

UXB

AR (492)  
g 68  
(2)

TNO-rapport

**ONDERWIJS VOOR  
CONSULTATIEBUREAU-ARTSEN?**

BIBLIOTHEEK NEDERLANDS INSTITUUT VOOR  
PRAEVENTIEVE GEZONDHEIDSZORG TNO

21 JAN 1994

POSTBUS 124, 2300 AC LEIDEN

IBISSTAMBOEKNUMMER

11075

NIPG-publikatienummer  
93.051

September 1993

Alle rechten voorbehouden.  
Niets uit deze uitgave mag worden  
vermenigvuldigd en/of openbaar gemaakt  
door middel van druk, fotokopie, microfilm  
of op welke andere wijze dan ook, zonder  
voorafgaande toestemming van TNO.

Indien dit rapport in opdracht werd  
uitgebracht, wordt voor de rechten en  
verplichtingen van opdrachtgever en  
opdrachtnemer verwezen naar de  
'Algemene Voorwaarden voor Onderzoeks-  
opdrachten aan TNO', dan wel de  
betreffende terzake tussen partijen  
gesloten overeenkomst.  
Het ter inzage geven van het TNO-rapport  
aan direct belanghebbenden is toegestaan.

© TNO

Agnes de Graaf  
Annette Postma

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Graaf, Agnes de

Onderwijs voor consultatiebureau-artsen? : verslag van een studie naar de opleidingsbehoefte en -noodzaak in de preventieve 0-4-jarigenzorg / Agnes de Graaf, Annette Postma. - Leiden : Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO NIPG-publikatie 93.051. - Onderzoek in opdracht van de afdelingen Onderwijs en Jeugd & Gezondheid van het NIPG. - Met lit. opgv.  
ISBN 90-6743-272-5 geb.  
Trefw.: artsen ; consultatiebureau's ; opleidingen / deskundigheidsbevordering ; jeugdgezondheidszorg.

Deze uitgave is te bestellen door het overmaken van f 27,85 (incl. BTW) op postbankrekeningnr. 99.889 ten name van het NIPG-TNO te Leiden onder vermelding van bestelnummer 93.051.

<b>INHOUD</b>	<b>pagina</b>
VOORWOORD	i
INLEIDING	1
1. HET ONDERZOEK	3
1.1 Inleiding	3
1.2 Aanleiding	3
1.3 Doelstelling	4
1.4 Onderzoeksopzet	5
1.5 Theoretisch kader	6
1.6 Verantwoording methodieken	9
1.7 Onderzoeksproces	13
2. DE RESULTATEN	15
2.1 Inleiding	15
2.2 Functie-omschrijving en taken van de cb-arts	15
2.3 Omvang van de groep cb-artsen	17
2.4 Netwerk inzake deskundigheidsbevordering	18
2.4.1 Doelgroep van deskundigheidsbevordering	19
2.4.2 Aanbieders van ondersteuning	19
2.4.3 Aanbieders van opleidingen	20
2.4.4 Beslissers/financiers	22
2.4.5 Koepelorganisaties	23
2.4.6 Ontwikkelingen	26
2.5 Opleidingsnoodzaak	28
2.6 Opleidingsbehoefte	30
2.7 Randvoorwaarden	32
2.8 Overeenkomst tussen opleidingsnoodzaak en opleidingsbehoefte en de randvoorwaarden	33
2.9 Bestaand aanbod van opleidingen en deskundigheidsbevordering	35
2.10 Mogelijk nieuw aanbod	37
2.11 Andere doelgroepen	38

3. BESCHOUWING	41
3.1 Inleiding	41
3.2 Beschouwing	41
4. SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN	43
4.1 Samenvatting en conclusies	43
4.2 Aanbevelingen	49
LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN	50
LITERATUUR	51
BIJLAGEN	53

## VOORWOORD

Dit rapport bevat het verslag van een onderzoek naar de opleidingsnoodzaak en -behoeften van consultatiebureau-artsen\*. Veel mensen hebben hieraan meegewerkt en zonder hen had het onderzoek niet afgerond kunnen worden als nu gedaan is.

Een dankwoord is hier zeker op zijn plaats.

Dank gaat uit naar Frans Pijpers, Peter Dols en Pauline Verloove-Vanhorick voor hun inhoudelijke begeleiding en commentaar op de concept-versies van dit rapport.

Ook de geïnterviewde sleutelfiguren Ruud Burgmeijer, Marion Lehman, Hans Verbrugge en Luuk van Weert zijn wij erkentelijk voor hun tijd en inzet tijdens de interviews.

Tevens worden de staf- en cb-artsen bedankt voor hun bereidheid om uit alle delen van het land naar Leiden te reizen om deel te nemen aan de focusgroep-interviews.

---

\* In het vervolg van dit rapport zal de term consultatiebureau worden afgekort tot cb



## INLEIDING

Dit rapport geeft de resultaten weer van een onderzoek dat in opdracht van de afdelingen Onderwijs en Jeugd & Gezondheid van het Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO\*\* is uitgevoerd.

In dit onderzoek staat de volgende doelstelling centraal: "Het uitbrengen van een advies aan de hoofden van de afdelingen Onderwijs en Jeugd & Gezondheid van het NIPG-TNO over het inhoudelijk, economisch en methodisch verantwoord verzorgen van onderwijs voor artsen werkzaam in het veld van de preventieve gezondheidszorg voor 0-4 jarigen".

Aanleiding voor het onderzoek is de discussie die in het veld al verschillende jaren wordt gevoerd over de inhoud en de vorm van het onderwijs aan de cb-artsen. Bovendien wordt de inhoudelijke ondersteuning die de cb-artsen vanuit de kruisorganisatie krijgen, de laatste jaren ten gevolge van alle bezuinigingen steeds minder.

In hoofdstuk één wordt de situatie met betrekking tot de verplichte applicatiecursus voor cb-artsen weergegeven. Vervolgens wordt beschreven hoe dit onderzoek naar onderwijs voor cb-artsen is uitgevoerd en wordt een verantwoording van de gebruikte methodieken gegeven.

CB-artsen moeten verantwoordelijk en ingewikkeld werk in korte tijd en met een minimum aan gerichte scholing uitvoeren.

In hoofdstuk twee worden de verzamelde gegevens weergegeven: de functie- en taakomschrijving van de cb-arts, het uitgebreide netwerk met z'n vele actoren en relevante ontwikkelingen. Zowel de opleidingsnoodzaak (voortvloeiend uit organisatiedoelinden) als de opleidingsbehoefte (meer aan de individuele cb-arts verbonden) blijken moeilijk exact aangegeven te kunnen worden. Een aantal thema's op uiteenlopende terreinen worden genoemd. En ook het ontbreken van een aantal randvoorwaarden belemmert een voortvarende ontwikkeling van onderwijs voor cb-artsen. De cursus mag niet te duur zijn, moet decentraal gegeven worden en de docent moet goed de vertaalslag naar de cb-praktijk kunnen maken. Het bestaande aanbod van deskundigheidsbevordering en scholing voldoet niet aan de wensen van de respondenten van dit onderzoek. Het is echter de vraag of cursussen, zonder deel uit te maken van een integraal opleidingsbeleid dat deel is van het algehele beleid van de organisaties, de oplossing voor de problematiek in het veld van de 0-4-jarigenzorg zullen zijn.

---

\*\* In het vervolg van dit rapport zal de instituutsnaam Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO worden afgekort tot NIPG-TNO

De conclusies en aanbevelingen worden in het laatste hoofdstuk geformuleerd. Samenvattend kan gesteld worden dat er op dit moment voor het NIPG-TNO onvoldoende aanleiding is om nieuw onderwijsaanbod voor cb-artsen te ontwikkelen. Het veelal ontbreken van duidelijke en in de praktijk implementeerbare standaardwerkwijzen (zowel onderzoeksprotocollen als verwijscriteria) en de gestelde randvoorwaarden (in tijd, geld, plaats) bieden onvoldoende garanties om een bedrijfsmatig en onderwijskundig hoogwaardig aanbod te ontwikkelen.

Het NIPG-TNO is van mening dat onder een landelijke regie gewerkt kan worden aan het tot stand komen van standaardwerkwijzen op het cb en een grotere investeringsbereidheid van kruisorganisaties in de verbetering van het professioneel handelen van cb-artsen. Het NIPG-TNO ziet voor zichzelf een mogelijke rol in een landelijk platform, dat zich over deze kwesties buigt. Daarnaast zullen de mogelijkheden van het centraal ontwikkelen en decentraal aanbieden van opleidingsinstituten worden onderzocht.

Ook wil het NIPG-TNO via andere vormen van deskundigheidsbevordering (symposia, studiedagen) enige steun bieden aan de cb-artsen. Een wezenlijke verbetering van de werkkuitvoering mag hiervan echter niet verwacht worden.

Het onderzoek is uitgevoerd door Annette Postma, medewerker van de afdeling Onderwijs en Agnes de Graaf, stagiaire van de studie Beleid en Management Gezondheidszorg, Erasmusuniversiteit te Rotterdam.



## 1. HET ONDERZOEK

### 1.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt de voorbereiding en de uitvoering van het onderzoek beschreven. Het hoofdstuk begint met een beschrijving van de aanleiding, de algemene doelstelling, en de opzet van het onderzoek. Vervolgens worden de gebruikte begrippen omschreven en wordt een verantwoording afgelegd over de gebruikte methoden. Omdat er tijdens het onderzoek enige veranderingen in de oorspronkelijke opzet zijn aangebracht, wordt het hoofdstuk beëindigd met een beschrijving van het verloop van het onderzoeksproces.

### 1.2 Aanleiding

In Nederland zijn circa 2800 artsen werkzaam in de zorg voor 0-4 jarigen. Het betreft ongeveer 2000 huisartsen, die in hun eigen praktijk consultatiebureau's doen en circa 800 artsen, die bij kruisorganisaties zijn aangesteld als consultatiebureau-arts. Daarnaast werkten er bij de kruisorganisaties in 1990 rond de 70 stafartsen, die ondersteunend en coördinerend werk verrichtten voor de consultatiebureau's (Burgmeijer, 1993). Er zijn signalen dat het aantal stafartsen afneemt.

Cb-artsen werken veelal in kleine aanstellingen bij kruisorganisaties (gemiddeld 0,3 FTE). Behalve een in Nederland erkend artsdiploma geldt als enige aanstellingseis, dat zij de applicatiecursus voor cb-artsen gevolgd moeten hebben of bereid zijn om deze op korte termijn te volgen.

De cb-applicatiecursus wordt sinds 13 jaar door een vijftal instituten in Nederland verzorgd; de PAOG-en van Amsterdam, Groningen, Nijmegen en Rotterdam en het NIPG-TNO. Bij het NIPG-TNO wordt de cursus georganiseerd door de afdeling Onderwijs in samenwerking met de afdeling Jeugd & Gezondheid. Het is een oriënterende cursus. In 10 cursusdagen (totaal 60 uur) wordt een groot aantal (circa 30) onderwerpen behandeld (zie bijlage 1).

Er waren geluiden uit het veld vernomen dat de applicatiecursus voor cb-artsen niet voldeed aan de wensen en verwachtingen van de cb-artsen en stafartsen. Men vond dat de opleiding te theoretisch was, dat er te veel onderwerpen in te korte tijd behandeld werden en dat de docenten de vertaalslag naar de cb-praktijk niet altijd goed konden maken.

Ook binnen het NIPG-TNO is men niet tevreden. De afdeling Onderwijs is reeds enige jaren bezig met het verbeteren van de kwaliteit van de opleidingen.

Zo worden de opleidingen tot sociaal-geneeskundige gemodulariseerd. Hiermee wil de afdeling niet alleen de keuzemogelijkheden van cursisten vergroten en deze modules als bij- en nascholing aanbieden maar ze ook zo vormgeven dat zij voldoen aan huidige onderwijskundige en bedrijfskundige kwaliteitseisen. Uitgangspunt is steeds een hoge onderwijskundige kwaliteit en een kostendekkende ontwikkeling en uitvoering van de modules.

De gelden van de applicatiecursus dekken niet de kosten. De cursus voldoet slechts in geringe mate aan de geldende onderwijskundige kwaliteitseisen. Er wordt overwogen om de methodische en inhoudelijke kwaliteit van de cursus te verhogen, maar dergelijke investeringen zijn waarschijnlijk niet of nauwelijks uit de (landelijk min of meer gelijke lage) cursusprijs te bekostigen.

Inmiddels was in Rotterdam een experiment uitgevoerd waarin de cb-applicatiecursus van de PAOG Rotterdam door de huisartsen-in-opleiding aldaar werd gevolgd. Gezien het succes van het experiment en het daarop volgende besluit van het College voor Huisarts- en Verpleeghuisgeneeskunde om de applicatiecursus in het curriculum op te nemen, werd contact gelegd tussen het NIPG-TNO en het Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde (LIH) met de vraag of de applicatiecursus voor cb-artsen ook door de cursisten van het LIH gevolgd kon worden.

Bij de afdeling Onderwijs van het NIPG-TNO speelde de gedachte, gezien de hierboven genoemde redenen, om de cursus in zijn geheel over te dragen aan het LIH. De afdeling Jeugd & Gezondheid bracht daar tegenin dat de cursus een belangrijk middel was om de contacten met het veld te onderhouden en wilde graag de cursus, of een andere vorm van scholing ten behoeve van de 0-4-jarigenzorg, vanuit het NIPG-TNO laten bestaan.

In oktober 1992 hebben de hoofden van de afdelingen Onderwijs en Jeugd & Gezondheid besloten een onderzoek te laten verrichten. Zij vroegen daarbij om een bezinning op het onderwijs voor artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen.

### **1.3 Doelstelling**

De doelstelling van dit onderzoek is: "Het uitbrengen van een advies aan de hoofden van de afdelingen Jeugd & Gezondheid en Onderwijs van het NIPG-TNO over het inhoudelijk, economisch en methodisch verantwoord verzorgen van onderwijs voor artsen werkzaam in het veld van de preventieve gezondheidszorg voor 0-4 jarigen".

Het gaat bij dit onderzoek om het beantwoorden van de volgende vragen:

1. In hoeverre bestaat er behoefte en noodzaak aan bij- en nascholing bij artsen werkzaam in de preventieve gezondheidszorg 0-4 jarigen?
2. Ten aanzien van welke thema's en welke vaardigheden is er een behoefte of noodzaak tot scholing bij deze artsen en wat zijn de wensen en mogelijkheden ten aanzien van de methoden?
3. Aan welke randvoorwaarden zou een bij- en nascholingsprogramma voor deze artsen moeten voldoen om financieel haalbaar te zijn? In hoeverre zijn de artsen en/of hun werkgevers bereid om te investeren in scholing?
4. Hoe verhouden bovenstaande behoeften en randvoorwaarden zich tot het bestaande landelijke onderwijsaanbod voor deze artsen?

#### 1.4 Onderzoeksopzet

Het onderzoek valt in de volgende stappen uiteen:

1. Het in kaart brengen van het landelijk netwerk van de preventieve gezondheidszorg voor 0-4 jarigen, met name het identificeren van relevante sleutelfiguren in dit veld.
2. Documentenstudie naar opleidingseisen en werkzaamheden van cb-artsen en enkele interviews met sleutelfiguren uit het netwerk van de cb-arts.
3. Met behulp van focusgroep-interviews (één met cb-artsen en één met stafartsen) achterhalen waar opleidingsbehoefte en -noodzaak liggen en peilen wat mogelijke randvoorwaarden ten aanzien van prijs, plaats en tijdsinvestering zouden kunnen zijn. Tevens proberen te achterhalen hoe de consument zijn keuze bepaalt.
4. Het opstellen van een tentatief aanbod van bij- en nascholing (onder andere inhoud, omvang, prijs, plaats) gebaseerd op de gegevens verzameld tijdens de focusgroep-interviews.
5. Met behulp van een schriftelijke enquête met daaraan gekoppeld het tentatieve aanbod, gehouden onder een steekproef van cb-artsen, verspreid over heel Nederland, bepalen wat de daadwerkelijke opleidingsbehoefte en bereidheid tot afnemen is.
6. Het opstellen van een advies aan de twee afdelingshoofden, bestaande uit:
  - een mogelijk aanbod van onderwijsmodulen: thema's en vaardigheden;
  - beschrijving van de randvoorwaarden: noodzakelijke investering, mogelijke prijsstelling, frequentie van uitvoeren, uitvoeringsvoorwaarden.

Volgens planning startte het project op 1 januari 1993. Als einddatum is 30 juni 1993 vastgesteld. Er is besloten om tussen stap 3 en 4 een tussenevaluatie te laten plaatsvinden (april 1993), waarin aan de opdrachtgevers gerapporteerd zou worden. Er zou dan besloten worden over de verdere voortgang van het project.

## 1.5 Theoretisch kader

In deze paragraaf wordt uitgelegd hoe een aantal theoretische begrippen in dit rapport gebruikt worden.

Onder *sleutelfiguren* worden verstaan die mensen uit het netwerk van de cb-arts die gedegen kennis hebben van de organisatiedoelen van de kruisverenigingen, van de inhoud van het werk van de cb-arts en van de applicatiecursus voor cb-arts, en die zeggenschap en/of invloed hebben bij een verandering van de applicatiecursus of bij nieuw op te zetten bij-/nascholingscursusaanbod voor cb-artsen.

