

**Consultatiebureau-teams in beeld:
een onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters**

J. Chatab

 **NIVEL**
bibliotheek
drieharingstraat 8
postbus 1568
3500 bn utrecht
T 030 2 729 614/615
F 030 2 729 729

augustus 1989

**Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg
NIVEL - Postbus 1568 - 3500 BN Utrecht - telefoon: 030-319946**

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Chatab, J

Consultatiebureau-teams in beeld : een onderzoek naar de zorg voor
zuigelingen en kleuters / J. Chatab. - Utrecht : Nederlands Instituut
voor Onderzoek van de Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

ISBN 90-6905-095-1

SISO 601.5 UDC [614.2+364.444]-052-053.2

Trefw.: consultatiebureaus

Typewerk: Joke Beltman en Marianne Hol

Vormgeving en lay-out: Mieke Cornelius

Drukwerk: Boekbinderij Post

VOORWOORD

Voor u ligt het rapport van het vervolgonderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters getiteld 'Consultatiebureau-teams in beeld'. De CB-taken van artsen en wijkverpleegkundigen zijn met behulp van een videocamera tijdens CB-zittingen opgenomen. Daarnaast werden ter plaatse nog aanvullende gegevens verzameld die nodig waren voor het onderzoek .

Het onderzoek bij 36 consultatiebureaus is mogelijk geweest in eerste instantie dank zij de medewerking van zowel de Provinciale (bovenregionale) als de Regionale kruisorganisaties. In tweede instantie dank zij de personen die beroepshalve bij consultatiebureaus betrokken zijn alsmede de ouders en kinderen die van de zorgverlening gebruik maken. We danken hen voor hun bereidwilligheid.

Het onderzoek is gesubsidiëerd door het Ministerie van Welzijn, Volksgezondheid en Cultuur. Ter ondersteuning is een begeleidingscommissie in het leven geroepen, bestaande uit:

Mevrouw drs. C. Frederiks, Rijksuniversiteit Limburg (voorzitter);
Mevrouw drs. M. Meulmeester, Ministerie van WVC, hoofdafdeling eerstelijnsgezondheidszorg;

De heer drs. R.J. Knaap, Ministerie van WVC, hoofdafdeling basisgezondheidszorg;

Mevrouw N. Eikelboom, Geneeskundige Hoofdinspectie;

De heer drs. J. Drewes, stafmedewerker Nationale Kruisvereniging;

Mevrouw L. Meijer-Spijker, jeugdarts, voorzitter van de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg;

De heer dr. E. van de Lisdonk, arts, medewerker aan het Nijmeegs Universitair Huisartsen Instituut en lid van de voormalige werkgroep Jeugdgezondheidszorg van het Nederlands Huisartsen Genootschap;

Mevrouw drs. J.M. Bensing, directeur NIVEL.

We danken de leden van de commissie voor hun constructieve opstelling en waardevolle adviezen gedurende het onderzoek.

Het onderzoek werd op het NIVEL uitgevoerd onder begeleiding van mevrouw Dr. A. Kerkstra, projectleider extramurale verpleging. Verder hebben verschillende NIVEL-medewerkers een bijdrage geleverd aan de uitvoering van het onderzoek. Mevrouw J. Groenleer, CB-arts en mevrouw A. v.d. Brink-Muinen (student medische sociologie) deden vooral het veldwerk en video-observatie. Het typewerk en de opmaak van het rapport is verzorgd door mevrouw J. Beltman en mevrouw M. Hol.

Tenslotte een woord van dank aan collega drs. J.J. Kerssens voor
zijn waardevolle methodologische adviezen.

Utrecht
mei 1989

INHOUDSOPGAVE

1. INLEIDING	1
1.1. Achtergrond van het onderzoek	1
1.2. Doelgroep van het consultatiebureau	2
1.3. Doel van het onderzoek	3
1.4. Overzicht van het rapport	3
2. GANG VAN ZAKEN OP HET CONSULTATIEBUREAU	5
2.1. Taken en werkwijze van de CB-teams tijdens een CB- zitting	5
2.1.1. CB-taken van de arts, de wijkverpleegkundige en de onderlinge taakverdeling	5
2.1.2. Aard van de zorgverlening: naar een gestandaard- seerde zorg	11
2.1.3. Vraagstellingen betreffende de taken en werkwijze van hulpverleners op het CB	15
2.2. Continuïteit van de zorg op het CB	17
2.2.1. Registratie van gegevens	18
2.2.2. Voor- en nabespreking	20
2.2.3. Kennis van de wijkverpleegkundige omtrent het pri- maire leefmilieu	20
2.2.4. Kennis van de arts omtrent de leefsituatie van het kind	21
2.2.5. Kennis en informatie van de ouders	22
2.2.6. Vraagstellingen betreffende de continuïteit van de zorg op het CB	24
2.3. Organisatie van de consultatiebureaus	29
2.3.1. Type bureau: zuigelingen- en kleuterbureau	29
2.3.2. Organisatievorm van het CB: bureau oude en nieuwe stijl	32
2.3.3. Samenstelling van het CB-team	35
3. OPZET EN VERLOOP VAN HET ONDERZOEK	38
3.1. Operationalisatie van de vraagstellingen	38
3.2. Onderzoeksmethoden	39
3.2.1. Video-observatie	39
3.2.2. Dossieronderzoek	46
3.2.3. Vragenlijsten	48
3.2.4. Lijst van aanvullende gegevens	48
3.3. Steekproef: de criteria en omvang	49
3.3.1. Steekproeftrekking, verloop en kanttekening	50
3.3.2. Het databestand waarop het onderzoek gebaseerd is	52
3.4. Gang van zaken tijdens het onderzoek op het CB	53

4. RESULTATEN BETREFFENDE DE TAKEN EN WERKWIJZE OP HET CB . . .	55
4.1. Uniforme en gestandaardiseerde werkwijze	55
4.1.1. De zorg voor ieder kind	56
4.1.2. De zorg voor ieder kind op een bepaalde leeftijd . .	62
4.1.3. Zorg naar behoefte	69
4.1.4. Besproken problemen/onderwerpen	74
4.1.5. Verschillen in werkwijze tussen artsen onderling . .	77
4.1.6. Samenvatting	87
4.2. Taken en werkwijze van de wijkverpleegkundigen . .	90
4.2.1. Taken van de wijkverpleegkundigen op een artsen- bureau	91
4.2.2. Verschillen in werkwijze tussen wijkverpleegkundigen onderling	93
4.2.3. Taken van de wijkverpleegkundigen buiten CB-zit- tingen	97
4.2.4. Samenvatting	102
5. RESULTATEN BETREFFENDE DE CONTINUITEIT VAN DE ZORG OP HET CB	104
5.1. Het dossier jeugdgezondheidszorg (JGZ)	104
5.1.1. De taakverdeling bij het invullen van het dossier JGZ	104
5.1.2. De verplichte gegevens	106
5.1.3. De kind-gebonden gegevens	109
5.1.4. De extra gegevens in het dossier JGZ	114
5.1.5. Samenvatting	116
5.2. Voor/nabespreking	118
5.2.1. Het houden van voor- en nabesprekingen	118
5.2.2. De besproken onderwerpen en bepaalde strategieën .	120
5.2.3. Samenvatting	122
5.3. Het informatieverwerkingsproces op het consulta- tiebureau	123
5.3.1. Respons en beslissingen tijdens de CB-consulteren . .	124
5.3.2. Kennis en beeld omtrent het kind	126
5.3.3. De stimulusinformatie	128
5.3.4. Mechanismen van het informatieverwerkingsproces . .	129
5.3.5. Samenvatting	132
6. SLOTBESCHOUWING	134
6.1. Kanttekeningen bij het onderzoek	134
6.2. Belangrijkste resultaten en discussie	136
6.3. Beleidsaanbevelingen	139
LITERATUUR	142

1. Observatieprotocol en toelichting
2. Dossieronderzoek
3. Korte vragenlijst (artsen en wijkverpleegkundigen)
4. Lijst van aanvullende gegevens
5. Overzicht van de 36 onderzochte consultatiebureaus (tabel 1)
6. Verklaring van de arts, wijkverpleegkundigen en ouders
7. Brief aan ouders op het CB
8. Het verrichten van lichamelijk onderzoek door de CB-arts, artsen en wijkverpleegkundigen (tabel 2)
9. Het volgen van psycho-motorische ontwikkeling bij zuigelingen (tabel 3a) en bij kleuters (tabel 3b)
10. Het totaal aantal afgelegde huisbezoeken bij zuigelingen (tabel 4a) en bij kleuters (tabel 4b) per leeftijdsgroep

1. INLEIDING

In het voorliggende rapport wordt verslag gedaan van een onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters tijdens de consultatiebureauzittingen. In dit onderzoek ligt de nadruk op de handelingen en de werkwijze van artsen en wijkverpleegkundigen als consultatiebureauteam. Op het consultatiebureau wordt preventieve zorg verleend aan zuigelingen en kleuters. Deze zorgverlening wordt doorgaans gerekend tot de basisgezondheidszorg en wordt organisatorisch in vrijwel het gehele land, Amsterdam uitgezonderd, door het kruiswerk behartigd. Consultatiebureaus zijn met andere woorden onderdeel van het kruiswerk. De kruisorganisaties worden zowel op regionaal als boven-regionaal niveau bestuurd. Op regionaal niveau spreekt men van voorlopig Erkende Kruisorganisaties (EKO). Naar boven toe zijn de EKO's gebundeld in lidinstellingen die in de meeste gevallen provinciaal zijn opgezet. In totaal zijn er 15 lidinstellingen: elk heeft een vertegenwoordiger in de Nationale Kruisvereniging. Momenteel vindt er echter een reorganisatie plaats binnen het kruiswerk. Het aantal EKO's zal worden gereduceerd tot circa 60. Het is de bedoeling dat in de nieuwe situatie de EKO's rechtstreeks lid kunnen worden van de Nationale kruisvereniging.

1.1. Achtergrond van het onderzoek

Het onderzoek naar de zorg voor zuigelingen en kleuters bestaat uit twee fasen. De eerste fase, die medio 1987 werd afgerond, was erop gericht een globale inventarisatie te maken van het functioneren van de consultatiebureaus voor 0-4 jarigen. In dat onderzoek waren ruim tweehonderd consultatiebureaus van zes regio's in Nederland betrokken (Vorst-Thijssen, 1987, 39). Het vervolgonderzoek (tweede fase) is enerzijds bedoeld als verdieping, anderzijds als een aanvulling op het reeds door Vorst-Thijssen (1987) verrichte onderzoek. In tegenstelling tot de eerste fase is dit onderzoek erop gericht de taakuitvoering van artsen en wijkverpleegkundigen bij zuigelingen- en kleuterbureaus op een gedetailleerde wijze in kaart te brengen. Gezien deze doelstelling is het onderzoek dan ook kleinschalig. Hoewel beide onderzoeken sterk met elkaar te maken hebben, vormen ze elk een afgeronde studie. Het voorliggende rapport van het vervolgonderzoek is derhalve ook voor diegenen te volgen die het rapport

van het eerste onderzoek niet hebben gelezen. Samen geven de rapporten uiteraard een vollediger beeld van de preventieve jeugdgezondheidszorg dan de afzonderlijke.

