KU LEUVEN UNIVERSITEIT GENT UNIVERSITEIT ANTWERPEN VU BRUSSEL

INTERUNIVERSITAIRE MANAMAOPLEIDING JEUGDGEZONDHEIDSZORG

CLB-arts: HOT or NOT ?

een onderzoek naar jobaantrekkelijkheid

Dr. Leen Verbraeken

Prof. Dr. Lieve Peremans

Prof. Dr. Hilde Bastiaens

verhandeling voorgedragen
tot het behalen van de graad van
manama in de jeugdgezondheidszorg

9 september 2014

‘Wij willen ook wel eens gehoord worden

en niet alleen gehoord…

maar eindelijk ook eens begrepen.’

een CLB-arts

Er is geen moeilijker taak dan goed te bedanken…[1]

de deelnemende CLB-artsen,
voor hun warme openheid en onvoorwaardelijke bereidheid om in hun schaarse tijd, hun ideeën, ervaringen en gevoelens te delen…

de promotoren van het onderzoek,
voor het vertrouwen en de terugkoppeling…

Ruth Dufromont en Gunther Oeijen van het departement Onderwijs en Vorming,
voor het ter beschikking stellen van cijfermateriaal en relevante achtergrondinformatie,
voor het beantwoorden van mijn vragen…

de Raad van Directeurs van de CLB's van het GO,
voor hun medewerking en steun aan het onderzoek…

professor Karel Hoppenbrouwers,
voor het ter beschikking stellen van cijfergegevens over de opleiding jeugdgezondheidszorg…

de Planningscommissie van de Federale Overheid,
voor het beantwoorden van mijn vragen…

Jan en Klaas en vooral Sien
voor de tips & tricks…

Marc, pater familias,
voor het geduld en de perfecte catering…

en last but not least: mijn huidige werkplek,
om het vuur aan de lont te steken…

[1] Gilles Ménage (1613-1692)

INHOUD

VOORWOORD 1

SITUERING 2

1 Probleemstelling 2

2 Onderzoeksvragen 3

3 Doelstellingen 3

LITERATUUR 4

1 Methodiek literatuur- en bronnenonderzoek 4

a Oriënterend onderzoek 4

b Systematisch literatuuronderzoek 5

c Aanvullend literatuur- en bronnenonderzoek 5

2 Resultaten literatuur- en bronnenonderzoek 6

a Onderzoekspopulatie 6

b CLB-artsentekort 8

c HRM context 10

d Strategieën om jobattractiviteit te verhogen 13

ONDERZOEKSMETHODE 14

1 Onderzoeksopzet met betrekking tot kwantitatieve dataverzameling 14

a Onderzoeksvragen 14

b Doelgroep 14

c Dataverzameling 14

d Analyse 14

2 Onderzoeksopzet met betrekking tot kwalitatieve dataverzameling 15

a Onderzoeksvraag 15

b Doelgroep 15

c Dataverzameling 15

b Analyse 18

ONDERZOEKSRESULTATEN 19

1 Kwantitatieve sectie: profiel CLB-arts 19
a De CLB-arts is vrouwelijk 19
b De CLB-arts heeft een kroostrijk gezin en een druk werkende partner 19
c De CLB-arts werkt deeltijds 20
d De CLB-arts combineert jobs 20
e De CLB-arts is hoogopgeleid 20
f De CLB-arts heeft klinische ervaring 21
g De CLB-arts vergrijst en ontgroent 21
h De CLB-arts en statuut 23
i De CLB-arts werkt tegen ongelijk loon 23

2 Kwantitatieve sectie: in- en uitstroom artsen 24
a In- en uitstroom van studenten jeugdgezondheidszorg in de opleiding 24
b In- en uitstroom van artsen in de centra voor leerlingenbegeleiding 24

3 Kwalitatieve sectie 25
a CLB-arts, persoon en context 25
b CLB-arts, motivatie, attitude en visie 27
c CLB-arts en competenties 29
d CLB-arts en organisatie 29
e CLB-arts en toekomstperspectief binnen preventieve jeugdgezondheidszorg 31
f CLB-arts en functie 32
g CLB-arts en functievereisten 34
h CLB-arts en beloning 39
i CLB-arts en intention to leave 47
j CLB-arts en jobaantrekkelijkheid 48

BESPREKING 50
SUGGESTIES 53
SAMENVATTING 55
NAWOORD 56
BRONVERMELDING 57
BIJLAGEN 59

VOORWOORD

Voor u ligt het rapport van een kwalitatief onderzoek naar de aantrekkelijkheid van het werk als jeugdarts in een centrum voor leerlingenbegeleiding of CLB in Vlaanderen. Dit onderzoek is uitgevoerd in het kader van een masterproef die hoort bij de master na masteropleiding jeugdgezondheidszorg. Deze voltijdse opleiding, die minimaal twee academiejaren in beslag neemt, is vereist als 'bijkomend bekwaamheidsbewijs' voor een blijvende verloning als arts bij een tewerkstelling in een centrum voor leerlingenbegeleiding in Vlaanderen. Artsen zijn de enige beroepsgroep binnen die centra die een extra bekwaamheidsbewijs moeten kunnen voorleggen.

De keuze voor mijn onderwerp is gegroeid uit verbijstering en verwondering…

Hoe komt het dat de CLB-sector tijdens de eerste tien jaren van zijn gearrangeerd huwelijk (MST en PMS) zo weinig geëvolueerd is naar een volwassen geïntegreerde multidisciplinaire eerstelijnsorganisatie in de jeugd(gezondheids)zorg? Waarom voelen artsen zich soms nog een buitenbeentje binnen de centra voor leerlingenbegeleiding en Onderwijs? Hoe komt het dat de instroom van artsen in de sector al jaren een probleem genoemd wordt? Waarom zijn CLB-artsen als groep nergens vertegenwoordigd en waarom worden zij als toch vrij hoog opgeleide professionelen niet structureel betrokken bij beslissingen die hen aangaan? Hoe komt het dat de opleiding jeugdgezondheidszorg studenten aantrekt met enkele opvallende gemeenschappelijke kenmerken? Wat drijft artsen om in een CLB te gaan werken en er te blijven? …

…en de tijd bleek er rijp voor.

In mijn 'ronde van Vlaanderen' legde ik in 36 dagen ruim 1800 km af en liet ik 28 CLB-artsen aan het woord. Het leverde ruim 16 uren aan geregistreerde gesprekken als boeiend onderzoeksmateriaal op.

De laatste twee jaren was 'de CLB-arts' mijn 'compagnon de route' tegen wil en dank.
Dit onderzoek voeren en uitschrijven kan tellen als catharsis; het is hoog tijd om los te laten!

Met deze masterproef heb ik een stem willen geven aan de CLB-arts van vandaag, de jeugdarts van morgen…

Alleen wie goed wil luisteren zal begrijpen…

SITUERING

1 Probleemstelling

De overdracht van de activiteiten van de Psycho-Medisch Sociale Centra (PMS) en het Medisch Schooltoezicht (MST) naar de Centra voor Leerlingenbegeleiding in 2000 heeft de arbeidssituatie van artsen, werkzaam in de sector grondig veranderd. Artsen werden verplicht een keuze te maken m.b.t. hun engagement voor die sector. De nieuwe CLB-arts kreeg een uniek statuut met nieuwe rechten en plichten. Voor zelfstandigen die beperkt maar flexibel wilden blijven werken was geen plaats meer in de nieuwe CLB-visie. Sommige artsen haakten af en er stond niet onmiddellijk een nieuwe lichting mét nodige bekwaamheidsbewijzen klaar om de vrijgekomen plaatsen in te vullen. Sindsdien lijken de centra voor leerlingenbegeleiding te kampen met een latent artsentekort en de CLB-arts, intussen ook breed opgeleid tot jeugdarts, is op zoek naar een eigen identiteit.

Met een vrij beperkt wettelijk omschreven takenpakket, uniek gericht op preventie en zonder enige therapeutische armslag, kan de CLB-arts, ondanks zijn bijkomende opleiding, weinig professioneel respect afdwingen bij collega's van meer klinische specialiteiten. De opleiding jeugdgezondheidszorg leidt (nog) niet tot een titel die erkend is door de federale wetgeving inzake volksgezondheid (1). Momenteel dreigen vele jeugdartsen, onder meer door de recente controle op de erkenningscriteria voor de huisarts, op het vlak van professionele erkenning en toekomstmogelijkheden buiten de sector, tussen wal en schip terecht te komen. De contacten tussen CLB-arts en de doelgroep zijn vluchtig en veelal vrijblijvend. De onderzoeken aan de lopende band laten weinig tijd en ruimte voor professionele zelfontplooiing en degraderen de goedopgeleide arts al te vaak tot screeningsinstrument. Het werk wordt bepaald en georkestreerd door gedetailleerde Vlaamse regelgeving, door overkoepelende organisaties die weinig voeling tonen met het medische, door de eigenzinnige cultuur van 72 verschillende autonoom werkende centra, door turven aan wetenschappelijke standaarden en eeuwig in ontwikkeling zijnde computerprogramma's die als registratie-instrument ver afstaan van een werkbaar (medisch) dossier…

De inbedding van de CLB-arts in de onderwijsstructuur en -cultuur aliëneert de arts van zijn oorspronkelijke, vertrouwde en natuurlijke habitat. In verhouding tot de omvang van de wettelijke diplomavereisten en bekwaamheidsbewijzen voor de functie – en het aantal jaren universitaire opleiding die ze vertegenwoordigen – moet de CLB-arts zich tevreden stellen met een vrij bescheiden rol en dito salaris. Klinisch ervaren artsen die instromen worden gehonoreerd met een startersloon ongeacht hun leeftijd en relevante ervaring…

Toch opteren sommige artsen voor een loopbaan bij het CLB?

Wie zijn ze? Wat trekt hen aan in de job?

2 Onderzoeksvragen

onderzoeksvragen

Hoe ervaren artsen de aantrekkelijkheid van het werk als (jeugd)arts in een centrum voor leerlingenbegeleiding in Vlaanderen?

ondersteunende onderzoeksvragen

Wat is het profiel van de huidige CLB-artsenpopulatie?
Wat is de aard en omvang van het artsentekort in de CLB-sector?

3 Doelstellingen

Deze studie wil inzicht bieden in de kwaliteitsbeleving van alle mogelijke factoren die de aantrekkelijkheid van de job als CLB-arts beïnvloeden. Dit inzicht, geboden vanuit het unieke oogpunt van de artsen zelf, is van belang willen de verantwoordelijken gefundeerd werk kunnen maken van een strategisch plan om in de toekomst het ervaren artsentekort in de sector terug te dringen, de instroom van gemotiveerde artsen in het beroep te beheersen en hun uitstroom tot een minimum te beperken. Mee op basis van een summiere verkenning van de huidige wervingstrategie zullen hiertoe aanbevelingen geformuleerd worden, getoetst aan bestaande wetenschappelijke inzichten.

LITERATUUR

Het onderzoeksonderwerp 'jobaantrekkelijkheid' situeert zich in het domein van 'human resource management'. Het ligt voor de hand dat klassieke zoekmachines voor medische publicaties zich slechts in beperkte mate lenen tot een zoektocht naar relevante literatuur m.b.t. het onderwerp van deze studie.

Een oriëntatie op het vlak van jobaantrekkelijkheid en de principes van HRM die daarmee verband houden is nodig voor een beter inzicht in de materie en om de zoektocht naar wetenschappelijke literatuur voor de opbouw van een theoretisch kader te kunnen richten.

Het systematisch literatuuronderzoek focust op de vraag:

- *Welke factoren bepalen de jobaantrekkelijkheid voor artsen werkzaam in de preventieve jeugdgezondheidszorg in Vlaanderen?*

Verder is er de noodzaak om de actuele context waarin het onderzoek zich situeert, uit te diepen. Deze achtergrondinformatie zal de leesbaarheid van de masterproef verhogen en het ruimer kader bieden voor een beter begrip en interpretatie van de onderzoeksresultaten.

Het aanvullend literatuur- en bronnenonderzoek spitst zich toe op de volgende vragen:

- *Hoe situeert het werken als CLB-arts zich in internationale en nationale context?*
- *Aan welke opleidingseisen moet de CLB-arts in Vlaanderen voldoen?*
- *Hoe wordt de CLB-arts verloond?*
- *Hoe wordt het artsentekort in de CLB-sector geëvalueerd door het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming?*
- *Is er een actief HRM beleid gericht op de CLB-arts, op Vlaams of federaal vlak?*
- *Wat betekent jobaantrekkelijkheid in de context van HRM in publieke organisaties?*

1 Methodiek literatuur- en bronnenonderzoek

a Oriënterend onderzoek

Een globale zoekactie met de zoektermen 'HRM' en 'publieke organisatie' via Google leverde de titel op van een handboek met actuele inzichten op het vlak van 'Strategisch HRM in de publieke sector' (2). Mevrouw De Prins, doctor in de sociale wetenschappen en gastprofessor aan de UA, suggereerde hoofdstuk 3 uit het 'Handboek Human Resource Management, back to basics' van Filip Lievens. Naar beide handboeken wordt verder in de tekst gerefereerd.

b Systematisch literatuuronderzoek

Gebruikte zoektermen en -limieten, gehanteerde in- en exclusiecriteria worden beschreven in bijlage. Deze strategie is geïnspireerd door de resultaten van een eerste oriënterende quick and dirty methode met een beperkt aantal Nederlands- en Engelstalige zoektermen in Google. Op basis van deze zoektermen en criteria werd vervolgens een systematisch onderzoek gevoerd via CEBAM, waarbij nationale en internationale richtlijnen en systematic reviews, zoals verwacht, geen relevante publicaties opleveren met betrekking tot het eigenlijke onderzoeksobject. Eenzelfde zoekstrategie werd gehanteerd bij raadpleging van databanken voor de disciplines sociale wetenschappen, business, economie en management, geneeskunde en gezondheidswetenschappen. Deze zijn alle digitaal toegankelijk via de Universiteitsbibliotheek Gent. Verder werd een meer intuïtieve zoekstrategie met backward and forward searches gehanteerd. Twee meta-analyses over 'attraction to organizations and job choice' en over 'individual's fit at work' en enkele relevante publicaties over 'job choice' en jobkeuze in relatie tot 'gender', 'attitude' en 'work values' werden weerhouden.

c Aanvullend literatuur- en bronnenonderzoek

In de discussie en conclusies van dit onderzoeksrapport wordt ook verwezen naar grijze literatuur om de geformuleerde stellingen en adviezen te illustreren, te kaderen en te onderbouwen. Via Google werd gericht gezocht naar elektronisch beschikbare publicaties die gemaakt zijn door overheidsinstanties, academici e.d. waarbij de uitgave niet door een commerciële uitgever tot stand gekomen is. Ook publicaties in kwaliteitskranten en rapporten van deskundigen op de arbeidsmarkt die staan voor een kwalitatieve en correcte dienstverlening (SA 8000[2]) werden weerhouden.

Bij de overheid en het coördinatiesecretariaat van de opleiding jeugdgezondheidszorg werd cijfermateriaal en bijkomende achtergrondinformatie opgevraagd. Deze kwantitatieve gegevens worden samen met de gegevens uit de korte algemene bevraging gepresenteerd in de rapportage van de onderzoeksresultaten om het artsenprofiel als een logisch geheel weer te geven.

[2] internationale standaard voor ethisch ondernemen

2 Resultaten literatuur- en bronnenonderzoek

a Onderzoekspopulatie

i internationale context

Om de positie van de CLB-arts en de kenmerken van werk en werkomgeving te kunnen kaderen binnen internationale literatuurgegevens is kennis van de organisatie van jeugdgezondheidszorg in de voor Vlaanderen relevante landen noodzakelijk. Uit een vergelijkende studie van de organisatie van de preventieve jeugdgezondheidszorg in de EUSUHM[3] lidstaten in 2009, blijkt een duidelijke overeenkomst wat betreft de beoogde doelgroep en de strikte scheiding met de curatieve jeugdgezondheidszorg. De inhoudelijke focus is overal dezelfde, al is er een duidelijk verschil in het aantal aangeboden screenings en vaccinaties. Verder wordt de preventieve jeugdgezondheidszorg in de Europese landen op sterk uiteenlopende wijze georganiseerd. 'De grootste verschillen situeren zich op het vlak van financiering, scholing van JGZ professionals, multidisciplinair werk, interdisciplinaire systemen en het bijhouden van dossiers' (3). De CLB-arts neemt binnen Europa een unieke positie in door de specifieke combinatie van jobkenmerken en de unieke organisatiestructuur waarbinnen zij/hij de job uitoefent. Samenwerking met scholen is gebruikelijk, maar de inbedding van preventieve jeugdgezondheidszorg in de onderwijscontext is nergens zo uitgesproken als in Vlaanderen.

ii nationale context

- *van 'medisch schoolinspecteur' tot 'CLB-arts' tot…'jeugdarts'?* (4)

De medische wereld is reeds lang betrokken bij de problematiek van de beroepskeuze. In 1912 ontstaan de eerste Burelen voor Beroepsoriëntering en vanaf 1914 is elke gemeente wettelijk verplicht een kosteloze dienst voor medisch schooltoezicht in te richten en een geneesheer tot 'medische schoolinspecteur' te benoemen. Nog voor WO II evolueren de Burelen voor Beroepsoriëntering tot PMS-centra waar naast de beroepskeuze ook studiekeuze, psychisch en sociaal welzijn, leerproblemen e.d. opgenomen worden. In 1985 herformuleert de Vlaamse Regering de opdrachten van het medisch schooltoezicht en breidt ze uit. Aandacht voor de sociale en psychische aspecten van gezondheid en welbevinden wordt belangrijk. Naast de opsporing van besmettelijke ziekten en beginnende afwijkingen, ligt de nadruk op gezondheidsvoorlichting en -opvoeding, gezonde leefgewoonten en gezondheidspromotie op school en adviezen over vaccinaties. Schoolartsen zijn, als lid van

[3] European Union for School and University Health and Medicine

een erkende equipe MST, vanaf 1985 verplicht een 'postuniversitaire opleiding' te volgen en 'minimaal kwarttijds' te werken. Erkenning en betoelaging van de centra gebeurt nog steeds door het Ministerie van Volksgezondheid.

In deze MST-periode worden schoolonderzoeken vooral uitgevoerd door artsen, die naast hun klinische praktijk enkele uren per week de verplichte preventieve onderzoeken afwerken. Een minderheid werkt in dienstverband. PMS- en MST-centra bestaan lange tijd min of meer naast elkaar. De maatschappelijke noden veranderen echter voortdurend en de wettelijk bepaalde opdrachten van de MST- en PMS- centra overlappen meer en meer. In 2000 worden MST-diensten (Volksgezondheid) en PMS-centra (Onderwijs) geïntegreerd in één centrum voor leerlingenbegeleiding of CLB (Onderwijs). Op advies van de Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (VWVJ) werken artsen voortaan centrumgebonden én in dienstverband met een minimum van 0,5 fulltime-equivalenten (FTE), behoudens afwijkingen (5). De CLB-arts is geboren…

Sinds de verplichting van een bijkomend bekwaamheidsbewijs voor 'schoolartsen' in 1985 maakt de opleiding in de jeugdgezondheidszorg een hele evolutie door. Van een korte postacademische opleiding tot geneesheer-hygiënist, richting schoolhygiëne, geneesheer-hygiënist in de jeugdgezondheidszorg en gediplomeerde in de gespecialiseerde studies in de jeugdgezondheidszorg groeit de opleiding uit tot een ambitieuze master na masteropleiding. Momenteel ijvert de VWVJ voor een eigen beroepstitel voor de jeugdarts met daaraan gekoppelde bevoegdheden. Een erkenning als jeugdarts moet vooral een antwoord bieden op de problemen rond de RIZIV-bevoegdheidscodes die zich stellen. De erkenning van beroepstitels is echter een federale bevoegdheid en men zal rekening moeten houden met de verschillende opleidingseisen en bevoegdheidsnoden die gelden in heel België, voor Walen én Vlamingen, voor CB[4]- én CLB-artsen…

- *CLB-arts en opleidingseisen (6)*

Een opleiding tot basisarts is een eerste logische voorwaarde voor de uitoefening van het ambt van CLB-arts. Bij de overgang van MST naar CLB in 2000 werden vereiste en voldoende geachte bekwaamheidsbewijzen en salarisschalen voor artsen vastgelegd. Naast het basisdiploma is een aanvullend, of een daaraan gelijkgesteld diploma 'vereist'. Als tijdelijke uitzonderingsmaatregel inzake bijkomend diploma geldt (nog steeds) de zestig kalendermaandenregel die verwijst naar de periode waarin (basis)artsen het ambt tijdelijk kunnen uitoefenen en waarbinnen ze geacht worden het vereiste bekwaamheidsbewijs te verwerven. Heel die tijd hebben zij recht op een verloning als arts (barema 511). Amper twee

[4] consultatiebureau van Kind en Gezin

jaren na de start van het CLB kwam er een eerste verruiming en in 2008 voegde een tweede verruiming nog eens vijf mogelijke certificaten, beroepstitels of graden toe als 'voldoende geacht' bijkomend diploma. In 2013 kwam er een logische aanpassing in de berekeningswijze van de periode van zestig kalendermaanden, waarbij enkel de effectieve tewerkstelling telt. Ook een arts die, na deze periode, niet over een vereist of voldoende geacht bijkomend diploma beschikt, kan als CLB-arts aan het werk blijven maar met een gevoelig loonverlies (barema 501). De overheid hoopte met deze verruimingen 'de centra mogelijk beter in staat te stellen om geschikte artsen (lees: hygiënisten, arbeidsgeneesheren en pediaters) aan te trekken'(6).

Wie momenteel als arts het bijkomend bekwaamheidsbewijs wenst te verwerven moet de voltijdse tweejarige interuniversitaire master na masteropleiding in de jeugdgezondheidszorg volgen. De opleiding richt zich tot 'artsen die een taak ambiëren in de preventieve gezondheidszorg voor kinderen en jongeren'. Voor een unieke tewerkstelling in de zuigelingenzorg volstaat voor Kind en Gezin echter een beperkt opleidingstraject binnen de manama jeugdgezondheidszorg (7).

De arts moet eigen tijd en middelen investeren gedurende de hele duur van zijn flexibel studietraject. Om het werk als CLB-arts mét aangepaste verloning te mogen uitvoeren, zijn negen jaren voltijdse universitaire opleiding vereist. Het is opvallend dat voor geen enkele andere discipline binnen de centra voor leerlingenbegeleiding momenteel een bijkomende (master)opleiding vereist is, ook niet voor directiefuncties.

- *de CLB-arts en verloning*

De bruto jaarwedde van een arts die instroomt, bedraagt €28.556,22. Dit is de minimumwedde (vanaf 01/09/2013) die geldt vanaf een minimumleeftijd van 24 jaar Er is een zekere loonopbouw door het principe van loonanciënniteit dat de overheid hanteert (8).Tussen contractuelen en statutairen is er een verschil in loon en pensioenopbouw. Voor CLB's bestaat er geen regelgeving m.b.t. erkenning van relevante ervaring.

b CLB-artsentekort

i Analyse door het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming

Een 'cijfermatige analyse' van het artsentekort door het Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming (9) toonde in 2011 dat voor alle ambten 'arts', waar het CLB volgens de berekening van de omkadering recht op heeft, een arts benoemd is. Het probleem situeert zich, volgens het departement Onderwijs en Vorming, op het vlak van vervangingen van deze benoemde artsen. 'Vervangingsmoeilijkheden doen zich voor bij structurele afwezigheden door opname van verlofstelsels, zelfgekozen arbeidsduurvermindering of mobiliteit. Ook bij acute afwezigheden wordt vaak geen vervanging gevonden'. Meer dan de helft van de centra werd

geconfronteerd met vervangingsproblemen van artsen en/of paramedische werkers, in de bevraagde periode.