Een *netwerk* is een patroon van betrekkingen en verhoudingen dat door de organisatie opgeroepen wordt door een toestand van onderlinge afhankelijkheid (Schuringa, 1991). Met andere woorden organisaties hebben door hun doelstellingen in verschillende mate een afhankelijkheidsrelatie met elkaar en worden daardoor in hun handelen beïnvloed. Het in kaart brengen van een netwerk heeft als voordeel dat het een overzicht geeft ten eerste van alle actoren die in het netwerk een rol spelen, ten tweede welke strategieën deze actoren voeren en ten derde welke andere krachten er binnen het netwerk spelen. Het is een methode om de strategie van de eigen organisatie op te baseren. Onder strategie wordt verstaan de planning en daaraan gekoppeld voorgenomen activiteiten voor de lange termijn die organisaties voor ogen hebben.

Het netwerk van de cb-arts is in kaart gebracht om te bepalen welke actoren een rol spelen bij de deskundigheidsbevordering van cb-artsen, welke strategieën deze actoren volgen en om te bepalen welke andere relevante krachten er binnen het veld van de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar invloed hebben.

Alvorens *onderwijs te ontwerpen*, kijkt de opleider in welke mate de bestaande situatie van de gewenste situatie afwijkt, of deze afwijking als een probleem ervaren wordt en of onderwijs een oplossing voor dit probleem kan zijn (Plomp, Feteris, Pieters et al, 1992).

Met andere woorden: een opleider zal, alvorens een cursus voor cb-artsen te ontwikkelen, een overzicht maken van hoe het werk uitgevoerd hoort te worden, hoe het werk op dit moment uitgevoerd wordt of het verschil als een probleem ervaren wordt en of cursorisch onderwijs kan bijdragen aan het wegnemen van het verschil. (Welke werkzaamheden van de cb-arts verwacht worden, worden globaal in § 2.2 'Functie-omschrijving en taken van de cb-arts' aangegeven). Hoe het werk daadwerkelijk wordt uitgevoerd, viel binnen het bestek van dit onderzoek niet rechtstreeks te onderzoeken. Er is aan verschillende respondenten gevraagd of zij verschillen ervaren in de ideale uitvoering en in de daadwerkelijke. Tevens werd hen gevraagd of zij dit als een probleem zien door hen te vragen naar gewenst onderwijs.

Deze wens naar onderwijs kan verdeeld worden in wensen vanuit de optiek van de organisatie en zijn doelstellingen (*opleidingsnoodzaak*) en vanuit de optiek van de werknemer en zijn individuele leerwensen (*onderwijsbehoefte*). Deze hoeven niet altijd overeen te komen (zie ook hierna).

De verandering van het huidige werk naar het optimale/ideale werk kan door de cursist, in casu de cb-arts, afgelegd worden. Of de ideale werkuitvoering bereikt zal worden, hangt mede af van de systeemkenmerken van de werksituatie (zoals beschikbare tijd, begeleiding en ondersteuning, financiële middelen, heldere werkopgaven etc.) en van de persoonlijkheidskenmerken van de cb-arts (zoals kennis, ervaring, bereidheid en vermogen om vernieuwingen toe te passen e.d.). De vraag is in hoeverre een opleiding kan bijdragen aan het bereiken van de ideale situatie.

Tijdens cursorisch onderwijs kan de cursist leren hoe het werk gedaan zou moeten worden, maar het kan blijken dat de uitvoering in de praktijk niet mogelijk is. Indien deze situatie zich voordoet, is er voor niets veel tijd en geld in een cursus gestoken en bestaat een grote kans dat de cursist gedesilluseerd raakt.

Indien de cursus op basis van individualiteit gevolgd wordt, zal de cursist alleen moeten werken om veranderingen teweeg te brengen en is de kans klein dat de gewenste eindsituatie bereikt wordt. Indien de cursus vanuit een georganiseerd verband gevolgd wordt en alle partijen erkennen dat er veranderingen moeten plaatsvinden, kan men ook georganiseerd proberen de werksituatie te veranderen, waardoor de kans van slagen groter wordt.

Het is aan de ontwikkelaar van cursorisch onderwijs om in te schatten of binnen de werksituatie van de doelgroep van de cursus veranderingen noodzakelijk zijn om de ideale situatie te bereiken.

Is dat laatste het geval, dan zal cursorisch onderwijs slechts een marginale verbetering van het werk kunnen veroorzaken.

De *opleidingsnoodzaak* is de noodzakelijk vereiste opleiding gezien vanuit de onderneming en de te realiseren ondernemingsdoelen. Zij is dus direct gekoppeld aan functie-eisen en werkopgaven waaraan de werknemer zich door de werkgever geconfronteerd ziet.

Een opleidingsnoodzaak ontstaat als binnen de organisatie een probleem geconstateerd is (ondernemingsdoelstellingen worden niet goed gerealiseerd doordat activiteiten niet goed worden uitgevoerd) en als men tot de conclusie gekomen is dat opleiden de beste oplossing voor het probleem is (Kessels en Smit, 1989).

In dit project wordt onder de opleidingsnoodzaak verstaan de wensen ten aanzien van deskundigheidsbevordering die in het veld van de 0-4-jarigenzorg wordt aangegeven door sleutelfiguren, stafartsen en werkgevers. De onderwijskundige experts hebben een inschatting gemaakt of cursorisch onderwijs de oplossing voor de aangegeven wensen is.

*Opleidingsbehoefte* wordt opgevat als de wens om een ervaren, vastgelegd of verwacht tekort in deskundigheid (kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes) op te heffen door middel van opleiding, gezien vanuit de werknemer (Kessels en Smit, 1989). De opleidingsbehoefte in dit onderzoek zijn de wensen zijn die de cb-artsen tijdens de focusgroep-interview aangeven. Ook hier zal de onderwijskundige vertaalslag gemaakt moeten worden: draagt onderwijs bij aan de ervaren lacune in de werkkuitvoering.

Ten aanzien van de *onderwijsmethoden* kan het volgende opgemerkt worden:

De vormgeving van het onderwijs is altijd een afgeleide van de leerdoelen. Onderwijsmethoden dragen bij aan het behalen van die leerdoelen. In het algemeen wordt onderscheid gemaakt tussen kennisdoelen, attitudedoelen en vaardigheidsdoelen. Kortdurend cursorisch onderwijs leent zich voornamelijk voor kennisdoelen en in beperkte mate voor vaardigheidsdoelen.

Kennisoverdracht kan over het algemeen via relatief eenvoudige onderwijsmethoden en betrekkelijk grote groepen plaatsvinden. Hoorcolleges, zelfstudie en demonstraties voldoen hierbij over het algemeen goed. In betrekkelijk korte tijd kan de cursist zich veel kennis verwerven.

Vaardigheidsdoelen vergen andere methoden: hier moet individueel geoefend worden in zo reëel mogelijke situaties. Dit vergt kleinere groepen, veel tijd en scherp omschreven en op de praktijk lijkende opdrachten. Vaardigheden leren kost meestal veel tijd, feedback en herhaling.

Het *aanbod* van opleidingsactiviteiten is in dit onderzoek de verzameling van activiteiten, die een onderwijsorganisatie (aan opdrachtgevers) aanbiedt. Het doel van het in dit rapport bedoelde aanbod is via (cursorisch) onderwijs de deskundigheid van werkers te vergroten. Cursorisch onderwijs wordt gegeven in groepen: het gaat dan om training of cursus.

Oprachtgevers kunnen zowel organisaties, beroepsverenigingen en individuele werknemers zijn. Andere methoden van *deskundigheidsbevordering* zoals supervisie, praktijkbegeleiding, stages, etc. vallen buiten het begrip 'opleidingsaanbod' zoals dat in dit rapport gehanteerd wordt. Ook thema-avonden, symposia en congressen vallen niet onder het begrip opleidingsaanbod. Dit zijn overigens wel vormen van deskundigheidsbevordering.

## 1.6 Verantwoording methodieken

### *Literatuurstudie*

De literatuurstudie is gedaan aan de hand van adviezen van medewerkers van de afdelingen Onderwijs en Jeugd & Gezondheid. Er is literatuur bestudeerd over het werk van de cb-arts in boeken, beleidsnota's, het Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg en het Tijdschrift Jeugd Gezondheidszorg. Ook is er literatuur doorgenomen met betrekking tot de onderzoeksmethodieken; onder andere is bij de bibliotheek van het Ministerie van Onderwijs gezocht naar literatuur over behoefte-onderzoek op het gebied van onderwijs.

### *Interviews met sleutelfiguren*

De interviews die met de sleutelfiguren plaatsvonden, vallen onder de zogenaamde focused interviews (Segers, 1989).

Dit type interview is weinig gestandaardiseerd; er wordt gebruik gemaakt van een lijst met onderwerpen waarover informatie moet worden verkregen bij de respondenten.

Over het focused interview kunnen de volgende voor- en nadelen benoemd worden:

De voordelen zijn:

- geschikt voor exploratie;
- grotere flexibiliteit in response.

De nadelen zijn:

- een lage vergelijkbaarheid;
- bewerkelijk;
- relatief kostbaar;
- minder geschikt voor massa-onderzoek;
- invloed van verbaliserend vermogen van de respondent;
- kans op onvolledige gegevens.

Door te kiezen voor gesprekken met de sleutelfiguren in de explorerende fase van het onderzoek, hoefde er maar een beperkt aantal mensen geïnterviewd te worden. Dit neemt zwakke punten als bewerkelijkheid, kostbaarheid en de ongeschiktheid voor massa-onderzoek weg.

De geïnterviewden zijn geselecteerd op de positie die zij innemen in het netwerk van de cb-arts.

De keuzes voor de sleutelfiguren zijn gemaakt na literatuurstudie en gesprekken met de staf-medewerkers van de afdelingen Onderwijs en Jeugd & Gezondheid.

Er zijn gesprekken gevoerd met de voorzitter van de LFC (Landelijke Federatie Consultatiebureau-artsen-verenigingen), de beleidsmedewerker Ouder- en Kindzorg van de LVT (Landelijke Vereniging voor Thuiszorg), de Hoofdinspecteur 'Geneeskundige Inspectie Moeder- en Kindzorg en Jeugdgezondheidszorg' en de voorzitter van de NVJG (Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg).

Doordat ze verschillende functies binnen verschillende organisaties vervulden, werden de onderwerpen vanuit uiteenlopende invalshoeken bekeken.

De geïnterviewden zijn mensen die hoog opgeleid zijn, veel ervaring hebben en verbaal zeer sterk zijn. Daarom mag verondersteld worden dat een mogelijke vertekening ten gevolge van het verbaliserend vermogen van respondenten geminimaliseerd is. Achteraf bleek telefonisch contact ook altijd nog mogelijk; de kans op onvolledige gegevens was hierdoor verkleind.

#### *Focusgroep-interviews*

Het algemene doel van het focusgroep-interview is het inzicht krijgen in ideeën en gevoelens van personen over een probleem of fenomeen. Een focusgroep bestaat meestal uit zeven tot tien personen die zijn geselecteerd op basis van bepaalde overeenkomstige kenmerken die gerelateerd zijn aan het onderwerp van de studie. In de focusgroep staat de interactie centraal. Deze interactie wordt op gang gebracht door een ervaren gespreksleider. Gebruik wordt gemaakt van het feit dat mensen gestimuleerd worden door de ideeën van anderen en zich een mening vormen of hun mening aanpassen nadat ze naar de opvattingen van anderen hebben geluisterd (Assema, Mesters en Kok 1992).

De voordelen van deze methode zijn:

- het is een eenvoudige methode; men kan in korte tijd met relatief lage kosten veel informatie over een onderwerp verzamelen;



- het is een open methode; de gespreksleider heeft veelal weinig directe invloed op de richting van het gesprek. Hierdoor komt niet alleen informatie naar voren die veronderstellingen van de onderzoekers bevestigt dan wel ontkracht maar kunnen ook gegevens over het onderwerp naar boven komen die nieuw en onverwacht zijn;
- doordat er sprake is van interactie levert de focusgroep-interview meestal veel informatie en diepgaande informatie op;
- het heeft een hoge face-validity; dat wil zeggen dat de resultaten van de methode op het oog heel valide lijken.

De nadelen van deze methode zijn:

- er is weinig controle mogelijk; groepsleden kunnen onderwerpen naar voren brengen die voor het onderzoek irrelevant zijn;
- het is vrij moeilijk om de gegevens die uit de focus-groep naar voren komen te analyseren;
- de resultaten van de methode zijn afhankelijk van de vaardigheden van de gespreksleider;
- het is niet geschikt voor een controversieel onderwerp;
- er is geen statistische toetsing mogelijk;
- het is beperkt generaliseerbaar;
- het werven van de deelnemers kan mogelijk een probleem zijn.

Ons inziens is het focusgroep-interview een goede methode om informatie te verzamelen tijdens de explorerende fase, waar nog geen vraag is naar statistische toetsing of generalisatie. In het onderzoek is het interview door een ervaren gespreksleider geleid. Hierdoor werd de kans op het verliezen van de controle verkleind.

Omdat zowel de opleidingsnoodzaak als de -behoefte bepaald moest worden, is er voor gekozen één focusgroep-interview te houden met stafartsen als vertegenwoordigers van de organisaties en één met cb-artsen. Namen van mogelijke deelnemers van de focusgroep-interviews van stafartsen zijn door werknemers van de afdelingen Onderwijs en Jeugd & Gezondheid en door de sleutelfiguren genoemd. De stafartsen hebben met name geïnteresseerde cb-artsen genoemd. Ondanks dat er bij het uitnodigen rekening mee gehouden is dat er zoveel mogelijk een gemêleerd gezelschap qua geografische spreiding en aantal jaren ervaring geformeerd werd, waren beide focusgroepen niet geheel aselechte groepen. De deelnemende artsen voelden zich bij het onderwerp betrokken en konden er over meepraten.

Bovendien werd er in die fase nog van uit gegaan dat deze explorerende fase gevolgd zou worden door een tentatief aanbod en enquête onder de gehele groep cb-artsen. Er werd daarom niet gestreefd naar een representatieve steekproef.

Een focusgroep-interview met werkgevers is ook overwogen omdat met name van hen verwacht zou worden dat zij uitspraken kunnen doen over de opleidingsnoodzaak. Maar aangezien deze mensen zeer druk bezet zijn en de kans dus zeer klein zou zijn dat er voldoende werkgevers overgehaald konden worden op een bepaald tijdstip naar Leiden te komen, is besloten op een andere manier aan deze informatie te komen. De planning was om dit met behulp van enquêtes nader uit te werken. Via literatuurstudie en via de stafartsen en sleutelfiguren is globaal informatie over de meningen van de werkgever verkregen.

#### *Schriftelijke enquête gekoppeld aan tentatief aanbod*

Het was de bedoeling een tentatief aanbod (een aantal modules) te formuleren, gebaseerd op de informatie verkregen in de explorerende fase. Het doel van deze enquête was niet alleen om de door de geïnterviewden genoemde onderwerpen te toetsen aan een groter (meer representatief) groep cb-artsen en hun werkgevers, maar ook om meer inzicht te krijgen in hun bereidheid te investeren in tijd en geld.

De sterke kanten van een enquête zijn:

- respondenten kunnen anoniem blijven;
- respondenten die te druk bezet zijn om tijd uit te trekken voor een persoonlijk interview kunnen bereikt worden;
- geschikt voor massa-onderzoek.

De zwakke kanten van een enquête zijn:

- kans op hoge non-respons;
- door non-respons kan zelf-selectie van de respondenten optreden;
- het terug ontvangen van de enquêtes en het verwerken van de gegevens kost veel tijd;
- duur.

## 1.7 Onderzoeksproces

Zowel bij de individuele gesprekken met de sleutelfiguren als bij de focusgroep-interviews viel ons het volgende op:

Om de artsen voor de gesprekken uit te nodigen, zijn zij telefonisch benaderd. Zij zijn echter druk bezet en veel afwezig waardoor het zeer moeilijk was om ze telefonisch te bereiken. Maar als het contact eenmaal plaatsvond, toonden de artsen een zeer grote bereidheid om mee te werken. Het feit dat andere afspraken afgezegd werden en dat men bereid was om vanuit Groningen of Leeuwarden naar Leiden te reizen, spreekt voor zich. Velen van hen vonden het een belangrijk onderwerp om over te praten.

Het feit dat zij moeilijk te bereiken waren, heeft er helaas voor gezorgd dat het project vertraging opgelopen heeft.

De focused interviews met de sleutelfiguren duurden ongeveer anderhalf uur. Bij deze interviews waren beide onderzoekers aanwezig, van wie één notuleerde.

Aan het focusgroep-interview om de opleidingsnoodzaak te bepalen hebben uiteindelijk zeven stafartsen meegewerkt en aan het focusgroep-interview om de opleidingsbehoefte te bepalen, zeven cb-artsen. Beide interviews duurde ongeveer twee uur. Van deze focusgroep-interviews zijn bandopnamen gemaakt, die bij het maken van het verslag gebruikt zijn.

Na stap 3 van de onderzoeksopzet (inventarisatie van de gegevens door middel van de focused interview en de focusgroep-interviews) heeft een tussenevaluatie plaats gevonden waaraan de opdrachtgevers (de hoofden van de afdelingen Onderwijs en Jeugd & Gezondheid), de onderzoekers en een stafmedewerker van de afdeling Onderwijs deelnamen.