1.2. Doelgroep van het consultatiebureau

In de vorige paragraaf is reeds vermeld dat het voorliggende onderzoek zich richt op de zorg voor 0-4 jarigen. De kern van de jeugdgezondheidszorg voor deze groep kinderen is het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters (Timmermans, 1987). Volgens de jaarrapportages over jeugdgezondheidszorg van de Nationale Kruisvereniging (1988, 1989) is het totaal aantal zuigelingenbureau-locaties sinds 1985 2110 en het aantal kleuterbureau-locaties ongeveer 2090. De hele populatie van 0-4 jarigen dient het gehele JGZ-pakket aangeboden te krijgen. Volgens de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (1985, 21) ongeacht of er sprake is van het lidmaatschap van een kruisvereniging. In strikte zin begint jeugdgezondheidszorg zodra het kind geboren is. Het aantal geboorten varieert in het laatste decennium van 177.000 tot 186.000 per jaar (CBS, 1988). Na correctie voor de perinatale sterfte (doodgeboorte en eerste weeksterfte) kwamen in 1987 in totaal 185.930 pasgeborenen in aanmerking voor de jeugdgezondheidszorg (NK, 1989, 15).

In 1984 bezocht 98% van de zuigelingen het consultatiebureau. Het bereik is in 1987 afgenomen tot 94%. Elke zuigeling krijgt gemiddeld tien consulten per jaar (NK, 1989, 23).

Ongeveer 510.000 kleuters werden in 1987 bereikt door de preventieve jeugdgezondheidszorg. Dat is 83% van het totaal aantal kleuters (NK, 1989, 16). De kleuters bezoeken het consultatiebureau gemiddeld 1 à 2 keer per jaar. In totaal krijgen ze in de kleutertijd (1-4 jaar) gemiddeld vijf consulten op het consultatiebureau (NK, 1987; Hessing-Wagner 1985, 42).

De preventieve jeugdgezondheidszorg is bestemd voor de totale populatie van zuigelingen en kleuters. Er blijft derhalve altijd een groep non-participanten over. Volgens Swinkels (1985) komen kinderen met een slechte gezondheidstoestand minder vaak op het consultatiebureau. In een literatuurstudie (Kuiper, 1986) wordt uitvoerig ingegaan op de kenmerken van de non-participanten aan preventieve voorzieningen in de jeugdgezondheidszorg (0-4 jaar).

Het feit dat de zuigelingen- en kleuterzorg alleen toegankelijk is

voor leden van de kruisverenigingen wordt door Helsing-Wagner (1985; vergelijk Timmerman, 1987) in tegenspraak genoemd met het principe van de basisgezondheidszorg namelijk bestemd voor iedereen. Niet-leden, veelal risicogroepen, worden uitgesloten van het CB-bezoek, hetgeen consequenties kan hebben voor de gezondheidstoestand van hun kinderen (vergelijk Swaak, 1983). Van alle ouders die een consultatiebureau bezoeken is ruim 95% lid van een kruisvereniging (MGZ, 1988). Uit een opiniepeiling verricht door Research en Beleid te Leiden (Dowit e.a., 1988), is gebleken dat de invoering van een eigen bijdrage per consult zal leiden tot een verandering in het bezoekgedrag van de ouders. Bij een eigen bijdrag van f15,00 per consult zal ruim 60% minder tot helemaal niet meer het CB gaan bezoeken. Het bezoekgedrag van 80% van de onderzochte ouders zal veranderen indien een eigen bijdrage van f30,00 per consult wordt ingevoerd.

1.3. Doel van het onderzoek

Het doel van het onderzoek is de taakuitvoering van artsen en wijkverpleegkundigen op de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters (de 0-4 jarigen) in kaart te brengen. Hierbij gaat het er in de eerste plaats om, na te gaan in hoeverre door de artsen en wijkverpleegkundigen tijdens de consultatiebureauzittingen een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze wordt gevolgd bij het volgen en begeleiden van 0-4 jarigen. In de tweede plaats zal worden nagegaan welke taken door de wijkverpleegkundigen tijdens en buiten de consultatiebureauzittingen worden uitgevoerd. Ten derde zal worden onderzocht in hoeverre artsen en wijkverpleegkundigen hun bevindingen systematisch en volledig registreren. Ten vierde gaan we na of er systematisch een bespreking wordt gehouden voor en na afloop van een CB-zitting en welke problemen en strategieën aan de orde komen. En tenslotte wordt nagegaan welke kennis en informatie over het kind en zijn sociale omgeving door de artsen en wijkverpleegkundigen wordt gebruikt en op welke wijze maken artsen en wijkverpleegkundigen gebruik van deze informatie.

1.4. Overzicht van het rapport

De opbouw van het rapport is als volgt:
Hoofdstuk 2 bevat een literatuurstudie over de taken en werkwijze van artsen en wijkverpleegkundigen alsmede over de continuïteit van

zorg op het consultatiebureau. Tegen de achtergrond van deze literatuur worden vraagstellingen ten behoeve van het onderzoek geformuleerd en uitgewerkt. Bovendien worden de belangrijkste onafhankelijke variabelen beschreven.

In hoofdstuk 3 wordt de opzet en het verloop van het onderzoek beschreven. Uitvoerig is ingegaan op de gebruikte meetinstrumenten om vraagstellingen te beantwoorden. Daarnaast komt de steekproef van het onderzoek aan de orde.

Hoofdstuk 4 en 5 bevatten onderzoeksresultaten. Voor elke vraagstelling is een samenvatting van de resultaten gemaakt. Hoofdstuk 4 behandelt vragen over het totaalpakket van zorgverlening aan 0-4 jarigen en over de werkwijze van hulpverleners onderling.

Hoofdstuk 5 behandelt de volgende vragen: uniformiteit bij registratie van gegevens, het houden van voor/nabesprekingen en het gebruikmaken alsmede het verwerken van kennis en informatie op het consultatiebureau.

Het rapport wordt afgerond met een slotbeschouwing in hoofdstuk 6. Hier worden enkele kanttekeningen bij het onderzoek geplaatst, belangrijke resultaten nader belicht en een aantal (beleids)aanbevelingen gedaan.

2. GANG VAN ZAKEN OP HET CONSULTATIEBUREAU

In dit hoofdstuk wordt ingegaan op twee onderwerpen die de gang van zaken op het CB weergeven. Dit zijn de inhoud en organisatie van de zorg voor zuigelingen en kleuters.

Met inhoud van de zorg wordt enerzijds bedoeld de taken en werkwijze tijdens de CB-zittingen, anderzijds de continuïteit van de zorg betrekking hebbend op consultatiebureau-werkzaamheden.

Bij de organisatie van de zorg denken we aan bepaalde kenmerken die het noodzakelijk maken om het CB op een bepaalde manier te organiseren zoals de leeftijdsgroep waartoe kinderen behoren.

2.1. Taken en werkwijze van de CB-teams tijdens een CB-zitting

In het Nederlandse leerboek voor de Jeugdgezondheidszorg (Schuil e.a., 1987, 4) wordt de doelstelling van de jeugdgezondheidszorg (JGZ) voor 0-19 jarigen als volgt geformuleerd:

'De Jeugdgezondheidszorg stelt zich ten doel binnen het netwerk van welzijnszorg, gezondheidszorg en gezondheidsvoorzieningen de jeugdigen van 0 tot 19 jaar zodanig longitudinaal sociaal-medisch te begeleiden, dat ieder individu als jeugdige en als volwassene een optimaal niveau van individueel en maatschappelijk functioneren kan bereiken.'

De Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG, 1985) heeft de doelstelling van de JGZ omgezet in concrete taken voor het consultatiebureau. Daarbij wordt in navolging van LAD (1980) een onderscheid gemaakt tussen:

1. A-taken: taken die tijdens een CB-zitting worden uitgevoerd.
2. B-taken: taken die buiten de CB-zittingen worden uitgevoerd.

In het onderzoek beperken we ons tot de A-taken voor de 0-4 jarigen, voor zover het artsen betreft.

Van de wijkverpleegkundigen nemen we daarnaast ook het preventief huisbezoek in beschouwing. De A-taken worden verder in dit rapport als 'CB-taken' aangeduid.

2.1.1. CB-taken van de arts, de wijkverpleegkundige en de onderlinge taakverdeling

De door ons beschreven CB-taken van de arts zijn gebaseerd op de A-taken die door de Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg (NVJG, 1985, 23) zijn samengesteld.

Deze CB-taken zijn:

1. Volgen van groei en ontwikkeling:
 - somatische ontwikkeling;
 - psycho-motorische ontwikkeling;
 - emotionele ontwikkeling;
 - sociale ontwikkeling;
 - communicatieve ontwikkeling (taal/spraak).
2. Signaleren van pathologische afwijkingen; het beoordelen van de gezondheidstoestand in lichamelijk, intellectueel en emotioneel opzicht met behulp van:
 - kennisname van vroeger vastgestelde gegevens;
 - anamnese;
 - lichamelijk onderzoek;
 - observatie van het gedrag van het kind, ook waar het de relatie van het kind met de omgeving betreft;
 - het vormen van een oordeel over de leefsituatie ten aanzien van de gezondheid bedreigende factoren;
 - speciale gerichtheid op vroege onderkenning van pathologische afwijkingen en van ontwikkelingsstoornissen (bijvoorbeeld door zintuigonderzoek).
3. Vaccineren.
4. Begeleiden van/hulp aan ouders :
 - ingaan op vragen van ouders;
 - nagaan of ouders zich voldoende geholpen weten;
 - bespreken van de resultaten van het onderzoek;
 - gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO)
 - bevorderen c.q. bestendigen van de zelfredzaamheid van ouders ten aanzien van de handhaving van de gezondheidstoestand en opvoeding van hun kinderen;
 - adviseren, verwijzen, follow-up.
5. Registratie van verkregen gegevens en conclusie (samenvatting) in het daarvoor bestemde gezondheidsdossier.
6. Voor- en nabespreking met de teamgenoten over bevindingen bij jeugdigen.
7. Overige werkzaamheden, samenhangend met onderzoek, vaccinatie en screening.

In 1979 is overeenstemming bereikt tussen de Nationale Kruisvereniging, de Landelijke Vereniging van artsen in Dienstverband en de Landelijke Huisartsenvereniging over een taakomschrijving voor artsen op het CB (LAD, 1980). Deze taakomschrijving, hoewel minder uitge-

breid, is in essentie niet anders dan de later door de NVJG (1985) vastgestelde taakomschrijving.

In het Basispakket van de huisarts (LHV, 1983) zijn de taken van de huisartsen ten behoeve van de zorg voor zuigelingen en kleuters vrij summier beschreven (vergelijk Vorst-Thijssen, 1987). De registratie van de verkregen gegevens wordt zonder nadere precisering vermeld. De taken omtrent de begeleiding van de ouders worden niet expliciet genoemd. Deze taken worden als volgt vermeld: 'het betrekken van gezinsgeneeskundige aspecten'. De voor- of nabespreking met de teamgenoten over bevindingen wordt niet vermeld. In de latere druk van het basispakket van de huisarts (LHV, 1987) wordt deze beschrijving ongewijzigd gelaten. Het blijft dus beknopt in vergelijking tot de eerder genoemde taakomschrijvingen.