De centra zijn vooral op zichzelf aangewezen bij hun pogingen om valabele kandidaten op te sporen. En indien dit niet lukt, kiezen ze voor een interne herverdeling van taken om de verplichte consulten te waarborgen. De centra geven aan dat dit op termijn onhoudbaar is omdat dit de andere disciplines overbelast en de goede werking van het centrum compromitteert. Driekwart van de CLB-artsen zou het ambt combineren met een andere betrekking (9).

ii Capaciteitsbepaling

In België onderzoekt de Planningscommissie van de Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, 'de behoeften op het vlak van medisch aanbod van artsen, tandartsen, kinesitherapeuten, verpleegkundigen, vroedvrouwen en logopedisten'. Op basis van de evolutie van de behoeften op het vlak van medische zorgen, de kwaliteit van zorgverstrekking en de demografische en sociologische evolutie van de betrokken beroepen bepaalt de commissie het medisch aanbod in België en bezorgt de Minister van Volksgezondheid een verslag over het aantal personen dat toegang zal hebben tot een bepaald gezondheidsberoep. Ook geeft zij de Minister van Volksgezondheid advies op het vlak van de contingentering (10).

In deze verslagen van de Planningscommissie is echter geen spoor terug te vinden van CLB-artsen of artsen met een diploma 'manama in de jeugdgezondheidszorg'. De opleiding is niet erkend door de federale wetgeving inzake volksgezondheid en artsen werkzaam in de preventieve jeugdgezondheidszorg in Vlaanderen worden niet als dusdanig opgenomen in de huidige capaciteitsstudies van de federale overheid. Het gaat hier nochtans over een groep van ruim 360 artsen, meer dan de populatie kinder- en jeugdpsychiaters in België (283 in 2013) (11).

De Planningscommissie is zich bewust van dit hiaat. De koppeling van gegevens uit diverse bronnen[5] én van artsen opgenomen in het kadaster, zal het mogelijk maken om een vollediger beeld te krijgen van het potentieel aan artsen, hun activiteitsniveau en de evolutie in de periode 2004-2012. Het is wachten tot eind 2014 op de resultaten van de analyse van de verdeling van de workforce per activiteitensector, die gebaseerd zal zijn op NACE[6]-codes, waarvan er één de werkgevers identificeert als CLB (12).

---

[5] federale databank, RIZIV, RSZ, RSZPPO

[6] code door landen van Europese Unie toegekend aan bepaalde klasse van economische activiteiten, als hulpmiddel bij het opstellen van economische statistieken en overzichten

c HRM context

Deze situering van het onderzoek is verantwoord omdat het aantrekken en behouden van personeel nu eenmaal cruciaal is voor het voortbestaan en het succes van een organisatie (13) in het algemeen. Dit geldt ook en vooral voor organisaties die een publieke dienstverlening verzorgen, niet het minst omdat zij werken met publieke middelen en een maatschappelijk belangrijke taak vervullen.

i Publieke sector

De organisatie heeft een grote impact op de aantrekkelijkheid van de concrete beroepen die er in voorkomen en de invulling van een beroep of functie kan zeer verschillend zijn naargelang de organisatie waarin gewerkt wordt (14). De centra voor leerlingenbegeleiding hebben een publieke functie en opereren in een politieke context. Ze hoeven geen winst te maken, maar moeten wel degelijk hun nut bewijzen of ze zijn gedoemd te verdwijnen. Een adequate inzet van personeel is nodig om de organisatiestrategie vorm te geven en te concretiseren. Het is dus van essentieel belang dat ook publieke organisaties een strategisch personeelsbeleid ontwikkelen. Ze hebben er alle belang bij om gekwalificeerd personeel aan te trekken en te behouden (2).

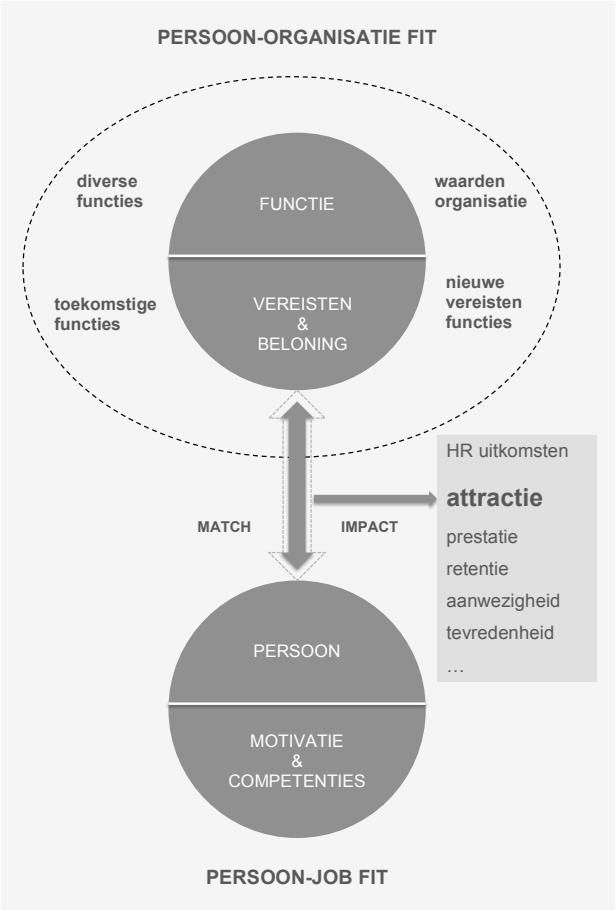
ii Jobaantrekkelijkheid en theorie

Medewerkers bepalen in zeer grote mate het succes van een organisatie. Ook in de publieke sector vormen zij het belangrijkste kapitaal. Een goede attitude ten opzichte van job en werkgever is een cruciale voorwaarde. Onderzoek naar jobaantrekkelijkheid situeert zich dan ook in het domein van het HRM, meer bepaald, de rekrutering en employer branding[7]. Moderne inzichten uit personeelspsychologische hoek gaan uit van een interactionistische benadering als verklaring waarom verschillende organisaties verschillende personen aantrekken, aanwerven en behouden (2). De subjectieve factorentheorie (subjective factors theory) stelt dat 'individuen de kenmerken van een organisatie of job afwegen aan hun persoonlijke waarden, behoeften en persoonlijkheid'. De meest aantrekkelijke optie is dan diegene die het beste past bij die persoonlijke kenmerken. Deze interactionistische benadering sluit aan bij twee ruimere theorieën waarbinnen deze match tussen persoon en de werkomgeving centraal staan, namelijk het Attractie-Selectie-Attrition[8] (ASA)-model en de persoon-omgeving fit ('person-environment fit'). De basisassumptie bij het ASA-model is

[7] sturing van bedrijfsimago

[8] natuurlijk verloop

‘dat verschillende organisaties verschillende soorten mensen aantrekken, selecteren en behouden’. Mensen worden aangetrokken tot een organisatie die aansluit bij de eigen interesses en persoonlijkheid (attractie). Op gelijksoortige wijze zullen medewerkers die ervaren niet goed in hun werkomgeving te passen de organisatie vrijwillig verlaten (13).



figuur 1 concept persoon-job/organisatie fit

‘Deze interactionistische ideeën worden verder uitgewerkt in de modernere persoon-omgeving fit theorie, die stelt dat (potentiële) sollicitanten zich meer aangetrokken voelen tot organisaties (persoon-organisatie fit) en jobs (persoon-job fit) die compatibel zijn met hun eigen persoonlijke kenmerken’(13). Deze twee soorten ‘fit’ verdienen onze aandacht in de context van dit onderzoek met een focus op de ‘job fit’-ervaring van de CLB-artsen. Het gaat om een vergelijking van de verwachtingen en bekwaamheden van de arts met wat het werk biedt en eist. Overeenstemming tussen een persoon en kenmerken van de omgeving is noodzakelijk om ervoor te zorgen dat iemand zich ergens thuis voelt. Het is de interactie tussen kenmerken van een organisatie en de jobs die ze aanbiedt, en die van een kandidaat die bepalend is voor de keuze voor elkaar (2). Een goede fit correleert bovendien positief met werktevredenheid, werkmotivatie, betrokkenheid en de neiging om de job aan te houden. Figuur 1 naar Heneman & Judge (2003) toont de onderlinge verbanden (13). Een meta-analyse van bestaand wetenschappelijk onderzoek naar deze theorieën benadrukt het belang van een gepercipieerde fit met de organisatie en de job voor onder meer de ervaren aantrekkelijkheid van job en organisatie (15).

iii Jobaantrekkelijkheid en arbeidsmarkt

Een arbeidsmarktstudie uitgevoerd door Randstad in 2011 focust op de aantrekkelijkheid van jobs in België. Personen die zich begeven op de arbeidsmarkt zoeken niet alleen een aantrekkelijke werkgever maar vooral ook een aantrekkelijke job. Het ene is niet te herleiden tot het andere, maar beide begrippen zijn met elkaar verbonden. Geen enkel beroep wordt beschreven als totaal onaantrekkelijk en zelfs de minst aantrekkelijke beroepen zijn voor een bepaalde (relatief kleine) groep mensen nog steeds aantrekkelijk (14).

Het loon dat verbonden is met de job is doorgaans de belangrijkste aantrekkelijkheidsfactor. Op ruime afstand volgt de balans tussen werk en privé. Goede arbeidsomstandigheden, werkzekerheid en afwisseling in de job, leer- en doorgroeimogelijkheden, autonomie, contacten met andere mensen, creativiteit en sociaal doel vervolledigen de top tien. Veel is echter afhankelijk van de subgroep waartoe werknemers behoren. Mannen hechten iets meer belang aan loon, vrouwen zetten meer in op de balans tussen werk en privé en het sociaal aspect van de job (14).

Ook leeftijd speelt een rol. In de groep tussen 30 en 45 jaar weegt het loonaspect én de balans tussen werk en privé zwaarder door dan bij jongeren. Zij hechten meer belang aan leer- en doorgroeimogelijkheden terwijl 45-plussers gemiddeld meer belang hechten aan autonomie in een functie. Inzake studieniveau hechten hoger geschoolden dan weer meer belang aan opleiding- en doorgroeimogelijkheden en veel minder aan werkzekerheid. Tenslotte zijn er ook interessante verschillen volgens de sector waarin men werkt. Werknemers bij de overheid of ‘social profit’ hechten minder belang aan loon en meer aan werkzekerheid en het sociaal doel van de job (14).

Verder is er nog de opmerkelijke vaststelling dat beroepen ondanks een hoge aantrekkelijkheidsscore toch een knelpuntberoep kunnen zijn. ‘Dat er in functie van de vraag zich te weinig mensen aanbieden voor een beroep heeft op het eerste gezicht niet zoveel te maken met het gebrek aan aantrekkelijkheid ervan’, besluit Randstad.

iv War for talent

Op een krappe arbeidsmarkt waar het aantal potentiële sollicitanten relatief laag is moeten organisaties concurreren om getalenteerd personeel aan te trekken. Ze dienen meer aandacht te besteden aan hun aantrekkelijkheid als werkgever en het belang van een goede rekruteringsstrategie neemt nog toe. Bovendien is er de huidige demografische trend met een kleiner aanbod van jonge werknemers en de pensionering van de babyboomgeneratie waardoor de arbeidsmarkt nog inkrimpt (13). Navraag in de sector leert dat de vacatures voor CLB-arts slechts moeizaam of niet ingevuld geraken (9) waardoor het beroep als een knelpuntberoep kan beschouwd worden. Het niet of te laat vervullen van openstaande vacatures kan ook bijzonder nadelige gevolgen hebben voor de huidige medewerkers. Zij

moeten vaak extra werk verrichten en komen onder druk te staan. De continuïteit van de dienstverlening komt in het gedrang en de kwaliteit van de dienstverlening kan belemmerd worden (13). Oorzaken van de lang openstaande vacatures moeten gezocht worden bij de vraag- én aanbodzijde, bij omgevingsfactoren en bij de verantwoordelijke intermediairen. De problematiek is complex, maar het is duidelijk dat het voor een organisatie belangrijk is om een aantrekkelijke werkgever te zijn die aantrekkelijke jobs aanbiedt.

d Strategieën om jobattractiviteit te verhogen

Organisaties kunnen drie strategieën aanwenden om hun attractiviteit te vergroten en meer kandidaten aan te werven: het verbeteren van de wervingsactiviteiten, het wijzigen van de arbeidsvoorwaarden en het aanboren van een andere sollicitantenpopulatie (2). In de discussie worden deze strategieën geëxploreerd in functie van de doelstellingen van dit onderzoek.

ONDERZOEKSMETHODE

Integratie van gegevens uit kwantitatieve data m.b.t. de artsenpopulatie, uit een algemene rondvraag bij alle CLB-artsen, een gefocust observationeel onderzoek en uitgebreid literatuur- en bronnenonderzoek moet de onderzoeker in staat stellen om een onderbouwd antwoord te formuleren op de onderzoeksvraag. Het verworven inzicht in deze factoren moet leiden tot aanbevelingen om de jobaantrekkelijkheid van het beroep te verhogen als middel om meer artsen warm te maken voor de job.
Het onderzoek werd voorgelegd aan het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen en kreeg een definitief gunstig advies op 26 november 2012.

1 Onderzoeksopzet met betrekking tot kwantitatieve dataverzameling

a Onderzoeksvragen

Wat is het profiel van de huidige CLB-artsenpopulatie?
Wat is de aard en omvang van het artsentekort in de CLB-sector?

b Doelgroep

De doelgroep omvat alle (jeugd)artsen, met actuele tewerkstelling in het ambt in een centrum voor leerlingenbegeleiding in Vlaanderen.

c Dataverzameling

Gegevens over aantal en tewerkstelling van CLB-artsen werden opgevraagd bij het Departement Onderwijs en Vorming (november 2012) met positief antwoord in juni 2013 met een aanvullende actualisering van de cijfergegevens in april 2014.
Een algemene rondvraag bij CLB-artsen vond plaats in december 2012 (cfr. bijlage). Gegevens over het in- en doorstroomprofiel van studenten van de manama jeugdgezondheidszorg over de voorbije zes academiejaren werden ter beschikking gesteld door professor Karel Hoppenbrouwers, dienst jeugdgezondheidszorg KU Leuven.

d Analyse

Het beschikbare cijfermateriaal van de officiële instanties werd herschikt om zicht te krijgen op de objectieve kenmerken van de populatie en de evolutie ervan in de tijd. Ook de dynamiek van in- en uitstroom van artsen, zowel in de opleiding als in het werkveld en het mogelijke effect van de zeldzame overheidsmaatregelen om het artsentekort terug te dringen werden op deze manier zichtbaar. Deze gegevens werden samen met de resultaten van de eigen rondvraag geanalyseerd in Excel of SPSS.

2 Onderzoeksopzet met betrekking tot kwalitatieve dataverzameling[9]

a Onderzoeksvraag

Hoe ervaren artsen de aantrekkelijkheid van het werk als (jeugd)arts in een centrum voor leerlingenbegeleiding in Vlaanderen?

b Doelgroep

De doelgroep omvat alle (jeugd)artsen, met actuele tewerkstelling in het ambt in een centrum voor leerlingenbegeleiding in Vlaanderen.

c Dataverzameling

Met de bedoeling een zo ruim mogelijke groep CLB-artsen te betrekken bij het onderzoek én omdat er onvoldoende informatie over individuele CLB-artsen beschikbaar is, werd gekozen voor een niet-gerichte aselecte steekproef voor de kwalitatieve dataverzameling. Het gaat er om een goede afspiegeling van de groep of situatie te verkrijgen, vandaar dat alle CLB-artsen de kans kregen om deel te nemen.
In een eerste fase werden alle CLB-artsen, werkzaam in een Vlaams centrum voor leerlingenbegeleiding, via mail uitgenodigd tot deelname aan het onderzoek. Deelname hield in dat de arts een vragenlijst (cfr. bijlage) invult via een link naar de internetsite ThesisTools. Het doel was enerzijds de verwerving van algemene profielgegevens en anderzijds de rekrutering van kandidaten voor de kwalitatieve dataverzameling.

i Procedure dataverzameling

- *Contactgegevens CLB-artsen*

De mailadressen van de Vlaamse CLB-artsen werden opgevraagd bij het departement Onderwijs en Vorming én de twee grote koepelorganisaties van de centra voor leerlingenbegeleiding in Vlaanderen. De 'Raad Directeurs CLB centra van het GO' stelde een lijst van artsen die onder de eigen overkoepelende organisatie werken ter beschikking. Het VCLB verwees door naar de overheid, die op zijn beurt doorverwees naar de individuele CLB-directies. Een 'databank voor artsen: vind uw CLB-arts' (16) is toegankelijk via de website van Onderwijs met een beveiligde toegang voorbehouden voor huisartsen. Op eenvoudig verzoek wordt een paswoord toegestuurd. De mailadressen van de artsen kunnen enkel per postnummer, via de CLB-websites en per school, één voor één opgezocht worden. Enkele ontbrekende contactgegevens werden bij de betreffende centra rechtstreeks

[9] Basisboek Kwalitatief Onderzoek, Baarda, De Goede en Teunissen

opgevraagd. CLB Kempen met 6 vestigingen, stelt geen contactgegevens van artsen ter beschikking. De artsen werkzaam in die centra werden dus niet aangeschreven.
Op 1 september 2012 zijn er, volgens de gegevens van het Ministerie van Onderwijs en Vorming, precies 357 artsen (stamnummers) actief (17). Bij gebrek aan een centraal databestand op verschillende niveaus konden niet alle mailadressen achterhaald worden, waardoor bij de start van het onderzoek slechts 90% van alle CLB-artsen betrokken waren.

- *Rekrutering en selectie van onderzoekseenheden*

De opportunistische selectie van onderzoekseenheden gebeurde op basis van vrijwilligheid, toegankelijkheid van de doelgroep binnen een beperkte onderzoeksperiode (januari/februari 2013) en toeval.
Een eerste contactmail bevatte een uitnodiging tot deelname met situering van het onderzoek, het onderzoeksprotocol, een toestemmingsformulier en een korte vragenlijst. De onderzoeker stuurde eenmalig een herinneringsmail. Honderdachtentwintig artsen vulden de vragenlijst in en zevenentachtig van hen waren bereid tot een gesprek. Via een online tool voor afsprakenplanning[10] kregen deze artsen de keuze uit negenenveertig mogelijke afspraakmomenten tussen 24 januari 2013 en 28 februari 2013. Uiteindelijk werden zevenentwintig afspraken vastgelegd. Twee afspraken konden niet doorgaan en drie artsen boden zich spontaan aan n.a.v. een afspraakmoment met een collega. In totaal werden achtentwintig interviews afgenomen, drie bij mannelijke en vierentwintig bij vrouwelijke collega's, een verhouding representatief voor de totale CLB-artsenpopulatie (cfr. pagina 19) (17). Onderstaande tabel toont de respons in absolute cijfers en percenten.

tabel 1 respons in absolute en relatieve cijfers

stamnummers	357	*-35*					
mailadressen	90,1%	322	*-33*				
mail ontvangen	80,9%	89,7%	289	*-161*			
respons mail	35,8%		44,3%	128	*-41*		
akkoord interview	24,4%			68,0%	87	*-38*	
akkoord afspraak	13,7%				56,3%	49	*-21*
interview	7,8%					57,1%	28

[10] www.doodle.com

ii Waarnemingsmethode

Het kwalitatief onderzoek gebeurde vanuit een fenomenologisch perspectief waarbij we dieper ingaan op de onderliggende motivatie en beleving van de individuele arts in relatie tot zijn werk binnen de centra voor leerlingenbegeleiding. Dit perspectief bepaalde ook de keuze voor semigestructureerde diepte-interviews met artsen uit de doelgroep. Er werd gestreefd naar een grote vertegenwoordiging van de beroepsgroep. De individuele bevraging als waarnemingsmethode sluit ook aan bij de vraagstelling van het onderzoek, die peilt naar persoonlijke meningen en ervaringen.

De interviews werden afgenomen aan de hand van een globale topiclijst ut infra. De volgorde werd bepaald door het spontaan verloop van het gesprek, dat zo min mogelijk gestuurd werd. Het interview vond plaats in de vertrouwde omgeving van de geïnterviewde en zonder derden. De deelnemers werden bevraagd over hun indrukken, ervaringen m.b.t de aantrekkelijkheid van hun beroep en de elementen die de beroepskeuze motiveerden.

Het vraaggesprek verliep met geïnformeerde toestemming van de deelnemer en werd digitaal geregistreerd.

TOPICLIJST	PERSOON	context
		loopbaan
		jobidealen
		opleiding
		intention to leave
	ORGANISATIE	lokaal, overkoepelend, onderwijs
	FUNCTIE	jobinhoud
		jobeisen
		jobcontrole
		maatschappelijke relevantie
		werkvoorwaarden (loon, werkuren, vakanties,…)
	JOBAANTREKKELIJKHEID	

b Analyse kwalitatieve data

De onderzoeker beluisterde alle vraaggesprekken en selecteerde er drie voor transcriptie op basis van een globale intuïtieve analyse. Een eerste open codering met samenstelling van het codeboek gebeurde door de onderzoeker en één van de promotoren aan de hand van de transcriptie van de geregistreerde gesprekken. De overige gesprekken werden door de onderzoeker geanalyseerd op basis van de opgenomen versies waarbij vooral aandachtig gezocht werd naar eventueel nieuwe elementen voor codering. Ook opvallende tekstfragmenten die de kwalitatieve beleving van de factoren van jobaantrekkelijkheid accuraat weergeven werden uitgeschreven en gecodeerd. Ze werden samen met tekstfragmenten uit de schriftelijke bevraging gebruikt om de bespreking van de resultaten te stofferen en dubbelzinnigheid in de relatie tussen ruwe data en interpretatie te minimaliseren. De thema's die uit de codering naar voor kwamen, werden gedefinieerd, gegroepeerd en gecategoriseerd volgens bestaande begrippen uit de literatuur die een bewezen impact hebben op de attractiviteit van de job binnen de organisatie waarin deze aangeboden wordt. Het gaat om de beschrijving van de beleving van artsen met betrekking tot de factoren die de functie of job binnen de bestaande organisatie uitmaken, de vereisten en de beloning die daarmee samenhangen, de persoonlijke context, motivatie en competenties (cfr. conceptueel kader op pagina 11).