Op basis van de gegevens die na de literatuurstudie, de gesprekken met de sleutelfiguren en de beide focusgroep-interviews beschikbaar waren, is besloten het onderzoek op dit punt af te ronden zonder de enquêtes aan cb-artsen en werkgevers uit te voeren. Redenen hiervoor waren:

- de aangedragen onderwerpen vragen een bredere benadering dan met cursorisch onderwijs op landelijk niveau te realiseren valt;
- de randvoorwaarden (de bereidheid van de afnemers om te investeren in tijd en geld) werden als te gering geschat, ook al waren weinig gegevens rechtstreeks van de werkgevers bekend;
- een deel van de standaardisatie van het werk (zoals bijv. verwijscriteria) van de cb-arts nog onvoldoende is om onderwijs daarop te kunnen baseren. Er zijn echter goede aanzetten die recent in de vorm van overzichtspublicaties gegeven door Burgmeijer (1991) en de Winter, Balledux en Mare (1992).

Doordat er geen focusgroep-interviews met de werkgevers waren gehouden, is er, na het besluit geen tentatief aanbod op te stellen en enquête te houden, gesproken over een aantal (focused) interviews met de werkgevers.

Omdat er gegevens van gesprekken met zes managers van kruisverenigingen onder andere over deskundigheidsbevordering van cb-artsen beschikbaar waren (Meulmeester en Peters, 1993) en omdat de sleutelfiguren hadden aangegeven dat de financiële situaties binnen de EKO's en de opvattingen van de werkgevers over het belang van bijscholing sterk kunnen verschillen, is besloten deze (focused) interviews niet uit te voeren.

In de beginfase van het onderzoek was gekozen voor cb-artsen als doelgroep waarvoor onderwijs ontwikkeld zou worden. Tijdens het onderzoek is echter ook regelmatig gesproken over mogelijke andere doelgroepen. In § 2.11 zullen deze doelgroepen nader omschreven worden.

## 2. DE RESULTATEN

### 2.1 Inleiding

In dit hoofdstuk zal beschreven worden welke gegevens er verkregen zijn en op welke wijze deze geïnterpreteerd kunnen worden.

Ten eerste zal ingegaan worden op de functie-omschrijving en de taken van de cb-arts. Deze vormen het uitgangspunt van eventueel nieuw te ontwikkelen cursorisch onderwijs (2.2). Vervolgens wordt er meer inzicht gegeven in de omvang en samenstelling van de doelgroep (2.3). Tevens wordt er middels het netwerk inzicht gegeven in de actoren die een belangrijke rol spelen in de deskundigheidsbevordering van de cb-artsen en in de relevante ontwikkelingen in het veld van de 0-4-jarigenzorg in het algemeen (2.4).

Om te bepalen wat de thema's en randvoorwaarden ten aanzien van een nieuwe cursus zouden kunnen zijn, wordt weergegeven wat de geïnterviewde sleutelfiguren, stafartsen en cb-artsen zagen als opleidingsnoodzaak respectievelijk -behoefte (2.5 t/m 2.8).

Er wordt een overzicht gegeven van het bestaande aanbod en ideeën gegeven over mogelijk nieuw aanbod (2.9 en 2.10).

Dit hoofdstuk zal eindigen met een paragraaf over andere doelgroepen die tijdens dit onderzoek ook genoemd zijn (2.11).

### 2.2 Functie-omschrijving en taken van de cb-arts

Zoals al in § 1.5 is opgemerkt (Plomp, Feteris en Tomic, 1992) is er een duidelijke relatie tussen onderwijs en de functie-eisen en werkopgaven van de werknemer. Om die reden worden functie- en taakomschrijving van de cb-arts in deze paragraaf weergegeven.

De doelstelling van het werk van de jeugdarts (0-4 jaar) luidt als volgt:

"Het bevorderen en beveiligen van een gezonde lichamelijke, geestelijke en sociale ontwikkeling van de populatie kinderen 0 tot schoolgaand, uitgaande van de eigen verantwoordelijkheid van ouders, door middel van beïnvloeding van relevante gezondheidsdeterminanten, te weten medisch-biologische factoren, gezondheidsgedrag en relevante omgevingsfactoren, waaronder het zorgsysteem zelf" (de Winter, Balledux en de Mare, 1992).

De NVJG (1985) heeft ter advisering van de overheid de taken van de cb-arts nader uitgewerkt.

De werkzaamheden van de cb-arts kunnen onderverdeeld worden naar A- en B-taken. De A-taken zijn de taken die met name tijdens de consultatiebureau-zitting worden uitgevoerd en de B-taken zijn de taken buiten de consultatiebureau-zitting. Deze indeling is nooit formeel erkend maar alle kruisorganisaties hanteren de taakindeling met name bij de financiering. Voor de B-taken krijgt de cb-arts een opslag. Deze opslag is echter niet overal in Nederland gelijk; de getallen die door de sleutelfiguren genoemd zijn, liggen tussen de 10-25%.

De A-taken houden in:

- volgen van groei en ontwikkeling;
- signaleren van pathologische afwijkingen;
- vaccineren;
- begeleiden van/hulp verlenen aan ouders;
- registreren van verkregen gegevens en conclusie in het daarvoor bestemde gezondheidszorg-dossier;
- voor- en nabespreking met de teamgenoten over de bevindingen bij jeugdigen;
- overige werkzaamheden, samenhangend met onderzoek, vaccinatie en screening.

De B-taken houden in:

- werkcontacten binnen de organisatie; vergaderingen;
- werkcontacten buiten de organisatie door middel van:
  - \* samenwerken c.q. overleg met personen en instellingen die hulp/zorg verlenen aan de jeugdigen in het werkgebied van het jeugdgezondheidszorgteam;
  - \* correspondentie en telefoongesprekken ten behoeven van contacten en doorverwijzingen;
- opleiding; volgen van bij- en nascholing;
- stageverlening;
- aandacht voor het milieu van de jeugdigen door middel van:
  - \* medewerking bij voorlichtingsactiviteiten binnen en buiten de organisatie;
  - \* signaleren van sociaal-medische problemen van de populatie;
- werkzaamheden ten behoeven van de beleidsvorming:
  - \* epidemiologisch onderzoek;
  - \* het doen van voorstellen ten behoeven van werkwijze en beleid.

Er wordt bij de consultatiebureau's een scheiding gemaakt naar zuigelingen- en kleuterbureau (ook peuterbureau genoemd). De grens bij deze tweedeling is niet in heel Nederland gelijk. Meestal gaat

een kind naar het kleuterbureau als het één jaar is, maar er kan een variatie van enkele maanden optreden.

Het jaarverslag OKZ 1990-1991 van de LVT (Burgmeijer, 1993) toonde aan dat in 1991 de zuigeling gemiddeld 9,42 maal per jaar door de cb-arts, wijkverpleegkundige of het cb-team wordt gezien. Hoe vaak de cb-arts zelf de zuigeling onderzoekt, is hierbij niet goed aan te geven omdat er geen eenduidigheid is in het gebruik van de volgende termen: bureaus 'oude' en 'nieuwe' stijl.

Bij het bureau oude stijl zien de arts en de verpleegkundige het kind gezamenlijk, bij het bureau nieuwe stijl houden de cb-arts en de wijkverpleegkundige afzonderlijk bureau, waarbij het kind of door de arts of door de verpleegkundige gezien wordt. In 1991 werden per zitting 15,91 zuigelingen onderzocht.

Gemiddeld komen de kleuters 1,63 keer per jaar naar het consultatiebureau. Er worden gemiddeld 9,54 consulten per zitting uitgevoerd.

Er zijn geen landelijke voorschriften voor de duur van een consult. Afhankelijk van het budget worden de tijdafspraken binnen een EKO gemaakt. Voor zuigelingen ligt de gemiddelde tijdsinvestering per zuigeling per consult tussen de 8 en 10 minuten. De consulten van de kleuters mogen iets langer duren. Er bestaan op diverse aspecten van de taken (aanzetten tot) onderzoeksprotocollen (Burgmeijer e.a., 1991 (red.)). Er bestaan echter geen gegevens ten aanzien van het daadwerkelijk hanteren van deze protocollen door de cb-artsen in het land. In ieder geval ontbreken (landelijke) richtlijnen voor verwijzing: in de praktijk lijkt elke cb-arts zich in haar regio aan te (moeten) passen aan de werkwijze van de huisartsen en specialisten. Er is dus in geringe mate sprake van standaardisatie.

### **2.3 Omvang van de groep cb-artsen**

Volgens het jaarverslag van de LVT (Burgmeijer, 1993) waren er in 1991 774 cb-artsen in Nederland werkzaam. Deze arts bezetten 251 FTE, hetgeen gemiddeld per arts neerkomt op een aanstelling van 0,33 FTE.

Rond de 90% van de cb-artsen is van het vrouwelijke geslacht (Berg, Rijssenbeek, Davidse et al, 1993).

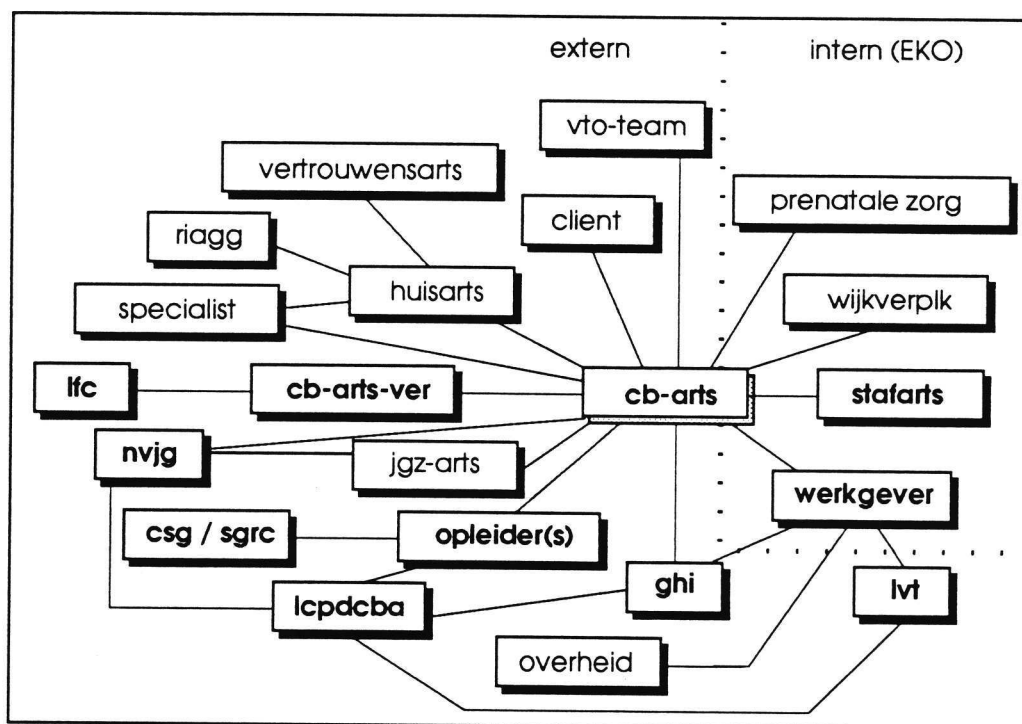
Ten aanzien van de huisartsen werd de schatting gemaakt dat er in 1990 1967 huisartsen cb-werk verrichtten, overeenkomstig 75 FTE. De tijd die in 1990 gemiddeld door een cb-huisarts aan JGZ-werk werd besteed, kwam overeen met 0,04 FTE oftewel 1,5 uur per week (Burgmeijer, 1993).

## 2.4 Netwerk inzake deskundigheidsbevordering

Het netwerk van de cb-arts is in kaart gebracht na literatuurstudie en gesprekken met medewerkers van de afdelingen Onderwijs en Jeugd & Gezondheid. In het netwerk zijn de actoren benoemd, die een belangrijke rol spelen bij het werk van de cb-arts in het algemeen en bij de deskundigheidsbevordering in het bijzonder (zie figuur 2.1). Tussen alle actoren zouden onderling ook verbanden aan te geven zijn. Deze verbanden zijn in het schema echter in beperkte mate aangegeven om de overzichtelijkheid zoveel mogelijk te behouden.

Opvallend is dat het netwerk zowel intern (binnen de Erkende Kruisorganisatie) als extern (regionaal en landelijk) een groot aantal actoren omvat. De cb-arts doet haar werk in een omgeving waarin diverse partijen uiteenlopende belangen blijken te hebben.

In figuur 2.1 'het netwerk van de cb-arts' zijn een aantal actoren vet-gedrukt weergegeven omdat die actoren de belangrijkste rol spelen ten aanzien van de deskundigheidsbevordering van cb-artsen. Na het schema zal nader uitgewerkt worden wie deze actoren eruit zijn en welke strategieën ze volgen.



figuur 2.1 Het netwerk van de cb-arts



#### 2.4.1 Doelgroep van deskundigheidsbevordering

##### - *CB-artsen*

Welke artsen tot deze groep behoren en wat hun functie/taken zijn, is in § 2.1 en 2.2 nader uitgewerkt. De doelgroep is niet homogeen. Er zijn artsen die al een aantal jaren ervaring in het cb-werk hebben en er zijn artsen die net hun basisartsdiploma behaald hebben. Daarbij komt dat basisartsen niet allemaal hetzelfde kennis- en ervaringsniveau hebben doordat de universiteiten co-schappen verschillend invullen. De duur van de co-schappen varieert bij de acht universiteitscentra tussen de 83 en de 95 weken. Wel verplicht bij alle universiteitscentra maar van verschillende duur zijn de co-schappen Inwendige Geneeskunde, Neurologie, Psychiatrie, Kindergeneeskunde, Chirurgie, Gynaecologie/Verloskunde en Huisartsgeneeskunde. Bij zeven universiteiten bestaat eveneens de verplichting tot het volgen van de KNO-, Oogheelkunde- en Dermatologie-coschappen (Metz, Bulte en Paridon, 1990). Basisartsen leren het vak van cb-arts zonder veel formele opleiding door het uitvoeren in de praktijk. De enige verplichting die zij hebben, is het volgen van de applicatiecursus voor cb-artsen 0-4-jarigenzorg. Deze 10-daagse cursus met 8 dagdelen stage is een oriënterende cursus en bedoelt nadrukkelijk **niet** op vaardigheidsniveau op te leiden (zie ook 2.9). Deskundigheid verkrijgen cb-artsen door bestuderen van de (weinig) literatuur die op hun vakgebied verschijnt, door het (incidenteel) volgen van symposia en dergelijke en (in steeds geringere mate) door de ondersteuning die zij van stafartsen ontvangen.

#### 2.4.2 Aanbieders van ondersteuning

##### - *Stafartsen*

De stafarts heeft een staffunctie ten opzichte van de cb-arts. Zij dragen zorg voor de inhoudelijke ondersteuning van de cb-teams (in de vorm van een inwerkprogramma, werkbegeleiding, organisatie van thema-avonden, enzovoort) en voor beleidsadvisering aan het management (bijv. advisering ten aanzien van financiering van een externe cursus).

In 1990 waren rond de 70 stafartsen (40,8 FTE) bij de kruisverenigingen in dienst (Burgmeijer, 1993). Het aantal stafartsen (met JGZ-opleiding) neemt af; bij sommige EKO's zijn helemaal geen stafarts meer in dienst, bij andere EKO's hebben cb-artsen een aantal staftaken gekregen of zijn stafartsen aangenomen die geen jeugdarts zijn. Exacte actuele cijfers bleken niet voorhanden; naar schatting bedraagt het aantal stafartsen nog circa 40. Dit heeft tot gevolg dat de inhoudelijke ondersteuning die stafartsen kunnen geven, vermindert.

In een aantal EKO's denken de stafartsen erover om voor beginnende cb-artsen een senior-junior-systeem op te zetten waarbij de nieuwkomer gekoppeld wordt aan een cb-arts met veel ervaring opdat de laatst genoemde voor de inhoudelijke ondersteuning kan zorgen.

- *Verenigingen van cb-artsen*

De cb-artsen-verenigingen zijn midden jaren 70 opgericht omdat de cb-artsen vonden dat ze te weinig onderling contact hadden.

Iedere cb-arts kan lid worden van de cb-artsen-vereniging in de regio.

De vereniging behartigt binnen haar gebied met ondersteuning van de LAD (Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband) de rechtspositionele belangen van de individuele cb-arts, bewaakt de kwaliteit van het consultatiebureauwerk en bevordert onderlinge contacten van cb-artsen. Dit laatste doen ze door regelmatig bijeenkomsten te organiseren waar soms casuïstiek besproken wordt of een thema-avond georganiseerd wordt.

Het aanbod van een cb-artsen-vereniging verschilt sterk per regio zowel inhoudelijk als in frequentie van bijeenkomsten.

Er zijn negen verenigingen van cb-artsen bij de LFC (zie § 2.4.5 'Koepelorganisaties') aan-gesloten; zo'n 600 cb-artsen zijn van deze verenigingen lid.

### 2.4.3 Aanbieders van opleidingen

- Op de eerste plaats de aanbieders van de *basisopleiding*; de universitaire opleiding geneeskunde. Uit onderzoek is gebleken dat de co-assistentschappen in Nederland weinig onderwijskundige structuur vertonen, geen of nauwelijks eenduidig vastgelegde leerdoelen hebben en gekenmerkt worden door onvoldoende supervisie en begeleiding van de co-assistenten (Gulden, 1984). Hierbij komt dat de duur van de co-schappen bij de acht universiteitscentra niet even veel tijd in beslag nemen en dat niet dezelfde co-schappen bij alle universiteiten verplicht zijn. De universiteiten zijn binnen zekere grenzen autonoom in het bepalen van hun programma. Daarom kunnen de co-schappen verschillend ingevuld worden met als gevolg dat de artsen, afgestudeerd aan verschillende universiteiten, zich niet dezelfde kennis en vaardigheden hebben eigen gemaakt.