Voor wat betreft de taakomschrijving van de NVJG (1985) valt het volgende op te merken. De taakomschrijving is in eerste instantie bedoeld voor de jeugdartsen die CB-werkzaamheden verrichten. Het aandeel van de jeugdartsen in consultatiebureaus is zeer gering (Jansen, 1980; Zijlstra-van Mierlo, 1984). In 1984 vormden de jeugdartsen minder dan 1% van het totaal aantal zuigelingen- en kleuterartsen (NK, 1987).

Hoewel de taakomschrijving van de NVJG voor de 0-4 jarigen in eerste instantie geschreven is voor de jeugdartsen wordt ze in de praktijk met name gehanteerd door CB-artsen die geen jeugdartsen zijn. Behalve de titel van bovengenoemde taakomschrijving is verder in de tekst steeds naast de jeugdarts ook de CB-arts met een schuin streepje vermeld. Gezien het bestaan van verschillende taakomschrijvingen richten we ons op de vraag in hoeverre artsen onderling en wijkverpleegkundigen onderling hun CB-taken op gelijke wijze uitvoeren.

In tegenstelling tot de artsen (NVJG, 1985; LAD, 1980; LHV, 1983, 1987) is er voor wijkverpleegkundigen geen specifieke taak- en functieomschrijving voor het werk tijdens CB-zittingen. Wel staat vast dat de zorg voor zuigelingen en kleuters een deel van het takenpakket van de wijkverpleegkundige is (Infomap, NK, 1987).

Uit het onderzoek van Vorst-Thijssen (1987) komt naar voren dat het onduidelijk is wat het aandeel van de wijkverpleegkundige op het CB is. Het is niet alleen gebleken dat artsen onderling en wijkverpleegkundigen onderling sterk verschillen met betrekking tot de uit te voeren taken, maar dat ook hulpverleners die samen een CB-team vormen (arts en wijkverpleegkundige) vaak verschillen in hun perceptie over wie welke taken eigenlijk uitvoert.

In het kruiswerk-actueel (MGZ, 1984, 44) wordt het zorgpakket Jeugd-

gezondheidszorg voor de wijkverpleegkundigen onderverdeeld in: consultatiebureau, huisbezoek en oudervoorlichting. Bij alle drie onderdelen is de wijkverpleegkundige intensief betrokken. De jeugdgezondheidszorg wordt verder in vier fasen uitgewerkt namelijk de prenatale, de perinatale, de zuigelingen- en de kleuterperiode. In het onderzoek richten we ons op de taken en werkwijze van de wijkverpleegkundige in de zuigelingen- en de kleuterperiode. In het model individuele arbeidsovereenkomst kruisorganisatie/CB-arts wordt er op gewezen dat het voor het goed functioneren van het consultatiebureau noodzakelijk is dat in het CB-team een duidelijke taakverdeling tussen de verschillende betrokken hulpverleners bestaat (LAD, 1980). Ten aanzien van de wijkverpleegkundige willen wij in het onderzoek nagaan hoe het takenpakket van de wijkverpleegkundige eruit ziet en of ze onderling wel vergelijkbare taken hebben.

De infomap Jeugdgezondheidszorg van de Nationale Kruisvereniging (1987, 107) beschrijft de taken van de wijkverpleegkundigen in de ruime zin namelijk moederschapszorg en kinderhygiëne. De gemiddelde tijdsbesteding aan de jeugdgezondheidszorg per wijkverpleegkundige wordt geschat op 15-25% van de totale werktijd (NK, 1989, 17). Hieronder valt behalve de zuigelingen- en kleuterzorg, ook de prenatale zorg (onder andere groepsvoorlichting aan aanstaande ouders), het huisbezoek en het onderhouden van contacten met andere hulpverleners en hulpverlenende instanties.

Beperken we ons bij de artsen tot de taken tijdens de CB-zitting, bij de wijkverpleegkundigen richten we ons tevens op de taken die ze buiten CB-zittingen uitvoeren. Bijvoorbeeld de mate waarin wijkverpleegkundigen systematisch huisbezoek afleggen bij zuigelingen en kleuters, wat de redenen zijn voor het afleggen van extra huisbezoeken en wat met de kennis van de gezinssituatie en het leefmilieu van het kind wordt gedaan. Het afleggen van huisbezoek dient immers in verband te worden gebracht met het CB-werk (Alkema e.a., 1985; NK, 1987). De laatste jaren wordt er steeds vaker op gewezen dat de zorg voor jeugdigen, met name vroegtijdige onderkenning van problematiek, in toenemende mate contact vereist met het primaire leefmilieu van het kind (Crebolder, 1979), omdat juist binnen het gezin waar het kind opgroeit de meeste problemen, ook puur somatische, hun wortel hebben en tot uiting komen. De signalering dient niet alleen op het kind gericht te zijn, maar ook op de leefsituatie waarin het kind verblijft (Smits, 1980). Door middel van huisbezoek kan deze vroege signalering worden geïntensiveerd (NK, 1978, 15). De kennis van de wijkverpleegkundigen opgedaan tijdens het afleggen van preventieve

huisbezoeken is zeer essentieel (vergelijk van Thiel,1988), niet alleen voor artsen die niet de huisarts van het gezin zijn (waarnemend huisarts, CB-arts), maar ook voor de huisartsen van het gezin. Anders dan de wijkverpleegkundigen doen huisartsen uitsluitend visites - in principe bij kinderen uit eigen praktijk - in het kader van de curatieve zorg. Artsen die niet de huisarts van het gezin zijn leggen normaliter geen visite af bij het betreffende kind.

Voor wat betreft de taakverdeling tussen de arts en de wijkverpleegkundige op het consultatiebureau is ook de Nationale Kruisvereniging (1987, 101), in navolging van de Nederlandse Vereniging van Jeugdgezondheidszorg (NVJG, 1985, 22), uitgegaan van de mogelijkheid om per CB-team afspraken te maken. Daarmee is impliciet aangegeven dat verschillende taakverdelingen binnen CB-teams mogelijk zijn. De taakuitvoering kan - volgens de NVJG (1985, 22) - bij de arts of bij de wijkverpleegkundige liggen, afhankelijk van de aard van de taak, opleiding, kennis en vaardigheden van de hulpverleners. Deze mogelijkheid om per team een taakverdeling af te spreken is in strijd met de wens om landelijke afspraken te maken over de werkwijze en de taakverdeling in de jeugdgezondheidszorg (Rasker-Krijgsman, 1978, 48). Er is echter door de Nationale Kruisvereniging (1987,101) een voorbeeld uitgewerkt hoe de onderlinge taakverdeling kan worden geregeld. De onderlinge taakverdeling wordt uitgesplitst in:

a. gezamenlijke taak

- opvangen van ouders en kind
- anamnese opnemen
- volgen van de groei en ontwikkeling
- observeren relatie ouder/kind, thuis en op het bureau
- G.V.O., anticiperend adviseren
- vastleggen van gegevens
- uitwisselen van informatie

b. taak van de CB-arts

- relatie-opbouw met ouders en kind
- lichamelijk- en zintuigonderzoek
- diagnose stellen, resultaat onderzoek bespreken, adviseren en verwijzen
- signaleren van pathologie
- immuniseren, stellen van indicatie/contra-indicatie D(K)TP- en mazelenvaccinatie, uitvoeren van de mazelenvaccinatie.

c. taak van de wijkverpleegkundige

- relatie-opbouw met ouders en kind, tijdens huisbezoek en op het CB

- volgen van de groei door vaststellen lengte, gewicht en hoofdomvang
- bespreken van de voeding
- uitvoeren van immunisaties
- G.V.O. geven.
- plannen CB-afspraken voor het volgende consult en administratie

Het is reeds vermeld dat voor het goed functioneren van het CB een duidelijke taakverdeling binnen het CB-team noodzakelijk is (LAD, 1980). Het is daarom zinvol dat de Nationale Kruisvereniging (1987) de eerste aanzet heeft gedaan om de taakverdeling tussen CB-arts en wijkverpleegkundige vast te stellen. Het is echter niet bekend in hoeverre bovenstaande taakverdeling in de praktijk wordt gevolgd.

Van verschillende zijde is melding gemaakt van de verschillende taakverdelingen en werkwijzen met betrekking tot de uit te voeren CB-taken (Rasker-Krijgsman, 1978; Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1979; GHI, 1982; Swaak, 1983; Hessing-Wagner, 1985; Vorst- Thijssen, 1987; Timmermans, 1987). Rasker-Krijgsman (1978, 48) schrijft dat "door de onoverzichtelijkheid van de huidige situatie, krijgt de jeugdgezondheidszorg geen gezicht en proberen velen met hobby's en experimenten toch inhoud aan hun werk te geven". Hessing-Wagner (1985, 47) wijst erop dat CB-gebruikers uiteenlopende diensten aangeboden kunnen krijgen, hetgeen niet in overeenstemming is met het principe van de basisgezondheidszorg. In dit kader is het ook begrijpelijk dat het interimadvies van de toenmalige Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) pleit voor een jeugdgezondheidszorg die als volgt dient te worden gegeven:

- a. in georganiseerd verband, hetgeen inhoudt zonder vrijblijvendheid van de zijde van de uitvoerders en met garantie van continuïteit;
- b. volgens gestandaardiseerde programma's;
- c. met een voorgeschreven wijze van verslaggeving;
- d. onder een leidinggevende die tevens beschikbaar is voor consultatie en overleg met de uitvoerders.

Dit advies is door velen onderschreven (Bouma, 1980; Van Dijk, 1980; Jansen, 1980). De uitwerking van het tweede advies 'volgens gestandaardiseerde programma's' houdt in dat het niet meer mogelijk zal zijn om de taakverdeling per CB-team te regelen. In het verslag van de GHI (1982, 5) wordt het belang van de taakomschrijving onder andere voor artsen, benadrukt om tot een meer uniforme werwijze te komen.

Ondanks de meldingen over de verschillende werkwijzen op het CB hebben we heel weinig studies gevonden die dat als onderwerp hebben

gekozen (vergelijk Swaak, 1985). Volgens Hessing-Wagner (1985, 47) is het nog steeds niet gelukt de aanbevelingen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) te realiseren. De consultatiebureau-aldus Hessing-Wagner - vullen hun taak betrekkelijk vrij in en er is moeilijk greep op te krijgen.

In het verslag van de Geneeskundige Hoofdingspectie van de Volksgezondheid (GHI, 1982, 8) worden de verschillen tussen artsen onderling naar de gegeven adviezen aan de ouders van het kind geconstateerd. Het onderzoek van Rasker-Krijgsman (1978, 112) wijst uit dat artsen vaker dan wijkverpleegkundigen bepaalde afwijkingen bij het kind signaleren. Echter zijn eventuele verschillen in werkwijze van artsen onderling en wijkverpleegkundigen onderling niet onderzocht. Uit het onderzoek van Vorst-Thijssen (1987, 71) is gebleken dat de beroepsgroepen (huisartsen, CB-artsen, wijkverpleegkundigen) onderling verschillen in hun perceptie met betrekking tot de uit te voeren taken. Daarnaast is ook gebleken dat artsen en wijkverpleegkundigen die samen een CB-team vertegenwoordigen vaak verschillende opvattingen hebben over wie welke taken precies uitvoert.