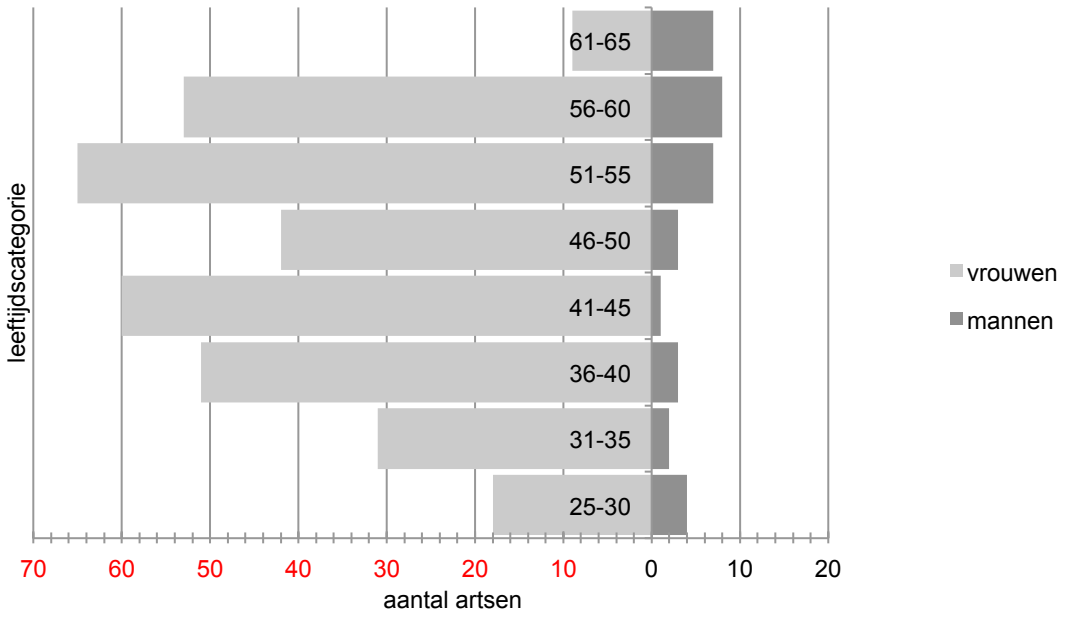
ONDERZOEKSRESULTATEN

1 Kwantitatieve sectie: profiel CLB-arts

Het beschreven profiel van de CLB-arts is gebaseerd op gegevens uit eigen onderzoek (zonder referentie in de titel), op het cijfermateriaal ter beschikking gesteld door het departement Onderwijs en Vorming van het Vlaams Ministerie van Onderwijs en door Professor Dr. Karel Hoppenbrouwers van de Dienst Jeugdgezondheidszorg KU Leuven (met referentie in de titel).

a De CLB-arts is vrouwelijk (17)

In 2013 is ruim 90% van de CLB-artsen vrouw, terwijl de totale beroepsbevolking slechts zo'n 45% uit vrouwen bestaat (18) . Het instroomprofiel van studenten jeugdgezondheidszorg sluit hierbij aan: ruim 90% is vrouwelijk (19).



figuur 2 leeftijdspiramide CLB-artsen 2013 volgens geslacht

b De CLB-arts heeft een kroostrijk gezin en een druk werkende partner

Het gemiddeld aantal kinderen in het gezin van een CLB-arts ligt opvallend hoog (2,36). Ter vergelijking: het vruchtbaarheidscijfer van Vlaamse vrouwen schommelt de laatste jaren rond 1,80 (20). Met een gemiddelde werkweek van 47 uren heeft de vooral vrouwelijke CLB-arts ook een drukbezette partner. Vaak gaat het om artsen (28%), huisarts of specialist, of partners die werken als zelfstandige of in een verantwoordelijke functie (20%).

c De CLB-arts werkt deeltijds

Deeltijdse tewerkstelling is meer regel dan uitzondering bij CLB-artsen. Zij werken gemiddeld 0,72 FTE[11] in 2007 tot 0,74 FTE in 2013. Ruim een kwart van de artsen heeft een voltijdse baan. Dit betekent dat de gemiddelde deeltijdse tewerkstelling lager is dan 0,70 FTE.

d De CLB-arts combineert jobs

Iets minder dan de helft van de bevraagde CLB-artsen (45%) oefent naast zijn ambt nog een andere beroepsactiviteit uit. Het gaat hierbij in 45% om een engagement bij een consultatiebureau van Kind en Gezin en in 26% om een combinatie met de huisartspraktijk. In ruim 15% nemen CLB-artsen andere taken op in de medische sector, maar ook in onderwijs, psychopedagogische begeleiding of wetenschappelijk werk zijn ze actief.

e De CLB-arts is hoogopgeleid

De doorsnee CLB-arts heeft naast het basisdiploma en de opleiding voor het vereiste bekwaamheidsbewijs nog één of meer bijkomende - vooral medische - opleidingen gevolgd. Van 135 respondenten gaven 65 artsen aan dat dit inderdaad voor hen het geval is. Huisartsgeneeskunde (85), tropische geneeskunde (11) en arbeidsgeneeskunde (8) zijn populairst, sommige artsen volgden een lerarenopleiding (3), verzekeringsgeneeskunde (2), pediatrie (2) of sportgeneeskunde (1). Ruim 60% van de respondenten is algemeen geneeskundige én houder van een getuigschrift van aanvullende opleiding met een RIZIV-bevoegdheidscode 003 en 004 (21).

tabel 2 CLB-arts en RIZIV-nummer

RIZIV nummer		
000/009	Geneesheer	26
001/002	Algemeen geneeskundige	30
003/004	Algemeen geneeskundige, houder van getuigschrift van een aanvullende opleiding	84
ander		2

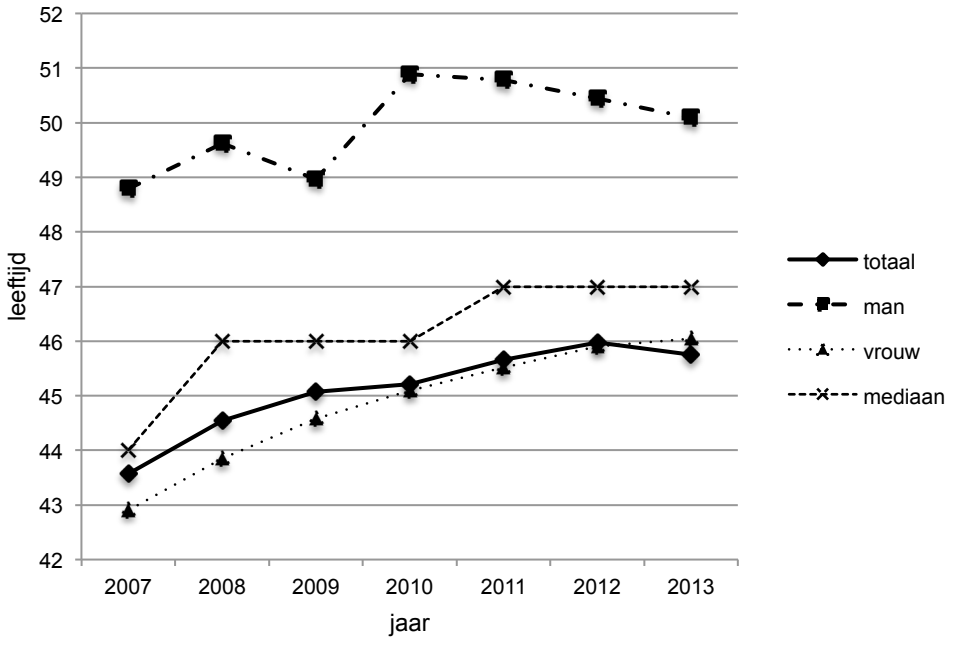
[11] fulltime-equivalenten

f De CLB-arts heeft klinische ervaring

Vóór de start van een loopbaan bij het CLB heeft de arts in de meeste gevallen enkele tot vele jaren ervaring in een of meerdere takken van de geneeskunde. Van de 128 respondenten hebben er 85 ervaring opgedaan in een huisartspraktijk, 22 CLB-artsen zijn enige tijd in opleiding geweest als assistent in specialismen als pediatrie, kinder- en jeugdpsychiatrie en andere. Een twintigtal CLB-artsen werk(t)en als arts bij Kind en Gezin, anderen hebben ervaring in uiteenlopende domeinen binnen de medische sector.

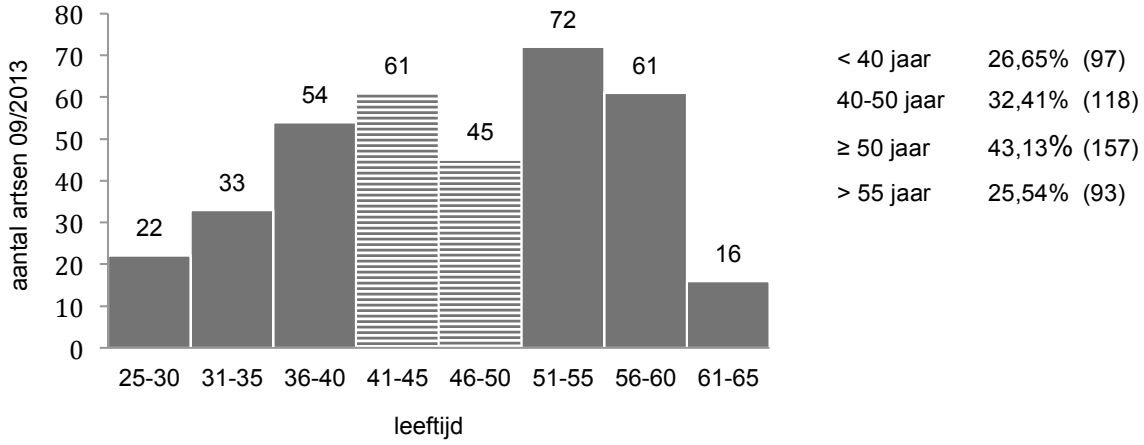
g De CLB-arts vergrijst en ontgroent (17)

Een CLB-arts heeft in 2013 een gemiddelde leeftijd van 45,75 jaar. Met een stijging van tweeëneenhalf jaar is dit in 2013 significant (P<0,001 Mann-Whitney U) hoger dan in 2007. Mannelijke artsen zijn gemiddeld een vijftal jaren ouder dan hun vrouwelijke collega's, maar het verschil toont een dalende trend. De mediane leeftijd neemt met drie jaren toe tussen 2007 en 2011, van 44 jaar in 2007 tot 47 jaar in 2011 en lijkt te stagneren.



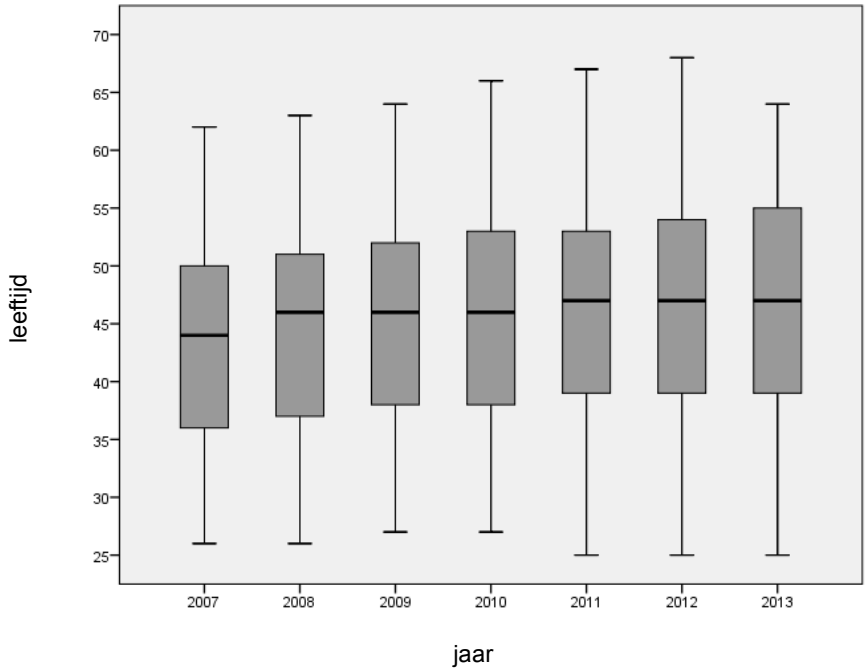
figuur 3 evolutie gemiddelde leeftijd CLB-artsen 2007-2013

Vijftigplussers zijn met hun aandeel van 43,13% in 2013 duidelijk oververtegenwoordigd tegenover het krimpend volume aan artsen jonger dan veertig, slechts goed voor 26,65%.



figuur 4 leeftijdsverdeling CLB-artsenpopulatie 2013

Tussen 2007 en 2013 groeit de spreiding binnen het laagste leeftijdskwartiel en daalt ze binnen het hoogste, zoals duidelijk blijkt uit onderstaande box-en-whiskerplot die de evolutie van de leeftijdsverdeling illustreert.



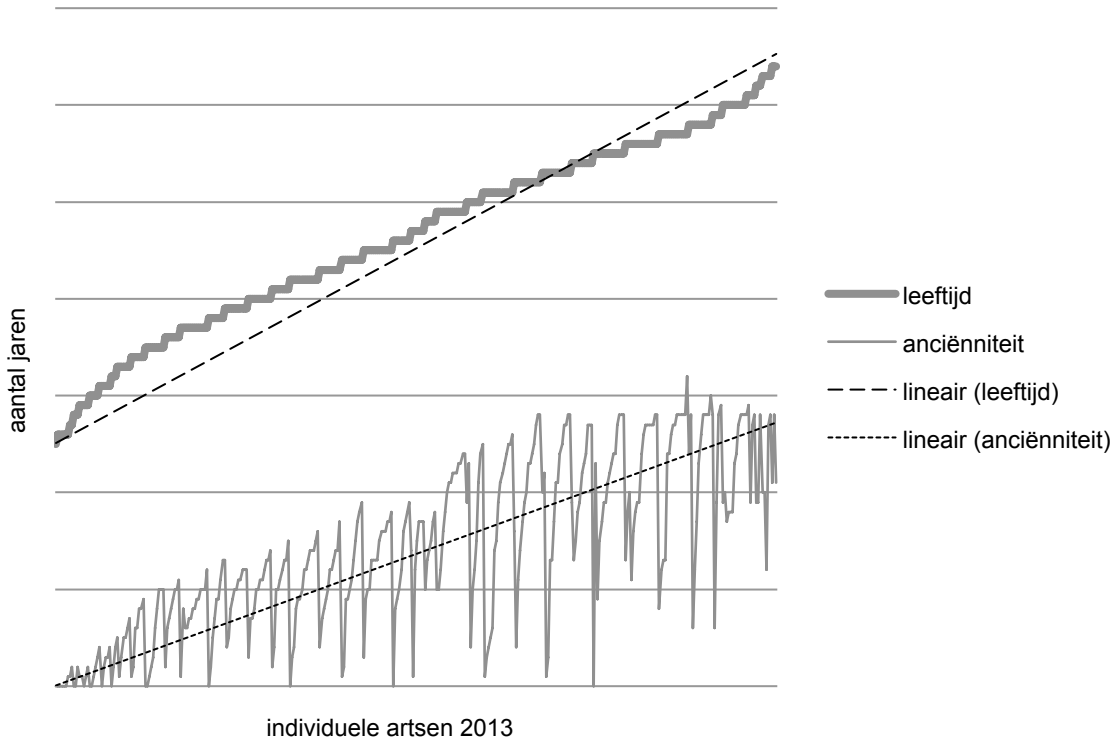
figuur 5 evolutie leeftijdsverdeling en mediane leeftijd

Met een stijging van de mediane leeftijd en de toename van de beginleeftijd van het tweede en vierde kwartiel, ondanks de daling van de hoogste leeftijden, wijzen deze cijfers niet alleen op een vergrijzing maar vooral ook op een ontgroening van de CLB-artsenpopulatie.

h De CLB-arts en statuut (17)

Ruim 70% van de CLB-artsen (stamnummers) heeft een vaste benoeming in de periode 2007 tot 2013. De totale massa FTE wordt ruwweg voor 70% in het statuut 'vast' gepresteerd, 20% in 'vervanging' en 10% in 'tijdelijk'. Tijdelijken oefenen een vacante betrekking uit, waarbij geen onderscheid gemaakt wordt tussen bepaalde of doorlopende duur van de tewerkstelling. Niet vacante of niet-organieke uren van artsen met dienstonderbreking worden in 'vervanging' gepresteerd (6).
Slechts een vijfde van de vrouwelijke artsen heeft een voltijdse vaste tewerkstelling; bij hun mannelijke collega's is dit ruim een vierde. De vorm waarin het cijfermateriaal door het departement werd aangeboden laat een meer precieze berekening niet toe.

i De CLB-arts werkt tegen ongelijk loon (17)



figuur 6 evolutie anciënniteit en leeftijd van CLB-artsen

Het loon van de CLB-arts neemt toe met de leeftijd door de opbouw van anciënniteit. Bovenstaande grafiek toont de omvang en de sterke spreiding van de zij-instroom van artsen in het ambt. Het gevolg hiervan is een belangrijke inkomensvariatie bij de artsen. Zij-instroom is in het geval van de CLB-artsen geen randfenomeen, maar eerder regel dan uitzondering. De trendlijnen in de grafiek tonen dat de anciënniteit en de leeftijd niet parallel lineair toenemen. De loonopbouw van artsen door anciënniteit is duidelijk vertraagd (17).

2 Kwantitatieve sectie: in- en uitstroom artsen

a In- en uitstroom van studenten jeugdgezondheidszorg in de opleiding (19)

In de periode 2008-2013 telde de opleiding jeugdgezondheidszorg 68 nieuwe inschrijvingen en werden 31 diploma's afgeleverd verspreid over de vijf academiejaren. Van de 14 studenten die zich inschreven voor het volledige masterprogramma in 2008 behaalden acht (57,1%) het diploma binnen de vier jaren. Zes anderen (42,8%) vielen helemaal, of voor minstens twee opeenvolgende academiejaren uit. Het is opvallend dat sinds 2008, 40% tot 50% van de studenten, die de opleiding starten, binnen de vier jaren de studie gedurende minstens twee opeenvolgende academiejaren onderbreekt of stopt. De auteurs van het visitatierapport menen dat de waargenomen spreiding van de doorlooptijd en de drop out, een illustratie is van de moeilijke combinatie van werk, gezin en opleiding.
Het aantal nieuwe inschrijvingen varieert weinig in de periode 2008-2014 en schommelt tussen de 12 en 16 per academiejaar, zonder duidelijke trend. In 2012-2013 behaalde een recordaantal van 10 artsen een diploma, maar ook in het aantal afgestudeerden is geen evolutie aantoonbaar. Over andere persoonskenmerken als leeftijd, achtergrond en gezinstoestand van de studenten zijn geen gegevens beschikbaar.

b In- en uitstroom van artsen in de centra voor leerlingenbegeleiding (17)

Het Vlaams Ministerie van Onderwijs telt een uitstroom van 55 artsen (stamnummers) tussen 01/09/2007 en 01/09/2013. Dit is het aantal vaste en tijdelijke personeelsleden in dienst op 01/09/2007, die niet meer in dienst zijn op 01/09/2013, vervangers niet meegeteld. Bekijken we het cijfermateriaal in detail, dan zien we dat in die periode het merendeel van de stamnummers die verdwijnen (78%) artsen betreft, 29 vrouwen en 14 mannen, die minstens 55 jaar oud zijn. Dit kan beschouwd worden als een natuurlijke uitstroom einde loopbaan. De gemiddelde anciënniteit in deze groep ligt bij de vrouwelijke artsen op 22,9 jaren. Dit is opvallend hoger dan bij de mannelijke artsen (9,4 jaren) maar dit beeld is vertekend door de kleine absolute uitstroom aan mannelijke artsen.

tabel 3 in- en uitstroom van artsen (tewerkstelling bij aanvang schooljaar t.o.v. het vorige)

SCHOOLJAAR	STAMNUMMERS	UIT	*55+ vrouw*	*55+ man*	<55	IN	NIEUW anciënniteit 0	HERINSTROOM anciënniteit ≥1 jaar
09/2007	345		geen gegevens					
09/2008	349	24	*4*	*1*	*19*	28	7	21
09/2009	348	23	*5*	*4*	*14*	22	9	13
09/2010	361	14	*2*	*3*	*9*	27	18	9
09/2011	359	25	*3*	*1*	*21*	23	14	9
09/2012	357	29	*9*	*3*	*17*	28	14	14
09/2013	364	26	*6*	*2*	*18*	33	17	16
totalen		**141**	***29***	***14***	***98***	**161**	**79**	**82**

De in- en uitstroomcijfers per schooljaar tonen een heel andere dynamiek dan de cijfers over de netto uitstroom van artsen over een periode van vijf jaren laat vermoeden. Gemiddeld 6,6% van de artsen in dienst op 1 september van het lopende schooljaar is niet meer tewerkgesteld op 1 september van het volgende jaar. Er lijkt op z'n minst een probleem op het vlak van langdurige of ononderbroken tewerkstelling in de sector. Voor een juiste inschatting en verklaring van dit fenomeen en de mogelijke betekenis ervan voor het ervaren artsentekort, is verder onderzoek noodzakelijk.

Er kan geen effect teruggevonden worden van de verruiming in de vereiste bekwaamheidsbewijzen die in 2008 door de overheid doorgevoerd werd als maatregelen om het artsentekort terug te dringen (cfr. pagina 8).

3 Kwalitatieve sectie

De onderzoeksresultaten worden weergegeven in samenvattende perspectieven en conclusies, die los van de citaten gelezen kunnen worden. Deze zijn gegroepeerd in thema's en subthema's volgens het theoretisch model naar Heneman & Judge (cfr. pagina 11). Dit model toont dat gepercipieerde 'fit' of 'overeenstemming' tussen persoon en job en organisatie een impact heeft op de ervaren aantrekkelijkheid van deze job en organisatie (2).

De 'thick description' geldt als illustratie en onderbouwing. Zo leert de lezer de CLB-arts kennen in zijn/haar persoonlijke en professionele context. Het biedt inzicht, in de manier waarop artsen hun plaats en functie als CLB-arts ervaren binnen het eigen centrum, de sector en de maatschappij als groter geheel.

a CLB-arts, persoon en context

Bij het afstuderen als basisarts ligt de keuze tussen huisarts en specialist voor de hand. Artsen vinden na hun basisopleiding doorgaans niet onmiddellijk de weg naar de preventieve gezondheidszorg. Het werk is hen onbekend of het spreekt hen niet aan.

> Dat was huisartsgeneeskunde of specialiseren en alles daartussen daar had je -ik toch- bij wijze van spreken, nooit van gehoord. (G28)
> Schoolarts was zeker niet een van de opties toen ik afstudeerde. (G10)
> Ik moet ook zeggen: 'Dit zou ik nóóit als eerste keuze gehad hebben!'. Toen dacht ik echt van 'neen, zoiets kiest ge toch niet als ge zo lang gestudeerd hebt!?'. (G6)
> De nieuwe instroom…, ik maak me er geen illusies over. Wij stellen elk jaar studenten in opleiding, die vanuit de UIA gestuurd worden…, laten we bij ons meelopen. Als ge ziet welke die mensen hun motivatie is om hier bij ons stage te komen doen…dan weet ge zo dat er niemand van doorstroomt. Als ze naar ons komen en ge vraagt wat is uw toekomstidee. Ze willen allemaal specialiseren. Wat komt ge dan hier doen? Dat is een rustpauze, een rustpauze tussen de drukte door… (G26)

Bepaalde gebeurtenissen en omstandigheden in het leven van de arts liggen aan de basis van een loopbaanswitch richting jeugdgezondheidszorg. De keuze voor het werk als CLB-

arts lijkt ingegeven door het verlangen om een goede balans te vinden tussen werk en gezin, gebeurt naar aanleiding van een veranderde gezinssituatie (scheiding, verhuis…), beperkingen op vlak van gezondheid of onvrede met eerdere werkervaringen of aanvankelijke opleidings- of beroepskeuze.