Ondanks de bevoegdheid tot uitoefening van de geneeskunde in de volle omvang, wordt de basisarts wel aangeduid met de term 'halffabrikaat'.

Daarmee wordt aangegeven dat de basisarts zodanig is opgeleid, dat hij enerzijds bevoegd is om alle medische handelingen te kunnen uitvoeren, maar anderzijds om zijn beroep te kunnen uitoefenen in nagenoeg alle gevallen een aanvullende opleiding nodig heeft. Dat de basisarts met elke vervolgopleiding moet kunnen beginnen zonder dat deze vervolgopleiding nog teveel basiskennis en vaardigheden moet aanbrengen, geeft aan dat de eindtermen van de artsopleiding zeer belangrijk zijn. In het Raamplan 1974 zijn de doelstellingen voor de artsopleiding weliswaar geformuleerd en door alle faculteiten onderschreven, maar ze zijn te globaal om er concrete eindtermen uit af te leiden (Metz, Bulte en Paridon, 1990).

- De 'vervolgopleiding' voor de cb-arts is de '*applicatiecursus voor artsen werkzaam in de 0-4-jarigenzorg*'. Het karakter van de applicatiecursus is oriënterend; een eye-opener (zie § 2.9 'bestaand aanbod'). Er zijn vijf organisaties die deze cursus aanbieden, te weten de PAOG-en van Groningen, Amsterdam, Nijmegen en Rotterdam en het NIPG-TNO. De richtlijnen voor deze cursus zijn in 1979 bepaald en in 1988 bijgesteld door vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG), de Nationale Kruisvereniging (tegenwoordig opgenomen in de LVT), GHI, cursuscoördinatoren en begeleidingscommissies. De opleidingen zijn in alle plaatsen in grote lijnen gelijk en er treden hooguit enige accentverschillen op. Kortgeleden (maart 1993) heeft de LVT het initiatief genomen de inhoud van de applicatiecursus in het licht van de recente ontwikkelingen te herzien (Burgmeijer, 1993).
- Andere *bij- en nascholingscursussen* worden door een aantal van bovenstaande instituten gegeven evenals een aantal andere instituten. Het betreft veelal eendaagse cursussen/symposia en vallen feitelijk als zodanig buiten de in dit rapport gehanteerde definitie van opleidingsaanbod. Er zijn geen formele eisen gesteld aan een instituut dat bijscholingscursussen geeft. De bijscholingscursussen die op de markt gebracht worden, zullen in § 2.9 'bestaand aanbod' weergegeven worden.

#### 2.4.4 Beslissers/financiers

- *Werkgevers* (in dit rapport ook wel als managers of directies aangeduid) zitten in de hiërarchische lijn boven de cb-artsen. Er zijn in Nederland 72 Erkende Kruisorganisaties (EKO's). De directies van de EKO's bestaat steeds vaker uit mensen met een bedrijfskundige achtergrond. De zorginhoudelijke expertise is in de directie veelal van verpleegkundige aard. Voor veel kruisverenigingen geldt dat er een divisie Ouder- en Kindzorg is. De leiding van deze divisie is meestal in handen van een verpleegkundige. Onder de divisies vallen hiërarchisch gezien de cb-teams. Aan het hoofd van deze teams staat de hoofdwijkverpleegkundige (Meulmeester en Peters, 1993).

De werkgevers kunnen invloed uitoefenen op de keuze voor bij- en nascholing door al dan niet een financiële vergoeding ter beschikking te stellen. De werkgevers hierin zijn autonoom en niet gebonden aan landelijke richtlijnen, op één uitzondering na. De applicatiecursus voor cb-artsen is in het kader van het Besluit Erkennungseisen Kruisverenigingen in principe verplicht. De meeste werkgevers houden zich hier ook aan.

Onderzoek onder zes werkgevers (Meulmeester en Peters, 1993) toonde aan dat enkele kruisorganisaties een jaarlijks opleidingsplan hanteren waarin zowel interne als externe cursussen zijn verwerkt. Bij de andere kruisorganisaties vindt bijscholing meer op ad-hoc basis plaats. Afhankelijk van welke bijscholingsmogelijkheden zich op dat moment voordoen, worden medewerkers in de gelegenheid gesteld een cursus te volgen. Eén werkgever gaf aan dat binnen zijn kruisorganisatie de bijscholingsmogelijkheden nihil waren of op eigen kosten van de cb-arts moesten plaatsvinden. De werkgevers zijn verenigd in de LVT (zie § 2.4.5 'Koepelorganisaties'). De managers is door de Landelijke Vereniging voor Thuiszorg geadviseerd het budget te labelen, om te voorkomen dat één van de divisies minder aandacht en financiële ondersteuning krijgt. Er lijkt een tendens te bestaan waarbij de divisie Ouder- en Kindzorg weinig prioriteit krijgt.

- De *Geneeskundige Hoofdinspectie (GHI)* oefent controle uit op de kwaliteit van het functioneren van de uitvoerenden binnen de sector Ouder- en Kindzorg. Ten aanzien van de scholing van cb-artsen is de formele taak van de GHI advisering over de inhoud van de applicatiecursus door participatie in het Landelijk Coördinatiepunt Deskundigheidsbevordering Consultatiebureau-artsen en door controle op het feit of de applicatiecursus gevolgd is. De andere bijscholingscursussen hoeven officieel niet goedgekeurd te worden door de GHI.

#### 2.4.5 Koepelorganisaties

- De *Landelijke Federatie van Consultatiebureau-artsen-verenigingen (LFC)* is de landelijke overkoepelende organisatie van de verenigingen van cb-artsen. De LFC is in 1987 ontstaan vanuit de vraag naar landelijke belangenbehartiging die bij de cb-artsen leefde. Er zijn ongeveer 600 cb-artsen (via de cb-artsen-verenigingen) bij de LFC aangesloten. Alleen de provincie Zeeland (waar het overgrote deel van het cb-werk door huisartsen wordt verricht) en een deel van de provincie Brabant (rond Eindhoven en Tilburg, waar men op eigen initiatief een intensief onderling contact heeft en geen behoefte aan een cb-artsen-vereniging) zijn niet bij de LFC vertegenwoordigd.

De LFC onderneemt de volgende activiteiten:

- \* mede bijdragen aan het beleid inzake de toekomst van de jeugdgezondheidszorg van 0-4 jarigen;
  - \* bekendheid geven aan de betekenis en de waarde van de jeugdgezondheidszorg 0-4 jarigen;
  - \* de onderlinge samenwerking van de aangesloten verenigingen bevorderen;
  - \* contacten leggen met andere beroepsverenigingen, c.q. beroepsgroepen die werkzaam zijn op het gebied van de jeugdgezondheidszorg;
  - \* een specifieke opleiding voor de cb-arts stimuleren.
- De *Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG)* is de wetenschappelijke beroepsvereniging van artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar). Ongeveer 30% van de cb-artsen is lid van de NVJG.

De NVJG heeft statutair ten doel:

- \* het bevorderen van de studie en de ontwikkeling van de zorg voor de lichamelijke en psychosociale gezondheid van de jeugd in verschillende fasen van ontwikkeling;
- \* het bevorderen dat allen, die ten behoeven van de jeugdgezondheidszorg werkzaam zijn, hun functie zo goed mogelijk kunnen uitoefenen;
- \* het verbreiden van kennis over jeugdgezondheidszorg in de ruimste zijn.

De LFC en de NVJG staan los van elkaar (de één is belangenbehartiger, de ander de wetenschappelijke vereniging van de jeugdartsen) maar ze ondernemen soms gezamenlijk actie.

- De *Landelijke Vereniging voor Thuiszorg (LVT)* is in 1990 ontstaan na de fusie van de Nationale Kruisvereniging met de Centrale Raad voor de Gezinsverzorging, die beide tot aanzienlijke inkrimping gedwongen waren.

In de statuten van de LVT staat haar doelstelling als volgt geformuleerd: 'De LVT heeft tot doel de gezamenlijke belangen van haar leden te behartigen en beleid te ontwikkelen op het gebied van de thuiszorg en van de gezondheidszorg in het algemeen'.

Het hoogste orgaan binnen de LVT is de ledenraad. Hierin zitten 25 afgevaardigden uit de districten. Nederland is in vijf districten ingedeeld en per district zijn de lidinstellingen uit een aantal provincies vertegenwoordigd. Onder de ledenraad zit in hiërarchische zin het bestuur, bestaande uit een voorzitter en negen bestuursleden. Het bestuur wordt bijgestaan door een viertal permanente colleges van advies, te weten:

- \* college van arbeidszaken;
- \* college structuur en financiering;
- \* college produkt en kwaliteit;
- \* college public relations en marketing.

Naast het bestuur is het Bureau van de LVT, die de voorbereidingen, de begeleiding en uitvoering van de werkzaamheden van de vereniging tot taak heeft. In 1991 werkten ongeveer 90 mensen bij het Bureau.

Van de LVT kunnen lid worden:

- \* rechtspersonen die een kruisorganisatie en/of een kraamcentrum en/of een instelling voor gezinsverzorging in stand houden. Daarbij geldt als voorwaarde dat de instelling gefinancierd wordt in het kader van de AWBZ of de ZFW. Van deze instellingen is nagenoeg 100% lid van de LVT;
- \* andere rechtspersonen die werkzaam zijn op het gebied van de thuiszorg en waarvan het naar het oordeel van de ALV gewenst is dat deze lid zijn van de LVT.

Bij deze laatste categorie kan men bijv. denken aan de Vereniging van Instellingen voor Maatschappelijk werk (VIVAM). Er is over gesproken dat de VIVAM lid zou worden van de LVT, maar het bestuur van de VIVAM heeft zelf besloten dit lidmaatschap niet aan te gaan omdat ze vonden dat algemeen maatschappelijk werk meer is dan het maatschappelijk werk binnen de thuiszorg.

De belangrijkste aandachtsgebieden van de LVT zijn:

- \* werkgeversfunctie (met name CAO-gerelateerde vraagstukken);
- \* belangenbehartiging (met name richting overheid en financiers);
- \* kwaliteit van zorg;
- \* integratie van kruiswerk en gezinsverzorging.

De initiatieven die de LVT met betrekking tot de jeugdgezondheidszorg ontwikkelt, omschrijven zij zelf als een liaison- en tolkfunctie. Er is een inhoudelijk deskundig beleidsmedewerker Ouder- en Kindzorg (jeugdarts) aangesteld waardoor voortdurend een vertaalslag kan worden gemaakt van beleid naar inhoud en omgekeerd.

De LVT adviseert de werkgevers met name op strategisch en financieel-economisch terrein.

- De volgende organen binnen de Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst (KNMG) zijn voor de cb-arts het meest van belang: *College voor Sociale Geneeskunde (CSG)* en de *Sociaal-Geneskundige Registratie Commissie (SGRC)*. Ze hebben regelmatig overleg met de opleiders meestal met betrekking tot de formele aspecten van de opleiding tot sociaal-geneskundige i.c. tak jeugdgezondheidszorg.

Het CSG is het "wetgevende" sociaal-geneskundige orgaan binnen de KNMG en heeft de volgende taken:

- \* vaststellen welke onderdelen van de geneeskunde takken van sociale geneeskunde zijn;
- \* vaststellen van opleidingseisen voor de takken van de sociale geneeskunde;
- \* vaststellen van overgangsregelingen bij instelling van een nieuwe tak van de sociale geneeskunde;
- \* vaststellen van de eisen voor opleidingsinstituten voor theorie en praktijk;
- \* in de toekomst vaststellen van de eisen die zullen gelden voor het behoud van registratie.

Het CSG bestaat uit 8 leden:

- \* 4 deskundigen ten aanzien van de wetenschappelijke aspecten van de sociale geneeskunde;
- \* 4 erkende sociaal-geneskundigen door de KNMG;

en uit 3 adviseurs:

- \* 1 vertegenwoordiger van het ministerie van WVC;
- \* 1 vertegenwoordiger van het ministerie van Sociale Zaken en Werkgelegenheid;
- \* 1 vertegenwoordiger van de Geneeskundige Hoofdinspectie.

De nieuwe beleidslijn van het CSG is dat de opleidingen ook gedifferentieerd gevolgd moeten kunnen worden. Dit zou tot gevolg kunnen hebben dat een aangepaste applicatiecursus voor cb-artsen een onderdeel van de JGZ-opleiding zal worden.

De SGRC is een orgaan binnen de KNMG met uitvoerende en controlerende taken en bevoegdheden.

De SGRC heeft als taken:

- \* het houden van een register van erkende sociaal-geneeskundigen;
- \* het houden van een opleidingsregister van artsen die een opleiding in de sociale geneeskunde volgen;
- \* het op aanvraag registreren van artsen die daarvoor in aanmerking komen;
- \* het erkennen van de opleidingsinstellingen voor theoretisch en praktisch onderwijs;
- \* het benoemen van deskundigen voor de scholing in de praktijk.

De SGRC bestaat uit 14 leden, te weten:

- \* 2 leden door de LVSG (Landelijke Vereniging van Sociaal-Geneeskundigen);
  - \* 2 leden door de NVAB (Nederlandse Vereniging voor Arbeids- en Bedrijfsgeneeskunde);
  - \* 2 leden door de NVJG (Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg);
  - \* 2 leden door de NVVG (Nederlandse Vereniging voor Verzekeringsgeneeskunde);
  - \* 2 leden door de NVAG (Nederlandse Vereniging voor Algemene Gezondheidszorg);
  - \* 2 leden door de NVAWT (Nederlandse Vereniging voor Artsen werkzaam in de Tuberculosebestrijding);
  - \* 2 leden door de VSG (Vereniging voor Sportgeneeskunde).
- Het *Landelijk Coördinatiepunt Deskundigheidsbevordering CB-Artsen (LCPDCBA)* bestaat uit vertegenwoordigers van de LVT, NVJG, Huisartsopleidingen, NVK (Nederlandse Vereniging van Kinderartsen), de 4 PAOG-en die de applicatiecursus aanbieden, NIPG-TNO en GHI. Dit orgaan heeft tot doel het ministerie van WVC te adviseren met betrekking tot de inhoud en de vorm van de applicatiecursus voor cb-artsen. (Een ander doel was het bepalen van de prijs van de applicatiecursus voor cb-artsen. Hierover heeft men overeenstemming bereikt: iedere PAOG mag zelf de prijs vaststellen; het hoeft niet meer voor elke instelling gelijk te zijn. In de praktijk lopen de cursusprijzen echter niet ver uiteen: dit kan verklaard worden uit 'concurrentie-overwegingen).

#### 2.4.6 Ontwikkelingen

De literatuurstudie en de gesprekken met de sleutelfiguren gaven weer dat ook de volgende ontwikkelingen in het veld van de Ouder- en Kindzorg 0-4 jaar te benoemen zijn:



*Landelijke regie*

Werkgevers beraden zich op de noodzaak van opleiden van cb-artsen in relatie tot hun organisatie doelen. Dat doen zij niet alleen binnen de eigen EKO; ook op landelijk niveau zijn hieromtrent besprekingen gaande.

De LVT heeft in september 1992 een adviescommissie Ouder- en Kindzorg ingesteld welke tot taak had te bekijken welke beleidsmatige consequenties het rapport "Jeugdgezondheidszorg tegen het licht" zou moeten hebben voor de thuiszorg als geheel en de Ouder- en Kindzorg in het bijzonder. De commissie bestaat uit vertegenwoordigers van verschillende kruisverenigingen, van de LVT, van de opleiding tot verpleegkundig specialist en van de universiteit Utrecht afdeling Ouder- en Kindzorg. Het instellen van deze adviescommissie geeft aan dat er belang wordt gehecht aan de aparte functie die het cb-werk binnen het Kruiswerk vervult.

De adviescommissie pleit onder andere voor een landelijke regie die zich in principe uitsluitend richt op die zorgverlening die valt onder de programmatische preventie. Onder programmatische preventie wordt verstaan "planmatig uitgevoerde preventieve activiteiten die volgens een vastgelegde taakverdeling en werkwijze worden uitgevoerd en die zich richten op een omschreven doelgroep waarbij het doelgroepbereik gevolgd wordt" (de Winter, Balledux en de Mare, 1992). Men wil hiermee het ontstaan van (grote) regionale verschillen in inhoud en uitvoering van het zorgpakket -en daarmee het in de hand werken van gezondheidsverschillen-, voorkomen. Daarom zal ook opleiding en deskundigheidsbevordering landelijk uniform moeten zijn.

Een landelijk platform, dat als doel heeft regelmatig opleidings- en deskundigheidsbevorderingseisen vast te stellen, is echter nog niet tot stand gekomen. Dit platform zou moeten bestaan uit vertegenwoordigers van opleidingsinstellingen, de GHI, de LVT en de wetenschappelijke beroepsverenigingen.

De sleutelfiguren waren het ermee eens dat dit platform er moet komen maar er bestaan verschillende opvattingen over wie tot het samenstellen van het platform het initiatief moet nemen. De één wijst naar de staatssecretaris van Volksgezondheid, de ander naar de managers van de EKO's.