Interessant is het om in dit verband de activiteiten te vermelden van een groep CB-artsen in Eindhoven, die een draaiboek ontwikkelen ten behoeve van zelftoetsing en intercollegiale toetsing van artsen die werkzaam zijn op het CB voor zuigelingen en kleuters (Brandsma-Van der Laan, 1986). Er is derhalve behoefte aan een methode om de werkwijze op het consultatiebureau te onderzoeken. Tijdens het congres 'Het consultatiebureau is niet van gisteren' dat door de Nationale Kruisvereniging werd georganiseerd in mei 1988 heeft Brandsma-Van der Laan een betoog gehouden over de noodzaak van een methode voor intercollegiale toetsing. Daarbij vermeldde zij dat CB-artsen, in tegenstelling tot huisartsen, niet over een eigen instituut beschikken dat dit soort zaken coördineert, ontwikkelt en onderzoekt. Anderen (onder andere Zielhuis, 1984; vergelijk Swaak, 1983) vinden dat er sowieso te weinig wordt onderzocht op het terrein van de jeugdgezondheidszorg.

2.1.2. Aard van de zorgverlening: naar een gestandaardiseerde zorg

Het moge in de vorige paragraaf duidelijk geworden zijn wat er op het CB verwacht kan worden (LAD, 1980; NVJG, 1985; NK, 1978; NK, 1987). Minder duidelijk is wie welke taken precies doet, hetgeen niet alleen geldt voor de wijkverpleegkundigen maar ook voor de artsen.

Uit de beschreven CB-taken kunnen we het totale JGZ-pakket voor de 0-

4 jarigen samenstellen. Echter niet het gehele JGZ-pakket dient aan ieder kind bij elk CB-bezoek te worden gegeven, zoals inentingen (Rijksvaccinatieprogramma, zie groeiboek, 1986) het onderzoek naar psycho-motorische ontwikkeling (Kruisvereniging West-Overijssel, 1983) en het algemeen lichamelijk onderzoek (NVJG, 1985). Wel dienen de twee laatstgenoemde taken zo veel mogelijk door de arts te worden verricht. Voor zover bekend is er geen systematische beschrijving van het JGZ-pakket waarin nadrukkelijk vermeld wordt welke zorgverlening altijd aan ieder kind op het CB wordt gegeven en welke niét altijd wordt gegeven en wat de criteria hiervoor zijn (vergelijk De consumentengids, 1982). Volgens Hessing-Wagner (1985) is het nog steeds onvoldoende duidelijk welke inhoud de zorg precies moet hebben en hoe die moet worden uitgevoerd.

Ten behoeve van het onderzoek splitsen we het totale JGZ-pakket op het CB naar de aard ervan in:

1. de zorg voor ieder kind;
2. de zorg voor ieder kind op een bepaalde leeftijd;
3. de zorg naar behoefte.

De eerste en de tweede zorg kunnen als preventieve taken van de jeugdgezondheidszorg worden opgevat, de derde zorg als curatieve taak.

Ad 1. De zorg die in principe aan ieder kind bij elk CB-bezoek wordt verleend:

- het afnemen van anamnese
- het verrichten van lichamelijk onderzoek
- het volgen van groei
- het geven van G.V.O.
- de registratie van gegevens
- de voor-/nabespreking

Volgens de Nederlandse vereniging voor jeugdgezondheidszorg wordt bovenstaande zorg in principe altijd verleend bij een artsensbureau (NVJG, 1985, 26).

Het afnemen van de anamnese kan verschillende aandachtspunten omvatten. Ten behoeve van het onderzoek zijn door ons zeven aspecten onderscheiden te weten: medische aandachtspunten, voeding, gedragsontwikkeling van het kind, sociaal gedrag, leefmilieu, het volgen van de groei en de items van het van Wiechenschema.

Overeenkomstig het dossier van de JGZ onderscheiden we vier groepen onderwerpen met betrekking tot het verrichten van lichamelijk onderzoek, namelijk: hoofd, romp, heupen/ledematen en overige zoals huid- en neurologisch onderzoek.

Het volgen van groei houdt in behalve het meten van de lengte en het wegen van het gewicht ook het bespreken van de (groei)curven. Registratie van gegevens in het dossier JGZ en voor- en nabespreking met de teamgenoten worden ook in de literatuur als CB-taken genoemd (NVJG, 1985; LAD, 1980; NK, 1987). Deze taken zijn vooral van belang voor de continuïteit van de zorg. De laatstgenoemde CB-taak wordt voor- en/of na afloop van een zitting gedaan, voor alle kinderen tegelijk. Omdat in de voornoemde literatuur deze taak verbonden wordt aan elke CB-zitting hebben we deze gerekend tot de eerste categorie zorg. In paragraaf 2.2. worden registratie en voor/nabespreking nader beschreven.

Ad 2. De zorg die in principe aan ieder kind bij een bepaalde leeftijd wordt verleend:

- het volgen van de psycho-motorisch ontwikkeling op de volgende leeftijden: 1 mnd, 2 mnd, 3 mnd, 6 mnd, 9 mnd, 12 mnd, 15 mnd, 18 mnd, 2 jr, 2 1/2 jr, 3 jr, 3 3/4 jr en 4 1/2 jr;
- het immuniseren op de volgende leeftijden: 3 mnd (DKTP1), 4 mnd (DKTP2), 5 mnd (DKTP3), 11 mnd (DKTP4), 14 mnd (BMR), circa 4 jaar (DTP);
- het testen van het gezichtsvermogen (visus-onderzoek);
- het meten van de hoofdomtrek;
- het voelen van de fontanellen.

Er bestaan richtlijnen voor de leeftijden waarop het onderzoek naar de psycho-motorische ontwikkeling (Kruisvereniging West-Overijssel, 1983) van het kind dient te worden verricht en voor de leeftijden waarop het kind de inenting (Groeiboek, 1986, 72) dient te krijgen. Voor wat betreft het onderzoek naar psycho-motorische ontwikkeling bestaat er niet alleen duidelijkheid over welke items op welke leeftijden nagegaan kunnen worden (Kruisvereniging West-Overijssel, 1983) maar ook hoe de betreffende items worden onderzocht (videobanden 'Kinderen in ontwikkeling', Fakulteit Sociale Wetenschappen, Audio-visuele dienst, Utrecht). Volgens van Laar (1987) kan psycho-motorisch onderzoek voor een deel worden geïntegreerd met het lichamelijke onderzoek, met name met het zintuigonderzoek.

In het schema voor inenting (zie het groeiboek, 1986) wordt er van uitgegaan dat elk kind op de leeftijd van 11 maanden (DKTP4) en op de leeftijd van 14 maanden (BMR) inenting krijgt.

Er bestaat geen consensus over de richtlijnen voor het testen van het gezichtsvermogen, het meten van de hoofdomtrek en het voelen van de fontanellen. Desondanks is er een zekere mate van overeenstemming

in het veld over de leeftijd waarop het kind het visus-onderzoek moet ondergaan. Deze test wordt meestal toegepast op de 4-jarigen. Soms wordt de test ook bij de 3-jarigen uitgevoerd, maar in de meeste gevallen wordt de test toch herhaald als het kind 4 jaar oud is. In de literatuur (Bulk-Bunschoten, 1982) wordt aanbevolen dat deze test met behulp van de Amsterdamse Plaatjeskaart vanaf driejarige leeftijd wordt verricht. Volgens het verslag van de GHI (1982) kan op vierjarige leeftijd de visus van elk oog worden bepaald.

De leeftijd voor het meten van de hoofdomtrek varieert vanaf de geboorte tot circa een half jaar, soms tot een jaar. In het dossier JGZ, het nieuwe landelijke registratiesysteem op het CB, wordt 'hoofdomtrek' alleen in het staatje van de zuigelingen opgenomen. Het groeiboek (1986) daarentegen heeft de rubriek 'hoofdomtrek' tot en met een leeftijd van 2 jaar.

Het voelen van de fontanellen wordt in het veld vaak in de zuigelingentijd genoemd. In de literatuur is slechts bekend dat de fontanellen zich tussen de 12e en 18e maand sluiten (Venzmer, 1982; Spock, 1985).

Ad 3. De zorg die naar behoefte wordt verleend.

Afhankelijk van de situatie en problemen van het kind kan het CB-team de volgende zorg verlenen:

- het bespreken van de gesignaleerde problemen;
- het geven van adviezen;
- het aanbieden om eerder dan volgens het oproepschema nodig is, bij het CB langs te komen;
- het maken van de volgende CB-afspraken afwijkend van het schema;
- het maken van een afspraak voor een huisbezoek;
- verwijzing naar een huisarts, V.T.O. team of specialist.

De 'zorg naar behoefte' kan slechts inventariserend worden beschreven. Het is tenminste om een tweetal redenen van belang inzicht te verkrijgen in deze verleende zorg. Ten eerste zijn de gegevens en de cijfers over deze zorgverlening onmisbaar bij epidemiologisch onderzoek ten behoeve van preventieve jeugdgezondheidszorg (Zielhuis, 1984). Ten tweede vormt het overzicht (feiten en cijfers) van de verleende zorg als het ware de formele verantwoording die van belang is uit het oogpunt van het gevoerde beleid. Volgens Herengreen e.a. (1986) geven zulke gegevens een beeld van de behoefte in de populatie 0-4 jarigen en in het verloop van de zorgverlening.

Uit het onderzoek van Rasker-Krijgsman (1978, 113) is gebleken dat de

arts vaker lichamelijke afwijkingen signaleert dan de ouders en de wijkverpleegkundige. Voor wat betreft de ontwikkeling van het kind signaleert de arts ook vaker dan de wijkverpleegkundige. Uit hetzelfde onderzoek van Rasker-Krijgsman (1978, 84) is tevens gebleken dat 37% van de zuigelingconsulten gevolgd werden door een extra consult door de arts. Dat wil zeggen consulten die afwijken van een regulier consult volgens een bepaald oproepschema. Het CB-team heeft met andere woorden een volgende CB-afpraak gemaakt, afwijkend van het schema.

Over de afgelegde huisbezoeken bij zuigelingen en kleuters zijn regionale en landelijke gegevens beschikbaar (onder andere NK, 1987). Dat betreft echter het totaal van de afgelegde preventieve zuigelingen- en kleuterhuisbezoeken. Er zijn geen gegevens beschikbaar over het aantal reguliere huisbezoeken en over het aantal extra huisbezoeken. Omdat er geen duidelijke norm is over het reguliere huisbezoek is het moeilijk een onderscheid te maken tussen wel of niet reguliere huisbezoeken.

In 'Het Parool' van 25 maart 1986 schrijft Sitniakowsky dat er weinig bekend is over het doorverwijzen op het CB en nog minder over wat er gebeurt nadat een kind bij een andere arts is geweest. Dit laatste heeft betrekking op de terugrapportage. De Vereniging van Nederlandse Ziekenfondsen (Inzet, 1988) betreurt het ontbreken van cijfers over verwijzing naar - via huisarts - specialist en over de bezettingstijd van de wijkgebouwen. De gegevens van het CBS (1984, b) en de resultaten van het onderzoek van Vorst-Thijssen (1987) bevestigen dit beeld. Uit het laatstgenoemde onderzoek is geen inzicht verkregen in de frequentie van verwijzing, terugrapportage en overleg tussen hulpverleners. Swaak (1985) meldt dat bij 2 à 3% van de zuigelingen en 5 à 6% van de kleuterconsulten een verwijzing naar de huisarts plaatsvindt. De laatste percentages komen overeen met het verslag van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (1980, 8) en vooral met het onderzoek van Gehrman-Bax e.a. (1981) naar het aantal verwijzingen verspreid over Nederland. De cijfers hierover echter blijven, vergeleken met de cijfers over screenings zoals PKU en CHT (onder andere GHI, 1984; NK, 1987) en zelfs over gehooronderzoek (GHI, 1980; 1982; 1984), zeer beperkt.