En ik had ook genoeg van heel die ziekenhuiscultuur… 't Was genoeg geweest. vandaar de keuze voor het CLB. (G14)

Ik kwam eigenlijk niet thuis, ik had geen leven naast mijn werk. Het enige wat ik deed was werken en slapen en eten maken. Dus ik heb iets gekozen dat binnen mijn mogelijkheden lag en gezinsvriendelijker was en dan is dit de keuze geworden. (G13)

Ja, ik heb dan een relatie en mijn man ging anesthesie doen en ik dacht: 'dit is gewoon geen leven' en ik wou heel graag een gezin, een beetje een huishouden en dan heb ik eigenlijk heel snel gekozen voor jeugdgezondheidszorg. (G21)

Wetende dat als je met een orthopedist getrouwd bent er dan niet veel tijd overschiet, vond ik dat ik zelf een job moest gaan doen waar ik mijn gezin met mijn job moest kunnen combineren. (G15)

Ik was weinig gemotiveerd maar voor mij was een gezin heel belangrijk en dus was dat zoiets waarvan ik dacht, dat is haalbaar. (G12)

Alles hangt er eigenlijk van af hoe dat uw thuissituatie is. En uw gezondheid! Dat zijn de twee belangrijkste factoren waar dat ge moet naar zien en wat uw keuze direct maakt, uiteindelijk, hé. Als ge een goede gezondheid hebt en ne partner die thuis voor uw kinderen kan zorgen dan weet ge dat ge huisartsgeneeskunde kunt doen en is dat niet, dan weet ge dat ge in de schoolgeneeskunde moet zitten, hé. (G27)

Het was eigenlijk om persoonlijke redenen dat ik niet anders kon dan iets kiezen dat combineerbaar was met het gezin. (G19)

Op dat ogenblik was ik dan zwanger van de derde en toen had ik zoiets van, dit lukt niet meer… een associatie met uw partner is niet hetzelfde als een associatie met iemand anders… En ik zocht dan iets met vaste uren. Dat is eigenlijk wel de hoofdmotivatie, toen, geweest. (G20)

Er zijn praktische overwegingen, hé. We willen ook een huis gaan kopen. Mijn loon nu is wel heel wat anders dan wanneer dat ik in een eerstejaars assistent X terug begin. De uren ook, ja…. 't Is ergens een keuze die ik heb moeten maken en op dit moment vind ik mijn gezin belangrijker dan die droom … Maar hij is er nog altijd. (G14)

Onmiddellijk na de basisopleiding komt preventieve geneeskunde als medische discipline, i.c. jeugdgezondheidszorg, eerder toevallig in beeld door externe omstandigheden. Later leren artsen, op zoek naar een alternatieve loopbaan, jeugdgezondheidszorg ook eerder toevallig kennen door positieve contacten met collega's, een vacature in een vaktijdschrift…

Ik studeerde een jaar vroeger af dan hij (toenmalige vriend) en om dat jaar te vullen heb ik de bijzondere licentie in de jeugdgezondheidszorg -heette dat toen nog- gedaan… (G26)

Ik ging huisarts worden en ja, ge doet uw opleiding en in plaats van legerdienst heb ik als gewetensbezwaarde een aanvraag ingediend en dan ben ik, ja, tewerkgesteld bij jeugdgezondheidszorg en ben ik daar nooit meer weggegaan. (G11)

Het was met de lessen arbeidsgeneeskunde te volgen dat ik zag dat het programma van jeugdgezondheidszorg gedeeltelijk gelijklopend was en daar ben ik dan in contact gekomen met mensen die jeugdgezondheidszorg deden. En dat heeft mij meer op het idee gebracht. (G20)

Ik heb gewoon de kans gehad, ja, op een reünie, denk ik. Mijn beste vriendin van in die tijd en die absoluut pro huisarts was, die was schoolarts en die deed dat heel graag. En ik dacht van ja, waarom niet? (G6)
En dan ja, er waren wel nog andere assistenten die gestopt waren, pediatrie. En dan heb ik die eens opgebeld om te horen voordat ik mijn beslissing ging nemen. Er waren er bij K&G gaan werken en in een CLB gaan werken en ik heb eigenlijk die sprong gewaagd zonder veel euh, zonder echt goed te weten wat een CLB was… (G3)
Eigenlijk door mijn schoonvader, want dat was toen eigenlijk nog niet zo gekend. Mijn schoonvader die professor Knops kende en die zei: zou dat niets voor u zijn? (G21)
Dat is echt toeval dat ik dat gezien heb in de krant en daarmee ben ik gaan denken van 'tiens dat zou misschien wel iets kunnen worden'. (G7)

Artsen erkennen, voor hun eventuele instap, zelfs enige weerstand en scepticisme tegenover het beroep en het werk als CLB-arts. Eens de (goede) keuze gemaakt, wordt dat idee in positieve zin bijgesteld.

Ik moet ook zeggen, dit zou ik nóóit als eerste keuze gehad hebben, toen dacht ik echt van : 'neen, zoiets kiest ge toch niet als ge zo lang gestudeerd hebt', maar uiteindelijk na mijn voorgeschiedenis, de stress die ik als huisarts ervaren heb is dit voor mij een verademing eigenlijk, ja. (G6)
Mocht je in onze tijd na je zeven jaar gezegd hebben dat je CLB-arts ging worden – er was er zo enen- maar dat was ook zo eentje die achteraan bengelde op de scorelijst. Mijn beeld heb ik wat dat betreft toch erg bijgeschaafd. (G18)
Het praktische, puur het praktische… Want de job op zich, als CLB-arts, in vergelijking met huisartsgeneeskunde, ik dacht, ga ik dat niet zo boeiend of interessant vinden maar uiteindelijk door het werk te doen, doe ik het ook wel graag. 't Is anders dan huisartsgeneeskunde uiteraard maar ik doe het wel graag. (G28)
Het was dan eigenlijk vooral zo het inzien van hoe belangrijk ook dat dat preventieve werk is (G11)
Ik ben met een heel negatief beeld gestart en ik vind het nu wel een heel boeiende afwisselende job en ja, enorm veel variatie… (G18)

CLB-artsen benoemen zelf de keuze van hun collega's of henzelf voor preventieve jeugdgezondheidszorg als uitgestelde of tweede keuze. Zij ervaren dit eerder als negatief.

Ik wil dat niet veralgemenen maar er zijn er velen die er voor kiezen omwille daarvan *(vakanties, werkuren),* hé. Ik zou willen dat ze dat eerder als secundair zien en kiezen omdat ze geloven dat ze het verschil kunnen maken voor heel wat kinderen. (G1)
En wij, ja maar die zijn niet opgeleid, hé, die van vroeger…. Die zij daar maar ingerold. Dat zijn pediaters die niet geslaagd waren en dat dan maar gingen doen. (G17)
Ik ben beginnen solliciteren voor schoolgeneeskunde, *(na scheiding, met partner in duo-praktijk)* omdat ik dat ook wel graag deed. Het was wel een tweede keuze maar ik deed het ook graag omdat ik graag, zo met kinderen in 't algemeen werk. (G27)

b CLB-arts, motivatie, attitude en visie

Artsen putten motivatie uit hun attitude en visie.

En voor mij zijn de twee pijlers van de maatschappij: gezondheidszorg en onderwijs. Als je die wegneemt… Dat is het probleem van veel ontwikkelingslanden… Vanuit die visie ben ik er in gebleven, niet voor de uren en de vakanties want veel van de vakanties worden niet opgenomen. Kijk, ik zit hier nog, terwijl iedereen weg is. (G1)

Hierin valt de voorkeur voor het werk met kinderen en jongeren en de roeping ‘om het verschil te maken’ op als basishouding.

Ik wist al heel lang dat ik absoluut met kinderen wilde werken maar vanuit welke invalshoek, dat wist ik niet precies… (G3)
Blijven voeling houden met de jeugd en blijven persoonlijke contacten hebben. (G19)
Ik wil met mensen op stap gaan en ik wil mij laten raken door mensen en ik wil mensen raken, zelf ook. (G14)
Mijn ideaal werk? Zeker met kinderen… voor de rest… opkomen voor de rechten van kinderen, daarom niet zeker medisch… maar kinderen; vooral omdat zij toch zwakker staan in de maatschappij, gezien hun leeftijd. Die rechten verdedigen…. (G3)
Eigenlijk bij de doelgroep van de jongeren waarmee we werken heb je ook een gans palet van jongeren die uit zoveel verschillende achtergronden komen enzo… dat boeit mij enorm (G2)
Omdat ik graag arts ben en gelijk die kleine dat zo zei: hoe komt het dat gij arts wou zijn? En ik: ‘om de mensen te helpen’ en daar komt het op neer, uiteindelijk.(G27)

Bekommernis om en betrokkenheid bij de individuele leerling en zijn context staat bij artsen centraal.

Ik vind het eigenlijk belangrijk dat als leerlingen bij mij naar buiten gaan, dat die met een goed gevoel naar buiten kunnen gaan. Of ze nu obees zijn of niet obees, dat maakt mij niet uit, maar iemand die problemen heeft met zijn gewicht die moet bij mij ook met een goed gevoel naar buiten kunnen gaan… (G11)
Ja, dat ik met belangrijke dingen bezig ben wel, maar dan vooral belangrijk voor het individu. (G14)
En dat is misschien ook een verkeerde instelling als CLB-arts. Ik ben heel graag individueel met leerlingen bezig, ik volg graag leerlingen op, ik zou graag wat meer tijd hebben om overgewicht met leerlingen te bespreken, om gesprekken met leerlingen te doen, meer dat individuele maar ik weet dat dat in een CLB-context dat ge meer, soms gericht moet zijn op de scholen en dat is niet mijn ding. (G6)
Ruimte… ruimte om met jongeren op stap te gaan. Meer ruimte om ouders te zien, om jongeren te zien, om overleg te plegen ook maar dan echt met de jongeren en de ouders bij. Niet zo ergens in een achteraf kamertje met de psychologen en de maatschappelijke: ‘ok’ en van ‘wij gaan het nu doorgeven aan de ouders’, die betrokkenheid. (G14)

De CLB-arts wenst het werk volgens een eigen kwaliteitsstandaard af te werken of boeiend te houden. Wanneer de werktijd daarvoor te weinig ruimte laat, kan dit ertoe leiden dat de arts bewust overuren presteert, zelfs in de wetenschap dat die niet opgenomen kunnen worden.

Maar ik zit ook aan overuren en daar zal ik nooit meer uitgeraken. Ik heb daar een beter gevoel bij als ik weet, het is in orde. Als ik ze niet kan opdoen, dan is het zo… (G27)
En het gebeurt inderdaad dat ik een keer op een zaterdag kom werken. (…) Ik schrijf dat dan eigenlijk niet op als overuren… en ik heb hier ook een collega, en die is ook zo. Die neemt dat dan ’s avonds mee naar huis… Ik zou er mij slecht bij voelen mocht ik mijn brieven zo rap, rap… Dat zou mijn geen voldoening geven. (G28)
Vermits de tijd beperkt is doe ik, eigenlijk om mijn job boeiend te houden, veel overuren. Daar komt het op neer. Maar ik zou dat niet kunnen, zonder, omdat ik het anders -dat is erg, hé, eigenlijk is dat erg want het zou binnen mijn uren moeten kunnen maar ik kan niet beknibbelen op verplichte dingen, hé… (G12)

We hebben ergens wel tijd en ergens ook niet. Het punt is dat de planning het niet altijd toelaat en dan is het eigenlijk een beetje mijn keuze. Op dit moment werk ik maar halftijds en word je als halftijdse zwaarder belast. (…) De vaste taak hetzelfde blijkt; dat is het grootste probleem waarin je dan zelf een keuze moet maken, ik heb gewoon heel veel overuren staan. (G16)
Neen, als je geëngageerd werkt dan doe je toch meer uren en dan verandert dat niets aan de zaak. (G1)
Dat vind ik wel jammer, ge krijgt weinig tijd en daardoor heb ik de indruk dat de kwaliteit van mijn job of van 't werk dat ik doe, dat dit minder is. Gewoon omdat ik de tijd niet kan nemen om écht met een jongere in gesprek te gaan. Want ge hebt dan uw onderzoek en ge hebt nog heel uw administratie achteraf, ge hebt nog alle vergaderingen tussendoor en zo echt dat contact met die jongere, begeleiden, dat gaat quasi niet. Ik doe dat nu maar dat is dan meestal in mijn overuren maar dat vindt mijn directie ook niet zo tof, dat ik al die overuren maak. Maar ja… (G14)

c CLB-arts en competenties

De CLB-arts voelt zich onderbenut en schat de eigen competenties hoger in dan die, nodig voor het CLB-werk. Het is jammer dat de arts momenteel binnen het CLB geen ruimte krijgt om de verworven kennis in te zetten.

Ik vind dat wij eigenlijk als arts in een centrum niet voldoende gebruikt worden voor onze capaciteiten! dat klinkt nu wel stom maar ja… wij kunnen zoveel meer dan wat we mogen tonen. En dat is zonde… maar, ja? (*klinkt berustend*) (G3)
Ik stel toch wel een beetje een hoop dat er toch een of andere hervorming gaat komen die ons wat meer ruimte zal geven en ons wat nuttiger kan inzetten. (G18)
Ik denk dat we meer te bieden hebben dan alleen de consulten. (G25)
We worden niet ingezet waar ons capaciteiten zijn en dat vind ik jammer. (G19)

d CLB-arts en organisatie

De onderwijssetting lijkt voor de CLB-arts niet de meest aangepaste organisatievorm om aan een brede preventieve jeugdgezondheidszorg te doen, dit om uiteenlopende redenen die te maken hebben met visie, langetermijndenken, niet gelijklopende professionele belangen en doelen, zelfs met beperkingen op vlak van infrastructuur.

En een van mijn grootste problemen is altijd geweest dat de preventieve gezondheidszorg samenhangt met onderwijs. En ik weet dat dit een discussiepunt is en dat er vele mensen dat niet met mij eens zijn maar ikzelf zie het Nederlands systeem beter zitten. Ik zou daar liever in werken, in een gemeentelijk, in een lokaal georganiseerd systeem, dat niet met het Onderwijs samenhangt want in het gemeenschapsonderwijs voel ik wel heel veel druk van de scholengroepen en van de Onderwijs… enorm. (G19)
Ik denk niet dat het een betere zaak is dat wij Onderwijs zijn geworden. Voor een aantal dingen zijn we zogezegd Onderwijs en voor een aantal niet. Ik had veel liever bij Gezondheidzorg gebleven, he. We werken natuurlijk met kinderen, we werken met kinderen die naar school gaan, maar het is toch nog anders, denk ik, hé! (G24)
Ja, dat vind ik zeer spijtig, dat we onderwijs zijn. Ik vind dat eigenlijk een beetje een verkochte identiteit. (G23)
Ik denk toch dat wij beter horen bij het Ministerie van Volksgezondheid en niet bij Onderwijs. Nu worden wij heel erg mee op de onderwijstrein getrokken en wij moeten eigenlijk tamelijk veel mee in functie van… Ik vind toch dat

het medische te weinig plaats krijgt. Te weinig, ja, gewaardeerd misschien wordt. En ik denk dat wij beter zouden zitten bij het ministerie van Volksgezondheid, ja, als preventieve jeugdgezondheidsdienst. (G10)
Ik denk dat het goed is dat wij binnen Onderwijs zitten, alleen met dien verstande, dat Onderwijs ook moet inzien dat de gezondheid van lerende kinderen belangrijk is als voorwaarde om te kunnen leren. (G1)
Soms voelt ge u als schoolarts zo ergens tussenin, zo. Ge zit nu bij Onderwijs maar eigenlijk ja, hoort ge daar wel? Maar ge zit bij geneeskunde, en dan gaat het over curatieve geneeskunde, maar als arts hoort ge daar eigenlijk wel want . En dat is misschien een beetje de frustratie. (G11)
Ik vind dat rampzalig! Ok, het zijn financieel geen goede tijden en dat kost allemaal veel geld, maar het feit dat je dus bijna moet gaan smeken om geld om bepaalde gebouwen in orde te maken en anderzijds het feit dat scholen om de vier jaar, denk ik, die kunnen dan vrij gaan beslissen als ze keuze hebben tussen twee CLB's, die ongeveer even ver verwijderd zijn, dan kunnen ze zeggen: we gaan veranderen… Dat maakt dan toch wel, denk ik, dat je ergens geremd bent om bepaalde afspraken… Een lange termijnvisie is dan bijna niet mogelijk… (G7)

De CLB-arts voelt zich als medicus niet altijd erkend en begrepen binnen de organisatiecultuur van de centra voor leerlingenbegeleiding, niet door de overkoepelende organisaties, niet door de overheid, niet lokaal. Dit uit zich, soms in kleine dingen, op verschillende vlakken.

Het medische heeft er altijd zo'n beetje bijgehangen, hé… (G21)
Wij willen ook wel eens gehoord worden en niet alleen gehoord maar eindelijk ook eens begrepen. (G26)
We worden door sommige collega's, ik voel dat heel af en toe, toch ook wel aanzien van ja maar, jullie doen het medische… En dat medische wordt dan zo eng genomen dat ik denk van: ze zeggen altijd: 'artsen denken eng', maar dan denk ik, 'we worden in dat schuifke geduwd, we worden daarin geduwd!'. Als het gaat om het omgaan met een bepaalde ziekte dan had ik onlangs een collega, die zei: 'jaja, maar dat was dan het psychologische, dus dat is misschien meer voor de psychologen…'. Dan had ik zoiets van ja maar, als het gaat om het omgaan met een ziekte kunnen wij dat toch ook opnemen? (G20)

Het digitaal dossier, een belangrijk werkinstrument voor artsen, wordt ervaren als weinig flexibel en vooral gericht op leerlingenbegeleiding m.b.t. schools functioneren en weinig op medisch handelen.

Ja dat zou kunnen evolueren naar veel minder medisch en veel meer niet-medisch, hé. Bijvoorbeeld, we hebben een larsprogramma en de verwijsbrieven daar staat telkens op: 'is er een belang voor het klasgebeuren?' Hoe kan je nu verwijzen voor een varicocoele en vragen naar het belang voor het klasgebeuren? Dat staat daar op, je kan dat niet veranderen. Dat is zo, punt. Je zit in een bepaald kader, waar gij moet uw eigen ding in doen en waar ge probeert u wat aan aan te passen maar eigenlijk is het kader Onderwijs, hé. (G23)
Bijvoorbeeld Lars, en voor Lars was er Nico en voor Nico hadden we het MST-programma. Dat heeft voor heel veel frustratie gezorgd en in die periode was het ook wel heel moeilijk zo. En als het moeilijk voor u is, is het ook moeilijk voor iemand anders en dan ja, dan krijgt ge zo een beetje een grimmige sfeer en eigenlijk kon niemand van ons… had daar greep op. We moesten eigenlijk maar ondergaan en we zagen ook dat het niet ging lukken. (G11)

Ook het niveau en het aantal bijscholingen lijken te lijden onder het feit dat artsen in een overwegende onderwijscontext moeten functioneren. Dit wordt als een gemis ervaren.

Ik vind dat heel spijtig, ja. We worden ook mee gestroomlijnd met het Onderwijs. Onze bijscholingen zijn niet meer van die kwaliteit, via het VCLB tegenover die van de wetenschappelijke vereniging. We mogen trouwens niet meer allemaal gaan omdat dat een te grote tijdsinvestering én geld kost. (G23)
Onze bijscholingen, ik vind dat we daar in de voorbije jaren fel achteruit gegaan zijn. We hebben ze nog wel maar ik mis een beetje de vroegere JGZ vormingen. (G10)

Zelfs de vaststelling van een gebrek aan wervingsstrategie bij de koepelorganisatie om het latent artsentekort aan te pakken draagt bij tot het gevoel van verlatenheid.

Onze vrije koepel? Die heeft geen strategie. Wanneer we vragen 'wat moeten we doen, we vinden geen artsen'…? (G24)

Door het onevenwicht aan leerlingenaantallen toebedeeld aan de verschillende disciplines komt het multidisciplinair werken onder druk te staan. Artsen ervaren naast een relatieve, ook een absolute ondervertegenwoordiging in sommige centra waardoor zij het gevoel hebben zich niet te kunnen waarmaken als volwaardig CLB-er.

De ganse namiddag loopt ge van het ene team naar het andere maar 't is zo wisselend, ge moet met zoveel mensen samenwerken omdat ge in zoveel scholen komt als arts omdat ge u aantal onderzoeken moet hebben, dat vind ik wel wat jammer. (G20)
Dat is ook een frustratie: de ondervertegenwoordiging van de artsen eigenlijk waardoor we niet als volwaardig CLB-lid volledig kunnen meedraaien. (G19)

Artsen waarderen individuele leidinggevenden en collega's van andere disciplines die oog hebben voor de uitdagingen waar de medische discipline -de artsen in het bijzonder- voor staan en die hen ondersteunen.

Ja, we hebben hier, vind ik, wel een directie die oog heeft voor het medische en we hebben dus een coördinator die wel een beetje zijn nek heeft uitgestoken om te zeggen van kijk, niet alle vergaderingen zijn voor de artsen interessant. (G23)

e CLB-arts en toekomstperspectief binnen preventieve jeugdgezondheidszorg

Artsen realiseren zich dat een loopbaan als CLB-arts per definitie vlak is.

Je hebt niet veel opstapmogelijkheden. Je werk verandert wel en je leert nog altijd bij maar je kan niet stijgen. (G24)
Gaandeweg realiseert ge u dan ook dat ge een vlakke carrière hebt. Hoe hard of hoe weinig dat ge werkt, dat blijft hetzelfde. (G26)

Zij zien voor zichzelf wel een taak weggelegd binnen een bredere preventieve jeugdgezondheidszorg waarbij andere accenten gelegd moeten worden, waar de maatschappelijke keuze voor preventie duidelijk is en de huidige versnippering van potentieel en mensen en middelen aangepakt wordt.

Als we de cijfers van vaccinaties gaan bekijken dan zien we dat Kind en Gezin en CLB belangrijke schakels zijn in het vaccinatiebeleid in Vlaanderen. En als we dat gaan doortrekken nog op andere vlakken ook! Maar we zouden

meer slagkracht moeten kunnen krijgen om dat allemaal te kunnen doen en dat vraagt een herdenking van de preventieve gezondheidszorg binnen de CLB's. (G1)
Veel dingen die als probleem worden aangebracht, als je het eigenlijk bekijkt, komt het neer op opvoedingsondersteuning. Ook zo overgewicht bij kleuters, eigenlijk moeten die ouders ondersteund worden. (G28)
Ik denk vooral veel meer geïnvesteerd mogen worden in geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en jongeren. Dat en misschien nog veel meer in opvoedingsondersteuning, maar ook meer omdat ik zo het gevoel heb, dat zit zo een beetje versnipperd… (G28)
Echte preventie, zo vroeg mogelijk, (…) ook hier in het CLB, we hebben toch heel rap een zicht op kansarmoede. Ik denk dat we daar nog veel meer tijd in moeten kunnen investeren. Het is niet altijd gemakkelijk om die mensen ook te bereiken maar die vind ik wel 'prioritairder' dan een Latijnse met allemaal 'brackets' en goede eetgewoonten en sport… (G28)
Dat we soms –dat is misschien soms ook niet slecht- dat we soms moeten vechten om onze bestaansreden naar de buitenwereld toe hard te maken. En dat heeft te maken met preventieve gezondheidszorg, denk ik, daar kunt ge niet zo onmiddellijk resultaten voorleggen, hé. Als een chirurg een oog kan redden van een kind, dan is dat geweldig. En als wij honderd amblyopies voorkomen? Ja… dat is niet zo spectaculair. Dat maakt het soms een beetje moeilijk. (G11)
En toch in de pers en zo en ook in 't algemeen wordt altijd gezegd van 'ja, preventie en preventie' en dan denk ik ja soms, staat daar financieel niets tegenover. Dat wordt dan wel gezegd maar ge kunt alleen maar ook aan preventie doen als daar middelen voor vrijgemaakt worden. (G11)
En misschien is er soms ook wel van de middelen die er zijn een versnippering, ook. En dat is ook weeral een moeilijkheid. (G11)
Ik hoop echt wel dat we kunnen gaan voor verandering en durven het roer omgooien. (G13)

f CLB-arts en functie

- *jobinhoud*

CLB-artsen denken na over hun job en schuwen niet om de jobinhoud ruim en uitdrukkelijk in vraag te stellen.