*Terugtrekkende overheid*

Indien de plannen van staatssecretaris Simons doorgaan, zal de overheid zich steeds verder terugtrekken. Men kan alleen nog maar speculeren wat er zal gaan gebeuren als de ziektekostenverzekeraars de preventieve jeugdgezondheidszorg gaat financieren. Men is bang dat deze ontwikkeling de geldstroom naar de preventieve zorg voor 0-4 jarigen niet ten goede zal komen omdat curatie prioriteit zal krijgen.

### *Mogelijke overgang naar de gemeente*

Momenteel wordt onderzocht wat de gevolgen zouden zijn als de verantwoordelijkheid voor en de middelen van de jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar) naar de gemeenten worden overgebracht. Daarbij kan gedacht worden aan het onderbrengen van de zorg van 0 tot schoolgaand bij de GGD. De schoolgezondheidszorg valt reeds onder de verantwoordelijkheid van de GGD en het heeft voordelen als de hele preventieve jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar) onder één organisatie valt.

Meningen lopen hierover echter uiteen. De politieke besluitvorming zal naar verwachting najaar 1993 plaatsvinden. Onduidelijkheid hieromtrent heeft mogelijk gevolgen voor de prioriteitsstelling binnen de EKO op het gebied van budgettoewijzing, ondersteuning en scholing.

## **2.5 Opleidingsnoodzaak**

Zoals in § 1.5 'Theoretisch kader' is aangegeven, is de opleidingsnoodzaak direct gekoppeld aan functie-eisen en werkopgaven waarmee de werknemer en de werkgever zich geconfronteerd zien.

De opleidingsnoodzaak ontstaat als er binnen de organisatie het probleem geconstateerd wordt dat ondernemingsdoelstellingen niet goed worden uitgevoerd en als men tot de conclusie gekomen is dat opleiden de beste oplossing voor het probleem is (Kessels en Smit, 1989). De opleidingsnoodzaak is in dit onderzoek gemeten door middel van gesprekken met de sleutelfiguren en de stafartsen. De sleutelfiguren en stafartsen zijn echter geen onderwijskundige experts en zij zullen niet altijd kunnen inschatten of opleiding een oplossing voor het probleem is. De uitspraken van de sleutelfiguren en stafartsen geven echter wel aan welke problemen in de uitvoering van de 0-4-jarigenzorg ervaren worden. In het voorgaande is reeds geconstateerd, dat er weinig eenduidigheid is t.a.v. de werkwijze op het cb. Slechts in hoofdlijnen zijn organisatiedoelen en de daarvan afgeleide werkopgaven voor het cb te formuleren.

Bij het meten van de opleidingsnoodzaak is weinig gesproken over het verhelderen van de organisatiedoelen in relatie tot de kwaliteit c.q. de deskundigheid. Voor de geïnterviewden was dit een relatief onbekende indeling. Er werd meestal ingegaan op de huidige vormen van deskundigheidsbeoordeling en de zwakke kanten daarvan.

Tijdens de gesprekken met de *sleutelfiguren* kwamen weinig *thema's* naar voren waar externe scholing in de vorm van cursussen aandacht aan zou kunnen geven. De onderstaande drie onderwerpen zijn genoemd:

- gesprekstechnieken. De aantekening die bij dit onderwerp door één van de sleutelfiguren wordt gemaakt, is dat adviseren en communicatie eigenlijk onderwerpen zijn die al tijdens de basisopleiding aan bod zouden moeten zijn gekomen;
- pedagogiek;
- de onderzoekstechniek van het luisteren naar harttonen.

Door één van de sleutelfiguren werd tijdens een gesprek opgemerkt dat meer inhoudelijke eenduidigheid ten aanzien van advisering aan de ouders bijv. op het gebied van vaccinatie en op het gebied van de voeding gewenst zou zijn. Een dergelijke opmerking illustreert de onduidelijkheid in werkopgaven van de cb-artsen. Opleiding is echter een minder geschikt instrument om uniformering te bewerkstelligen.

De *stafartsen* gaven tijdens de focusgroep-interviews aan dat cb-artsen:

- honger naar feitjes vertonen. Waarschijnlijk is dit een behoefte aan reductie van onzekerheid: het cb-werk is complex en omvat een aantal 'grijze gebieden' waarin toch beslissingen moeten worden genomen;
- zeer regelmatig bijscholing willen volgen; enerzijds om de kennis op te frissen en anderzijds omdat na enkele jaren ervaring een andere behoefte is ontstaan. De eerste twee jaar is de cb-arts bezig met het cb-werk zich eigen te maken. Na deze twee jaar bestaat er behoefte aan verdieping en is de cb-arts aan meer gecompliceerde onderwerpen zoals kindermishandeling toe;
- ook bijscholingscursussen volgen die ze geheel zelf moeten bekostigen.

De volgende thema's werden door de stafartsen interessant geacht voor een bijscholingscursus voor cb-artsen:

- \* gesprekstechnieken (zoals slecht-nieuwsgesprek en voorlichting geven) in kort tijdsbestek (10 minuten);
- \* kindermishandeling, incest (na ongeveer 2 jaar werkervaring);
- \* bevindingen zo kunnen formuleren dat na doorverwijzen door huisarts/specialist acties ondernomen worden;
- \* opvoeding-kinderpsychiatrie (0-4 jaar) (dit aanbod bestaat al, maar voor een grote heterogene groep en is weinig diepgaand);
- \* besliskunde.

De volgende thema's werden door een enkele stafarts genoemd en vonden minder bijval bij de rest van de groep:

- \* nabespreken (kunnen verwoorden waarom je iets doet);
- \* planmatig werken;
- \* breder (sociaal-geneeskundig) werken;
- \* registreren (dossier, administratie enz.);
- \* manieren van intercollegiale toetsing.

Onderwijskundigen van de afdeling Onderwijs van het NIPG-TNO gaven aan dat gesprekstechnieken, formuleren van bevindingen, nabespreken, planmatig werken, en registreren onderwerpen zijn die niet tijdens een korte cursus aangeleerd kunnen worden. Tijdens een cursus kan een aanzet gegeven worden over hoe bovenstaande thema's uitgevoerd moeten worden maar om daadwerkelijke resultaten bij het werk te zien, is ondersteuning vanuit de werkorganisatie nodig zodat door feedback bij het oefenen de artsen zich deze zaken eigen kunnen maken.

Overige thema's (besliskunde, intercollegiale toetsing, sociaal-geneeskundig werken) hangen zozeer samen met onduidelijkheid in werkopgaven en het ontbreken van standaard werkwijzen, dat ze ongeschikt zijn om via scholing de uitvoering van het werk te verbeteren. Andere oplossingen liggen meer voor de hand.

## 2.6 Opleidingsbehoefte

De opleidingsbehoefte wordt opgevat als de wens van de werknemer om een ervaren, vastgelegd of verwacht tekort in kennis, inzicht, vaardigheden en/of attitude op te heffen door middel van opleiding (Kessels en Smit, 1989) en is gemeten middels de focusgroep-interviews met de cb-artsen. De ervaring die deze cb-artsen met het cb-werk hadden, varieerde van een paar weken tot meer dan twintig jaar.

Ten aanzien van de *thema's* gaven de cb-artsen meestal niet aan wat ze niet konden en wie hen dat aan zou moeten leren maar vertelden ze in welke onderwerpen ze interesse hadden. Ook doorvragen leidde slechts tot brainstormen over thema's.

Het bemoeilijkte om duidelijk te krijgen wat de werkproblemen zijn en wat daarvan de mogelijke oorzaak is. Dit valt te verklaren uit het uitgangspunt dat deelnemers van focusgroep-interviews onvoorbereid naar de bijeenkomst komen en in korte tijd veel vragen te verwerken krijgen.

De cb-artsen (zowel met veel als weinig ervaring) gaven aan dat ze behoefte hadden aan scholing met betrekking tot de volgende onderwerpen:

- indien zeer praktisch en toegespitst op het cb-werk: het onderkennen van afwijkingen op het gebied van orthopedie, oren, huiden, longen, hart;
- slecht-nieuwsgesprekken in 10 minuten;
- pedagogische problematiek;
- ontwikkelingsonderzoek;
- kindermishandeling, incest;
- groeistoornissen;
- vaccinaties.

Ten aanzien van het eerste punt (diagnose kunnen stellen met betrekking tot afwijkingen op het gebied van orthopedie, oren, enzovoort) kan opgemerkt worden dat eerst protocollen en standaarden algemeen geaccepteerd moeten zijn voordat onderwijs ontwikkeld kan worden. Daar het echter om vaardigheden gaat, zullen de cb-artsen zich deze onderwerpen moeilijk alleen tijdens een kortdurende cursus eigen kunnen maken. Daar hebben zij meer tijd en oefening voor nodig.

Scholing in de praktijk ligt meer voor de hand.

Zelf merkten de cb-artsen ten aanzien van deze onderwerpen op dat ook de specialisten geen landelijke norm hanteren over wanneer iets afwijkend is en wanneer niet. Men moet hierover op regionaal niveau afspraken maken en de cb-artsen moeten hierover op regionaal niveau geïnstrueerd worden. Er is hier dus een zekere tegenstrijdigheid te constateren bij wat de artsen verwoorden als zijnde onderwerpen voor een landelijk aanbod.

Pedagogische problematiek en kindermishandeling lijken meer "trendy" onderwerpen en zijn daardoor voor een opleidingsinstituut minder aantrekkelijk om een cursus voor te ontwerpen, gezien de mogelijk korte levensduur.

Onderzoek van Berg, Rijssenbeek, Davidse et al (1993) geeft een impressie over de behoefte aan bij/nascholing bij cb-artsen. Bij dit onderzoek onder 52 cb-artsen die aselekt waren gekozen, kwam naar voren dat 23,1% van de cb-artsen geen behoefte had aan bij- of nascholing, 75% enigszins behoefte had en 1,9% sterke behoefte had. Deze cijfers lijken echter niet overeen te komen met de mening van de stafartsen en cb-artsen in ons onderzoek, die aangaven dat cb-artsen juist veel behoefte hebben.

## 2.7 Randvoorwaarden

Bij de bespreking van de randvoorwaarden voor externe scholing, werd gekeken naar de prijs, plaats en tijdsinvestering.

De randvoorwaarden die de stafartsen benoemden, waren:

ten aanzien van de plaats:

- de voorkeur ging uit naar een cursus die in de regio gegeven wordt. Sommige stafartsen gaven aan eventueel een hele groep aan te melden als het onderwerp interessant leek maar te hoge reiskosten zou hen daarvan kunnen weerhouden;

ten aanzien van de prijs:

- een aantal kruisverenigingen heeft een scholingsbudget voor bijscholingscursussen. De werkgevers zijn niet verplicht het budget te labelen waardoor iedere manager naar eigen voorkeur de hoogte van het budget kan vaststellen. De stafartsen gaven niet duidelijk aan hoe groot dit budget is. De stafarts adviseert het management over de te volgen externe cursussen; de enige schatting die door een stafarts werd gemaakt is dat een kruisvereniging 1 maal per jaar voor 10 mensen 1 dag cursus maximaal f 2500,-- zal willen uitgeven; met andere woorden f 250,-- per persoon per dag.

De cb-artsen noemden de volgende randvoorwaarden:

- De tijd die men in een bijscholing wil investeren is afhankelijk van het onderwerp.  
Gemiddeld genomen komen de cb-artsen op:
  - \* niet meer dan 4 dagdelen per cursus;
  - \* bij voorkeur op vrijdag en anders in de avonden.
- Als plaats werd genoemd dat men het liefst zou willen dat het onderwijs in de regio zou plaatsvinden. In het noorden en oosten van het land voelden de cb-artsen zich achter gesteld omdat de cursussen die aangeboden worden altijd in het westen of midden van Nederland gegeven worden. De lange reistijd maakt de cursus minder aantrekkelijk en soms zelfs onmogelijk om te volgen. De cb-artsen vinden tijdens de cursus de informele contacten met collegae belangrijk en dan bij voorkeur contacten met bekende collegae. Dit is echter geen absolute eis maar speelt wel mee in de beslissing tot het al dan niet volgen van een bijscholingscursus.

- De prijs is een moeilijk maar zeer belangrijk onderwerp. Tijdens het focusgroep-interview met de cb-artsen leek de prijs de doorslaggevende factor met betrekking tot het volgen van een cursus. Men schrikt van de prijs van het NIPG-TNO; f 400,-- per dag per persoon. Uit het onderzoek van Berg, Rijssenbeek, Davidse et al (1993) kwam naar voren dat 73,6% van de 52 onderzochte cb-artsen bereid was persoonlijk in bij- scholing te investeren, ook als de werkgever niet wilde investeren 24,5% alleen bereid was te investeren als de werkgever ook investeerde en 1,9% in het geheel niet bereid was persoonlijk in bij- of nascholing te investeren. De cb-artsen bij de focusgroep-interviews gaven aan zelf bereid te zijn f 200,-- per dag te betalen voor een enkele cursus per jaar. (Dit is onder andere afhankelijk van de omvang van het dienstverband dat men heeft).

Er is gesproken over een mogelijke sponsoring van een nieuw te ontwikkelen cursus door fabrikanten van babyproducten (bijv. Nutricia of Pampers), patiëntenorganisatie (bijv. de Nederlandse Hartstichting) of verzekeringsmaatschappij (bijv. Zilveren Kruis). Ten aanzien van het Zilveren Kruis werd door één van de artsen opgemerkt dat zij had vernomen dat deze verzekeringsmaatschappij vindt dat de cb-artsen weinig om geld vragen. Dit zou op een bereidheid tot sponsoring kunnen wijzen. Daartegenover stelt de maatschappij dat zij meer inzicht in cijfermateriaal zou willen hebben met betrekking tot de effecten van het werk van cb-arts.

## 2.8 Overeenkomst tussen opleidingsnoodzaak en opleidingsbehoefte en de randvoorwaarden

De aangegeven opleidingsnoodzaak en -behoefte komen op een aantal punten overeen.

Er was een overeenkomst op de volgende *thema's*:

- gesprekstechnieken in 10 minuten;
- pedagogische problematiek;
- kindermishandeling, incest.

### *Randvoorwaarden*

Er was een overeenkomst wat betreft de plaats. Zowel de stafartsen als de cb-artsen gaven aan dat men de voorkeur gaf aan een cursus in de regio.

Ook het aspect van de prijs vertoonde gelijkenis. Alle groepen vonden de prijs van het NIPG-TNO erg hoog. Bij de bespreking van de prijs moet nog opgemerkt worden dat de bedragen die stafartsen en cb-artsen noemen (respectievelijk f 250.-- en f 200.--) naar de mening van de onderzoekers niet bij elkaar opgeteld kunnen worden. Het totaalbedrag schrikt potentiële cursisten en hun werkgevers af.

### *Onderwijsmethoden*

In § 1.5 'Theoretisch kader' is aangegeven dat onderwijsmethoden bijdragen aan het behalen van kennis-, attitude- of vaardigheidsdoelen.

Het valt op dat de meeste cb-artsen bij de hierboven genoemde thema's geen kennisaspecten benoemen, maar vooral vaardigheden zoals het voeren van slecht-nieuwsgesprekken en het doen van ontwikkelingsonderzoek.

Het werk van de cb-arts vergt een aantal complexe vaardigheden. In korte tijd (circa tien minuten per contact) moeten ingewikkelde beslissingen met mogelijk verstrekkende gevolgen genomen worden. Sommige eenvoudiger deelvaardigheden zijn wel via eenmalige training en opleiding bij te brengen; vele vaardigheden leert men echter in de praktijk of vragen een intensieve (lees: dure) scholing en begeleiding.

Ook werd door de geïnterviewden genoemd dat een eerste oriëntatie op landelijk niveau zinnig zou zijn (cursus of training), maar dat een regionale follow-up en werkervaring opdoen onvermijdelijk waren. Ook dit geeft aan dat met name naar vaardigheden gestreefd wordt.

De cb- en stafartsen bleken vooral vaardigheidsdoelen te verwachten van scholing. Voor kennisoverdracht gebruikten ze liever andere bronnen. De cb-artsen zijn zeer bereid om zelf literatuur door te nemen, maar men is niet tevreden over de huidige literatuur omdat ze vinden dat er te weinig goede literatuur is dat het cb-werk behandelt. Men zou graag een regelmatig advies van een deskundige (instantie) krijgen over wat relevante literatuur is.

Samenhangend met de vormgeving (de methoden) kwam 'de docent' aan de orde. Het kwaliteitsbeleven van cursisten hangt altijd sterk samen met het optreden van de docent. Veel docenten uit de applicatiecursus zijn klinici en hebben kennis van een zeer specialistisch terrein en berijden hun stokpaardjes daarop. Vaak wordt een verhaal daarom te curatief. Bovendien zijn de docenten vaak onvoldoende in staat om de vertaalslag te maken naar het cb-werk.



Soms laten ook hun didactische kwaliteiten te wensen over. De deelnemers aan de focusgroep-interviews vinden juist die vertaalslag naar het werk en de didactische kwaliteiten zeer belangrijk.

## 2.9 Bestaand aanbod van opleidingen en deskundigheidsbevordering

Door middel van literatuurstudie, gesprekken met sleutelfiguren en focusgroep-interviews met staf- en cb-artsen zijn de volgende gegevens verzameld over het bestaande aanbod:

### *Regionaal aanbod van deskundigheidsbevordering:*

#### - De stafartsen

Het is verschillend per regio op welke wijze en met welke frequentie de stafarts invulling geeft aan de taak van deskundigheidsbevordering van cb-artsen.

