de afgelopen vijf jaar taken bijgekomen?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- onbekend

### B51 Zo ja, welke taken en wat is uw oordeel hierover?

Vul uw antwoord hier in:

### B5a 5a. Zijn er de afgelopen vijf jaar taken afgegaan?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja
- nee
- onbekend

### B5a1 Zo ja, welke taken en wat is uw oordeel hierover?

Vul uw antwoord hier in:

**B6 6. Stemt het management nieuw in te voeren ontwikkelingen en producten inhoudelijk af met de professionals?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja  nee  wisselend  onbekend

**B61 Toelichting**

Vul uw antwoord hier in:

**B7 7. Heeft binnen de thuiszorginstelling in uw werkgebied vermindering van aantal consulten of taakherschikking plaatsgevonden of gaat deze plaatsvinden, die van invloed is op het zorgaanbod van uw organisatie?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja  nee  onbekend

**B71 Zo ja, welke wijziging in consulten/ taakherschikking?**

Vul uw antwoord hier in:

**B72 Wat is uw oordeel hierover?**

Vul uw antwoord hier in:

**B8 8. Zijn er binnen uw werkgebied al Centra voor Jeugd en Gezin ingericht?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja  nee  onbekend

**B81 Krijgt u voor de ontwikkeling hiervan voldoende tijd?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja  nee  nvt

**B82 Wat zijn uw ervaringen hiermee?**

Vul uw antwoord hier in:

**B8a 8a. Is er binnen uw werkgebied al een Verwijsindex Risicjongeren (of een vergelijkbaar systeem) operationeel?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja  nee  onbekend

**B8a1 Wat is uw ervaring hiermee?**

Vul uw antwoord hier in:

**B8b 8b. 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?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- 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

**B9 9. Werkt u al met een elektronisch kinddossier (EKD)?**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- Ja  Nee

**B9a1 Zo nee, is uw organisatie voorbereid op de komst van**

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja (er is een implementatietraject opgesteld)  
 nee  
 anders, namelijk  
 onbekend

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

### B9a3 Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### B9b Zo ja, welk EKD (naam, versie)

Vul uw antwoord hier in:

### B9b1 Functioneert het EKD naar tevredenheid (gebruiksvriendelijkheid/efficiëntie/overzicht)?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja  nee  soms wel, soms niet  geen mening

### B9b2 Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### B10 10. Merk u op uw werk invloed van de Wet maatschappelijke ondersteuning (Wmo)?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- ja  nee  nvt

### B10a Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

## C. KWALITEIT VAN DE ZORG

### C1 1. Wat zijn uw ervaringen op het gebied van werkdruk, overdracht, inhoud van zorg en arbeidsvoorwaarden? (per categorie zijn meerdere antwoorden mogelijk)

#### C1a 1a. Werkdruk

Selecteer alles wat voldoet

- ik ervaar geen werkdruk  
 de werkdruk is erg hoog  
 pauzes worden wel gepland, maar schieten er bij in  
 mijn onderzoeken lopen uit  
 ik werk structureel over  
 anders, namelijk...  
 nvt, geen mening

#### C1b 1b. Arbeidsvoorwaarden

Selecteer alles wat voldoet

- 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...  
 nvt, geen mening

#### C1c 1c. Overdracht

Selecteer alles wat voldoet

- ik ervaar hier geen problemen bij  
 overdracht met het consultatiebureau is te beperkt  
 voorbesprekingen met school vervallen  
 nabesprekingen met school vervallen  
 weinig tijd voor overleg met verpleegkundige / doktersassistente  
 anders, namelijk ...  
 nvt, geen mening

#### C1d 1d. Zorginhoudelijk

Selecteer alles wat voldoet

- 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:
- nvt, geen mening

**C2 2. Kunt u in uw regio indien nodig altijd een huisbezoek laten uitvoeren? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Selecteer alles wat voldoet

- ja, zo vaak als nodig is voor alle kinderen
- nee, dit kan alleen voor risicokinderen zo vaak als nodig is
- nee, ook voor risicokinderen is een maximum aantal huisbezoeken bepaald
- nee, jeugdverpleegkundigen hebben onvoldoende tijd om huisbezoeken te doen
- nee, anders namelijk:
- geen mening

**C2a nee, anders**

Vul uw antwoord hier in:

**C3 3. Heeft uw organisatie een beleid voor het zonder bericht niet verschijnen?**

**Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:**

- ja, namelijk ...
- nee
- onbekend

**C5 5. Gaat het doorverwijzen naar partners in uw regio soepel en snel?**

**Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:**

- ja, geen probleem
- nee
- nvt, onbekend

**C51 nee, ik ervaar problemen met (meer antwoorden mogelijk):**

**Selecteer alles wat voldoet**

- Bureau Jeugdzorg
- AMK
- kinderpsychiatrie
- VTO-team
- (gespecialiseerde) thuiszorg
- medische specialisten
- schoolbegeleidingsdiensten
- anders, namelijk ...

**C52 Toelichting**

Vul uw antwoord hier in:

**C6 6. Heeft u voorbeelden van goede of slechte samenwerkingsverbanden met de jeugdhulpverlening? (meerdere antwoorden mogelijk)**

Selecteer alles wat voldoet

- goed, namelijk:
- slecht, namelijk:
- nvt, onbekend

**D. SCHOLING EN OPLEIDINGEN**

**D2 2. Vindt u dat uw organisatie voldoende financieel tegemoet komt aan scholing en deskundigheidsbevordering voor het verwerven van accreditatiepunten nodig voor herregistratie?**

**Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:**

- ja
- nee
- onbekend

**D2a Toelichting**

Vul uw antwoord hier in:

**D3 3. Art.17 van de CAR/UWAR geeft het recht aan op vergoeding van studie/ bijscholingskosten. Wordt de CAR/UWAR op dit punt voldoende nageleefd?**

**Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:**

- ja
- nee
- weet ik niet

## KANSEN VOOR ALLE KINDEREN? DEEL 2 , DE JEUGDGEZONDHEIDSZORG VAN 4-19 JAAR

### D3a Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### D7 7. In welke salarisschaal bent u ingeschaald?

#### Artsen werkzaam in de JGZ 4-19 bij de GGD

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

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

### D7b Toelichting

Vul uw antwoord hier in:

### D8 8. Zou u eventueel fulltime als JGZ arts willen werken? (meer antwoorden mogelijk)

#### Selecteer alles wat voldoet

- 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 ...
- nvt, onbekend

## E. ALGEMEEN

### E1 1. Het leukste en belangrijkste van mijn vak is:

Vul uw antwoord hier in:

### E2 2. Het minst leuke in mijn vak is

Vul uw antwoord hier in:

### E3 Wilt u op de hoogte gehouden worden van de resultaten en verdere activiteiten?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

### E4 Zouden wij eventueel (telefonisch) contact met u mogen opnemen?

Kies a.u.b. één van de volgende mogelijkheden:

- Ja
- Nee

### E5

Vul uw antwoord(en) hier in

Naam:

Emailadres:

Tel. nr privé:

Tel. nr werk:

(werkdagen.):

### E6 Bedankt voor het invullen!

Ineke Palm Wetenschappelijk Bureau SP

Nathalie Leeuwenburgh AJN

Verstuur uw vragenlijst

Bedankt voor uw deelname aan deze vragenlijst.



**SP.**