Ik denk daar wel vaak over hoor. (G19)
Sommige weken, als ge echt heel veel onderzoeken hebt en ge hebt 20 opstaan, dan hebt ge soms zoiets van: goh met wat ben ik bezig? (G20)
Maar het draait om onderzoeken doen, om uw 'onderzoekjes' afgewerkt te krijgen op het einde van het schooljaar. Dat is de inhoud van mijn job vind ik. Ik zeg niet dat ik dat niet graag doe, ik kom heel graag werken, absoluut, maar ja (*stilte*)…? (G6)
Ge steekt veel tijd in de medische onderzoeken waar dat je effectief soms de vraag bij kunt stellen, zeker in bepaalde scholen: dat je denkt van wat is het nut van mijn medisch onderzoek? (G15)
Zo de ene na de andere en ge hebt tussendoor de tijd niet om efkes te laten bezinken als er ergens iets tussen zit waar dat ge aandacht aan moet besteden, waar ge wat nazorg moet doen. En dan denkt ge van ja… (G20)
Als we spreken over vaccinaties, daar is geen twijfel, dat is een belangrijke meerwaarde. Maar of al die dingen die we doen tijdens de consulten, die terugkomen, daar kan een serieus vraagteken bij geplaatst worden. Welke dingen gaan we blijven doen voor welke doelgroepen? Ik weet dat de discussie niet gemakkelijk is maar het is wel de moeite waard om ze aan te gaan. (G1)
In uw job, nu zeker in CLB, kan je wel heel veel in vraag stellen. (G25)

Het is een discussie die gevoerd wordt maar het is een gevoelige discussie, het gaat ook over een belangendiscussie. Ik denk dat we die moed moeten hebben als artsen om die discussie aan te gaan en geen schrik hebben om ons overbodig zouden maken, integendeel. Door de discussie aan te gaan kan je ook het beroep aantrekkelijker maken. (G1)
Dat werk appelleert niet op al de kennis die je opgedaan hebt en appelleert niet om verdere kennis uit te bouwen. (G1)
Ik denk een stuk inhoud, door het feit dat we de verplichte onderzoeken moeten doen, een beetje bandwerk en dat dit de hoofdactiviteit is en dat we toch wel meer zouden kunnen doen als dat. (G7)

- *jobcontrole en ruimte*

Het zwaartepunt van de opdracht van de CLB-arts ligt bij de preventieve gezondheidszorg waarbij vooral de veelheid aan verplichte medische onderzoeken aangevoeld wordt als een keurslijf dat weinig ruimte laat voor de multidisciplinaire betrokkenheid, korte individuele begeleidingen, psychosociale opvolging en andere opdrachten van de arts. De regelmogelijkheden van de arts zijn beperkt en dit verhindert de arts optimaal te kunnen functioneren.

En uw job is omschreven van paf, dat doet ge, en als er tijd is kunt ge dat *(het multidisciplinaire, vraaggestuurde)* er nog bij doen. Maar ja, den tijd is er sowieso niet, dus… (G14)
Het feit dat we qua aantallen leerlingen zoveel leerlingen moeten zien. Ik zou er liever wat minder zien, dat ik liever ook een stukje andere dingen zou opnemen waar we te weinig tijd voor hebben. (G20)
Vroeger heb ik altijd het gevoel gehad dat uw klant, als ik het zo mag zeggen, of uw patiënt dat dat het kind was met de ouders en nu worden wij gestuurd in de richting van ge ziet uw kind en de ouders maar ge moogt dus binnen de Integrale Jeugdhulp en binnen de ontwikkeling moogt ge maar ingaan op schoolse problemen en voor mij is dat verschieten, een grens te veel soms. En hier word ik soms gestopt van ge moogt maar werken met dat kind alleen voor dat, vanuit de schoolse problemen maar de context is veel groter en het doet dan deugd dat ge goede contacten hebt met de huisartsen, bij uw netwerk en dat ge zegt… maar ik heb moeite met die grenzen. (G24)
Maar je zit natuurlijk in de carcan (keurslijf) van consulten, he, als arts. Waarbij het aantal artsen die in een CLB werken, naar mijn gevoel te weinig is om ruimte te hebben om andere dingen te doen. (G1)
Uw keurslijf is uw onderzoeken en dat verbetert niet. (G24)
Ik ben ook volgepland, heel het jaar door. Ik heb zelden een halve dag om administratie te doen. (G21)

- *jobeisen*

De CLB-arts schat de eigen absolute werkbelasting hoog in. Ook in vergelijking met de andere disciplines binnen het centrum voor leerlingenbegeleiding voelt de arts zich overbevraagd. Bovendien ervaren artsen dat de werkbelasting steeds toeneemt.

En dan moest ik in 10 verschillende teams gaan samenzitten! Hoe moet je dat praktisch organiseren? Hun theoretisch eisen die zij aan ons stellen zijn in de praktijk gewoonweg niet realiseerbaar. Materieel bekeken is het niet realiseerbaar , ge kunt niet op twee plaatsen tegelijk zijn en toch zeggen ze: ‘de teamwerking komt op de eerste plaats’. (G19)

Ik zou veel meer ouders betrekken nog, als het enigszins kan en ik zou wel ook graag meer ruimte hebben voor kortdurende begeleiding wat ik niet heb. Als arts heb ik het niet, mijn collega's hebben het wel maar ik niet… En ik begrijp echt niet waarom dat wij als beroepsgroep dat niet krijgen? (G19)
Ik vind het wel een zware job, oke huisarts zijn is ook zwaar maar ik vind wel dat we heel intensief moeten werken, We hebben geen minuut over op het werk, hé. (G22)
Dat vind ik wel jammer, ge krijgt weinig tijd… (G14)
Wij hebben, de artsen zeker, wij hebben een te groot pakket. (G10)
Onze werkbelasting is véél hoger dan van de andere disciplines en we hebben gewoon tijdsgebrek. (G23)
Dat is ook een frustratie: de ondervertegenwoordiging van de artsen eigenlijk waardoor we niet als volwaardig CLB-lid volledig kunnen meedraaien. Omdat we veel minder tijd hebben. Andere disciplines hebben veel meer manoeuvreerruimte, soepelheid. (…) We zijn met veel te weinig! (G19)
Ik vind, als er problemen zijn rond werklast ja, dan moet ge kijken naar uw personeelsbezetting. Wij zijn de enige discipline die in die dertien jaar tijd verruimd geweest zijn met maar 10%. En de reden is dat ge een dure klant zijt als arts, hé! 1,6 op de personeelsformatie dat ge weegt, dus dat is de reden… (…) We hebben elke drie jaar een uitbreiding gehad omdat elke keer ons populatie groeit en nooit ofte nimmer is daar –ja, allez soit: één keer 10%-, dat is het niet he. Plus door de fusie van de vier campussen is er een coördinatiefunctie van de artsen daar gaat ook 10% naartoe.(G26)
Wat ik nu vooral hoor rond IJH, waar er weer van alle dingen aan 't veranderen zijn, is dat we meer werk krijgen voor dezelfde middelen en dat is natuurlijk wel moeilijk, hé. (…) Geen extra uren terwijl dat ge merkt dat er altijd maar meer en meer leerlingen komen. De boom van 2000 zit nu in 't eerste secundair. Ik heb scholen waar er ineens op een jaar tijd twee, drie klassen zijn bijgekomen. Dat is ja…, ge moet het maar gedaan krijgen! (G14)

De administratie en ondersteunende activiteiten nemen naar aanvoelen van artsen (te) veel en steeds meer tijd in beslag. Zij ergeren zich eraan dat het inhoudelijk werk moet wijken voor een toenemende administratie en registratieplicht.

… Ik heb me altijd geërgerd aan de de… administratieve kant. Oh daar heb ik mee gevochten *(lacht hartelijk)* (…) Maar hoe dat dat gelopen is en oh, dat ik dikwijls 't gevoel had van d'er wordt hier gewoon geregistreerd om te registreren en als 't er hier geregistreerd is dan is 't in orde en hup… Maar de inhoud, allez, 't is daar toch dat het over gaat? (G2)
Aanvankelijk was het alleen maar een brief maar dan is het Vaccinnet, en lars erbij en er komt altijd maar bij, er komt altijd maar bij: registreren, registreren en nog eens registreren, maar uw aantal leerlingen blijft hetzelfde! (G27)
De te dominerende administratie en registratie, regels die bijna belangrijker en tijdrovender worden dan het werk zelf, te weinig tijd voor goed medisch onderzoek met goed gesprek met leerling; de overbevraging en overuren zodat het gevoel komt dat men te weinig tijd heeft om ernstig en diepgaand genoeg op weg te kunnen gaan met leerlingen en ouders. (R37)

g CLB-arts en functievereisten

- *opleiding*

De master-na-masteropleiding om het vereiste bijkomend bekwaamheidsbewijs te verwerven wordt ervaren als een vrij grote extra belasting door de combinatie met kinderen, gezin én werk.

…en gelukkig dat het toen nog maar één jaar was en dat er geen masterproef moest gemaakt worden bij was want ik zou niet geweten hebben hoe ik het moest rondkrijgen… (G15)
Maar omdat ik er voor gekozen had om voltijds dit te doen wou ik wel goed opgeleid zijn en dan ben ik 80% gaan werken en dan heb ik die gevolgd. Ik heb het in drie jaar gedaan omdat het niet realiseerbaar was én met de kinderen, én met die opleiding én met het werk en dan nog wat huisartspraktijk ook… (G19)
De opleiding, dat was redelijk zwaar. Ik ben altijd 80% blijven werken en dan een dag opleiding… Ik heb er wel vijf jaar over gedaan, ondertussen ook drie kinderen gekregen… (G25)

De opleiding compromitteert de mogelijkheid om voltijds te werken, als die zich voordoet.

Dat is ook de reden waarom ik nu het tweede jaar heb gespreid over twee schooljaren, om dan toch negentig percent te kunnen werken. Anders was dat niet haalbaar of moest ik minder beginnen werken om de opleiding in twee jaren te kunnen doen. Met het risico –want ik heb uiteindelijk drie jaar gewerkt, verdeeld over drie CLB's- om bijna fulltime te kunnen werken. Nu het aanbod krijgen '90% in één CLB' en dat voor een stuk weer laten schieten voor de opleiding, dat vond ik dan ook weer … dat zou onnozel geweest zijn om dat te laten schieten, hé? (G7)

Het valt de artsen op dat zij zich als discipline onderscheiden binnen de CLB-sector door een goede bijkomende vorming.

De artsen zijn de enigen die nog een bijkomende vorming moeten volgen. (G1)
We zijn de enigen die zo goed gevormd zijn binnen het CLB, hé. (G18)

De opleiding wordt 'overdreven' genoemd en de omvang ervan lijkt niet in verhouding te staan met de huidige jobinhoud. Artsen voelen zich overgekwalificeerd omdat de huidige jobinhoud te weinig appelleert aan hun verworven kennis.

Die opleiding is overdreven in verhouding tot wat we nu doen en mogen doen, hé. (G6)
Een master na master,… om in een CLB te komen werken?! En, naar mijn aanvoelen, zijn wij overgekwalificeerd voor het werk dat wij moeten doen. (G1)
Maar om naar tanden te kijken en om een oogstand af te lezen, ai, daar hebt ge al dien achtergrond niet voor nodig. (G14)
Het zou fijn zijn moesten we met een aantal dingen meer kunnen doen binnen dat CLB maar blijkbaar gaat dat toch niet, ben je toch blijkbaar beperkt en dan denk ik dat het geen master moet zijn om in een CLB te werken. (G7)
De opleiding is te zwaar voor wat het oplevert: tijdens de opleiding wordt geïnsinueerd dat onze kennis belangrijk is… terwijl het enkel en alleen de medische kennis die we al lan hadden van belang blijkt in de praktijk. (R2)

- *multidisciplinair samenwerken als functievereiste*

Artsen maken kanttekeningen bij de manier waarop het begrip 'multidisciplinariteit' geïnterpreteerd wordt in sommige centra voor leerlingenbegeleiding. Multidisciplinair werken draait volgens artsen om complementariteit van specialiteiten, niet om 'gelijkheid'.

Dat is iets wat ik in het CLB van in het begin heel moeilijk vond. En dat is…, nu hebben we ne goeien directeur - dat is een arts trouwens- de vorigen directeur die vond dat wij allemaal gelijk waren, dat wij allemaal hetzelfde moeten kunnen, de een iets meer gespecialiseerd maar dat ge bijvoorbeeld hier, er komt iemand binnen, dat iedereen elke vraag moet kunnen beantwoorden. Ik werd daar kwaad om… Dat wil zeggen dat iemand die

maatschappelijke gedaan heeft voor arts kan spelen, iemand die psychologie gedaan heeft kan voor verpleegkundige spelen. Respecteer toch iedereen zijn opleiding! Ge kunt… natuurlijk, iedereen kan over vanalles iets weten maar ge zijt toch gevormd voor iets specifiek. Schoenmaker blijf bij uw leest. Probeer u in uw eigen ding te perfectioneren maar probeer niet van alles iets te doen want dan doet ge niets goed. Allez, ik kan dat niet en ik vind dat ongelooflijk als anderen dat wel kunnen. (G21)

Met dien verstande dat je de eigenheid als arts niet verliest. Je blijft een arts maar je blijft uw complementariteit in de groep aantonen. Een multidisciplinair team heeft maar zin als je complementair bent aan elkaar. Als je allemaal dezelfde dingen doet, dan heeft dat niet veel zin, dan kan je één discipline overhouden en misschien de goedkoopste nemen. Ik denk dat artsen een meerwaarde kunnen betekenen binnen een CLB. (G1)

Sommige aspecten van de huidige implementatie van 'multidisciplinair werken' door de organisatie worden ook ervaren als eerder zinloos en vrij tijdrovend voor de medische discipline.

Het nadeel van het multidisciplinaire is al de vergaderingen van de dingen die wij niet moeten horen of niet direct zouden moeten horen. (G23)

(…) als wij bijvoorbeeld vergaderingen hebben… Wij worden continu overladen met vanalles en nog wat dat niks met het medische te maken heeft. Allemaal, ook belangrijk voor het team, voor de teamwerking, maar veel meer van toepassing is voor de maatschappelijke, de psychologen en minder voor arts/verpleegkundige maar ge wordt er wel iedere keer mee geconfronteerd, ge moet er van op de hoogte zijn. Op zich niet slecht, natuurlijk, want vroeger wisten we van niks en nu zijn we daar van op de hoogte maar ge wordt zo bedolven door al die dingen dat ge geen –ik vind– te weinig tijd hebt om voor uw eigen medische ontplooiing. Ik denk van bovenuit zijn ze daar veel meer mee bezig… (G21)

Want allez, hetgeen zo, wat ik confronterend vind is op de personeelsvergadering, allemaal die items van hun komen ter sprake maar al onze medische dingen, dat komt nooit bij hun ter sprake… ! En ik vind dat is toch juist hetzelfde. Dus, oké, de balans is duidelijk, hé. Dat medische is bijzaak… dat moet ge d'er maar bij doen. De rest moet ge zeker weten. (G21)

Wat dat ge wel voelt zo op personeelsvergaderingen, op teams, is er altijd heel veel aandacht rond het maatschappelijke, het sociale, het psychologische en als het medische aan bod komt hebben vele mensen het gevoel 'ja maar, bespreek dat maar op de PGZ'. Terwijl wij ook luisteren naar de rest, hé. We hebben dan zoiets van ja maar… Er zijn er die niet weten welke leerjaren er onderzocht worden, hé. Ik vind dat dat eigenlijk ook niet kan. (G20)

Vroeger hadden we geen enkele maandagnamiddag dat we iets konden doen aan ons eigen werk, hé, want we hadden altijd vergadering en soms helemaal niet zinvol. (G10)

CLB-artsen voelen zich ook onderbenut in de multidisciplinaire setting. Dit hangt samen met de reeds beschreven indruk van gebrek aan voeling met en kennis van de eigenheid, complexiteit en breedte van het potentieel van de medische discipline binnen de centra. Ook de beperkte beschikbaarheid van artsen door het grote aandeel verplichte opdrachten speelt een rol.

Want nu, ja… Of het nu gaat over problematieken, over leren, studeren, het zijn vooral de psychologen, de pedagogen die zich daar mee bezig houden. Maar als arts word je wel eens geconsulteerd in een team, maar dat is zeer vluchtig. (G1)

Die multidisciplinaire setting is uniek. Dat is de kracht maar die kracht wordt te weinig benut. (G1)

Maar ik heb nog niet dat wat ik zou willen, dat we multidisciplinair, zo echt samen, die betrokkenheid bij een school…. we hinken een beetje achterop. (G10)
Ik zou heel graag hebben dat wij bij alles wat medische GON is, DCD en motorische problematieken, dat wij daar zouden bij zijn en wij moeten dat vragen en dat is niet vanzelfsprekend. Maar meestal is het nog zo bijna automatisch dat dat de psycholoog of de orthopedagoog is. (G10)
Het enige gevoel dat ik wel heb,… je hebt eigenlijk als arts, we zijn iets wat er meer bijkomt bij die teams maar we zijn niet de hoofdzaak, in die teams. Bij ons is 't meer zo –ik denk dat dat ook meer vanuit het verleden is gegroeid- is dat je eigenlijk -ook meer omdat we die vaste taken hebben en dat we daar soms door gewurgd worden- je hebt te weinig tijd om op die vraag-gestuurde werking in te springen waardoor je geen sterke positie kan veroveren in de teams (G16)

Het keurslijf van de consulten en de ruimte die ze innemen in het werk van de arts wordt gezien als belemmerend voor multidisciplinair werken, zelfontplooiing, kwaliteit…

Mocht je de artsen kunnen dynamiseren en vanuit dat 'carcan' halen van de systematische consulten, die nu te veel tijd vragen, dan zou je veel meer potentieel kunnen vrijmaken om meer te kunnen doen en kwaliteitsvoller te kunnen werken. (G1)
Vroeger heb ik altijd het gevoel gehad dat uw klant, als ik het zo mag zeggen, of uw patiënt dat dat het kind was met de ouders en nu worden wij gestuurd in de richting van ge ziet uw kind en de ouders maar ge moogt dus binnen de Integrale Jeugdhulp en binnen de ontwikkeling moogt ge maar ingaan op schoolse problemen en voor mij is dat verschieten, een grens te veel soms. En hier word ik soms gestopt van ge moogt maar werken met dat kind alleen voor dat, vanuit de schoolse problemen maar de context is veel groter en het doet dan deugd dat ge goede contacten hebt met de huisartsen, bij uw netwerk en dat ge zegt, ja die mensen vallen goed (…), maar ik heb moeite met die grenzen. (G24)

Een multidisciplinaire setting alleen is geen garantie voor multidisciplinair werken, er is tijd nodig om elkaars discipline te leren kennen.

… en als je een tijd in 't CLB werkt, merkt ge ook wel dat collega's u leren kennen en beginnen 't appreciëren en ook 't gevoel hebben dat je een meerwaarde bij het team zijt, dat je niet alleen de dokter zijt die onderzoeken doet. (G25)

- *samenwerken als functievereiste*

De samenwerking met collega's, ongeacht de discipline, is een meerwaarde.

Ik ben heel blij met mijn collega's. Dat is ook wel een punt waar we het nog niet over gehad hebben. Dat is wel fijn aan het CLB. Je hebt collega's en dat heb ge ook niet als je huisarts zijt. Dat is anders, ge hebt een collega, maar… (G8)
Dus, waarom doe ik dit hier graag? Door de collega's hier allemaal. Omdat dat heel…Daarvoor blijf ik dit doen, anders was ik allang gestopt. Ja, absoluut. (G21)
En nochtans, het is meer dan het werk alleen, de collegialiteit, bij de collega's zijn, de sfeer van werken zou ik ook niet graag missen (G10)

- *psychische werkbelasting*

Het algemeen stressniveau bij het uitoefenen van het inhoudelijk werk wordt als laag ervaren.

Dit is geen stresserende job… Wie dat zegt … En ook na uw job moet ge niets doen, hé! Dat is toch zàlig! Ge doet de deur toe en 't is gedaan, hé… (G8)

Als het gaat over de periode dat ik op het terrein werkte? Neen, ik kan niet echt zeggen dat het stresserend werk was. Integendeel. de arbeidsgeneeskunde was veel stresserender. De schoolgeneeskunde of het werk op het CLB, neen, zeker niet. (G1)

Mijn werk is vergeleken bij wat ik vroeger had absoluut niet stresserend. Ik vind dat dus ook een heel groot voordeel. (G19)

Eventuele werkstress wordt vooral veroorzaakt door frustratie omwille van tijdsgebrek en een gevoel van ondervertegenwoordiging van de medische discipline.

Wanneer is het stresserend? Wanneer ge mòet tegen een bepaalde tijd een klas gedaan hebben. (G21)

Ja, ik vind het constant stresserend. Ze komen aan en ge weet om dat uur staat de bus hier en iedereen moet terug vertrekken. Ge moogt toch een minimum van tijd hebben om uw onderzoek te doen! (G26)

Ik heb toch weinig stress, denk ik. Stress weinig, qua ontgoochelingen toch -wat ik zojuist al opgenoemd heb- maar dat is geen stress, hé. (G7)

Het enige… stresserend, zoals ik vroeger stress ervoer, dat was tijdsdruk dus dat voel ik nu niet maar wat voel ik wel: frustratiestress en dat is een andere stress… En 't een is 't een en 't ander is 't ander, hé… De frustratiestress is eigenlijk gewoon omdat ge een aantal zaken niet kunt doen omdat uw planning vast ligt voor een heel jaar (G19)

Stresserend? Het frustrerende…, ja, zo veel op korte tijd, hé. Vandaag heb ik 30 kleuters moeten zien. Om twintig voor tien waren ze toegekomen en dan moest ik er 17 zien en dan zijn ze om kwart over twaalf vertrokken. Dat is minder dan tien minuten per kind…. en dan om kwart voor een kwam de volgende groep van 12 en die zijn om drie uur vertrokken. (G14)

Andere frustratiestress is die afhankelijkheid van dat onderwijs of van mensen die boven u staan die over uw domein beslissingen nemen maar die eigenlijk onbekwamer zijn dan gij… omdat ze dat diploma niet hebben, die ervaring niet hebben…en dat vind ik ook een frustratie. (G19)

Dat is ook een frustratie: de ondervertegenwoordiging van de artsen eigenlijk waardoor we niet als volwaardig CLB-lid volledig kunnen meedraaien. Omdat we veel minder tijd hebben. Andere disciplines hebben veel meer manoeuvreerruimte, soepelheid. (G19)

- *objectieve werkbelasting*

De werkbelasting is relatief hoog; vooral de momenten van onderzoek zijn talrijk en druk en laten geen ruimte om even te pauzeren. Artsen vinden dat hun taakbelasting zwaarder is dan die van de andere disciplines in het CLB. Er is nauwelijks tijd over voor administratieve taken.

Dat ligt misschien aan mij, maar ik vind, in vergelijking met anderen, dat ik veel minder tijd heb, met de andere disciplines. Dat lijkt nu zo, -da's idioot, hé- maar tijd om een tas koffie te drinken? Da's gek maar bij ons is dat er nooit… Bij hen wel. Zij gaan naar scholen, zij hebben daar tijd om babbelkes te doen. Dat is ook belangrijk, hé,

die contacten, maar dat geeft wel een heel andere taakbelasting… Als ik zie… als ik eens een halve dag geen onderzoeken heb en de tijd heb om administratie te doen dan ben ik veel minder moe dan dat ik een klas doe. (G21)
Ik ben ook volgepland, heel het jaar door. Ik heb zelden een halve dag om administratie te doen. Nu gelukkig, met Lars, probeer ik zoveel mogelijk na mijn onderzoeken direct de brieven te maken. Dat gaat niet altijd maar ik probeer dat wel zoveel mogelijk. (G21)
Zij hebben 's morgens soms een klas van 23,22… Allez, na vijftien begint ge al 'groggy' allez (lacht), groggy te worden, hé. Dat is toch… (G21)
Onze werkbelasting is véél hoger dan van de andere disciplines en we hebben gewoon tijdsgebrek. (G23)

h CLB-arts en beloning

- *financiële waardering*

In vergelijking met andere artsenberoepen schat de CLB-arts het eigen loon relatief laag in.

Ik ben de 'peanuts' van de *(artsen)*familie… (G26)
Dat is natuurlijk niet schitterend. We zijn financieel niet zo gewaardeerd als een arbeidsgeneesheer… Onder de artsen zijn de jeugdartsen –ik spreek dan over de CLB-artsen- bij de minst betaalden. (G1)

Voor CLB-artsen is het loon relatief onbelangrijk en geen reden om te stoppen of te blijven.