Inventarisatie van de LVT (Burgmeijer, 1993) toonde aan dat van de 52 instellingen die de vragenlijst ingevuld hadden, 36 instellingen deskundigheidsbevorderingsbijeenkomsten voor cb-artsen aanboden, 11 niets aanboden voor cb-artsen en 5 instellingen deze vraag niet hebben beantwoord.

Het aanbod bestond uit 31 verplichte bijscholingen, 48 facultatieve bijscholingen en 35 bijscholingen waarvan onbekend was of ze verplicht of facultatief waren. Er is geen indeling naar verschillende onderwerpen gemaakt. In het totaal ging het om 54 verschillende onderwerpen (zie bijlage 2).

Het aanbod per instelling varieerde van 1 tot 7 bijscholingen per jaar.

De bijscholing duurde gemiddeld 2 dagdelen. De onderwerpen die aan bod kwamen, hadden vaak betrekking op groei & ontwikkeling (van peuter, spraak, enz.), voeding, gedrag/opvoeding, mishandeling en vaardigheidstraining (VOV, gesprekstechniek).

#### - CB-artsen-verenigingen

Binnen deze verenigingen organiseert men regelmatig bijeenkomsten en themadagen/-avonden waar sprekers komen. Deze vinden niet overal structureel plaats en vinden bij een aantal organisaties plaats op eigen initiatief van de cb-artsen.

Het *landelijk aanbod van opleidingen* is geïnventariseerd aan de hand van gesprekken met de sleutelfiguren, de focusgroep-interviews en een inventarisatie van de aankondigingen van cursussen/symposia en dergelijke in de laatste vijf jaargangen van het Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg.

Het volgende aanbod kwam naar voren:

- de applicatiecursus voor cb-artsen die door de PAOG-en (Amsterdam, Groningen, Nijmegen, Rotterdam en het NIPG-TNO) worden aangeboden. In 60 uur (2 maal 5 dagen) worden 27 onderwerpen behandeld. Daarnaast zijn 8 dagdelen stage verplicht. Ook deze stages zijn als oriënterend bedoeld.

Er zijn door een landelijke commissie bestaande uit vertegenwoordigers van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG), de Nationale Kruisvereniging (NK), cursuscoördinatoren en begeleidingscommissies richtlijnen vastgesteld over de inhoud en de tijdsinvestering van de applicatiecursus. Hierdoor zijn er bij de vijf verschillende cursussen alleen enige accentverschillen waar te nemen. De applicatiecursus voor cb-artsen kost ongeveer f 1600,- per persoon.

Eigenlijk is de applicatiecursus het enige aanbod dat voldoet aan de beschrijving van opleidingsaanbod, zoals dat in dit rapport gehanteerd wordt. De onderstaande bijeenkomsten zijn te kort van duur en/of eenmalig, waardoor ze niet binnen de omschrijving passen. Het is echter wel een vorm van deskundigheidsbevordering. Daarom zijn hierna nog vermeld:

- PAOG-Amsterdam

Hier wordt dit jaar een lezingencyclus van 10 avonden gegeven voor artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar), over onderwerpen als dermatologie, CARA, kinderneurologie en ontwikkelingspsychologie en kinderpsychiatrie. De bijeenkomsten duren 2½ uur en kosten f 80,- per avond of f 450,- voor de gehele cyclus. Deze lezingencyclus is tot nu toe een groot succes wat aantal deelnemers betreft maar de reacties van de geïnterviewde artsen die de bijeenkomsten bijgewoond hebben, is dat alhoewel de onderwerpen goed gekozen waren, men over de uitvoering niet tevreden is; het is te oppervlakkig en wederom niet specifiek op het consultatiebureau gericht.

- PAOG-Nijmegen

Onderwerpen als: Het kind binnen twee culturen, het in het ontwikkeling bedreigde kind. Deze cursussen zijn specifiek voor consultatiebureau-artsen.

Dit jaar worden de volgende thema's behandeld:

- \* Kind na hersenbeschadiging, hoe nu verder?  
1 Daagse cursus voor de prijs van f 250,- ± 20% van mensen die geweest zijn was cb-arts.
- \* Analyse van hulpvragen bij opvoedings- en gedragsproblemen.  
Gedurende 10 weken 1 dag per week voor de prijs van f 975,-.
- \* Interdisciplinaire behandeling van kinder- en jeugdproblematiek.  
Gedurende 5 weken 1 dag per week voor de prijs van f 475,-.

- Boerhaave

Hier worden veelal bijeenkomsten met zeer klinische thema's aangeboden. De doelgroep is de klinisch specialisten met uitzondering van enkele cursussen die zich ook op huisartsen en GGD-artsen richten.

- 1-Daagse bijeenkomsten zoals de wetenschappelijke vergaderingen van de NVJG (3 à 4 maal per jaar).

## 2.10 Mogelijk nieuw aanbod

Uit de bevindingen van de adviescommissie Ouder- en Kindzorg van de LVT en de gesprekken met de sleutelfiguren, de staf- en de cb-artsen, blijkt dat men in het veld bij voorkeur een landelijk uniforme cursus wil (opdat de cb-artsen een zo uniform mogelijk zorgaanbod zullen geven), voor een niet al te hoge prijs en decentraal uitgevoerd.

Een mogelijkheid zou zijn op een centraal punt een cursus te ontwikkelen en een samenwerkingsverband aan te gaan met instellingen die decentraal onderwijs kunnen verzorgen. Hierbij kan men bijvoorbeeld denken aan HBO-instellingen. Deze zijn over het hele land verspreid en beschikken over de organisatie om voor minder geld een cursus aanbieden. De organisatie die de cursus ontwikkelt, zou de landelijke coördinatie op zich kunnen nemen.

Een nadeel van deze optie, is dat een HBO-instelling ook met een (Post-)HBO-opleiding geassocieerd kan worden. De kans bestaat dat de cb-artsen een cursus, verzorgd door een HBO-instelling, te weinig status vinden hebben en deze cursus ook niet zullen volgen.

Er kan tevens gedacht worden aan in-company training. Hierbij is wel een voorwaarde dat de werkgevers met deze vorm van scholing accoord gaan en erin willen investeren. De organisatie die de incompany-training ontwikkelt, richt zich dan niet meer op cb-artsen die zelf een cursus willen bekostigen.

Indien een organisatie besluit een cursus te gaan ontwikkelen, zullen ze het volgende in acht moeten nemen:

Alvorens een cursus te ontwikkelen moet gekeken worden naar de huidige en de ideale situatie van het werk van de cb-arts. Van de situatie die men wenst te bereiken is wel bekend wát de cb-arts moet doen op het consultatiebureau (Burgmeijer, 1993 en de Winter, Balledux en Mare, 1992) maar varieert de uitvoering in de praktijk door situationele omstandigheden, zoals interne werkafspraken en de opvattingen van specialisten in de regio.

Of de ideale situatie bereikt wordt is niet alleen afhankelijk van de persoonskenmerken van de cb-arts maar ook van de systeemkenmerken van de werkorganisatie. De systeemkenmerken zijn voor de cb-arts niet optimaal: het niveau van inwerken is wisselend, het vak brengt veel onzekerheden met zich mee, er moet onder grote tijdsdruk gewerkt worden, de inhoudelijke ondersteuning van de cb-arts wordt minder en er is landelijk nog onvoldoende overeenstemming de criteria voor variatie en deviatie van diverse medische items. Het is van belang dat er protocollen/standaarden ontwikkeld worden. Aan de hand van deze standaarden kan cursorisch onderwijs aangeboden worden.

In een optimale situatie zou dergelijk cursorisch onderwijs deel uitmaken van een opleidingsbeleid voor de gehele sector; dat wil zeggen dat er afstemming en integratie met andere vormen van deskundigheidsbevordering is.

## 2.11 Andere doelgroepen

Tijdens het proces van informatie verzamelen leek het erop dat er misschien meer groepen dan alleen de cb-artsen een aantrekkelijke doelgroep voor het NIPG-TNO zouden kunnen zijn. Te denken valt aan:

### *Wijkverpleegkundigen*

De vereiste opleiding voor wijkverpleegkundige is de MGZ-opleiding (een vervolgopleiding op de inservice-opleiding tot A-verpleegkundige) of de HBO-V, (een HBO-opleiding tot verpleegkundige inzetbaar in alle verpleegkundige functies). Beide opleidingen kunnen in tal van plaatsen in Nederland gevolgd worden. Vanaf 1992 is er in Leusden en Nijmegen een drie maanden durende Post HBO-opleiding jeugdgezondheidszorg/OKZ.

De meningen van de sleutelfiguren, de staf- en de cb-artsen waren nogal verdeeld over een cursus samen met de wijkverpleging. De gedachte er achter was dat gezamenlijke scholing de samenwerking tussen arts en verpleegkundige ten goede zou komen maar dat anderzijds taken en de invalshoek waaruit taken verricht worden duidelijk verschillend zijn.

Men kon wel een aantal onderwerpen noemen die voor beide groepen aantrekkelijk zouden zijn (onder andere voeding, kindermishandeling, slaapproblematiek) maar ten aanzien van het gelijktijdig volgen, werden de volgende nadelen genoemd:

- het uitgangsniveau van kennis is verschillend;
- beide disciplines hebben een verschillende invalshoek ten aanzien van hun werkzaamheden;
- het kan normvervagend werken (met betrekking tot wie welke taak uitvoert).

Met andere woorden er zijn onderwerpen die zowel voor de cb-arts als de wijkverpleegkundige aantrekkelijk zouden zijn om in een bijscholingsaanbod te zien maar de cursussen zouden mogelijk gesepareerd gegeven moeten worden.

### *Stafartsen*

De stafartsen hebben in principe een sociaal-geneeskundige, veelal de JGZ-opleiding; meer en meer ook de AGZ-opleiding, gevolgd.

Omdat de Provinciale Kruisverenigingen (bestaan nu niet meer) en de LVT gestopt zijn met het geven van bijscholing aan stafartsen, kwam bij enkele sleutelfiguren de gedachte op dat de stafartsen misschien ook een goede doelgroep zouden zijn om nieuwe bijscholing voor te ontwikkelen. Mede omdat zij dicht bij het management zitten zou er voor hen misschien meer geld uitgetrokken worden voor bijscholing. Op deze wijze zou kennis via de stafartsen aan de cb-artsen overgedragen kunnen worden. De stafartsen konden ook een paar onderwerpen noemen die voor hen interessant zouden zijn (onder andere omgaan met groepen, onderhandelen, motiveren van medewerkers, methodisch werken). De volgende tendensen doen echter vermoeden dat ze voor het NIPG-TNO geen interessante doelgroep zijn:

- Het is een kleine en krimpende groep (70 of minder);
- stafartsen gaan zich steeds meer met organisatorische en minder met de inhoudelijke kanten bezig houden. In sommige EKO's zijn ook niet-jeugdartsen stafarts. Hoeveel een stafarts zich met de inhoudelijke kant bezig houdt, is sterk verschillend per EKO.

### *CB-houdende huisartsen*

Er heerst enige onvrede bij de EKO's over het functioneren van de cb-houdende huisartsen.

De huisartsen werken op uurbasis voor de kruisverenigingen. Er zijn weinig sanctiemogelijkheden voor de werkgevers. EKO's kunnen proberen cb-houdende huisartsen vanuit de staf te beïnvloeden en in laatste instantie het contract te verbreken. Dit is een zeer grote stap maar het is een enkele keer uitgevoerd.

De kritiek die op de cb-houdende huisartsen gegeven wordt, is dat ze niet volgens dezelfde protocollen als de cb-artsen werken en niet zoveel belang hechten aan een goede rapportage in het JGZ-dossier (Zomerdijk en Schuil, 1992). Het consultatiebureau is voor de huisartsen maar een marginale taak (een paar bureaus in de maand). De sleutelfiguren hadden geen zicht op de bijscholingen die huisartsen volgen.

De huisartsen zijn voor het NIPG-TNO waarschijnlijk geen aantrekkelijke doelgroep omdat ze maar weinig tijd aan de cb's besteden en omdat de huisartsen hun eigen bijscholingsmogelijkheden bij de huisartsinstituten hebben.

#### *Kinderartsen*

Tijdens veel gesprekken kwamen de respondenten tevens op het modulariseren van de JGZ-opleiding. Deze ontwikkeling is al in gang gezet en de vraag naar de modulen werd hierdoor weer bevestigd. Er werd door één van de geïnterviewden opgemerkt dat indien men bijvoorbeeld een module ontwikkelde over de normale ontwikkeling van een kind, de opleiders van kinderartsen ook geïnteresseerd zullen zijn in het kopen van de module omdat dat een module is die de opleiders van de kinderartsen nog ontberen.

### 3. BESCHOUWING

#### 3.1 Inleiding

In dit hoofdstuk wordt een reflectie gegeven op de gebruikte onderzoeksmethoden. Hierin wordt aangegeven wat de zwakke kanten van de methoden zijn en welke invloed dit mogelijk op de onderzoeksresultaten heeft gehad.

#### 3.2 Beschouwing

Gezien het besluit de enquêtes niet uit te voeren, zijn niet alle onderzoeksvragen volledig beantwoord. Dit is een bewuste keuze geweest aangezien uit het eerste explorerende deel van het onderzoek bleek dat cursorisch onderwijs voor de artsen in de 0-4 jarigen preventieve gezondheidszorg niet in eerste instantie de oplossing is voor de problemen bij het uitvoeren van het werk. Formuleren van een tentatief aanbod zonder dat aan de voorwaarden d.w.z. ingepast in een integraal onderwijsbeleid was voldaan (heldere organisatiedoelen, landelijke overeenstemming over uitvoering van het werk, investeringsbereidheid), zou onterechte verwachtingen scheppen.

Het beginnen van het onderzoek met een literatuurstudie was ons inziens een goede methode om kennis te maken met de werkzaamheden van de cb-arts, met de actoren die een belangrijke rol spelen binnen het netwerk van de cb-arts en met de ontwikkelingen die binnen het veld van de 0-4-jarigenzorg plaats vinden. Er was redelijk veel literatuur van goede kwaliteit te vinden. Het gaf verduidelijking voor het theoretisch kader en gaf inzicht in de taakomschrijving en het netwerk van de cb-arts. De operationalisatie van diverse begrippen (opleidingsbehoefte/opleidingsnoodzaak) leverde nog enig puzzelwerk op: immers de opleidingsnoodzaak is aan de organisatiedoelen gekoppeld en deze zijn voor de 0-4 jarigen preventieve gezondheidszorg slechts in globale termen geformuleerd.

Vervolgens werden de (focused) interviews met enkele sleutelfiguren uitgevoerd. Deze waren geschikt om meer inzicht in de taken van de cb-arts en ontwikkelingen in het veld van de 0-4-jarigenzorg te geven. Het gaf een beperkt antwoord op de vraag naar opleidingsnoodzaak; de organisatiedoelen zijn slechts in hoofdlijnen verwoord, er is niet gedetailleerd door hen op ingegaan.

Tenslotte werden de focusgroep-interviews uitgevoerd. De cb-artsen die zijn geselecteerd voor de focusgroep-interviews, waren mogelijk niet representatief voor de gehele populatie van cb-artsen. Dit was onvermijdelijk in deze fase van het onderzoek (een te klein aantal geïnterviewde cb-artsen ten opzichte van de totale populatie) en nog niet van belang omdat het om een kwalitatieve inventarisatie ging.

De focusgroep-interviews zijn op zich een goede methode voor het globaal in kaart brengen van opleidingsnoodzaak en -behoefte. Er is echter geen bijeenkomst met werkgevers gehouden. De opleidingsnoodzaak is indirect via de stafartsen gemeten.

De stafartsen zijn in het algemeen inhoudelijk goed op de hoogte van het werk van de cb-arts maar hun invloed op het organisatiebeleid en de omvang van het onderwijsbudget voor cb-artsen lijkt beperkt.

Aanvullende methoden om de opleidingsnoodzaak te meten zijn observatie en vragenlijsten. Deze methoden pasten niet binnen de beperkte tijd en het budget van dit onderzoek.

Het bestaande aanbod hebben we via het netwerk geïnventariseerd. Het oorspronkelijke plan was gegevens hierover tijdens de enquêtes te verzamelen. Hierdoor is het overzicht van het bestaande aanbod wellicht niet helemaal compleet.



## 4. SAMENVATTING, CONCLUSIES EN AANBEVELINGEN

### 4.1 Samenvatting en conclusies

Achtereenvolgens zal ingegaan worden op taken en functie-eisen, relevante ontwikkelingen in de 0-4-jarigenzorg en de betekenis van de resultaten voor de onderzoeksvragen.

#### *Taken en functie-eisen*

Er is een grote groep artsen die cb-werk verrichten ( $\pm 2800$ ); ongeveer een kwart van deze groep heeft alleen cb-taken en is in dienst bij een EKO (de cb-arts). Deze cb-artsen zijn veelal van het vrouwelijke geslacht en hebben vaak een kleine aanstelling (gemiddeld 0,33 FTE). De grootste groep bestaat uit huisartsen (circa 2000). Een zeer klein deel van hun taken bestaat uit cb-werk (0,04 FTE gemiddeld). Dit onderzoek is met name gericht op de cb-artsen en niet op de huisartsen.