2.1.3. Vraagstelling betreffende de taken en werkwijze van hulpverleners op het CB

Volgens Jansen (1980) is er behoefte aan standaardisatie van methoden. Het werken volgens gestandaardiseerde programma's met een voorgeschreven wijze van verslaglegging wordt door Bouma (1980) als

essentie van de aanbevelingen van de Centrale Raad van Volksgezondheid (1979) gezien. Volgens de Winter (1987, 59) is het tij gunstig voor gestandaardiseerd onderzoek naar de ontwikkeling van zuigelingen en kleuters. De klinische methode, gebaseerd op kennis en ervaring van een op dit terrein geoefende hulpverlener, behoort - aldus Winter - tot het verleden. Achenbach (1985, 28) vindt het oordeel van de klinische hulpverlener vaak vertekend en somt een aantal bias op zoals het leggen van niet bestaande verbanden (illusory correlations), het ten onrechte generaliseren (representativeness heuristic), de neiging om bevestigende informatie te selecteren (confirmatory bias) en het gevaar van 'self fulfilling prophecies'. Toch waarschuwt De Winter (1987) voor een overdreven geloof in standaardisering. Hij pleit voor gestandaardiseerde richtlijnen en systematisch onderzoek naast het op peil houden van de klinische ervaring.

Ondanks een duidelijke behoefte aan standaardisatie zijn er weinig studies verricht om de omvang van het probleem vast te stellen (vergelijk Swaak, 1985). In het onderzoek staat dit onderwerp centraal, namelijk de mate waarin artsen en wijkverpleegkundigen een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze volgen tijdens CB-zittingen. Om de mate van uniformiteit bij het uitvoeren van de CB-taken te onderzoeken dient men uit te gaan van de doelstelling van de JGZ (vergelijk Van Dijk, 1980). Op grond van deze doelstellingen kan het totaalpakket van de jeugdgezondheidszorg worden samengesteld. Dit JGZ-pakket wordt echter, voor zover bekend nergens zodanig gedefinieerd dat het toetsbaar is (vergelijk De Consumentengids, 1982; Lim-Feijen, 1988). Ten behoeve van het onderzoek hebben we in de vorige paragraaf geprobeerd de zorgverlening te standaardiseren. We sluiten daarbij aan bij het principe van de basisgezondheidszorg namelijk dat het inhoudelijk pakket van zorgverlening voor kinderen van een bepaalde leeftijd weinig varieert. Hetgeen ook impliceert dat hulpverleners onderling weinig verschillen laten zien met betrekking tot de uit te voeren CB-taken.

Ten aanzien van de taken en werkwijze op het CB formuleren we twee vraagstellingen:

1. In hoeverre wordt door artsen en wijkverpleegkundigen tijdens de CB-zittingen een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze gevolgd bij het volgen en begeleiden van 0-4 jarigen? Welke factoren zijn van invloed op de mate van uniformiteit in en standaardisatie van de werkwijze van artsen?
2. Welke taken worden door de wijkverpleegkundigen tijdens en buiten

de CB-zittingen uitgevoerd, en in hoeverre verschillen wijkverpleegkundigen onderling met betrekking tot de uit te voeren taken?

2.2. Continuïteit van de zorg op het CB

De term 'continuïteit van zorg' krijgt vaak verschillende betekenissen toegekend, welke ook naast elkaar worden gebruikt (Nuyens en van der Speld, 1987). Bachrach (1981) heeft verschillende betekenissen van continuïteit onderscheiden en vat deze als volgt samen: Het aansluiten van de geboden zorg bij de individuele zorgbehoefte. Ten behoeve van dit onderzoek sluiten we ons aan bij deze definitie van continuïteit, toegespitst op de behoefte van de individuele zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau. Continuïteit van de zorg is een belangrijk thema binnen dit onderzoek. Volgens de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) dient de jeugdgezondheidszorg te worden gegeven in georganiseerd verband en met garantie van continuïteit.

Volgens Smits (1980) hebben artsen en wijkverpleegkundigen in principe een persoonlijke en continue relatie met de gezinnen in hun verzorgingsgebied. Sommige klachten, zoals groei problemen bij zeer jonge kinderen, hebben vaak niet alleen een lichamelijke oorzaak (Buschman, 1987). Lichamelijke klachten - aldus Buschman - kunnen verwijzen naar psychosomatische of psychosociale problemen van het kind die mede kunnen ontstaan door invloed van zijn directe omgeving: het gezin waarin het opgroeit. Het is, om continuïteit van zorg te bevorderen van belang dat door hulpverleners de complexiteit van de groei/ontwikkelingsproblemen van zuigelingen en kleuters wordt onderkend en dat samenwerking binnen en buiten het CB-team vanzelfsprekend is. In dit licht bezien, spelen de kennis van de wijkverpleegkundige, verkregen tijdens het afleggen van preventieve huisbezoeken, en die van de huisarts, verkregen bij visite of op het spreekuur, en tenslotte de informatie die ouders naar voren brengen, een belangrijke rol. CB-artsen (niet-huisartsen) kunnen informatie omtrent de leef-situatie van het kind verkrijgen van de wijkverpleegkundige, waarmee de CB-arts samen het consultatiebureau houdt en desgewenst van de huisarts van het kind. De kennis van hulpverleners over het kind en het gezin en de informatie die van de ouders wordt verkregen zijn van belang om kinderen op het CB optimaal te volgen en te begeleiden (Dokter e.a., 1983). Een juist oordeel van hulpverleners over de toestand van het kind kan met behulp van deze kennis en informatie worden vastgesteld. Ze kunnen eventuele signalen en mogelijke ontwikkelingsstoornissen van het kind waarmee ze worden geconfronteerd op

het CB beter plaatsen en interpreteren. Van welke kennis over het kind en zijn/ haar leefmilieu door hulpverleners op het CB gebruik wordt gemaakt en op welke wijze is tot nu toe nauwelijks onderzocht. In de volgende subparagrafen beschrijven we de functie van een landelijk registratiesysteem, het dossier JGZ, en de voor- en nabespreking in het kader van de continuïteit van zorg voor zuigelingen en kleuters. Vervolgens vestigen we de aandacht op het belang van de kennis van hulpverleners omtrent de leefsituatie van het kind en de kennis die van de ouders wordt verkregen in het kader van de continuïteit van de zorg.

2.2.1. Registratie van gegevens

Een belangrijk onderdeel van het onderzoek is de registratie van gegevens die worden verkregen tijdens CB-consulten. Registratie in de zuigelingen en kleuterzorg is een belangrijk facet van een kwalitatief verantwoorde zorgverlening (NK, 1985, 3). Zoals eerder vermeld is één van de adviezen van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) dat er een gestandaardiseerd registratiesysteem dient te komen met een voorgeschreven verslaglegging. Mede daarom is sinds 1985 jaren het dossier Jeugdgezondheidszorg (JGZ) geïntroduceerd op consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters in Nederland. Het dossier JGZ is de opvolger van de drieluikkaart voor zuigelingen-en kleuterzorg die een minder uniforme notatiesysteem kent in vergelijking met het notatiesysteem van het dossier JGZ. De bedoeling van het notatiesysteem is, dat het in één oogopslag laat zien welke items niet gevraagd, onderzocht of verricht zijn en of aandacht gewenst is voor een eventuele afwijking (verantwoording dossier JGZ, NK, 1985). Op den duur zal het dossier JGZ de drieluikkaart geheel vervangen zodat er met één landelijk registratiesysteem voor de gegevens van de zuigelingen en kleuters in Nederland wordt gewerkt. Het landelijk gebruik van het dossier JGZ is nog niet gerealiseerd. Het gebruik van het dossier JGZ wordt momenteel door de Nationale Kruisvereniging geschat op ca. 60% van de consultatiebureaus voor 0-4 jarigen.

Het dossier JGZ is een hulpmiddel om de doelstellingen van jeugdgezondheidszorg, zoals deze door het kruiswerk wordt behartigd, gestalte te geven (NK, 1985, 4). Het dossier is in de eerste plaats bedoeld als steun voor het eigen CB-team bij de begeleiding van het kind in zijn groei en ontwikkeling. Ten tweede kan door het gebruik ervan een bijdrage geleverd worden aan de continuïteit van zorg bij wisseling van CB-team, verhuizing van het gezin en overdracht aan de schoolarts. Tenslotte kan voor epidemiologisch onderzoek een beroep

op deze vorm van registratie gedaan worden. In het dossier JGZ is het herziene van Wiechenschema ten behoeve van psycho-motorische ontwikkelingsonderzoek opgenomen.

Het gebruik van het dossier JGZ sluit aan bij de opvatting van Van Wieringen (1973), die van mening is dat het registratiesysteem in de jeugdgezondheidszorg erop gericht moet zijn een longitudinale sociaal-medische begeleiding van het kind in al zijn ontwikkelingsfasen mogelijk te maken. Daarvoor dient het registratiesysteem landelijk te worden gebruikt. Volgens Schlesinger-Was (1987,13) is de kracht van de jeugdgezondheidszorg het feit dat steeds bij herhaling met behulp van het dossier jeugdgezondheidszorg de vraag 'Is mijn kind gezond?' beantwoord kan worden. Het dossier JGZ biedt derhalve een middel om een uniforme registratie te hanteren en daarnaast ook de mogelijkheid om het kind te volgen in zijn groei en ontwikkeling. Met andere woorden: de longitudinale begeleiding voor zuigelingen en kleuters is niet te realiseren zonder longitudinale registratie. Landelijke uniformiteit bij de registratie van de sociaal-medische gegevens van de kinderen op consultatiebureaus is daarom een voorwaarde om de gezondheid van kinderen te volgen en te begeleiden van geboorte tot in de jonge volwassenheid. Schlessinger-Was (1987, 14) benadrukt verder dat de landelijke uniformiteit bij registratie niet alleen ten goede komt aan overdracht van gegevens - t.b.v. continuïteit van de zorg - maar vooral de eenstemmigheid in de advisering - een belangrijke CB-taak - vergroot.

Het belang van longitudinale registratie wordt door Van Wieringen later zo beschreven (NK kongres, 1988): 'Om van een kind de gezondheidstoestand en eventuele onvolkomenheden of afwijkingen te kunnen beoordelen is een eenmalige observatie onvoldoende. Preventieve jeugdgezondheidszorg valt of staat met een systeem van longitudinale begeleiding'. Ook hij vindt dat landelijke uniformiteit van de medische dossiers een vereiste is, maar uniformiteit van invullen is volgens Van Wieringen een utopie, waar desondanks toch zo veel mogelijk naar moet worden gestreefd. Monne-van Wirdum (1987) constateert dat het instandhouden en bijhouden van het nieuwe registratiesysteem, het dossier JGZ, inspanning, inzet en tijd van hulpverleners vergt. Uit het evaluatieonderzoek van Baart de la Faille-Horst (1988) is gebleken dat de meeste artsen en wijkverpleegkundigen positief oordelen over het dossier JGZ maar dat het invullen ervan meer tijd kost dan van het oude dossier 'de drieluikkaart'.