Het financiële, dat is –in mijn geval dan- bijzaak. Je moet rondkomen zodat je een comfortabel leven kan leiden maar dat is niet doorslaggevend. (G1)
Ik vind het niet een reden om er mee te stoppen of te blijven. (G18)
Qua verloning, goh… Ik heb mij nooit bezig gehouden met wat is de verloning van iemand anders met een geneeskundediploma. Ik kom rond, ik heb maar twee kinderen (…) maar ik kom rond. Ik heb wel een periode gehad dat ik heel erg op de centen heb moeten letten. (24)
Ik vind het voldoende. Ik heb geen grote materiële behoeften, behalve reizen. De rest interesseert mij eigenlijk niet . Het is gemakkelijk om dat te zeggen als ge voldoende geld hebt, hé. Dus het is eigenlijk wel belangrijk maar dat is zo echt niet mijn primaire interesse om veel geld te verdienen want anders zou ik dit hier niet kiezen. (G19)
Het loon? Ik kijk daar zelfs niet naar. Moest ik daar naar kijken zou ik dit niet doen, denk ik hé? (G12)
Maar qua salaris… is dat maar matig hé, maar ja, ik ga daarvoor niet veranderen. Dat is ok, in de zin dat je weet wat je maandelijks zal verdienen. (G23)
Het loon? Dat was niet het belangrijkste. Ik zat natuurlijk in een luxepositie met mijn man. Dat was niet echt belangrijk. (G21)

Artsen stellen zich wel vragen bij de billijkheid van het loon in verhouding tot de opleidingseisen die de overheid stelt aan de artsen, als enige discipline binnen het CLB. De rationale achter de keuze van de overheid om bijvoorbeeld het diploma arbeidsgeneeskunde te valoriseren in tegenstelling tot huisartsgeneeskunde roept ook vragen op.

Je kan niet blijven eisen van mensen dat ze zich bijscholen, na zovele jaren studie, om toegang te krijgen tot een job die financieel –laten we eerlijk zijn- niet aantrekkelijk is. Je moet een kat een kat noemen. Als je hier komt dan kom je niet voor het geld, hé… (G1)

Een billijk loon? Neen, ja… Je hebt dan zo'n lange studies gedaan… Tuurlijk, je hebt geen nachten te werken, dat natuurlijk niet, maar het zou iets meer moeten zijn. (G27)
Ook het feit dat wij als enige een extra opleiding moeten doen, lijkt me niet logisch binnen dat CLB. Een master nog moeten gaan halen? Voor de verloning dan ook, hé. (G7)
Ik vind dat we voldoende verdienen om rond te komen. Ik vind dat we compleet onderbetaald worden om drie masterdiploma's te hebben. Ik heb ook het gevoel dat het wat overdreven is. Uiteindelijk heb ik wel drie masterdiploma's voor de job die ik doe, dat is een beetje zot, dat is eigenlijk uit verhouding, toch wel, ja. (G16)
Op een bepaald moment hebben ze gezegd: 'de arbeidsgeneesheren die kunnen beginnen in een CLB, zonder enige andere bijkomende opleiding'. Anderzijds hebben ze gezegd aan mensen die huisarts geweest zijn, die zovele jaren ervaring hebben opgedaan, die ook een module vaccinatie hebben, die ook een module kinderen hebben… én die moeten dan nog een bijkomende opleiding volgen. Ik vind dat zeer discriminerend. ik vind dat dit in feite niet kan. (G24)

Ook het gebrek aan financiële waardering van relevante klinische ervaring, voor late instromers, wordt als een minpunt gezien, soms als gebrek aan erkenning.

Aan de andere kant vind ik een beetje ervaring als je in het CLB-vak stapt ook wel een meerwaarde. Maar het wordt niet erkend. Eigenlijk zouden de jaren als huisarts ook moeten erkend worden. (G18)
Als iemand die in een andere setting zit de instap wil doen… ook ervaring wordt niet meegeteld. (G1)
Ik was toen veertig jaar en ik moest aan nul jaren anciënniteit beginnen. Dat had ik ook nog eens. Dat vind ik er niet zo elegant aan. (G27)
Als ge nu direct kunt beginnen als CLB-arts, dan vind ik het op zich niet slecht. Maar omdat ik dan later, dus ja. Op zich vind ik het niet echt veel… maar had ik nu 10 jaar anciënniteit meer gehad, dan scheelde dat natuurlijk… (G9)
Ik ben maar ambtenaar, ocharmen 12 jaar denk ik, terwijl ik eigenlijk al 27 jaren dienst heb! Dus dat vind ik wel een punt, he, dat al die mensen van die periode en die wel heel hun leven schoolarts geweest zijn, eigenlijk maar ambtenaar zijn sinds 't feit dat het CLB is en qua pensioen en zo, daar worden wij niet in erkend. We vallen daar ook weer tussen de mazen van het net, vind ik zo. (G23)

Langs de andere kant worden ook het beperkt aantal werkuren en de relatief beperkte verantwoordelijkheden die je als CLB-arts draagt mee gewogen in de beoordeling van het loon. Wanneer men kijkt naar de situatie in het verleden en de financiële waardering van een doorsnee ander beroep kan het loon van de CLB-arts die vergelijking zelfs helemaal doorstaan.

Ik vind dat wij eigenlijk niet mogen klagen. We zitten in een ambtenarenstatuut met werkzekerheid. En ok, ja, dat loon, dat is niet van 't grootste, we hebben er wel lang voor gestudeerd maar als we dan nog een beetje een deftig pensioen krijgen dan denk ik, meer moet dat niet zijn…. Wij hebben ook niet ik-weet-niet wat verantwoordelijkheid. Ge moet ook niet verwachten dat daar een 'superloon' tegenover staat. (G13)
Je hebt het statuut van een ambtenaar, dat heeft zijn voordelen. Het is goed als je er jong aan begint maar … (G1)
Uiteindelijk vind ik ook dat we vergeleken met een doorsnee arts weinig verantwoordelijkheden hebben. Er zal niet iemand doodgaan of zo. (G18)
Ik kan ook begrijpen dat de verloning een stuk lager ligt voor het werk dat we doen en de verantwoordelijkheid die we hebben. (G6)

Ik vind dat die verdienste hier dat het eigenlijk nog wel gaat… voor wat we moeten doen, hé. Ge moet dat in verhouding zien, hé! 't Is een 36-uren week, hé! Waar hebt ge dat als arts? (G19)
Ik ben tevreden en ik vond niet dat we mogen klagen. Ik vind dat er –maar dat is helemaal buiten de context- dat er een heel groot verschil is in verloning tussen verschillende beroepen- dus ik zou daar niet over durven, willen klagen… (G10)
Ik denk dat we nog niet zo héél slecht betaald worden. Ik weet wel dat collega-huisartsen een loon maal drie zullen hebben maar ik weet ook wat dat werk betekent en ik wil dat werk niet. Dus ik weet heel goed en dat is voor mij een heel bewuste keuze geweest. (G13)
De verloning? Ik ben daar toch heel content mee. Als ik dat vergelijk, de evolutie, ik ben dus begonnen als zelfstandige -wat eigenlijk helemaal niet goed was- eigenlijk heb ik toen op een gegeven moment gezegd van 'ik kan dit niet blijven doen'. Dat was gewoon financieel… En dan is het bediendenstatuut gekomen en ben ik dus als bediende gaan werken en dan is in 2000 het ambtenarenstatuut gekomen. Dus eigenlijk is er toch een constante verbetering geweest qua statuut, ook met vooruitzichten op pensioen. Ik weet niet hoe dat precies is maar ze zeggen dat toch… (G11)

Een arts, verantwoordelijk voor de aanwerving van CLB-artsen, houdt er een duidelijke mening op na. Het loon zou potentiële kandidaten voor de job eerder ontmoedigen en de vele vakanties zijn enkel aantrekkelijk voor een beperkte specifieke doelgroep.

Dus dat *(het loon)* spreekt niet aan, he. En zeker artsen! Ik heb er hier een aantal, kinderartsen, bedrijfsartsen, vrouwen die in een situatie zitten met wat kinderen, wat stress… Die zeggen 'ik ga wat minder en 't CLB is misschien een optie…' En 't valt allemaal mee, den babbel is prima, den inhoud is goed, 't zit hier allemaal picobello goed en ze zeggen: 'dat is daar precies nog tof, hé!' Tot ze die 'pree' horen. Dan is' t gedaan… temeer omdat mensen die al een paar jaren dienst hebben, anciënniteit: nul. Dus ge begint hier gelijk nen blue, hé . Ja, dat trekt niet aan, hé! Dat trekt niet aan,… Op dat punt vind ik dat men iets kan doen, hé.
'Maar ge hebt veel vakantie…'. We moeten met zulk een prutsen afkomen, hé. Ja, oké. Voor moeders met kinderen dat spreekt zeker aan, dat is een troef, maar dat is toch maar plat, hé. Ja, naar vrouwen toe … maar moest dat wat beter betalen dat zou toch een duwtje geven. Ik denk dat op die moment als je net afstudeert ben je jong en een beetje naïef en –dat was toch in mijn geval zo- dat idee van de arbeidsomstandigheden zijn ook belangrijk, ik heb het gevoel dat dat vaak maar later in je leven komt, als je inderdaad kinderen krijgt en meer begint te verlangen naar . In 't begin smijt u daar maar in en zijt ge bereid om daar uw vrije tijd aan op te offeren maar –ik weet niet- . Misschien zijn er nu meer die al van jongs af aan die combinatie zoeken? (G4)

- *andere arbeidsvoorwaarden*

De CLB-arts erkent de voordelen van de goede werkomstandigheden, de vele vakanties, de beperkte verantwoordelijkheden, de wettelijke bescherming als werknemer… en weet die naar waarde te schatten.

Voor iemand met een gezin vind ik dat heel mooie werkomstandigheden. Wij kunnen echt, echt niet klagen. (G10)
Plus, hoe ge het keert of draait, de haalbaarheid om samen met een gezin te combineren. (G21)
Plus het feit, ja, we hebben vier kinderen. In mijn werkregeling past dat ook perfect. (G11)
Ik vind dat er weinig jobs zijn als arts waarbij ge nog een leven buiten het werk kunt hebben. (G19)
Ik moet ook ik zeggen dit zou ik nóóit als eerste keuze gehad hebben, toen dacht ik echt van : 'neen, zoiets kiest ge toch niet als ge zo lang gestudeerd hebt?!', maar uiteindelijk na mijn voorgeschiedenis, de stress die ik als huisarts ervaren heb is dit voor mij een verademing eigenlijk, ja. (G6)

Ge hebt veel verlof? Ge ligt niet nachten wakker van kopzorgen, die je hebt. Je moet dat ook allemaal meenemen, hé. (G13)
En die vakantie is mooi meegenomen… (G27)
…dat is absoluut een pluspunt, dat je kan ziek zijn, dat je bevallingsverlof hebt… (G23)
Ik moet ook wel toegeven: dat is een veiligheid dat ik hier nu zit. Ik geef dat ook wel toe. Ik heb een gezin, ik heb kinderen. Als mij iets overkomt, ik heb toch wel mijn CLB, hè… (…) Dat is een luxepositie, hé! (G8)
Dat vast inkomen als jeugdarts, dat was voor mij ook een veiligheid en een zekerheid die ik nooit zou opgegeven hebben en mijn eigen realiteit is dan geweest dat ik het moest houden en ik was daar heel blij mee en ik ben nog altijd heel dankbaar dat ik op die manier én voor mijn kinderen heb kunnen zorgen én onafhankelijk een eigen inkomen heb weten te verwerven. (G26)

- *professionele waardering voor de medische discipline*

Artsen voelen zich in 't algemeen vaak weinig erkend en gerespecteerd. Gevraagd naar het minst aantrekkelijke aspect van de job geven volgende antwoorden goed de algemene toon weer.

Het gebrek aan respect en erkenning van directies en beleidsmensen… (R27)
Erkenning/waardering binnen onderwijs, verloning (absurde 60-maanden regel). Als hoogst opgeleid binnen centrum nog verplicht tot masteropleiding, geen erkenning van jeugdarts binnen RIZIV/Volksgezondheid. (R40)
De onderwaardering van onze inzet (algemene consult) door de directie. Zelfs de VWVJ heeft soms de indruk dat we nog goed zijn om adviezen te geven maar dat wij geen diagnoses kunnen stellen. (R35)
'Minderwaardige' status als arts. (R70)
Het 'apenwerk' dat we moeten doen. Ik ben geen telefoniste, geen secretaresse etc. etc. (R79)
Te weinig appreciatie van scholen, ouders, buitenwereld. (R118)
Het gebrek aan respect bij de collega's uit de curatieve sector en de andere collega's uit de jeugdhulpverlening en ouders. (R 112)
De soms weinig respectvolle samenwerking met scholen. (R31)

Op het niveau van de organisatie, voelen artsen zich als lid van de medische discipline niet erkend, noch in de koepelorganisaties, noch binnen onderwijs. Ook over de vertegenwoordiging van artsen op deze niveaus heeft men bedenkingen.

Het voortdurend moeten 'vechten' om te overleven in onderwijs. (R120) *(op vraag wat is minst aantrekkelijke aan het werk als CLB-arts?)*
Dat je als groep artsen binnen dat VCLB niet 100% echt goed erkend wordt. En de mensen die ons vertegenwoordigen zijn niet, denk ik, de mensen die het meest van het vak eigenlijk weet hebben. (G23)
Er is bij ons altijd gezegd geweest van pas op, want ge hoort nu bij Onderwijs en Onderwijs heeft niet altijd dezelfde interesses in het medische luik als Volksgezondheid. Ook onze vorige directeur die kon daar heel smalend over doen: 'Volksgezondheid zegt wel dat jullie 'dit 'en Volksgezondheid zegt wel dat jullie 'dat'. Dat ze dan met geld over de brug komen en dat ze dan eens aanwezig zijn op de overlegmomenten die door de departementen worden georganiseerd!' En dan kreeg je wel het gevoel van ja, wij zitten hier nu eigenlijk in het hol van de wolf en diegenen die ons zouden moeten verdedigen die weten van niks en die laten ons in de kou staan. (G26)
Heel de CLB-sector zit toch vol met mensen die niet medisch geschoold zijn en wel hun uitspraken en hun regels doordrukken naar de medische toe? Lars van 't zelfde, hé. (G26)

Ook op centrumniveau voelen artsen zich niet altijd goed begrepen, soms zelfs ondergewaardeerd. Ze wijten dit aan het feit dat de directie en ook de andere disciplines vaak niet vertrouwd zijn met het werk van de arts en zich niet bewust zijn van de eigenheid van de medische professie.

En mijn directeur, brave mens, maar op dat moment vond hij dat die 'dokteurkes' wel wat veel van hunnen neus maakten. Niet beseffend wat we hier van werk verzetten, hé! (G8)
En dan zegt hij, als we eens een voormiddag geen onderzoek hebben, dan kaffert die mijn collega soms uit: 'Wat zit gij hier te doen? Hebt gij geen kinderen?'. Precies of dat het enige is wat belangrijk is. En dat is niet , hé. (G17)
… maar ik voel dat het soms zo moeilijk is om uit te leggen wat wij eigenlijk doen. Dat is iets, jah…, hoe dat er gekeken wordt naar wat wij doen? Zelfs van ons eigen, door ons eigen directie van 't CLB, die mensen weten dat eigenlijk niet, die hebben d'r eigenlijk geen zicht op. Nee…ja. (G2)
Maar ik denk dat de mensen niet weten, en mijn collega's soms ook niet, hé, wat we eigenlijk zouden kunnen doen en betekenen. (G8)
En die begrijpt dus ook totaal niet wat onze job hier is. Die weet dus niet wat wij doen, he! (G17)

- *ruimte en mandaat voor de medische discipline*

Door de huidige invulling van de functie blijven de artsen op professioneel vlak op hun honger. Artsen vinden dat hun potentieel onvoldoende benut wordt, ze voelen zich overgekwalificeerd voor wat ze moeten en mogen doen als CLB-arts.

Dat is waar ik altijd op terugkom. We kunnen zoveel meer zijn dan… dan gewoon nen dokter die het medisch onderzoek moet doen. (G17)
We werken onder ons niveau, als artsen in een CLB. We zouden meer kunnen doen dan dit. (…) Dus wij kunnen meer, meer betekenen. Dat is ook de honger waar ik ook op zit… (G1)
Ik blijf vooral op mijn honger zitten in 't werk –en dat klinkt nu heel, héél arrogant- maar ik heb het gevoel dat ik meer kan dan wat ik aan 't doen ben… (G14)
We worden niet ingezet waar ons capaciteiten zijn en dat vind ik jammer. (G19)
Het is jammer om zolang te studeren als arts, om dan uiteindelijk zo weinig waardering te krijgen, en zoveel beperking opgelegd te krijgen in het uitoefenen van je beroep. (R16)

Bovendien stellen ze zich expliciet vragen bij het werk dat ze toebedeeld krijgen: heeft dit allemaal wel zin, wat we doen?

Ik heb zo wel vaak het gevoel van 'geneeskunde doet ge niet meer', eigenlijk, zo dat gevoel heb ik toch wel zo maar ja, op K&G wel, ik vind dat op K&G belangrijk, maar ja dat is niet CLB. Ik vind dat ge daar *(CB)* meer kunt doen, dat sluit zo meer aan bij het huisartsenwerk, je hebt het rechtstreeks contact met de ouders, ge moogt wel niet behandelen maar goed, ik heb het gevoel dat je daar precies meer doet. (G6)
Niet dat systeem van onderzoeken, onderzoeken, aan de lopende band, waar dat je u soms afvraagt van 'heeft het allemaal wel zin'?
Soms vraag ik me wel af, er zijn wel nuttige dingen, vroegtijdige puberteit, maar die missen we omdat we ze te laat zien. Ik zeg niet dat we niks nuttig doen maar het is beperkt. (G6)
We werken in een context die niet evident is. We werken in een context waar we heel weinig terug krijgen voor ons werk, zowel vanuit de overheid. (G1)

Maar het blijft een moeilijke evenwichtsoefening om genoeg tijd te hebben om met die dingen bezig te zijn want eigenlijk zijn dat de dingen die u voldoening geven in uw job. En niet diegene die ge allemaal al routinematig toch allemaal gezond verklaart, hé. (G15)

- *professionele zelfrealisatie*

Soms voelt de arts een zekere rigiditeit en immobilisme bij de organisatie, die hem/haar op zijn professionele honger laat. Dit leidt tot frustratie en demotivatie en een zoektocht naar professionele uitdagingen, eventueel buiten het CLB-werk.

…en ik ben zes jaar echt gemotiveerd geweest en dan dacht ik 'hier verandert toch geen…'. Ja, ik heb echt geprobeerd. Dus dat is ook een punt van waar ge zegt: ok, foert, ze luisteren toch niet. En dan gaat ge mee in: 'oh, we zijn hier gemakkelijk, 'ambtenaar', ons onderzoeksken en blablabla…', wat we eigenlijk niet zijn. En dat is hetgeen wat u ambeteert, hè! Ik heb dan mijn uitdaging in mijn andere job en in mijn gezin dan. (G8)
Maar ik heb al heel veel naar vacatures gekeken maar meer uit frustratie omwille van het beleid. (G3)
De rigiditeit van heel de zaak., het stramien waar ge in moet zitten en ge voelt ook dat daar niet veel kan veranderen,… (…) op korte termijn… (G8)
Ik wil blijven combineren. Ik vind dat een heel fijne aanvulling op het CLB-werk want het CLB-werk op zich, dat kan ik niet full-time. (G17)

Omwille van het routinewerk en jobinhoud, ervaren de artsen een gebrek aan professionele uitdagingen en zelfontplooiing. Eén oplossing is dat zij uitdagingen of compensatie zoeken, los van het strikte eigen functieprofiel, binnen of buiten de context van het CLB.

Als medische discipline heb je redelijk wat routine, laat ons daar eerlijk in zijn. En je kan je uitdaging daarin blijven zoeken maar op de duur wordt dat moeilijker en moeilijker. Ik heb nooit voltijds CLB, MST toen, willen doen omdat ik dat iets te beperkt vond, en ik heb altijd nog dingen daarbuiten gezocht. (…) Om andere contacten te hebben om andere uitdagingen te hebben. (G22)
Het jammere vind ik het routinematige en op zich ben ik iemand die heel creatief is en dat heeft niet zo heel veel (grinnikt) plek binnen een CLB. Gelukkig kan ik dat dan binnen mijn hobby's en dat is dan ook wel goed dat ik die heb en dat dan 't CLB schooluren zijn zodat ik die hobby's nog wel kan hebben. Dus dat compenseert dan wel. (G14)
Ja, maar ik heb dat niet gedaan *(weggaan bij het CLB)*. Ik heb mijn huisartspraktijk terug opgepakt. En dat geeft me veel meer voldoening. (G8)
Dus wij kunnen meer, meer betekenen. Dat is ook de honger waar ik op zit en dat is ook de reden waarom ik andere uitdagingen gezocht heb, om niet continu in die routine te moeten blijven. (G1)
In de VWVJ werken tilt mij ook op in mijn CLB, dus dat vind ik een heel mooi evenwicht! Maar ik heb al heel veel naar vacatures gekeken maar meer uit frustratie omwille van het beleid. Nog nooit iets concreets gedaan. Misschien omdat dat evenwicht daar zo is. Ja, ik wil ook absoluut met kinderen blijven werken. Veel alternatieven zijn er dan niet. (G3)
Moest ik in een centrum werken waar ik hele dagen alleen die consulten moest doen; ik vrees dat ik dan zou afknappen op de job. (…) Maar met 20% coördinerend en doordat we in een centrum zitten waar er redelijke openheid is naar artsen, waardoor je dus ook andere dingen, niet de consulten, andere zaken kunt opnemen... (G25)

Een andere oplossing vindt de arts in het nemen van de vrijheid om de job alternatief in te vullen of andere accenten te leggen zodat de jobinhoud beter voldoet aan eigen wensen en verwachtingen.

Als ik hier vind dat ik in 't secundair iets kan betekenen door in het eerste jaar toch een les te geven over een bepaald onderwerp of mee te werken aan het gezondheidsgroep van de school om het gezondheidsbeleid in gang te steken. Als ik vind dat ik daar tijd voor heb, dan doe ik dat. (G15)
Nu, ik vul mijn job ook iets anders in. Ik leg binnen mijn onderzoek, zeker bij de leerlingen vanaf het vijfde leerjaar leg ik de nadruk heel, heel sterk op het welbevinden en is het toch weer iedere keer anders. En dat vind ik wel heel boeiend. (G14)
Ja, je zoekt uw uitdaging eigenlijk zelf en dat blijft hier ook nog altijd zo. Als je onderzoeken doet, je probeert toch altijd nog iets te betekenen op een vrij beperkte manier. (G22)

Het bewust bijstellen van de eigen verwachtingen of relativeren blijkt ook een manier om met beperkingen van de job om te gaan.

Oh, ja, ge weet dat als ge aan zoiets begint, dat ge dan in een preventieve job terecht komt waarin dat ge zeer veel oppervlakkige contacten hebt maar dat er daartussendoor gasten tussen zitten waar dat je van denkt, hier maak ik toch effekes het verschil…en dat je vanuit die voldoening moet kunnen leven. Je moet je verwachtingen kunnen bijstellen en effectief niet denken dat je met jan en alleman een relatie gaat opbouwen als een huisarts, dat je dat effectief al op voorhand moet beseffen dat het veel meer vluchtige contacten zijn. (G15)
Maar het gekke van al is, vroeger (als huisarts) dan had ik niet zo veel vakantie als nu en had ik veel geld en nu heb ik veel vakantie en geen geld om op vakantie te gaan. Het is in 't leven altijd iets, hé. (G27)
Alles heeft in 't leven zijn voor- en nadelen. Of het nu uw werk is of iets anders. Altijd gaat ge voor het dilemma staan, uw keuzes maken wat ge een leven lang moet doen, juist omdat je altijd met voor- en nadelen zit. (G27)
Ik denk dat ik er mij ook bij heb neergelegd dat het leven is wat het is en dat je er van moet maken wat je er van kan maken. Als je dan eigenlijk, ja, gaat blijven mopperen dat dit eigenlijk niets opbrengt. (G16)
Als je dertig jaar eczeem ziet, dat dit op den duur ook niet meer uitdagend is, dat je het moet halen uit het contact met de mensen en dat moet je als CLB-arts ook doen. (G16)
Ik ben vrij tevreden maar dat wil niet zeggen dat ik vind dat er niet veel dingen zouden kunnen veranderen en verbeteren. (G18)

Gelukkig kunnen artsen nog steeds genieten van de individuele contacten met jongeren.