De enige aanstellingseisen die aan een cb-arts gesteld worden, zijn het behaald hebben van het artsdiploma en (het bereid zijn tot) het volgen van de applicatiecursus voor cb-arts. Er zijn maar weinig cb-artsen die de opleiding voor sociaal-geneeskundige tak jeugdgezondheidszorg volgen c.q. gevolgd hebben.

Het werk van de cb-arts kan verdeeld worden in A- en B-taken. De A-taken zijn de taken die met name tijdens de consultatiebureau-zitting worden uitgevoerd (onder andere volgen van groei en ontwikkeling, signaleren van afwijkingen, begeleiden van ouders en registreren) en de B-taken zijn de taken buiten de consultatiebureau-zitting (waaronder opleiding; het volgen van bij- en nascholing). De werkwijze op de cb's lopen uiteen. Er is overeenstemming over wat gedaan moet worden maar in mindere mate over de wijze waarop. Er lijken op zorgniveau geen heldere doelen c.q. subdoelen te bestaan.

Er bestaat weinig controle op het werk van de cb-arts (en nog minder op het werk van de cb-houdende huisartsen) en er is weinig aansturing in de zin van wettelijke regels, landelijke richtlijnen, protocollen en formele afspraken.

De tijd die een cb-arts heeft om een kind te onderzoeken, loopt steeds verder terug en varieert momenteel tussen de 8 en 10 minuten per bezoek van een zuigeling. Aan een kleuter kan per bezoek iets meer tijd besteed worden. De korte tijd die hun ter beschikking staat, roept bij de cb-artsen een sterkere onzekerheid op hoe ze de taken naar behoren moeten uitvoeren.

Het *netwerk* is uitgebreid en omvat een veelheid aan actoren binnen de EKO (onder andere stafarts, management), in de regio (zoals werkers in de eerste lijn, cb-artsen-verenigingen) en op landelijk niveau (LFC, LVT, GHI enz.).

Er bestaat een landelijk overleg van opleidingsinstituten met LVT, NVJG, NVK en Huisartseninstituut maar dit formele overleg is weinig frequent en er wordt alleen over de applicatiecursus gesproken. Over de algemene opleidingsnoodzaak voor cb-artsen wordt daar niet gesproken.

Een landelijk platform zou kunnen zorgen voor een afstemming tussen vraag (doelen van de EKO's/LVT) en aanbod (deskundigheidsbevordering cb-artsen: LFC, NVJG en opleidingsinstituten). Er is bij de geïnterviewde actoren overeenstemming over de noodzaak hiervan. Wie het initiatief tot het formeren van een dergelijk platform moet nemen, wordt echter door de sleutelfiguren verschillend ingeschat. De één geeft aan dat het een taak is van de staatssecretaris van Volksgezondheid, de ander noemt de managers van de EKO's.

Tussen het NIPG-TNO als opleidingsinstituut en de werkgevers bestaan geen (formele) relaties. Dit is wel gewenst gezien de missie van de afdelingen Onderwijs en Jeugd & Gezondheid om bij te dragen aan het verbeteren van de zorguitoefening. Dit kan onder andere door protocolontwikkeling, het onderzoeken van de opleidingsnoodzaak (die ontstaat als de organisatiedoelstellingen niet goed uitgevoerd worden en opleiden de beste oplossing voor het probleem is), door functie-/taakanalyses en het organiseren van symposia.

#### *Relevante ontwikkelingen*

Ten gevolge van de bezuinigingen neemt het aantal stafartsen af. Soms is er in een EKO helemaal geen stafarts werkzaam, soms heeft een cb-arts voor een gering percentage staftaken gekregen. Een andere ontwikkeling is dat in sommige EKO's stafartsen werkzaam zijn die geen jeugdarts zijn. Dit alles heeft tot gevolg dat de stafarts minder inhoudelijke ondersteuning kan geven en meer bezig is met organisatorische taken. Daarmee vermindert de inhoudelijke ondersteuning en begeleiding van de cb-artsen.

Momenteel wordt onderzocht wat de gevolgen zouden zijn als de verantwoordelijkheid voor en de middelen van de jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar naar de gemeenten worden overgebracht. Gevolg zou kunnen zijn het onderbrengen van de zorg van 0 tot schoolgaand bij de GGD. De schoolgezondheidszorg valt reeds onder de verantwoordelijkheid van de GGD en het heeft mogelijk voordelen als de hele preventieve jeugdgezondheidszorg (0-19 jaar) onder één organisatie valt. Meningeën lopen hierover echter uiteen. De politieke besluitvorming zal naar verwachting najaar 1993 plaatsvinden.

Werkgevers beraden zich op de noodzaak van opleiden van cb-artsen in relatie tot hun organisatie doelen. Er is een adviescommissie Ouder- en Kindzorg ingesteld. Deze commissie pleit onder andere voor een landelijke regie van de zorgverlening om het ontstaan van (grote) regionale verschillen in inhoud en uitvoering van het zorgpakket en daarmee het in de hand werken van gezondheidsverschillen te voorkomen. Daarom zal ook opleiding en deskundigheidsbevordering landelijk uniform moeten zijn. Dit wijst wederom op het belang van een landelijk platform.

Het instellen van een adviescommissie Ouder- en Kindzorg, geeft echter aan dat er voldoende belang wordt gehecht aan de aparte functie die het cb-werk binnen het Kruiswerk is.

#### *Onderzoeksvragen*

Tijdens dit onderzoek werd naar antwoord gezocht op de volgende vragen:

1. In hoeverre bestaat er behoefte en noodzaak tot bij- en nascholing bij artsen werkzaam in de preventieve gezondheidszorg 0-4 jarigen?
2. Ten aanzien van welke thema's en welke vaardigheden is er een behoefte of noodzaak tot scholing bij deze artsen en wat zijn de wensen ten aanzien van de methoden?
3. Aan welke randvoorwaarden zou een bij- en nascholingsprogramma voor deze artsen moeten voldoen om financieel haalbaar te zijn? In hoeverre zijn de artsen en/of hun werkgevers bereid om te investeren in scholing?
4. Hoe verhouden deze behoeften zich tot het overige landelijke onderwijsaanbod voor deze artsen?

*ad vraag 1: In hoeverre bestaat er behoefte en noodzaak tot bij- en nascholing bij artsen werkzaam in de preventieve gezondheidszorg 0-4 jarigen?*

Het werk van de cb-arts is zeer complex. De opleiding tot basisarts is niet bij alle universiteitscentra gelijk, de applicatiecursus is slechts een drempelcursus waardoor alle onderwerpen in een kort tijdsbestek behandeld worden en de inhoudelijke ondersteuning (door de stafartsen) wordt steeds

minder. Het is dan ook logisch dat de cb-artsen duidelijk aangeven dat zij behoefte aan bijscholing hebben.

Ook de sleutelfiguren en de stafartsen gaven aan dat het vanuit de optiek van de organisatiedoelstellingen goed zou zijn als er cursussen specifiek voor cb-artsen ontwikkeld zouden worden. Hiermee wordt aangegeven dat er ook een opleidingsnoodzaak bestaat.

*ad vraag 2: Ten aanzien van welke thema's en welke vaardigheden is er een behoefte of noodzaak tot scholing bij deze artsen en wat zijn de wensen ten aanzien van de methoden?*

*Opleidingsbehoefte* wordt opgevat als de wens van de werknemers i.c. cb-artsen om een ervaren, vastgelegd of verwacht tekort (in kennis, inzicht, vaardigheden en attitudes) op te heffen door middel van een opleiding.

De cb-artsen gaven aan behoefte aan bij- nascholing te hebben maar deze is slecht gearticuleerd naar het probleem dat men ervaart en op welke wijze dat probleem opgelost moet worden. Met andere woorden de cb-artsen noemden thema's die hen interesseerden maar gaven nauwelijks aan wat ze niet konden en wie hun dat zou moeten leren.

De cb-artsen hebben zelf geen onderscheid gemaakt naar ondersteuning en onderwijs.

De cb-artsen gaven problemen aan met betrekking tot variatie en deviatie bij medische aspecten als de huid of het hart. De kern van deze problematiek is besluitvorming op medisch gebied. De vraag is of cursorisch onderwijs hiertoe een geëigende oplossing is. Het ligt meer voor de hand om standaarden of protocollen te ontwikkelen. Dit zou via een landelijk platform geïnitieerd kunnen worden. Voor de implementatie is dan weer onderwijs geschikt.

De cb-artsen noemden tevens onderwerpen als slecht-nieuwsgesprekken in 10 minuten, pedagogische problematiek, ontwikkelingsonderzoek en kindermishandeling.

De *opleidingsnoodzaak* is de noodzakelijke vereiste aan opleiding vanuit de onderneming en de te realiseren ondernemingsdoelen. Zij is dus direct gekoppeld aan functie-eisen en werkopgaven waarmee zowel de werknemer als de werkgever zich geconfronteerd ziet.

Omdat er geen gesprekken met werkgevers hebben plaatsgevonden, worden hier conclusies weergegeven, afgeleid uit het focusgroep-interview met de stafartsen en de gesprekken met de sleutelfiguren. De organisatiedoelen zijn vaag geformuleerd. Er is bovendien geen eenduidigheid t.a.v. het werk op het cb. Voor zover er al protocollen bestaan, is het onduidelijk in hoeverre ze algemeen geaccepteerd zijn. Bovendien zijn er bij de verwijscriteria grote regionale verschillen.

De stafartsen en de sleutelfiguren noemen verschillende thema's ten aanzien van de opleidingsnoodzaak.

Ze noemen met name onderwerpen als gesprekstechnieken, pedagogische problematiek, kindermishandeling en besliskunde. Deze onderwerpen lenen zich echter zeer beperkt voor cursorisch onderwijs. Ze zijn gericht op het aanleren van vaardigheden, die zich alleen in samenspel met scholing en begeleiding in de praktijk te zijn verwerven.

Op de thema's slecht-nieuwsgesprekken in 10 minuten, kindermishandeling en pedagogische problematiek komt dat overeen met wat sleutelfiguren en stafartsen aangaven, maar dit zijn geen thema's die alleen via cursorisch onderwijs geleerd kunnen worden. Aansluitend zou begeleiding op de werkplek gewenst zijn. Men kan ook denken aan andere vormen van deskundigheidsbevordering zoals intervisie en intercollegiale consultatie.

*ad vraag 3: Aan welke randvoorwaarden zou een bij- en nascholingsprogramma voor deze artsen moeten voldoen om financieel haalbaar te zijn? In hoeverre zijn de artsen en/of hun werkgevers bereid om te investeren in scholing?*

De werkgever betaalt voor een klein deel de bijscholing middels de uurprijs die ze aan de cb-artsen uitbetalen (B-taken), waaronder ook het volgen van bij- en nascholing valt. Daarnaast hanteren ze soms nog een scholingsbudget. De hoogte van het bedrag dat de werkgever ter beschikking zal stellen voor een externe cursus wordt door één stafarts geschat op f 250,-- per persoon per dag (voor één maal per jaar).

Het is niet duidelijk wat de gevolgen voor de (bij-)scholing zullen zijn als de gemeente verantwoordelijk wordt voor de 0-4-jarigenzorg. Mogelijk zullen de EKO-directies dan niet investeren in functionarissen die naar andere organisaties overgaan. Indien de jeugdgezondheidszorg onder de noemer van de gemeente valt, wil deze werkgever misschien investeren in externe bijscholing.

De cb-artsen zeiden zelf hooguit f 200,-- per persoon per dag te willen betalen.

Bovenstaande bedragen kunnen echter niet bij elkaar opgeteld worden.

Het huidige beleid van het NIPG-TNO is dat de cursus kostendekkend moet zijn. Dit maakt de kans dat het nieuwe aanbod van het NIPG-TNO ad f 400,-- per dag te duur is, erg groot.

Voor veel artsen zal een cursus gegeven in Leiden te ver weg zijn. Zowel staf- als cb-artsen als sleutelfiguren gaven aan dat de cursus in de regio gegeven zou moeten worden. Ook was men het sterk met elkaar eens dat de opleiding praktisch moet zijn en toegespitst op het werk van het consultatiebureau.

Op dit moment kan een heldere opleidingsnoodzaak niet geformuleerd worden omdat onduidelijkheid bestaat over de geformuleerde doelen en werkwijzen voor de jeugdgezondheidszorg en er exacte gegevens ontbreken over problemen bij de uitvoering van het werk van cb-artsen (functie-/taakanalyses). De cb-artsen geven aan een behoefte aan bijscholing te ervaren. Deze is echter niet precies geformuleerd en bevat zaken die niet of nauwelijks via cursorisch onderwijs te verbeteren zijn. Er lijkt vooral een behoefte te bestaan aan regionale ondersteuning en landelijke richtlijnen over de werkwijze op het consultatiebureau. Hier zullen protocollen en standaarden voor ontwikkeld moeten worden die tevens de tijdsbesteding aangeven. Er is bovendien onduidelijkheid over de investeringsbereidheid van EKO-managers. Hieruit kan geconcludeerd worden dat het op dit moment om inhoudelijke, methodische en economische redenen nog niet mogelijk is om landelijk cursorisch onderwijs te ontwikkelen op een onderwijskundig en bedrijfsmatig verantwoorde wijze.

Gezien het feit dat men wel unaniem van mening is dat de kwaliteit van de zorg verbeterd kan worden en gezien de missie van het NIPG-TNO (bevorderen van kwaliteit van zorg) zullen in de volgende paragraaf een aantal aanbevelingen gedaan worden hoe het moment van verantwoord onderwijs maken wel bereikt kan worden.

*ad vraag 4: Hoe verhouden deze behoeften zich tot het overige landelijke onderwijsaanbod voor deze artsen?*

Van hetgeen geïnventariseerd is, kan gezegd worden dat het aanbod niet groot is en weinig op het werk van de cb-arts toegespitst.

De cursussen die op het werk van de cb-arts zijn toegespitst, worden met name gegeven op de PAOG van Amsterdam en van Nijmegen. De onderwerpen die bij deze PAOG-en aan bod komen, zijn deels gelijk aan de thema's die eerder in dit hoofdstuk genoemd worden door de cb- en stafartsen. De artsen die door geïnterviewd zijn en die de cursussen gevolgd hebben, zijn echter niet tevreden omdat de onderwerpen te oppervlakkig behandeld worden.

Het huidige aanbod van cursorisch onderwijs voor cb-artsen is beperkt en lijkt onvoldoende aan te sluiten bij de wensen van de cb- en stafartsen.

## 4.2 Aanbevelingen

Onderstaande aanbevelingen zullen toegeschreven worden aan het NIPG-TNO maar kunnen ook voor andere organisaties in het veld van de 0-4-jarigenzorg gelden.

Het verdient de aanbeveling dat het NIPG-TNO een stimulerende rol speelt bij de oprichting van een landelijk platform dat zorgt voor de afstemming tussen vraag (doelen en de functie- en taakeis vanuit de EKO's/LVT) en het aanbod (deskundigheidsbevordering cb-artsen: LFC, NVJG, opleidingsinstututen). In dit platform zal tevens de GHI vertegenwoordigd moeten zijn.

Alvorens dit platform tot stand gekomen is, is het wenselijk dat het NIPG-TNO contact legt met werkgevers en de sleutelfiguren uit dit onderzoek om te praten over de uitkomsten van dit onderzoek. Een eerste aanzet zou kunnen zijn, een actief verspreiden van dit rapport en/of een publikatie van een artikel over dit onderwerp. Dit alles zou gecombineerd kunnen worden met een NIPG-TNO-studiedag over de problemen binnen het veld van de 0-4-jarigenzorg en de voorwaarden om onderwijs te ontwikkelen. Taken en activiteiten van de afdelingen Jeugd & Gezondheid en Onderwijs moeten het uitgangspunt zijn.

Gezien de vraag van de cb-artsen naar variatie en deviatie van medische aspecten, verdient het de aanbeveling dat het NIPG-TNO de totstandkoming van protocollen stimuleert en mogelijk bijdraagt aan het ontwikkelen van de protocollen.

Indien de protocollen ontwikkeld zijn, kan het NIPG-TNO via cursussen voor cb-artsen medewerking verlenen aan de landelijke implementatie.

Het moet nader onderzocht worden wat de mogelijkheden en voor- en nadelen zijn van het centraal ontwikkelen en decentraal uitvoeren van een cursus bijvoorbeeld via HBO-instellingen of in de vorm van in-company training.

Het NIPG-TNO kan tevens een aantal kortdurende studiedagen, symposia (capita selecta) ontwikkelen en organiseren. Hiermee zullen waarschijnlijk geen veranderingen in het werk van de cb-arts teweeg gebracht worden, maar draagt wel bij aan de verspreiding van kennis. Bovendien houdt het NIPG-TNO contact met het veld van de 0-4-jarigenzorg.

Het NIPG-TNO dient zich te oriënteren op de mogelijkheden van sponsoring bij de ontwikkeling van onderwijs voor cb-artsen.