Indien consultatiebureaus het dossier JGZ gebruiken, beginnen ze bij pasgeborenen. Dat is in de meeste gevallen nog niet zo lang geleden

gestart. Daarom wordt ten behoeve van het onderzoek uitgegaan van de zuigelingenbureaus die met het gebruik van het dossier JGZ ongeveer anderhalf jaar geleden zijn begonnen. Bij het invullen van het dossier JGZ gaat het CB-team uit van de bij het dossier behorende verantwoording (NK, 1985) en de gebruiksaanwijzing (NK, 1985). De mate van de volledigheid bij het registreren van de gegevens van de zuigelingen wordt dan ook binnen ons onderzoek op grond van de richtlijnen bij het invullen van het dossier JGZ bepaald.

2.2.2. Voor- en nabespreking

Ook aan de voor- en nabespreking binnen het CB-team wordt aandacht geschonken binnen dit onderzoek. Hoewel in de literatuur het belang van nabespreking met de teamgenoten vaak wordt benadrukt (LAD, 1980; NVJG, 1985; NK, 1987) wordt echter nergens gespecificeerd welke punten in ieder geval de aandacht in zo'n bespreking verdienen en nog minder welke mogelijke strategieën voor welke problemen worden gevolgd. Het regelmatig houden van voor- en nabesprekingen met de teamgenoten over de bevindingen tijdens de consulten is in het kader van de continuïteit van de zorg van belang. We mogen aannemen dat tijdens zo'n bespreking aandacht gegeven wordt aan bijvoorbeeld de ervaringen van de wijkverpleegkundigen met het huisbezoek. Verder gaan we er van uit dat eventuele problemen van een kind en/of van het gezin waarin het opgroeit aan de orde komen. Daarnaast denken we dat de teamgenoten overleggen over eventuele maatregelen om de besproken problemen op te lossen. Ten behoeve van het onderzoek richten we ons op de gevoerde besprekingen voor en/of na afloop van een CB-zitting. Daarmee hopen we een beeld te krijgen van wat zoal tijdens zo'n bespreking wordt besproken. Tegelijkertijd dragen we bij aan inventarisatie van de tot nu toe ontbrekende kennis.

2.2.3. Kennis van de wijkverpleegkundige omtrent het primaire leefmilieu

Het zorgpakket Jeugdgezondheidszorg/kruiswerk (MGZ, 1984) omvat drie onderdelen t.w.: consultatiebureau, huisbezoek en oudervoorlichting. De wijkverpleegkundige vervult een integrale rol bij het bevorderen van de continuïteit van de zorg. Bij alle drie onderdelen is de wijkverpleegkundige intensief betrokken. Velen (o.a. Smits, 1980; Alkema e.a., 1985; van Thiel, 1988) vinden dat kennis van de wijkverpleegkundigen, verkregen tijdens het afleggen van systematische, preventieve huisbezoeken bij zuigelingen en kleuters, onmisbaar is. Volgens Alkema e.a. (1985) is het voor het goed functioneren van een

consultatiebureau noodzakelijk dat er een duidelijk verband bestaat tussen de huisbezoeken die de wijkverpleegkundige aan de ouders brengt en de bezoeken die ouders met hun kind brengen aan het bureau (vergelijk NK, 1987). Dit sluit aan bij de visie van districtsverpleegkundige De Werk (zie van Thiel, 1988), dat het huisbezoek een wezenlijk onderdeel moet vormen van de Jeugdgezondheidszorg. Het systematisch afleggen van preventieve huisbezoeken aan zuigelingen en kleuters is derhalve zeer belangrijk omwille van de continuïteit van de zorg.

Signalering of onderkenning van mogelijke ontwikkelingsstoornissen is een actueel thema binnen de Jeugdgezondheidszorg (Smits, 1980). De signalering dient - aldus Smits - niet alleen op het kind gericht te zijn maar ook op de leefsituatie waarin het kind verkeert. Een signaleringssysteem richt zich met name op de manier waarop mensen met hun problemen en ziekten omgaan. Het preventief huisbezoek van de wijkverpleegkundigen leent zich hier goed voor. De wijkverpleegkundige krijgt daardoor zicht op welke manier het probleem of de ziekte in stand wordt gehouden en welke functie het vervult in de leefwereld. Verder is Smits (1980) van mening dat het opbouwen van een relatie het centrale punt van het huisbezoek is. Het kind dient het uitgangspunt van gesprek te zijn. Daarnaast kan de wijkverpleegkundige door indirecte vragen een indruk krijgen van de relatie tussen het kind en de ouder(s) en tussen de ouders onderling. De Werk (zie van Thiel, 1988) bevestigt dat men tijdens het huisbezoek veel uit het gedrag van het kind en van de ouder(s) kan opmaken. De Werk is verder van mening dat vele problemen alleen maar in een gesprek thuis kunnen worden besproken. Uit het onderzoek van Swets-Gronert (1983) is gebleken dat door ouders een huisbezoek in de kleutertijd gewaardeerd wordt. Het zijn vooral gedragsproblemen bij kleuters waar de meeste ouders mee zitten. Volgens Smits (1980) kunnen problemen een signalerende betekenis voor de wijkverpleegkundige hebben. Het alarmeert de wijkverpleegkundige dat het kind en/of zijn gezin extra aandacht verdienen. De wijkverpleegkundige bespreekt de bevindingen van een huisbezoek met de arts tijdens de voor- en nabespreking.

2.2.4. Kennis van de arts omtrent de leefsituatie van het kind

Behalve wijkverpleegkundigen hebben ook huisartsen in principe kennis van het kind en zijn/haar leefmilieu. Anders dan bij de wijkverpleegkundigen bestaat de kennis van een huisarts hierover meestal uit curatieve contacten. Een huisarts die consultatiebureau houdt voor kinderen uit eigen praktijk, kan deze kinderen in principe ook op het spreekuur of tijdens de visite thuis zien. De huisarts krijgt der-

halve ook buiten CB-zittingen de gelegenheid kennis op te doen over deze kinderen en van de gezinssituatie waarin deze kinderen opgroeien. Huisartsen en wijkverpleegkundigen hebben, in tegenstelling tot CB-artsen, de mogelijkheid om - persoonlijk - contacten met het kind buiten de CB-consulten te onderhouden. Daarmee hebben ze de gelegenheid om het kind in zijn natuurlijke en sociale omgeving te zien en zondig hulp te verlenen. Het komt ook voor dat een huisarts op het CB kinderen van de collegae ziet (Hamers e.a., 1985; Vorst-Thijssen, 1987). In dat geval is er nauwelijks kennis over het leefmilieu van het kind. CB-artsen kunnen ook voldoende kennis omtrent het kind en zijn gezinssituatie krijgen door in de besprekingen met de wijkverpleegkundige naar de betreffende kinderen te informeren, door de wijkverpleegkundige te vragen een huisbezoek af te leggen en hierover te rapporteren, door het dossier (JGZ) van het kind zorgvuldig te lezen of door informatie in te winnen bij de huisarts van het kind. Net als bij de wijkverpleegkundigen het geval is, is ook de kennis van een arts omtrent het primaire leefmilieu van het kind dat het consultatiebureau bezoekt van belang om de continuïteit van de zorg voor zuigelingen en kleuters te bevorderen. Een ander feit dat in ieder geval niet gunstig voor de continuïteit van de zorg is de mogelijkheid dat een kind een andere arts ziet in de zuigelingen- dan in de kleutertijd. Swaak (1987) meldt dat bij de overgang van het zuigelingen- naar het kleuterbureau in 54 % een wisseling van arts plaats vindt.

2.2.5. Kennis en informatie van de ouders

Ouderschap is tegenwoordig in toenemende mate een bewuste keus. Maar tegelijkertijd komen hedendaagse ouders meer dan vroeger alleen te staan voor de verzorging en opvoeding van hun kinderen. Volgens geneeskundig inspecteur Verbrugge zitten ouders daarom met veel vragen (zie Seysener, 1988). Door het afnemend aantal kinderen per gezin hebben aanstaande ouders te weinig ervaring opgedaan met zorg en opvoeding van jonge kinderen zodat ze, meer dan vroeger, eerder zijn aangewezen op het consultatiebureau (Hessing-Wagner, 1985). Het consultatiebureau fungeert derhalve steeds meer als 'vraagbaak' voor de ouders (o.a. Rasker-Krijgsman, 1978). Ouders komen steeds vaker met vragen en vooral ook met informatie voor de hulpverleners op het CB. Volgens Dokter e.a. (1983) wordt de informatie waarover de ouders beschikken niet voldoende benut. Het groeiboek (1986) waarin ouders ook hun informatie en vragen kunnen vastleggen is hierbij een goed hulpmiddel. Continuïteit van zorg zoals eerder omschreven als: 'Het aansluiten van de geboden zorg bij de individuele zorgbehoefte' op

het CB komt in het gedrang indien de informatie waarover de ouders beschikken niet voldoende tot zijn recht komt.

In het begin van deze eeuw had het CB 'het overleven van het kind' als enige doel (Knapper, 1935). Van Wieringen (1968, 1973) constateert een verschuiving bij de vraag van ouders die het CB bezoeken van aanvankelijk 'Blijft mijn kind in leven?' naar heden ten dage 'Is mijn kind gezond en wel zo gezond mogelijk?'. Een verschuiving in de vraag van ouders heeft tot gevolg een verschuiving in de aandachtspunten van de hulpverleners. Het consultatiebureau moet zich in toenemende mate gaan richten op de (veranderende) behoefte van ouders (Melles-De Haas, 1980). De vraag naar optimale gezondheid houdt in voor de hulpverleners - het zoeken naar aanwezigheid van ziekte en het streven om voorboden en predisponerende condities te ontdekken (Schlessinger-Was, 1987, 13). Dit streven wordt samengevat in 'Vroegtijdige onderkenning van ontwikkelingsstoornissen (VTO)' (zie VTO in evenwicht, 1987). Hierbij dienen ouders steeds meer een gesprekspartner te zijn voor een CB-team (vergelijk Dokter, 1983; Swaak, 1965). Volgens Swaak (1985) is sinds de oprichting van het consultatiebureau een aantal ontwikkelingen aan de gang. Twee daarvan zijn de verschuiving van 'aandacht voor het individuele kind' naar 'aandacht voor het kind als lid van het gezin' en van een 'monoloog van de hulpverlener' naar een 'dialogoog met ouders en kind'. Vanuit de VTO gezien is deze ontwikkeling gunstig te noemen (vergelijk Dokter e.a., 1983). Ouders observeren immers hun kind in de natuurlijke omgeving intensiever dan welke hulpverlener dan ook. Volgens de resultaten van het onderzoek van Rasker-Krijgsman (1978, 124) achten vele ouders zich in staat onderscheid te maken tussen 'binnen de norm' en 'buiten de norm' in de groei en de ontwikkeling van het kind. De kennis en informatie die het CB-team van de ouders verkrijgen is derhalve zeer essentieel bij het signaleren van mogelijke ontwikkelingsstoornissen. Een constructief en intensief contact tussen hulpverleners en ouders is daarvoor de voorwaarde. Dit contact is in de praktijk echter vaak beperkt tot de moeder van het kind (vergelijk MGZ, 1988). Uit het onderzoek van Dowit e.a. (1988) is gebleken dat 92 % van de begeleiders van het kind op het consultatiebureau de moeder is. De kennis en informatie die het CB-team verkrijgt is meestal afkomstig van de moeder van het kind. Dit geldt ook voor de kennis die de wijkverpleegkundige tijdens het huisbezoek opdoet. Het huisbezoek wordt immers in de normale werkuren (9.00 - 17.00 uur) afgelegd. In die tijd zijn de meeste vaders niet thuis. De rol van de moeder is derhalve voor het CB-team belangrijker dan die van de vader. Of de

betrokkenheid van alleen de moeder van het kind voldoende is om inzicht te verkrijgen in de te bespreken problemen blijft vooralsnog de vraag.