Ik probeer er van te maken wat er te maken is, ik doe mijn best. Maar ja, qua voldoening die het geeft van uw werk zelf… is het minder natuurlijk maar ik vind het contact met de kinderen gewoon fijn. Dus ik geniet maar van het feit dat ik met kinderen bezig ben, ja. (G6)
Heel uw tijd kruipt in uw opdracht en er zijn eigenlijk weinig mensen, of er is weinig ruimte om uzelf te profileren naar buiten toe. Ge moet het dus eigenlijk qua tevredenheid hebben van het individuele contact. (G11)

- *jobcontrole*

Artsen ervaren een zekere vrijheid maar zien toch vooral hun bewegingsruimte beperkt door gebrek aan tijd. De onderbezetting van de medische discipline en de strakke agenda

bepaald door de strikte planning van de medische onderzoeken worden met de vinger gewezen.

Och ik vind dat het CLB een vak is dat je eigenlijk zelf een groot stuk, als arts toch, zelf voor een groot stuk kan invullen hoe je dat zelf wil. Als je daar geen engagement wil inleggen dan doe je dat niet en dan doe je gewoon je routine. (G18)
Ja, de vrijheid is relatief groot maar de ruimte is klein waarbinnen je iets kan opzetten omdat we toch zo strak binnen die verplichte opdrachten zit waar we niet onderuit kunnen, hé. (G4)
We hebben wel een zekere vrijheid maar de tijd is beperkt. (G15)
Mijn vrijheid is beperkt omdat we met te weinig zijn. We hebben te weinig tijd. We moeten de routinezaken doen, waar ik wel het nut van inzie maar die ik liever wat zou beperkt hebben in tijd om voor de rest een stuk vrij te kunnen invullen waar de noden zijn. En daar heb ik niet veel tijd voor. Nu in de vakantie wel maar anders is alles ingevuld en het is een beetje benauwend soms. Als ge denkt van ja, ik val hier drie of vier dagen uit dat dan die onderzoeken niet meer kunnen gebeuren. Er is veel te weinig speelruimte en dat is jammer. (G19)
Je kan wel zeggen, je hebt veel vakantie, je kunt dat toch een beetje … maar ge kunt dat niet zo spreiden, ge kunt niet zeggen ik ga de woensdagnamiddag ook nog een klas doen. (G11)
Mijn agenda wordt voor mij gemaakt door 't secretariaat. (G26)

De eigen controle op de organisatie van het werk is beperkt en dat heeft ook een invloed op de planning van eigen bijscholingsactiviteiten.

Zo is het met een studiedag al moeilijk. In het begin van het jaar ligt heel die planning vast en dan moet ge op studiedag, ja… Want ge hebt ook recht op studiedagen… Dan moet er weer geschoven worden, dan moet ge weer de school bellen, die bussen moeten veranderd… dat is, ja, dat is vervelend. En dan doet ge dat maar niet en dan gaat ge niet op studiedag. Maar soms is er nog iets anders dat binnenkomt en dat gaat niet, hé! Of dat kan wel maar dan weet ge dat iedereen weer alles moet verplaatsen. (…) Zo gaat dat en dat is ook niet serieus, hè! (G8)

- *maatschappelijke relevantie, status en imago*

CLB-artsen zijn het erover eens dat hun imago niet goed is. De beeldvorming bij de bevolking, bij de leerlingen én bij de medische wereld laat te wensen over. Ze anticiperen op negatieve reacties van collega's en hebben er opvallend veel begrip voor. Zelf hebben ze ook bedenkingen bij de job, maar door eigen ervaringen geraken die positiever gekleurd.

't Is geen positief imago dat we hebben, 't is niet sexy zoals ze dat al een keer zeggen. (G4)
Het is nog altijd heel confronterend en heel spijtig als je moet vaststellen dat je in de grote context van de geneeskunde als het zwakke broertje gezien wordt. (G24)
Ik vind wel dat ik voor een individuele leerling heel wat kan betekenen maar ik bedoel, naar andere collega's toe, het maakt geen indruk. Soit, als ge indruk wil maken, moet ge iets anders doen. (G13)
Als ik mensen met wie ik gestudeerd heb tegenkom en ge moet voor den eerste keer zeggen 'ah, wat doe jij nu?' 'CLB-arts?' dat er toch ergens een aarzeling is van 'oei gaan die dat niet bekijken van 'oei, doet die maar CLB-arts?' Na de opleiding heb ik dat wat minder omdat ik het zelf ook meer bekijk als jeugdarts en dat ik ook meer en meer door de opleiding en door de ervaring begin te zien, we zijn toch echt wel een specialisme apart. (G18)

Wat ik denk dat het imago is, onder andere artsen, heb ik sterk de indruk van dat wij geen echte artsen zijn. Want wij werken maar preventief en wij stellen geen acties –buiten vaccineren dan- wij stellen geen diagnoses, we doen geen behandelingen, wij zijn eigenlijk geen echte artsen… (G14)
Ja, het imago… Ook omwille van de inhoud van het werk. Dat werk appelleert niet op al de kennis die je opgedaan hebt en appelleert niet om verdere kennis uit te bouwen. (G1)
Ja.. eh, pff.. dat is zo echt voor als ge echt van niet beter weet, zo, hé! 'Ge gaat naar 't CLB', zo hè… Plus ook ja, de eigen ervaring als scholier vroeger, dat waren toch niet echt ook de meest leuke momenten… (G18)
Ik kan me ook inbeelden dat mensen zeggen: zo op een weegschaal gaan staan en ne keer wegen en meten en meneer 'den doktoor' kijkt ne keer in uw mond… Wat is dat? Dat heeft geen body, hé! (G4)
Naar de kinderen toe hebben we niet veel imago. Ik denk dat ze vaak niet weten wat dat we juist moeten doen. Ze stellen zich voor dat we onderzoeken moeten doen, dat weten ze dan wel, maar dat er nog andere dingen zijn… dat weten ze eigenlijk niet zo. (G20)
CLB-artsen zijn zo'n beetje grijze muizen in de ogen van de buitenwereld. Ze kennen huisartsen, ze kennen kinderartsen, maar een CLB-arts? Een arts van het MST was dat vroeger en dan het PMS. De mensen kennen nog altijd het PMS, ze spreken nog altijd over het PMS. Misschien heeft dat ook te maken met ons, we hebben ons niet geprofileerd naar buiten toe. (G1)

Artsen beweren niet echt wakker te liggen van de eerder negatieve publieke beeldvorming over de centra voor leerlingenbegeleiding of over hun werk als CLB-arts in het bijzonder. Ze ervaren die wel en zouden het liever anders zien.

Ik lig daar niet van wakker. Maar het is vaak zo, als je mensen leert kennen en als er gevraagd wordt naar uw beroep dan zeg je ja, ik ben arts dan zie je zo iedereen *(knikt alsof instemmend)* … 'en waar werk je? in een CLB?' en dan zie je zo 'ach, ja' *(kijkt bedenkelijk en lacht luidop)*. Ja, maar ik vind het niet erg. Ik heb daar geen probleem mee. (G3)
Ik vrees dat ons imago niet geweldig is natuurlijk. Ik probeer daar alle dagen aan te werken om ons imago te verbeteren maar jah, meer dan dat, ik lig daar niet wakker van. Ik heb alleen maar zoiets probeer het zo goed mogelijk te doen en ja, hopelijk dat ge ja op termijn dat we iets positiever gaan bekeken worden. (G6)
Maar ik weet wel, en dat ligt buiten mij om, dat het imago van een CLB -in de contreien- niet echt goed is… Dat is soms lastig omdat ik daar deel van uitmaak. (G19)
Ja.. eh, pff.. dat is zo echt voor als ge echt van niet beter weet, zo, hé! 'Ge gaat naar 't CLB', zo hè… Plus ook ja, de eigen ervaring als scholier vroeger, dat waren toch niet echt ook de meest leuke momenten… (G18)
Want nu is de perceptie 'het zijn allemaal die dokters die nergens aan de bak komen die dan maar gaan werken in een CLB', terwijl dat dit niet zo zou mogen zijn. Ik zou het liever anders zien. (G1)

i CLB-arts en intention to leave

Sommige artsen houden voor zichzelf bewust de optie open om van job te veranderen of vroeger uit te stappen. Teleurstelling over jobinhoud, frustratie over aanslepende problemen met een belangrijk werkinstrument als een elektronisch dossier of de hoop om terug te kunnen keren naar de eerste liefde binnen de geneeskunde houden de zin voor verandering levend.

Maar ik heb altijd al gedacht, ik zou nog dit kunnen doen, ik zou nog dat kunnen doen maar over de hele lijn eigenlijk, ben ik zo. Ik kan me niet settelen, ik kan me niet vastpinnen op iets. Ik wil altijd de mogelijkheid hebben om iets te veranderen en dan voel ik me goed. (G19)

Het is soms een mooie job, ik zie dat echt… de job kàn geven maar er zijn toch nog heel veel hinderpalen, die dan maken dat je zegt pfff… dit is toch nog altijd niet de job van mijn leven, ik zal het zo zeggen. (G7)

Ik heb voor de eerste keer gezegd: ik doe het minder graag dan vroeger. Iets anders ga ik niet meer doen, 't is nog vijf jaar voor mijn pensioen dus…*(lacht even)* En nu, nu denk ik soms van ik ga toch een keer uitkijken of ik niet vroeger op pensioen zou gaan((G10)

De grootste reden waarom ik er ooit mee zou kunnen stoppen is het gevoel van tekort aan inhoud. Het gevoel hebben van inhoudelijk te weinig te kunnen doen. Dat hoeft niet zo spectaculair te zijn... (G18)

Dat wil niet zeggen dat de job van clb-arts, dat ik ga zeggen, dat ga ik nu tot aan mijn pensioen doen. Ik heb toch ook wel een aantal dingen waarvan ik…, bedenkingen bij de huidige job. (G7)

Ik vind de consulten op zich wel leuk maar moest ik enkel maar die consulten doen zou ik het beu worden na een tijdje want altijd die consulten, en ge moet u altijd opjagen en zien dat die klas klaar is op een voormiddag of ne namiddag. Dat vind ik minder… Als het alleen maar dat zou zijn, denk ik, zou ik het na verloop van tijd beu worden. (G28)

Ik heb toch weinig stress, denk ik. Ik heb qua stress weinig, qua ontgoochelingen, toch wat ik zojuist al opgenoemd heb, maar dat is geen stress, hé. Maar wat misschien wel maakt dat ik in mijn achterhoofd heb van, stel dat er zich ooit andere opportuniteiten voordoen dat *(lacht)* ik misschien toch nog denk: 'oké, zelfs al is daar nog een opleiding voor nodig…' *(lacht hartelijk)* (G7)

De laatste jaren waren wel verschrikkelijk door Lars. Die eerste twee jaren, dat was… Ik vond dat moordend en wij allemaal. De helft van de tijd werkte dat niet en daar ging zòòveel tijd… toen heb ik echt, wij alle drie, hebben we echt toen willen stoppen. Daar ging zòveel energie naar toe. (G21)

Ik heb nog wel terug gedacht aan eventueel huisartspraktijk terug opnemen maar dat is eigenlijk maar de laatste twee jaar zo. Maar 't is 23 jaren geleden dus… (G20)

Ja, de eerste tien jaar heb ik continu de vraag gehad van, goh…, zou ik toch niet liever huisartsgeneeskunde doen? Absoluut. (G21)

Maar het is nog altijd mijn grote droom… om ooit terug kinderpsychiater, ja, ja… (G14)

Moest ik in een centrum werken waar ik hele dagen alleen die consulten moest doen. Ik vrees dat ik dan zou afknappen op de job. Vooral omdat ik ook niet overtuigd ben van de onderzoeken waarop ze op dit moment uitgevoerd worden, op welke leeftijden... dan zou ik het misschien wel... Maar met 20% coördinerend en doordat we in een centrum zitten waar dat redelijke openheid is naar artsen, waardoor je dus ook andere dingen, niet de consulten, andere zaken kunt opnemen... (G25)

Andere artsen zien zichzelf oud worden in de job of voelen niet (meer) de dwingende nood om te veranderen.

Als mijn leerlingen mij niet zeggen van 'zo een oude doos, die zien we niet meer zitten', dan wil ik dat wel blijven doen (G6).

Ik heb daar wel al over gedacht maar ik zie zo niet goed wat … en ik werk graag met kinderen. (G9)

Moest dat zijn dat ik hier vlakbij woon dan zou ik tot mijn 65 blijven werken. (G27)

j CLB-arts en jobaantrekkelijkheid

Wanneer artsen zelf de minst aantrekkelijke aspecten van het werk formuleren tijdens de schriftelijke bevraging komen er vele frustraties aan bod. De toon is soms scherp.

Het ‘apenwerk’ wat we moeten doen: ik ben geen telefoniste, geen secretaresse etc. etc.! En ja dus: geen werkzekerheid! Ik word overgeplaatst naar een vestiging die te ver ligt voor mij. Ik werk hier nochtans al 9 jaar! (R79)

Het gevoel dat de mensen die het beleid maken niet door hebben hoe belangrijk onze job is. Dat we langs de ene kant steeds meer werk met steeds minder omkadering moeten doen en er langs de andere kant wordt gesproken over afschaffen van het CLB. Dat ze het CLB gaan uithollen en een deel van hun taken op onze nek gaan schuiven zonder dat wij er geld of personeel bijkrijgen. Dat er zo weinig geld en prioriteit gaat naar geestelijke gezondheidszorg voor kinderen en gehandicaptenzorg frustreert mij enorm en levert soms schrijnende toestanden op. (R106)

Het soms gebruikt worden als stempelleverancier. (R108)

Onderwaardering en veel administratie. (R112)

Het CLB is blijkbaar gemaakt voor de andere disciplines, naast de medische. Alle vergaderingen teamdagen... gaan over de andere materie. Hebben wij over iets vragen of knelpunten, moeten we ernaast maar zelf uitzoeken. Uiteraard moeten we de inhoud van de anderen kennen, zijn we complementair; maar dan moeten die anderen ook in onze materie geïntereseerd zijn.. Op die manier gaat veel tijd en energie verloren waarmee we veel nuttiger werk zouden kunnen verrichten. Verder het gedoe met alsmaar niet of niet naar behoren functionerende pc-programma's; pc is zeer nuttig, als je er je ding echt in kwijt kunt. Of een registratie-instrument, dat dan ook voor registratie wordt gebruikt. We zijn ook niet steeds in ere genomen in de scholen; ze vergeten al eens als je komt dat je ook de leerlingen nodig hebt; een uitstap van welke aard ook, die dan dubbel geboekt wordt, zonder te verwittigen. Maar het is natuurlijk ook soms anders!! en aangenaam. Soms probleem met geschikt lokaal op school. Kan worden opgelost met onderzoek op CLB; maar dan verlies je het contact met de school. (R13)

De onderwaardering die je krijgt als arts, het gebrek aan respect (oa respect voor het beroepsgeheim), er wordt geen rekening gehouden met de medische discipline als er beslissingen genomen worden. (R16)

Ik ben verder en verder weg-geëvolueerd van het strikt medische en voel me soms nog maar amper arts... Mijn bezorgdheid is ook: waar zit op den duur nog de meerwaarde van een arts in de huidige CLB-setting? Meer en meer krijg ik het gevoel dat we zouden kunnen vervangen worden door verpleegkundigen. Tegelijkertijd zie ik heel wat uitdagingen, zeker in een grootstad als Antwerpen, met multipele problematieken. Maar daar kunnen we niet genoeg op inspelen zoals alles nu georganiseerd is. (R10)

Een zeer sterke troef voor de aantrekkelijkheid van de job is het werken met jonge mensen van alle leeftijden in een preventieve en multidisciplinaire setting en in teamverband. Nagenoeg alle artsen die deelnamen aan de schriftelijke en mondelinge rondvraag benadrukken het belang van deze factoren, naast de aantrekkelijke en vaste werkuren en de vakanties.

Het contact met onderwijs en leerlingen. De regelmatige uren en vakantieperiodes om ook aan andere zaken aandacht te kunnen besteden. (R84)

De variatie in het werk waarbij zowel kleuters,leerlingen uit basisonderwijs en secundair en zowel ASO,TSO,BSO en buitengewoon onderwijs tot de doelgroep behoren. Het kunnen bevestigen van een normale ontwikkeling bij de overgrote meerderheid blijkt voor ouders en leerlingen zeker belangrijk. Het werken in team en met collega’s en nooit het gevoel hebben er alleen voor te staan. Het hebben van een goed statuut. (R80)

Het multidisciplinair samenwerken met als doel elk kind een zo maximaal mogelijke zorg te bieden op verschillende domeinen, om op die manier een zo optimaal mogelijke ontwikkeling te kunnen nastreven voor elk kind is een fantastische job, toch?!! (R113)

BESPREKING

Volgens het theoretisch model naar Heneman & Judge (p.12) mogen we ervan uitgaan dat gepercipieerde 'fit' of overeenstemming tussen persoon en job en organisatie een impact heeft op de ervaren aantrekkelijkheid van deze job en organisatie. Deze wordt door de potentiële kandidaat gewogen en bepaalt in eerste instantie de intentie om te solliciteren en later de beslissing om de job te aanvaarden, te behouden of eventueel zelfs te verlaten (2).

De bewuste keuze voor preventieve jeugdgezondheidszorg binnen de centra voor leerlingenbegeleiding in Vlaanderen wordt zelden onmiddellijk na de basisopleiding gemaakt. Noch het CLB, noch de opleiding jeugdgezondheidszorg blijkt in staat om jonge basisartsen warm te maken voor het werk als CLB-arts. Opvallend is de gespreide instroom op latere leeftijd. Objectieve jobkenmerken als loon- en werkvoorwaarden maken het werken als 'schoolarts' vooral voor vrouwen met een (jong) gezin (14) zeer aantrekkelijk, onder meer als alternatief voor een eerdere loopbaankeuze. Het laat toe job en gezin goed te combineren. Ook het vooruitzicht om met jongeren aan de slag te gaan inspireert en motiveert artsen tot de instap in het beroep, ondanks de soms vage gevoelens van weerstand of relatieve onbekendheid met de actuele jobinhoud.
Bij de eigenlijke uitoefening van het beroep ervaart de arts pas echt in welke mate het werk ook voldoet aan de eigen professionele noden en wensen. Er blijkt weinig congruentie tussen de rol die de arts als professioneel spontaan wil opnemen en de rol die haar/hem is toebedeeld in de CLB-setting. Als vertegenwoordiger van de medische discipline ervaart de arts binnen het eigen centrum of de organisatie weinig erkenning en waardering. Velen voelen zich overgekwalificeerd, onderbenut en beperkt in hun professionele vrijheid. Dit zijn ongetwijfeld factoren die wegen bij de beslissing van artsen om het CLB-werk geheel of gedeeltelijk achter zich te laten. Wellicht moet de uitstroom tijdens maar ook na de opleiding jeugdgezondheidszorg in deze zin geïnterpreteerd worden.

Een belangrijk begrip in dit gevoel van een 'tekort aan waardering, ruimte en mandaat' is de '*professionele logica'* (22), die volgens Nederlands socioloog Evelien Tonkens sterk onder druk staat in de publieke sector. Centraal hierin staat de *'seculiere roeping'*. De arts dient een hoger doel (gezondheid, preventie…), waarbij de noden van het individu primeren, ongeacht de beperkingen opgelegd door de specifieke functieomschrijving van de CLB-arts. De bewuste keuze om desnoods onbetaalde meeruren te maken sluit daarbij aan. Artsen willen nu eenmaal kunnen *handelen en beslissen naar eigen inzicht*. Niet wat de leerling wil of de organisatie wil voor de leerling, maar wat de leerling nodig heeft, vormt de drijfveer van het medisch handelen. Het is cruciaal voor artsen dat zij deze *discretionaire ruimte* hebben. Hun goede vorming, ervaring en drempelloze ruggespraak met collega's maken dat deze

ruimte hun kan worden toevertrouwd. Het is voor artsen dan ook frustrerend wanneer ze hun vrijheid ingeperkt zien.

Artsen willen écht vraaggericht zijn en zien daarom richtlijnen vooral als adviezen. Ze willen iedere individuele jongere geven wat die nodig heeft, maar dat kan elke keer wat anders zijn! Ze willen dus niet in het keurslijf van standaardprocedures gedwongen worden. Registratie en administratie die niet louter ten dienste staan van de leerling ervaren ze als *bureaucratische ballast*. Goed registreren heeft immers niets te maken met goede zorg, het is hooguit een bewijs van administratieve zorgvuldigheid.

Artsen hechten ook veel waarde aan *vakmanschap*. Het is hun grootste ambitie om steeds beter te worden in hun vak. Vandaar de weinige weerstand tegen de bijkomende opleiding in de jeugdgezondheidszorg. Dit, ondanks de kritische vaststellingen dat zij als enige beroepsgroep binnen de centra voor leerlingenbegeleiding een extra bekwaamheidsbewijs moeten kunnen voorleggen; daarvoor fors moeten investeren én niet in verhouding verloond worden. Gelukkig is loon niet de voornaamste drijfveer voor CLB-artsen! Zij zijn 'voor hun inkomen weliswaar afhankelijk van de overheid, maar in hun oordelen en handelen beschouwen ze zich als volstrekt zelfstandig', niet als individu, maar als lid van de medische professie. Er bestaat dan ook een eigen wetenschappelijke vereniging voor jeugdgezondheidszorg en de eigen opleidingen en bijscholingen genieten de voorkeur. Artsen leren nu eenmaal ook graag uit interactie met andere medici.

Artsen hechten oprecht belang aan samenwerking met CLB-collega's, ook van andere disciplines. Ze zien multidisciplinair werk als een onderlinge *kennisoverdracht* en een inhoudelijke verrijking. Tussen hen en de andere disciplines hanteren ze graag het principe van '*ongelijke gelijkwaardigheid'* (naar Sennett in 2003 over arts-cliënt relatie (22)). Dit verklaart hun gevoeligheid voor wederkerige waardering en erkenning van hun specifieke kennis door hun medewerkers, ongeacht de discipline.

Voor de artsen, momenteel werkzaam in de centra voor leerlingenbegeleiding in Vlaanderen is de balans (voorlopig) nog positief. Maar de druk op die artsen neemt toe… Steeds meer in minder tijd is een miskenning van hun roeping. Hulpverlening draait om communicatie en relaties en laat zich nu eenmaal niet 'versnellen'. En niet alleen het artsentekort is hiervoor verantwoordelijk...

aanbevelingen voor verder onderzoek

Het belang van onderzoek als basis voor gefundeerde beslissingen staat buiten kijf. Verder onderzoek m.b.t. het ervaren artsentekort in de CLB-sector als onderdeel van manpowerplanning in de gezondheidszorg lijkt echter niet opportuun zolang de politiek en het beleid de aanbevelingen van eerder onderzoek (23) negeren of er jaren over doen om ze te implementeren. Kritisch onderzoek van het beschikbare cijfermateriaal is altijd zinvol.