**LIJST VAN GEBRUIKTE AFKORTINGEN**

AGZ	Algemene Gezondheidszorg
ALV	Algemene Ledenvergadering
AWBZ	Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten
CAO	Collectieve Arbeidsovereenkomst
CB	Consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters
CSG	College voor Sociale Geneeskunde
ELKE	Erkende Kruisorganisatie
FTE	Fulltime Equivalenten
GGD	Gemeentelijke Gezondheidsdienst
GHI	Geneeskundige Hoofdinspectie
JGZ	Jeugdgezondheidszorg
KNMG	Koninklijke Nederlandsche Maatschappij ter bevordering van de Geneeskunst
LAD	Landelijke vereniging van Artsen in Dienstverband
LCPDBCA	Landelijk Coördinatiepunt Deskundigheidsbevordering Consultatiebureau-artsen
LFC	Landelijke Federatie Consultatiebureau-artsen-verenigingen
LIH	Leids Instituut voor Huisartsgeneeskunde
LVT	Landelijke Vereniging voor Thuiszorg
NIPG	Nederlands Instituut voor Praeventieve Gezondheidszorg TNO
OKZ	Ouder- en Kindzorg
PAOG	Postacademisch Onderwijs Gezondheidszorg
RIAGG	Regionaal Instituut voor Ambulante Geestelijke Gezondheidszorg
SGRC	Sociaal-Geneeskundige Registratie Commissie
TNO	Toegepast Natuurwetenschappelijk Onderzoek
VIVAM	Vereniging voor Instellingen van Maatschappelijk werk
VOV	Vroegtijdige Onderkenning Visuele stoornissen
VTO	Vroegtijdige Onderkenning
ZFW	Ziekenfondswet



**LITERATUUR**

ASSEMA P van, MESTERS I, KOK G. Het Focusgroep-interview: een stappenplan. T Soc Gezondheidsz 1992;70:431-37.

BENDER-DE HAAN S, DRUENEN HLAAM van, ENDT-MEYLING M van, et al. Inhoud van applicatiecursussen voor artsen werkzaam in de Jeugdgezondheidszorg 0 tot schoolgaand. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1988.

BERG SA van den, RIJSSENBEK APMM, DAVIDSE W, et al. Artsen buiten de curatieve zorg. Leiden: NIPG-TNO, 1993. Publ.nr. 93.027.

BOEKENOOGEN MS, STOKKING KM. Methoden van behoeftenonderzoek. Utrecht: ISOR, afd Onderwijsonderzoek, 1991.

BOS MW, WINTER M de, red. Jeugdgezondheidszorg in de toekomst. Amsterdam/Lisse: Swets & Zeitlinger BV, 1989.

BURGMEIJER RJF, BOEKEN KRUGER-MANGUNKUSUMO JF, red. Periodiek Geneeskundig Onderzoek: een praktijkboek voor de jeugdgezondheidszorg. Utrecht: Bunge, 1991.

BURGMEIJER RJF. Jaarrapportage ouder- & kindzorg 0 - schoolgaand 1990/1991. Bunnik: LVT, 1993. nr 51.20.2.7.

BURGMEIJER RFJ. Beleidsnotitie Landelijk Coördinatiepunt Deskundigheidsbevordering Consultatiebureau-artsen. Bunnik: LVT, 1993.

GENNEP AThG van, HOUWINK B, JONGE GA de, et al red. De Nederlandse Jeugdgezondheidszorg 0-4 Jaar, motto 'never change a winning team'. T Jeugdgezondheidsz 1992;4:51-5.

GULDEN JWJ van der. Senior-co-assistentschappen in Nederland. Medisch Contact 1984;36: 1141-4.

KESSELS JWM, SMIT CA. Opleidingskunde: een bedrijfsgerichte benadering van leerprocessen. Deventer: Kluwer Bedrijfswetenschappen, 1989.

LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG. 125 jaar thuis in thuiszorg, in vogelvlucht een blik op de specialisten in thuiszorg. Bunnik: LVT, 1993.

LANDELIJKE VERENIGING VOOR THUISZORG. Jaarverslag 1991. Bunnik: LVT, 1992.

METZ JCM, BULTE JA, PARIDON EJM van. Basisarts: bevoegd en bekwaam. 's-Gravenhage: Ministerie van Onderwijs en Wetenschappen, 1990.

MEULMEESTER JF, PETERS CE. Jeugdgezondheidszorg: Organisatie en Inhoud. Leiden: NIPG-TNO, 1993. Publ.nr. 93.037.

NEDERLANDSE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG. Functie- en taakomschrijving van een jeugdarts in een jeugdgezondheidszorgteam. Utrecht: NVJG, 1985.

PLOMP TJ, FETERIS A, TOMIC W et al red. Ontwerpen van Onderwijs en Trainingen. Utrecht: Lemma, 1992.

SCHURINGA AAJ. De Netwerkmethode in: Huijg JP, Jongerius M, Lagrou L, et al red. Leren en Leven met groepen. Alphen aan den Rijn: Samson, 1991. 1700.1-1700.38.

SEGERS JHG. Methoden voor de sociale wetenschappen. Assen/Maastricht: van Gorcum, 1989.

WESTERING J van. Touwtrekken om het voordeel van de twijfel. MGZ 1992;6:4-8.

WINTER M de, BALLEUX M, MARE J de. Jeugdgezondheidszorg tegen het licht. 's-Gravenhage: VUGA, 1992.

ZOMERDIJK J, SCHUIL PB. Visitatie van artsen op consultatiebureaus voor zuigelingen. T Soc Gezondheidsz 1992;70:679-83.

**BIJLAGEN**

pagina

BIJLAGE 1	Cursusoverzicht	57
BIJLAGE 2	Overzicht van deskundigheidsbevordering	61



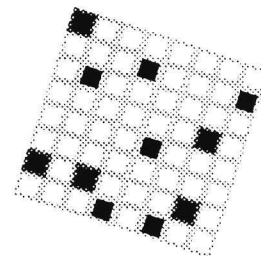
## BIJLAGE 1

### Cursusoverzicht



## APPLICATIECURSUS CONSULTATIEBUREAU-ARTSEN

---



### globaal programma

De cursus bestaat uit 2 delen:

- I. een theoretisch gedeelte van twee maal 1 week
- II. een praktisch gedeelte (stage) van minimaal 8 dagdelen

#### Ad I: **Theoretisch gedeelte**

10 cursusdagen, waarin de volgende onderwerpen en vraagstukken aan de orde komen:

- organisatie en plaats van de Jeugdgezondheidszorg
- werkwijze op het consultatiebureau
- groei en ontwikkeling 0 - 4-jarigen
- epidemiologie, inentingen en entreacties
- spraak- en taalontwikkeling
- voeding en voedingsstoornissen
- opvoedingsvragen, ouder-kindrelatie
- cariëspreventie
- onderwerpen uit de neurologie, oogheelkunde, KNO, orthopaedie, cardiologie, dermatologie
- preventie van ongevallen
- kinderen van buitenlandse werknemers
- aspecten van VTO en samenwerkingsmodel
- kindermishandeling
- gesprekstechniek op het consultatiebureau
- casuïstiek
- kwaliteitstoetsing en registratie

#### Ad II. **Praktische gedeelte: de stage**

Minimaal 8 dagdelen in te vullen in overleg met de staf- of districtsarts. De doelstellingen van de stage zijn:

- vaardigheden in de praktijk van het cb-werk en het hanteren van administratie en registratie
- inzicht in de organisatie en werkwijze van Erkende Kruisorganisaties in het eigen werkgebied en landelijk
- inzicht in de taakverdeling binnen het cb-team
- kennis van nadere instellingen t.b.v. jeugdigen in het werkgebied
- inzicht in de mogelijkheden van ondersteuning en deskundigheidsbevordering





## BIJLAGE 2

### Overzicht van deskundigheidsbevordering



Bron: Jaarrapportage Ouder & Kindzorg 0-schoolgaand 1990/1991  
Landelijke Vereniging voor Thuiszorg, Bunnik 1993

## APPENDIX 1

### OVERZICHT VAN DESKUNDIGHEIDSBEVORDERING IN 1991 AANGEBODEN DOOR 52 ORGANISATIES

Geen antwoord: 5 instellingen [25], [28], [29], [30], [70], [71]

Geen specificatie van het aanbod: 1 instelling [45]

Geen aanbod deskundigheidsbevordering: 3 instellingen [34], [48], [68]

Verklaring afkortingen in onderstaand overzicht:

sa = stafarts

sv = stafverpleegkundige

wv = wijkverpleegkundige

ca = consultatiebureau-arts

ha = huisarts/consultatiebureau-arts

ov = gespecialiseerde okz-verpleegkundige

F = facultatief aanbod

V = verplicht aanbod X = geen opgave van verplicht of facultatief

onderwerp [instellingen]	dagdelen	bestemd voor disciplines					
		sa	sv	ca	ha	wv	ov
ADOPTIEKINDEREN [23]	X			X			
ALLOCHTONE KINDEREN [53]	3		V	V	V		
APPLICATIECURSUS CB-ARTSEN [07]	21	X		X			
[43]	21			V			
AUTISME [00]	2	F		F	F		
[37]	1	F		F	F		
[64]	2	F		F	F		
BORSTVOEDING [23]	X			X			
BUREAU VERTROUWENSARTS [38]	1			F			
CAPAS [07]	X	X		X			
[13]	1					X	
CAPITA SELECTA [39]	2			V	F		
[40]	6	X	X	X		X	
CARA BIJ KINDEREN [17]	1			F			
[38]	1					F	
[39]	2					F	
[47]	1			F			

onderwerp [instellingen]	dagdelen	bestemd voor disciplines					
		sa	sv	ca	ha	wv	ov
CASUÏSTIEK [57]	1			V			
CB NIEUWE STIJL [20]	3	X		X		X	
DERMATOLOGIE [12]	1			X	X		
DIVISIEVORMING [01] [47]	10 6						X V
EPIDEMIOLOGIE [00] [23] [64]	2 X 2	F  F		F X F	F  F		
EWING FOLLOW-UP [29]	1			F		V	V
GEDRAG- EN OPVOEDINGSPROBLEMEN [00] [64]	4 4	F F		F F	F F	F	
GESPREKSVOERING [00] [29] [52] [64] [73]	4 2 2 4 3	F   F		F  F F	F  F F	V  V	V
GROEPSVOORLICHTING PRACTICUM [37]	5					F	
HECHTING [38] [66]	1 1			V	V	V V	
HUILBABIES PRIKKELBARE BABY'S [06] [24] [32] [36] [43] [69]	1 2 1 1 2 1					F F  F F	F  F  V
INFECTIEZIEKTEN [23]	X			X			
INTERCOLLEGIALE TOETSING [32] [37]	4 3			V F	F		

onderwerp [instellingen]	dagdelen	bestemd voor disciplines					
		sa	sv	ca	ha	wv	ov
<b>INTERVISIE</b>							
[08]	5			F			
[22]	3			F			
[59]	3			V		V	
<b>INTRODUCTIE/KENNISMAKING</b>							
[04]	2			X			X
[08]	4					V	
[51]	4					V	
[57]	2			V		V	
[66]	1					V	
<b>INWERKEN/FUNCTIETRaining</b>							
[05]	6		X		X		
[12]	5					X	
[24]	6					V	
[61]	10					V	
[61]	7			V			
[70]	X					X	
<b>JEUGDGEZONDHEIDSZORG ALG.</b>							
[19]	11						KRVP
[70]	X					X	
<b>JEUGDTANDZORG</b>							
[05]	1			X	X		
<b>JGZ-DOSSIER</b>							
[37]	2		V				
<b>KINDERCARDIOLOGIE</b>							
[52]	1			F	F		
<b>KINDERMISHANDELING</b>							
[00]	2	F		F	F		
[06]	2			V		F	
[24]	3					F	
[25]	X					X	
[29]	1			F		V	V
[32]	2			F			F
[36]	2			F		F	
[38]	1					F	
[39]	2					F	
[40]	3	X	X	X		X	
[47]	2			F			
[58]	2			X		X	
[51]	2					X	
[64]	2	F		F	F		
<b>KINDERNEUROLOGIE</b>							
[47]	1			F	F		
<b>KINDERPSYCHIATRIE PSYCHOPATHOLOGIE</b>							
[23]	X			X			
[24]	1	X		X	X		
[73]	1			F	F		

onderwerp [instellingen]	dagdelen	bestemd voor disciplines					
		sa	sv	ca	ha	wv	ov
KINDERVOEDING [02]	1			V			V
KLEUTERHUISBEZOEK [59]	1			V		V	
KNO-HEELKUNDE [52]	1			F	F		
KRAAMZORG [19]	10					X	
KWALITEITSTOESTING [59]	4	F					
MEERLINGEN [59]	1			F		F	
METHOD.VERP. HANDELEN/OREM [04]	2						X
[69]	4						V
MOTORISCHE ONTWIKKELING PSYCHO-MOTORISCHE ONTW. [50]	4					V	
[73]	1			F	F		
NON VERBALE COMMUNICATIE [44]	1					F	
OBSERVEREN VAN KINDEREN [38]	1					V	
[66]	1			V	V	V	
ONTWIKKELING VAN DE PEUTER [07]	X				X		
[32]	2			F			F
[50]	6					V	
ONTWIKKELING V D ZUIGELING [04]	2						X
[07]	X				X		
[73]	2					V	
ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN [23]	X			X			
OTOSCOPIE [00]	2	F		F	F		
[64]	2	F		F	F		

onderwerp [instellingen]	dagdelen	bestemd voor disciplines					
		sa	sv	ca	ha	wv	ov
<b>PEDAGOGISCHE PREVENTIE / -ONDERSTEUNING</b>							
[02]	12	V	V	V			V
[06]	2			F	F	F	
[21]	X		X	X		X	
[24]	4					F	
[26]	X					X	
[36]	4					F	
[37]	12					F	
[52]	3			F	F	F	
[53]	3			V	V	V	
[57]	2					F	
<b>PEUTERBUREAU</b>							
[04]	2						X
<b>POST PARTUM-DEPRESSIE</b>							
[32]	2			F			F
[36]	2					F	
<b>PREMATUREN</b>							
[12]	1			X	X		
[14]	4	X	X	X	X		
[17]	1			F	F		
<b>PSYCHOSOCIALE ONTW.</b>							
[17]	1					V	
[39]	4					F	
<b>REFEREERAVONDEN KRINGBIJEENKOMSTEN</b>							
[20]	12	X		X		X	
[50]	X			F			
[53]	6			V			
[61]	1			V			
[70]	8	X	X	X			
<b>SEXUELE ONTWIKKELING</b>							
[00]	2	F		F	F		
[24]	2	X		X	X		
[36]	2	F		F	F		
[64]	2	F		F	F		
<b>SEXUELE OPVOEDING</b>							
[58]	2			X	X		
[59]	6			V	V	V	
<b>SGG-SCHEMA</b>							
[24]	1	X		X	X		
<b>SLAAPPROBLEMATIEK</b>							
[06]	1				F		
[29]	1					V	V
[36]	1					F	
[44]	1					F	
[51]	3					X	
<b>SOCIALE GENEESKUNDE OPL.</b>							

[08] V

onderwerp [instellingen]	dagdelen	bestemd voor disciplines					
		sa	sv	ca	ha	wv	ov
<b>SPEL EN SPEELGOED</b>							
[13]	2					X	
<b>SPRAAK/TAALONTWIKKELING</b>							
[13]	3					X	
[17]	1					V	
[24]	1					F	
<b>THEMAMIDDAGEN</b>							
[05]	2		X			X	
[08]	5			F	F	F	F
[61]	1			V		V	
<b>TOETSING (METHODIEK)</b>							
[07]	X	X					
<b>VACCINATIES</b>							
[05]	1			X			
[23]	X			X			
[39]	2					V	
[44]	1					V	
[66]	1			V	V	V	
<b>VEILIGHEID</b>							
[38]	1					V	
<b>VERPLEEGKUNDIG CONSULT</b>							
[29]	2					V	V
<b>VERWIJZINGEN OP HET CB</b>							
[04]	1			X			X
<b>VIDEO HOMETRAINING</b>							
[05]	1			X	X		
[12]	1			X	X		
[24]	1	X		X	X		
[36]	1	F	F	F	F		
[38]	1			F			
<b>VOEDING, ALTERNATIEVE -</b>							
[39]	6					F	
<b>VOEDINGSSTOORNISSEN</b>							
[06]	1					F	
[36]	1					F	
<b>VOEDSELALLERGIE</b>							
[17]	1			F	F		
[12]	1			X	X	X	
[14]	1			X	X	X	
[38]	1			F		F	
[44]	1			V	V	V	
[52]	1			V	V	V	
[66]	1			F	F	F	
[69]	1			V	V		V



onderwerp	dagdelen	bestemd voor disciplines					
		sa	sv	ca	ha	wv	ov
<b>VOV-TRAINING</b>							
[05]	2			X	X		
[06]	3			V	F		
[07]	X			X			
[08]	2			V	V		
[13]	2				X		
[36]	1			V	F		
[47]	2			V	V		
[43]	2			V			
[57]	2			V			
<b>VTO</b>							
[13]	2					X	
[14]	3		X	X	X	X	
[17]	1					X	
[37]	6			F		F	
[38]	1					F	
<b>VTO-TAALINSTRUMENT</b>							
[37]	1			V	V	V	
<b>VAN WIECHENSHEMA</b>							
[04]	2			X			X
[38]	1					V	
[39]	2					V	
[44]	1			V	V	V	
[66]	1			V	V	V	
<b>WILSONTWIKKELING</b>							
[04]	1			X			X
<b>ZUIGELINGENVOEDING</b>							
[17]	1					X	
[43]	1			F		F	
[51]	1					X	

Reprografie: NIPG-TNO  
Projectnummer: 5821