De steeds actievere rol van ouders op het CB heeft tot gevolg dat er niet alleen meer vragen worden gesteld maar ook dat dit tijd kost. Volgens het verslag van de Geneeskundige Hoofdinspectie van de Volksgezondheid (1984, 4) heeft de grotere kennis en inspraak van de ouders op het CB geleid tot een langere duur van consulten. De Nationale Kruisvereniging (1987, 28) daarentegen vindt dat dit eerder veroorzaakt is door invoering van nieuwe methoden zoals het van Wiechenschema. Formeel is de normtijd voor zuigelingconsulten nog steeds 8 minuten, voor de kleuterconsulten 11 minuten (Min. van Volksgezondheid en Milieuhygiene, 1981). Deze normtijden worden regelmatig overschreden (MGZ, 1986; Vorst-Thijssen, 1987). In de jaarrapportage van de Nationale Kruisvereniging (NK, 1988) wordt de gemiddelde duur van een consult voor zuigelingen in Nederland op ruim 10 minuten berekend en voor kleuters op ruim 15 minuten. Uit deze jaarrapportage blijkt ook dat de normtijden voor zuigelingen- en kleuterconsulten nooit door een lidinstelling worden gehaald. In het onderzoek komen zowel de kennis en informatie die ouders naar voren brengen tijdens een consult, als de duur van de gegeven consulten van de arts en van de wijkverpleegkundige aan de orde.

2.2.6. Vraagstellingen betreffende de continuïteit van de zorg op het CB

In het voorafgaande is het belang van de continuïteit van zorg ten aanzien van zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau uitvoerig beschreven. Een aantal manieren om de continuïteit van de zorg op het CB te bevorderen is aangegeven, te weten:

- het systematisch en volledig invullen van de gegevens van zuigelingen en kleuters in het dossier jeugdgezondheidszorg conform de richtlijnen van het registratiesysteem;
- het regelmatig houden van voor- en nabespreking met de teamgenoten;
- het benutten van de kennis omtrent het primair leefmilieu en de leefsituatie van het kind verkregen tijdens een preventief huisbezoek door de wijkverpleegkundige, curatieve contacten van de huisarts met het gezin en via de informatie die ouders op het consultatiebureau naar voren brengen.

In paragraaf 2.1.3. hebben we de eerste twee vraagstellingen geformuleerd met betrekking tot de taken en werkwijze van hulpverleners op het consultatiebureau. Met betrekking tot de continuïteit van de zorg formuleren we de derde, de vierde en de vijfde vraagstelling:

3. In hoeverre registreren artsen en wijkverpleegkundigen hun bevindingen tijdens de consultatiebureauzittingen systematisch en volledig volgens de richtlijnen van het registratiesysteem dat zij hanteren?
4. Wordt er systematisch bespreking gehouden voor en/of na afloop van een CB-zitting? Zo ja, worden alle kinderen besproken? Welke onderwerpen komen aan de orde? Worden maatregelen of oplossingen voor de eventuele problemen besproken?
5. Welke kennis en informatie over het kind en zijn/haar sociale omgeving wordt door artsen en wijkverpleegkundigen gebruikt tijdens de CB-zittingen en op welke wijze maken ze gebruik van deze informatie?

ad.5. Informatieverwerkingsproces

Voor het beantwoorden van deze laatste vraagstelling is het noodzakelijk een aantal factoren te specificeren die dit specifieke gedrag (het gebruik maken van informatie) van artsen en wijkverpleegkundigen tijdens de consultatiebureauzittingen beïnvloeden. Binnen de cognitieve sociaal-psychologische theorieën (zie voor een overzicht Markus en Zajonc, 1985) worden de volgende factoren binnen het informatieverwerkingsproces, die relevant zijn voor dit onderzoek, onderscheiden:

1. De aard of inhoud van het 'schema', dat wil zeggen het beeld dat de arts of wijkverpleegkundige zich in de loop der tijd van het kind en diens ouders heeft gevormd. Bijvoorbeeld over de gezondheidstoestand van het kind, de ouder-kind relatie, de manier van omgaan met ziekte en gezondheid in het gezin, is er sprake van een 'risico-gezin', etcetera.
2. De aard of inhoud van de stimulusinformatie. Hiermee bedoelen we de informatie die de ouder naar voren brengt op het consultatiebureau of de informatie die de arts en wijkverpleegkundige krijgen tijdens het periodiek geneeskundig onderzoek van het kind, bijvoorbeeld er wordt een afwijking gesignaleerd.
3. De mate van overeenstemming tussen het 'schema' en de stimulusinformatie, bijvoorbeeld passen eventuele afwijkingen (bijvoorbeeld een te laag gewicht) die op het consultatiebureau worden vastgesteld in het beeld dat de arts of de wijkverpleegkundige van het kind heeft?
4. De toestand van de ontvanger, dat wil zeggen de hoeveelheid kennis

die de arts of de wijkverpleegkundige omtrent het kind en de ouders bezit. Bijvoorbeeld zijn er recent contacten geweest met het kind of het gezin; heeft de huisarts de bevalling geleid. hebben de arts en de wijkverpleegkundige het in de voorbespreking nog gehad over de gezinssituatie, etcetera. Kortom hoe goed kent de arts of de wijkverpleegkundige het gezin.

Om de (relatieve) invloed van bovenbeschreven factoren te onderzoeken onderscheiden we binnen het informatieverwerkingsproces drie fasen, namelijk de begin-, de midden- en de eindfase.

1. De beginfase wordt gekenmerkt door de stimulusinformatie, dat wil zeggen de informatie die wordt verkregen tijdens een consult. Deze informatie kan door de ouder(s) naar voren worden gebracht zoals het refereren aan bepaalde situaties in het gezin. De arts en wijkverpleegkundige kunnen tijdens het consult aan bepaalde informatie komen, er wordt bijvoorbeeld een afwijking in de heup of een lui oog gesignaleerd. De stimulusinformatie wordt in het onderzoek ten aanzien van deze vraagstelling als input-variabele beschouwd.
2. In de middenfase wordt het verwerken van de verkregen informatie beïnvloed door de volgende factoren:
 - De hoeveelheid kennis die de artsen of wijkverpleegkundige omtrent het kind en zijn leefmilieu bezitten.
 - Het beeld dat de artsen of wijkverpleegkundigen zich in de loop der tijd van het kind en zijn leefmilieu hebben gevormd.
 - De mate van overeenstemming tussen dat beeld en de verkregen informatie. De variabelen in deze fase worden door ons als intermediaire variabelen gezien.
3. In de eindfase geven artsen of wijkverpleegkundigen respons op de stimulusinformatie. Daarna zullen ze een bepaalde beslissing nemen aan het eind van het consult. Respons en beslissingen zijn output-variabelen met betrekking tot de vijfde vraagstelling.

Bij **stimulusinformatie** gaan we uit van 'het wel of niet signaleren van afwijkingen/problemen' door de arts, wijkverpleegkundige of de ouder van het kind. Daarnaast kunnen ouders bepaalde informatie tijdens het consult naar voren brengen. We denken aan het refereren aan bepaalde onderwerpen door de ouder(s) zoals: de gezinssituatie, eerder CB-bezoek, huisbezoek van de wijkverpleegkundige, consult/vi-site huisarts of consult specialist.

Bij **kennis** van artsen en wijkverpleegkundigen omtrent het kind en zijn leefmilieu gaan we uit van:

- de mate waarin ze bekend zijn met het kind en zijn ouders;
- de recentheid van de contacten;
- de frequentie van de (in)directe contacten.

Verder wordt **het beeld** dat artsen en wijkverpleegkundigen hebben omtrent het kind, bijvoorbeeld omtrent de mate van gezondheid van het kind en zijn ouders, de kwaliteit van het wonen, de eventuele onzekerheid van de ouders, of er sprake is van een risico-gezin, de ouder-kind relatie en omtrent de manier van omgaan met ziekte en gezondheid, onderzocht.

We gaan er van uit dat een zekere hoeveelheid kennis omtrent een kind en zijn leefmilieu een voorwaarde is om een beeld te hebben over een kind en zijn leefmilieu. Dat houdt in dat kinderen die de arts en/of wijkverpleegkundige nog niet eerder heeft gezien niet in beschouwing worden genomen.

Er is sprake van **overeenstemming** tussen het beeld en de stimulus-informatie indien zowel de stimulusinformatie als het beeld omtrent het kind en zijn leefmilieu positief zijn dan wel dat beide negatief zijn. Bijvoorbeeld er wordt geen afwijking/probleem gesignaleerd (de stimulusinformatie is positief) en het kind wordt gezond gevonden (het beeld omtrent het kind is positief). **Geen overeenstemming** houdt in dat de stimulusinformatie afwijkt van het beeld omtrent het kind en zijn leefmilieu.

Met **respons** bedoelen we dat artsen en wijkverpleegkundigen tijdens CB-zittingen kunnen refereren aan bijvoorbeeld toestand/gezondheid van het kind, ziekte en afwijkingen in de familie, gezinssituatie, eerder CB-bezoek, JGZ-dossier, huisbezoek door wijkverpleegkundige, consult bij of visite door de huisarts en consult specialist.

Tenslotte kunnen de volgende **beslissingen** aan het eind van het consult worden genomen: het maken van de volgende CB-afpraak op schema, het geven van een gericht advies, het bieden van de mogelijkheid om eerder op het CB langs te komen, het maken van de volgende CB-afpraak eerder dan volgens het schema, het plannen van een huisbezoek door wijkverpleegkundige en het verwijzen naar een huisarts of specialist.

Vervolgens worden de mechanismen van het informatieverwerkingsproces zo nauwkeurig mogelijk beschreven (zie schema 2.1).

Schema 2.1:

	1 beeld + wel overeenstemming	-----	respons I_a + beslissing I_b
stimulus + info (geen afwijking)	2 beeld - geen overeenstemming	-----	respons II_a + beslissing II_b
	3 beeld + geen overeenstemming	-----	respons III_a beslissing III_b
stimulus - info (wel afw./probleem)	4 beeld - wel overeenstemming	-----	respons IV_a + beslissing IV_b

Indien er geen afwijking/probleem wordt gesignaleerd, en het beeld omtrent het kind ook positief is, betekent dit dat er sprake is van overeenstemming tussen stimulusinformatie en het beeld van artsen/wijkverpleegkundigen. Gegeven dat feit zullen artsen respons I_a geven en beslissing I_b nemen. We zullen twee voorbeelden geven.