De veelheid aan gelijklopende kwalitatieve indrukken die in deze masterproef aan bod komen, versterkt het vermoeden dat deze meningen vrij verspreid voorkomen en gedeeld worden door een niet te verwaarlozen groep Vlaamse CLB-artsen. Op basis van dit kwalitatief onderzoek kan uiteraard geen gewicht toegekend worden aan de verschillende factoren die de artsen benoemen. Enkel een bijkomende kwantitatieve analyse van het beschikbare onderzoeksmateriaal kan de tendens mogelijks hardmaken.
Uit het onderzoek blijkt dat CLB-artsen zich onderbenut voelen in hun huidige werkcontext. Verder onderzoek naar alternatieve organisatie van preventieve jeugdgezondheidszorg is in dit opzicht wenselijk.

sterktes van het onderzoek

Dit onderzoek naar jobaantrekkelijkheid bij de CLB-arts mag uniek genoemd worden. Het betreft een vrij onontgonnen gebied binnen HRM en is exemplarisch gebleken voor de positie van 'getemde professionals' (22) in de publieke sector.
Als onderzoeker heb ik bewust geprobeerd om het object van de studie, de CLB-arts, aan het woord te laten en de boodschap niet te vertekenen. Bestaande publicaties verklaren en ondersteunen de bevindingen van het onderzoek. Dit sterkt mij in de overtuiging dat de resultaten een objectieve weergave zijn van de subjectieve ervaring van jobaantrekkelijkheid onder CLB-artsen. Uit de ruime respons van de onderzoekspopulatie blijkt de sluimerende behoefte van artsen binnen het CLB om gehoord te worden. Dit onderzoek kan als hefboom dienen om een verandering op gang te brengen.

zwaktes van het onderzoek

Mogelijks hebben vooral artsen die reeds gevoelig waren voor het onderwerp de uitnodigingsmail voor het onderzoek beantwoord. Bij bestaande ontevredenheid met de persoonlijke situatie vergroot de kans dat zij vooral negatieve bedenkingen willen ventileren.
Een belangrijke groep artsen is niet bevraagd. Het zou interessant zijn om de mening te kennen van de artsen die het CLB-werk de rug toegekeerd hebben. Ik kan alleen maar vermoeden dat zij het beeld herkennen dat de onderzoeksresultaten schetsen.
Als onervaren en betrokken interviewer heb ik ongetwijfeld fouten gemaakt, maar ik heb me bewust proberen onthouden van enige sturing in de gesprekken of in de selectie van quotes. Bij de bespreking heb ik mij door de veelheid aan informatie moeten beperken tot de opvallendste elementen die uit het onderzoek naar voren kwamen. Dit kan beschouwd worden als een kwantitatief element waarbij de onderzoekersbias niet helemaal uitgesloten is. Het is zelfs waarschijnlijk dat deze masterproef sporen draagt van mijn betrokkenheid als onderzoeker – dat is in kwalitatief onderzoek nu eenmaal moeilijk te vermijden. Ik hoop dat met de uitgebreide 'thick description' duidelijk is in welke mate deze invloed heeft plaatsgehad.

SUGGESTIES

Indien men daadwerkelijk het artsentekort in de centra voor leerlingenbegeleiding wil aanpakken wordt dit best ingepast in een overkoepelend strategisch personeelsbeleid dat niet beperkt blijft tot het Vlaamse niveau. Op federaal vlak is men onlangs begonnen met het in kaart brengen van de behoeften van de gediplomeerden voor niet-curatieve functies in de gezondheidszorg. Tot hiertoe werd bij de planning van het medisch aanbod door de federale Planningscommissie geen rekening gehouden met de nood aan artsen en verpleegkundigen binnen de preventieve jeugdgezondheidszorg (10). In 2011 oordeelde men op het kabinet van Pascal Smet, Vlaams Minister van Onderwijs, dat het artsentekort in de CLB's 'niet structureel' was (9); m.i. was dit toen een miskenning van het probleem. Vandaar waarschijnlijk dat het binnen de sector nog ontbreekt aan concrete gecoördineerde acties om het artsentekort aan te pakken. Ondertussen proberen individuele centra zich te behelpen (9).

Er moet dringend werk gemaakt worden van een dynamischer (wo)manpowerplanning eventueel zelfs op basis van een hernieuwde visie op preventieve jeugdgezondheidszorg. Die is noodzakelijk wil men de jobinhoud optillen tot het niveau van het competentieprofiel, vooropgesteld door de VWVJ[12] (24). Ook de opleiding jeugdgezondheidszorg ambieert jeugdartsen af te leveren die aan dit profiel voldoen (19), maar vooral CLB-artsen zelf zijn vragende partij om hun job inhoudelijk op te waarderen.

Het tij keren wordt in elk geval zeer moeilijk. Ook Nederland kampt al jaren met een tekort aan jeugdartsen en ook daar is de vergrijzing en ontgroening een realiteit (25). Zou het feit dat het gaat om preventieve i.t.t. curatieve geneeskunde een verklaring kunnen bieden?

Op korte termijn pleit ik voor een centrale coördinatie van vraag én aanbod van CLB-artsen. Artsen kunnen eventueel onder 'vlindercontract' flexibel ingezet worden voor korte acute of langere vervangingen. Ook een ruime rolwisseling naar de paramedische beroepen, zoals geopperd in een rapport 'Manpowerplanning voor de gezondheidszorgberoepen' (2006), behoort tot de mogelijkheden 'mits er hiervoor opleidingen worden opgezet en mits de wetgevingen over de vereiste rollen, functie en titels worden aangepast' (23). Als ik het goed heb begrepen, zit zo'n 'noodplan artsentekort' in de pijplijn bij de VWVJ (26). Mogelijks probeert dit ook enkele principes van 'het onderzoek van de wetenschappelijke vereniging naar de wetenschappelijke State of the Art van de Preventieve Gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen' van december 2010 (27) opnieuw te introduceren. Het wordt

[12] Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg

afwachten hoe dit plan onthaald wordt door de koepelorganisaties van de centra voor leerlingenbegeleiding.

Op lange termijn moet er zeker werk gemaakt worden van een positieve beeldvorming naar de buitenwereld als basis voor gerichte *wervingsactiviteiten*. De voorwaarde is dat het beroep ook met belangrijke inhoudelijke troeven kan uitpakken om jonge ambitieuze basisartsen ervan te overtuigen dat een professioneel bevredigende loopbaan als jeugdarts mogelijk is. De introductie van dit soort preventieve geneeskunde is een opdracht voor de universiteiten.

Een resolute keuze voor zij-instroom is een andere optie. Het gericht aanboren van deze *sollicitantenpopulatie* schept misschien nog mogelijkheden, maar dan is het niet meer dan billijk om ook werk te maken van de erkenning van relevante ervaring voor CLB-artsen. Aan de huidige eerder aantrekkelijke combinatie van objectieve jobkenmerken binnen een CLB-context wordt best niet geraakt. Een verbetering van de *werkvoorwaarden* zoals loonsverhoging levert wellicht geen bijkomende incentives.

De afschaffing van het vereiste bekwaamheidsbewijs voor artsen zou drempelverlagend kunnen werken. Binnen onderwijs zijn recent nog, naar aanleiding van de hervorming van de zestig kalendermaandenregel (6) (p. 7-8), stemmen opgegaan die daarvoor pleitten. Artsen zouden op zelfstandige basis opnieuw flexibel ingezet kunnen worden om een beperkt aantal onderzoeken af te werken. Maar dit betekent opnieuw loskomen van de verplichte minimale tewerkstelling voor artsen, gebaseerd op het idee dat er voor hen een belangrijke taak is weggelegd in een centrum voor leerlingenbegeleiding, naast de veelheid aan preventieve onderzoeken. Uit mijn bevraging blijkt dat er in de praktijk erg weinig tijd overblijft om die ongetwijfeld zinvolle taak op te nemen. Is het eigenlijk mogelijk om een volwaardige en brede preventieve jeugdgezondheidszorg te organiseren binnen de CLB's in hun huidige vorm, met een nog steeds uitdeinend takenpakket?

Tenslotte legt dit onderzoek, ongeacht het gebrek aan sluitend kwantitatief bewijs, toch duidelijk enkele pijnpunten bloot waaraan beleidsverantwoordelijken en leidinggevenden in de CLB-sector minstens enige aandacht moeten besteden. Het is nefast voor een organisatie dat zich onderhuids frustraties opstapelen bij een deel van de medewerkers. Dit hypothekeert een optimale en kwaliteitsvolle werking van het geheel.

Een goede (h)erkenning van en een goed begrip voor en van de professionele logica van artsen is een (goedkope) manier om het werken in een CLB aantrekkelijker te maken. Het volstaat om de andere cultuur – deze van de medische discipline, een kleine en slecht gekende minderheid binnen onderwijs – te leren kennen en deze te omarmen. Niet alleen de medische discipline zal baat hebben bij deze openheid, ook andere professionals en zelfs managers in de sector zullen er wel bij varen, elkaar beter te leren kennen en aanvaarden.

SAMENVATTING

De aantrekkingskracht van het werk als arts in de centra voor leerlingenbegeleiding gaat vooral uit van de objectieve werkvoorwaarden die een aanstelling in de publieke onderwijssector biedt. De keuze voor preventieve geneeskunde is eerder pragmatisch. Voor vrouwen die op zoek zijn naar een professionele activiteit die ze vlot kunnen combineren met hun zorgende rol in het gezin lijkt de job van CLB-arts een goede keuze. Ook de mogelijkheid om te werken met kinderen en jongeren is een belangrijke troef.

De CLB-arts ervaart binnen de organisatie echter een tekort aan 'waardering, ruimte en mandaat' wat te begrijpen is vanuit de 'professionele logica' (22) die artsen hanteren. De jobinhoud is beperkt en appelleert niet aan de kennis verworven tijdens jarenlange studies en eerdere werkervaring. De hoge taakbelasting door een veelheid aan wettelijk verplichte preventief medische onderzoeken verhindert hen de werktijd creatief in te vullen naar eigen inzichten. Artsen gaan graag op zoek naar extra mogelijkheden tot zelfontplooiing binnen maar ook buiten de grenzen van de jobinhoud en zelfs buiten de job; het grote aanbod aan deeltijds werk laat dit gelukkig toe.

Met de vergrijzing en ontgroening van de CLB-artsenpopulatie dreigt het artsentekort in de sector snel toe te nemen. Zonder inspanningen op federaal, Vlaams en lokaal niveau om het probleem in kaart te brengen en een strategisch wervingsbeleid te ontwikkelen is er geen kentering mogelijk. Naast een ruime rolwisseling naar paramedische beroepen behoort een alternatieve organisatie van preventieve jeugdgezondheidszorg tot de mogelijke oplossingen om het artsentekort in de preventieve gezondheidszorg op lange termijn terug te dringen. Op korte termijn is vooral een centrale coördinatie van vraag en aanbod van CLB-artsen zinvol. Ook de gerichte en actieve stimulatie van zij-instroom is een optie, maar niet zonder financiële waardering van relevante ervaring.

NAWOORD

Om de job als arts in de preventieve jeugdgezondheidszorg echt aantrekkelijk te maken is meer preventie en meer jeugd(gezondheids)zorg nodig. Het belang van preventie wordt trouwens meer en meer onderkend (28,29) en waar kan men beter starten met preventie dan bij de jeugd?

Ik hoop dat er voor de jeugdarts ooit een draaischijffunctie is weggelegd, naar huisartsmodel, waarbij de arts als laagdrempelige en hoogopgeleide professional, de ruimte, de waardering én het mandaat krijgt om zijn kennis en kunnen, creatief en bevrijd van beperkingen opgelegd door goedbedoelde maar misplaatste controle- en bureaucratiseringsdrang toe te passen.

Snelle probleemdetectie, korte oplossingsgerichte begeleiding waar mogelijk en snelle adequate doorverwijzing waar nodig.

Gaat het om behouden wat is of durven loslaten om te groeien?

‘When you’re finished changing, you’re finished.’

Benjamin Franklin

BRONVERMELDING[13]

1. Volksgezondheid en Leefmilieu Federale Overheid België. 25 november 1991.-Koninklijk Besluit houdende de lijst van bijzondere beroepstitiels aan de beoefenaars van de geneeskunde, met inbegrip van de tandheelkunde. maart, 1992.
2. Steijn Bram, Groeneveld Sandra (redactie). Strategisch HRM in de publieke sector. tweede herziene editie. Koninklijke van Gorcum 2013;
3. Wieske, Rosemarie C.N., Nijnuis, Marianne G., Carmiggelt, Bettie C., Wagenaar-Fischer, Margreet M., Boere-Boonkamp, Magda M. Preventive youth health care in 11 European countries: an exploratory analysis. Int J Public Health. Jun 2012(57(3)):637–41.
4. Historiek van de centra voor leerlingenbegeleiding [Internet]. [cited 2014 Apr 3]. Available from: http://www.ond.vlaanderen.be/clb/Documenten/CLB-medewerker/Korte_historiek_CLB.pdf
5. Vlaams Parlement. Decreet betreffende de centra voor leerlingenbegeleiding [Internet]. Oct 4, 1999. Available from: http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=12274
6. Edulex, Wetgeving en omzendbrieven voor het Vlaamse onderwijs. Actualisering bekwaamheidsbewijzen centra voor leerlingenbegeleiding datum laatste wijziging 04/03/2013 [Internet]. [cited 2014 Apr 18]. Available from: http://www.ond.vlaanderen.be/edulex/database/document/document.asp?docid=13918
7. Interuniversitaire Stuurgroep. Programmabrochure Manama Jeugdgezondheidszorg 2013-2014 [Internet]. [cited 2014 Apr 9]. Available from: http://www.opleiding-jgz.be
8. Vlaams Ministerie van Onderwijs en Vorming. Wedde-info [Internet]. Available from: http://www.ond.vlaanderen.be/wedde/weddenschalen/huidig/barema.asp?nr=511&benoeming=tijdelijk
9. Vorming VM van O en VDO en V, Afdelingen ondersteuningsbeleid en Arbeidsvoorwaardenbeleid. Nota aan de heer Pascal Smet Vlaams minister van Onderwijs, Jeugd, Gelijke Kansen en Brussel. 2011.
10. Federale Overheidsdienst Volksgezondheid, Veiligheid van de voesdelketen en Leefmilieu. Planningscommissie [Internet]. [cited 2014 Apr 11]. Available from: http://www.health.fgov.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/index.htm?fodnlang=nl#.U0kVgVxhlqg
11. Federale Overheidsdiens Volksgezondheid, veiligheid van de voedselketen en Leefmilieu. Erkende beroepsbeoefenaars van Gezondheidsberoepen in België Jaarstatistieken voor het jaar 2013 [Internet]. [cited 2014 Jul 2]. Available from: ealth.belgium.be/eportal/Healthcare/Consultativebodies/Planningcommission/Statistiquesannuelles/12056470?ie2Term=statistiques&ie2section=9126&&fodnlang=nl#.U7RL_BZzq9U
12. Dumont Gretel, Expert Cellule de planification de l'offre des professions des soins de santé. vraag om info. 2014.
13. Lievens F. Handboek Human Resource Management Back to Basics. 6e druk. Lannoo; 2011.
14. Randstad. Arbeidsmarktstudie 2011 De aantrekkelijkheid van beroepen in België [Internet]. 2011. Available from: http://www.randstad.be/nl/over-randstad/pers-communicatie/publicaties-studies

[13] m.b.v. Zotero

15. Chapman, D.S., Uggerslev, K.L., Carroll, S.A., Piasentin, K.A. & Jones, D.A. Applicant attraction to organizations and job choice: A meta-analytic review of the correlates of recruiting. outcomes. J Appl Psych. 2005(90):928–44.
16. Databank voor artsen: vind uw CLB-arts [Internet]. Available from: http://www.ond.vlaanderen.be/leerplicht/actoren/artsen/databank.htm
17. Departement Onderwijs en Vorming, Ministerie van Onderwijs en Vorming. Cijfergegevens 2007-2013.
18. FOD Economie, K.M.O., Middenstand en Energie, Algemene Directie Statistiek en Economische Informatie. De Belgische arbeidsmarkt in 2012 [Internet]. [cited 2014 Apr 5]. Available from: http://statbel.fgov.be/nl/binaries/analyse_nl_tcm325-238812.pdf
19. Interuniversitaire stuurgroep. Visitatie van de master na master jeugdgezondheidszorg. Samenvatting van het zelfevaluatierapport. Ontwerpversie van 6 februari 2014. 2014 Jun.
20. FOD Economie, K.M.O., MiFOD Economie Middenstand en Energie. Bevolking - Geboorten en vruchtbaarheid 2010 [Internet]. [cited 2014 Apr 14]. Available from: http://statbel.fgov.be/nl/modules/publications/statistiques/bevolking/population_-_naissances_et_fecondite_2010.jsp
21. RIZIV. Bevoegdheidscodes [Internet]. [cited 2014 Feb 5]. Available from: http://www.riziv.fgov.be/care/nl/infos/qualification/index.htm
22. Evelien Tonkens. Mondige burgers, getemde professionals. Marktwerking en professionaliteit in de publieke sector. vijfde druk, december 2009. Uitgeverij Van Gennep; 254 p.
23. Interuniversitaire werkgroep toegevoegd aan de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu als wetenschappelijke ondersteuning bij zijn opdracht tot aanbodregulering., Prof. Denise Deliège, Caroline Artoisenet. Manpowerplanning voor de gezondheidsberoepen. Aanbod, vraag en “behoeften”, nu en in de toekomst. Fasen 2-3. Toekomstperspectieven. 2006 Aug.
24. Prof. Karel Hoppenbrouwers. Presentatie omtrent het competentieprofiel voor artsen JGZ. Algemene Vergadering VWVJ; 2013 Apr 27; Gent.
25. ter Haar Janine. De jeugdarts met uitsterven bedreigd? Een analyse van het verwachte toekomstig tekort aan jeugdartsen [Internet]. 2007 [cited 2014 Apr 9]. Available from: http://ajn.artsennet.nl/web/file?uuid=85319c99-8b38-4590-8e67-0c862d8c4722&owner=45472f72-9c9c-4e87-8dba-b1cd7c82803a&contentid=61901
26. VWVJ Algemene Vergadering. Noodplan artsentekort. 2014.
27. Van Hoecke Katelijne, Hoppenbrouwers Karel. Onderzoek naar de wetenschappelijke State of the Art van de preventieve gezondheidszorg voor schoolgaande kinderen (3-18jaar) [Internet]. Vlaamse Wetenschappelijke Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg; 2010. Available from: http://www.vwvj.be/uploads/documentenbank/2895480da52f4f9a042310ecd986a569.pdf
28. Lieven Annemans. De prijs van uw gezondheid. p. 178. Lannoo nv, Tielt 2014; 325 p.
29. Documenten Kievitgroep. Van “Dokter ik heb ook iets te zeggen” naar “minister ik heb ook iets voor te stellen” [Internet]. [cited 2014 Jun 25]. Available from: http://www.domusmedica.be/suggestiemenu/downloads/cat_view/480-verborgen/569-documenten-kievitgroep.html

BIJLAGEN

- ***ZOEKSTRATEGIE***

zoeklimieten

- taal : Engels, Frans, Nederlands
- publicaties sinds 2000

inclusiecriteria

- studies bij artsen werkzaam in de jeugdgezondheidszorg
- studies bij artsen in ’t algemeen
- studies bij artsen rond jobgerelateerde genderverschillen
- studies rond loopbaanvooruitzichten, -planning, -invulling

exclusiecriteria

- studies uit Afrika, Azië, Zuid-Amerika
- studies bij migrantenpopulaties
- studies bij specialisten in hospitaalmilieu of private praktijken
- studies bij artsen in eerstelijnsgeneeskunde
- studies bij artsen in de farmaceutische industrie
- studies bij artsen met patiëntencontacten
- studies bij verpleegkundigen/andere gezondheidswerkers
- studies bij studenten, academici
- geen abstract beschikbaar

zoektermen werden samen met Boolean operators gebruikt in verschillende combinaties

- zoektermen 1^{e} fase: *preventive youth health care, medicine, physician, job/career, attraction/attractivity/attractiveness, attrition/retention*
- uitbreiding zoektermen vanuit HRM: *job/career choice, motivation/choice/preferences/decision, gender, male/female, work-life balance*

zoekkader

- disciplines: geneeskunde en gezondheidswetenschappen, economie en management, psychologie, sociale wetenschappen

publicaties:

- artikels in wetenschappelijke tijdschriften
- grijze literatuur
- uitgaven in boekvorm

- ***VRAGENLIJST ONLINE BEVRAGING***
    - Mag ik u uitnodigen voor een individueel gesprek?
    - Geslacht?
    - Leeftijdscategorie?
    - Woonsituatie (alleenwonend of samenwonend)?
    - Aantal kinderen?
    - Beroep partner (uren/week)?
    - U behaalde uw basisdiploma geneeskunde in…?
    - Volgde u bijkomlende opleidingen? Welke en wanneer?
    - Uw RIZIV-nummer eindigt op …?
    - U werkt als MST/CLB-arts sinds het jaar…?
    - Had u reeds een loopbaan voor uw huidige tewerkstelling in MST/CLB?
        - Zo ja, welke en in welke periode?
    - Uw huidige tewerkstelling in een centrum voor leerlingenbegeleiding bedraagt...? (50% tem 100%)
    - Uw huidig statuut is...? (vast TADD, contractueel, tijdelijk,…, TBS,…)
    - Geniet u van een verlofstelstel?
    - Neemt u, naast uw taak als CLB-arts, nog andere taken op in uw centrum? Zo ja, welke?
    - Combineert u uw werk als CLB-arts met een andere beroepsactiviteit? Zo ja, welke?
    - Het meest aantrekkelijke aan het werk als CLB-arts vind ik...
    - Het minst aantrekkelijke aan het werk als CLB-arts vind ik...
    - Heeft u nog bedenkingen, bezorgdheden, suggesties,...? U kan ze hier kwijt....

UZA
Wilrijkstraat 10 / 2650 Edegem
Tel 03 821 30 00 / Fax 03 829 05 20
www.uza.be / BE 0874.619.603

Universiteit Antwerpen

COMITE VOOR MEDISCHE ETHIEK

Prof. dr. L. PEREMANS
UA
Huisartsgeneeskunde
2610 Wilrijk
Fax: 03 265 25 29

VOORZITTER
Prof. dr. Patrick Cras

SECRETARIAAT
tel: 03 821 35 44
fax: 03 821 42 54

CLB-arts: hot or not? Een kwalitatief onderzoek naar jobaantrekkelijkheid (ma na ma jeugdgezondheidszorg dr. M. Verbraeken)
Belgisch Registratienummer: B300201215354

datum	ons kenmerk	contactpersoon
26/11/2012	12/43/340	Annelies Van Looy / Kim Vernimmen ethisch.comite@uza.be

DEFINITIEF GUNSTIG ADVIES

Geachte Collega,

Het Ethisch Comité van het Universitair Ziekenhuis Antwerpen en de Universiteit Antwerpen bevestigt dat bovenvermelde studie voldoet aan de criteria gesteld in de wet van 7 mei 2004 en geeft een gunstig advies dd. 26/11/2012.

De volgende bijlagen werden volgens de GCP-ICH richtlijnen door het Ethisch Comité goedgekeurd:

- Bewijs van "no-fault" verzekering Vanbreda, Amlin Corporate Insurance NV (01/01/2012 - 31/12/2013) versie 6/11/2012
- Informatie- en toestemmingsformulier NL Toestemming tot deelname aangepaste versie
- Protocol aangepaste versie
- Diverse aangepaste versie:
  - contactmail
  - script interview

Tenslotte verzoeken wij u ons mee te delen indien een studie niet wordt aangevat, of wanneer ze wordt afgesloten of vroegtijdig onderbroken.

Met vriendelijke groeten,

Prof. dr. P. CRAS
Voorzitter Ethisch Comité

Cc: FAGG - Research & Development Department, Victor Hortaplein 40, bus 40 - 1060 Brussel
Dr. M. VERBRAEKEN, NVT, Vrouweneekhoekstraat 69 - 9100 St. Niklaas
Prof. dr. H. BASTIAENS, UA - Huisartsgeneeskunde, Universiteitsplein 1 - 2610 Wilrijk