Voorbeeld 1. De arts heeft geen afwijking of probleem gesignaleerd bij een kind. Verder blijkt dat hij/zij een positief beeld heeft omtrent het kind, zowel het kind als zijn leefmilieu zijn gezond. De stimulusinformatie stemt dus overeen met het beeld van de arts omtrent het kind (zie 1). Vervolgens refereert hij/zij aan bijvoorbeeld een eerdere CB-consult dat ook goed was (respons I_a). Er wordt afgesproken dat de ouder gewoon een afspraak kan maken met de wijkverpleegkundige volgens het schema (beslissing I_b).

Voorbeeld 2. De arts heeft tijdens het consult geconstateerd dat het kind niet zo goed groeit. Het gewicht is te laag in vergelijking met de lengte. De arts heeft dus een probleem gesignaleerd. Daarnaast heeft hij een positief beeld van het kind en zijn leefmilieu. De stimulusinformatie stemt derhalve niet overeen met het beeld van de arts omtrent het kind (zie 3). De arts zegt verder dat bijvoorbeeld het oudere broertje van het kind ook vrij licht was. Bovendien is de moeder ook tener (respons IV_a). Er wordt normaal een afspraak gemaakt op schema en tevens wordt de ouder aangeboden om over twee weken langs te komen om het kind te wegen (beslissing IV_b).

2.3. Organisatie van de consultatiebureaus

De consultatiebureaus kunnen als volgt worden onderscheiden:

1. Naar de leeftijd van de gebruiker: de zuigelingen en de kleuters.
We noemen dit verder het **type bureau**.
2. Naar de **organisatievorm**: het CB oude stijl en het CB nieuwe stijl.
3. Naar **samenstelling** van het CB-team: een CB-arts of een huisarts die consultatiebureau houdt met een of meer wijkverpleegkundigen.

2.3.1. Type bureau: zuigelingen- en kleuterbureau

Zoals eerder vermeld zijn de consultatiebureaus gericht op 0-4 jarigen. Daarbij wordt organisatorisch onderscheid gemaakt (NVJG, 1985, 22) tussen:

- het zuigelingenbureau: het CB in principe voor kinderen van 15 maanden en jonger;
- het kleuterbureau: het CB voor kinderen ouder dan 15 maanden tot in principe 4 1/2 jaar.

Volgens de Nationale Kruisvereniging (1987, 16) ligt de overgang van zuigelingen- naar kleuterperiode in het gebied van sommige lidinstellingen op 12 maanden, in andere op 15 maanden. In het herziene van Wiechenschema (zie onder andere het dossier JGZ) wordt uitgegaan van een zuigelingentijd tot en met 15 maanden. De leeftijd waarop een kind voor het eerst het kleuterbureau bezoekt is 18 maanden. Er bestaat ook een combinatie van zuigelingen- en kleuterbureaus, het zogenaamde gemengd bureau. Het aantal gemengde bureaus in Nederland is onbekend.

De aandachtspunten bij zuigelingen kunnen in principe anders zijn dan die bij kleuters. Wanneer hetzelfde onderwerp aan de orde komt, kunnen andere aspecten hiervan voor zuigelingen en kleuters worden besproken.

De frequentie van het CB-bezoek van zuigelingen en kleuters verschilt ook sterk van elkaar. In de zuigelingenperiode komt het kind gemiddeld 10 keer per jaar op het CB. In de kleuterperiode is dit 1 à 2 keer per jaar (NK, 1987). Ter illustratie geven we enkele gebruikte oproepschema's voor zuigelingen en kleuters. De CB-consulten betreffen zowel artsenconsulten als verpleegkundige consulten. Uit schema 2.2 valt te lezen dat niet alleen het totaal aantal CB-bezoeken van de zuigelingen in het eerste levensjaar verschilt, maar ook de leeftijden waarop zuigelingen op het consultatiebureau worden verwacht.

In het algemeen probeert men zo veel mogelijk rekening te houden met het van Wiechenschema voor de zuigelingen. In de laatste kolom wordt een 'gemiddeld' oproepschema weergegeven dat min of meer als standaard oproepschema wordt beschouwd. Dit schema is op een CB-bezoek na op de leeftijd van 5 maanden, gelijk aan van Wiechenschema.

Schema 2.2: De leeftijden waarop het kind het **zuigelingenbureau** bezoekt volgens 5 oproepschema's.

maand	A	B	C	D	E
1	*	-	*	*	*
1 1/2	*	*	-	-	-
2	*	*	*	*	*
3	*	*	*	*	*
4	*	*	-	*	-
4 1/2	-	-	*	-	-
5	*	*	-	*	*
6	*	*	*	*	*
7	-	-	-	*	-
7 1/2	*	*	-	-	-
8	-	-	*	-	-
9	*	*	-	*	*
10	-	-	*	-	-
10 1/2	*	-	-	-	-
11	-	*	-	-	-
12	*	*	*	*	*
15	*	-	*	*	*
totaal	12	10	9	10	8

A = oproepschema van een CB in een regio in Noord-Brabant

B = oproepschema van Leenstra-Rypkema (1974)

C = oproepschema van Rasker-Krijgsman (1978)

D = oproepschema van een CB in een regio in Utrecht

E = 'gemiddeld' oproepschema

Schema 2.3 geeft hetzelfde beeld als schema 2.2. Er is een verschil in de leeftijd waarop het kind voor de eerste keer het kleuterbureau bezoekt. Daarnaast verschilt het totaal aantal keren dat een kind in de kleuterperiode het consultatiebureau bezoekt. De kleuters worden

volgens van Wiechenschema vaker verwacht op het kleuterbureau dan volgens andere plaatsgebonden oproepschema's. Bij de zuigelingenbureaus is dat precies andersom.

Schema 2.3: de leeftijden waarop het kind het **kleuterbureau** bezoekt

jaar	I	II	III	IV
1 1/4	-	-	*	*
1 1/2	*	*	-	-
1 3/4	-	-	-	*
2	*	*	*	-
2 1/4	-	-	-	*
2 1/2	*	-	-	-
3	*	*	*	*
3 3/4	*	-	-	*
4	-	*	*	-
4 1/2	*	-	-	-
totaal	6	4	4	5

I = van Wiechen-schema

II = oproepschema van een CB in Gelderland

III = oproepschema van een CB in Flevoland

IV = oproepschema van een CB in Drente

Er bestaan met andere woorden een aantal verschillende oproepschema's voor zowel zuigelingen als kleuters, die worden gebruikt om het bezoek van kinderen op het CB te plannen.

De frequentie van het CB-bezoek wordt vaak ter discussie gesteld (onder andere Pijnenburg-Dewez, 1986). Er is een zekere twijfel te bespeuren ten aanzien van de efficiëntie en de effectiviteit van het Periodiek Geneeskundig Onderzoek wat ook geldt voor schoolgaande jeugd (Pot, 1973; Huysmann-Rubbingh e.a., 1983; Pijnenburg-Dewez, 1984; Zielhuis, 1985). Jansen (1980) vindt dat het nog ontbreekt aan wetenschappelijk onderzoek naar de frequentie van Periodiek Geneeskundig Onderzoek (PGO) zoals tijdens de CB-zittingen dient te gebeuren. Rijen (1986) vraagt zich af of het zinvol is alle 0-4 jarigen aan een aantal testen te onderwerpen als daardoor slechts zeer weinig probleemgevallen opgespoord worden.

2.3.2. Organisatievorm van het CB: bureau oude en nieuwe stijl

Formeel gesproken bestaan er twee organisatievormen: het bureau nieuwe stijl en het bureau oude stijl. Het bureau nieuwe stijl komt, voor zover bekend, alleen bij het zuigelingenbureau voor. Het aandeel van CB-teams nieuwe stijl is landelijk ca. 27% (NK, 1987). Volgens Swaak (1983) is de taakverdeling tussen de arts en de wijkverpleegkundige verschillend bij de consultatiebureaus oude en nieuwe stijl. Kenmerkend voor het consultatiebureau nieuwe stijl is dat een taakverdeling bestaat tussen de arts en de wijkverpleegkundige in een systeem van altemeer en afzonderlijk doen van consulten c.q. bepaalde onderdelen van consulten (NK, 1987, 22).

Op de consultatiebureaus oude stijl is er **altijd** sprake van een **artsenbureau**. De wijkverpleegkundige houdt in de regel geen zelfstandig bureau voor de kinderen of een deel ervan. Bij het artsenbureau zien ouders en kinderen altijd de arts en de wijkverpleegkundige, die soms samen in een spreekkamer zitten. Wanneer de wijkverpleegkundige samen met de arts in de spreekkamer zit dan maakt ze het hele consult van elk kind mee. De wijkverpleegkundige neemt in principe deel aan het gesprek met de ouders. Het aandeel van de wijkverpleegkundige in het gesprek hangt waarschijnlijk af van de mate waarin sprake is van goede samenwerking met de arts. Het meten en wegen van het kind wordt meestal buiten de spreekkamer door een hulpkracht gedaan. De wijkverpleegkundige die niet samen in een spreekkamer met de arts zit, verblijft meestal in de zogenaamde boxenkamer (kleedkamer), die vaak tevens als wachtruimte fungeert. De CB-taken van deze wijkverpleegkundige bestaan meestal uit het meten, wegen en bespreken van de groeicurven, het maken van een afspraak en het onderhouden van goede relaties met CB-gebruikers.

Op de bureaus nieuwe stijl is er sprake van het artsenbureau **naast** het (gedeeltelijke) **verpleegkundigbureau**.

De ruime definitie van het CB nieuwe stijl is terug te vinden in de verschillende vormen waarin CB-teams het bureau nieuwe stijl organiseren. In het verslag van de Geneeskundige Hoofdinspectie (1982, 5) is reeds melding gemaakt van het ontbreken van een uniforme definitie.

In totaal nemen we drie varianten waar:

1. De arts en de wijkverpleegkundige houden **beurtelings** consultatiebureau. De kinderen komen op tijdstip 1 bij de arts (artsenbureau) en op tijdstip 2 bij de wijkverpleegkundige (verpleegkundig bureau). Kenmerkend van deze variant is dat de arts niet aanwezig is op het CB van het verpleegkundig bureau.

2. De arts en de wijkverpleegkundige houden gelijktijdig consultatiebureau voor **verschillende** kinderen en ze zitten in aparte ruimten. Er is een groep kinderen die naar de arts gaat (artsenbureau) en een andere groep komt voor de wijkverpleegkundige (verpleegkundig bureau). Bij deze variant is de arts tijdens het verpleegkundig bureau ook bereikbaar om zonodig direct te worden geconsulteerd.
3. De arts en de wijkverpleegkundige houden gelijktijdig consultatiebureau voor **dezelfde** kinderen, maar zitten in aparte spreekkamers. Het consultatiebureau wordt meestal zo georganiseerd dat alle kinderen eerst naar de wijkverpleegkundige gaan, daarna gaan ze ook naar de arts toe. Er is dus sprake van artsenbureau èn (gedeeltelijk) verpleegkundig bureau voor dezelfde kinderen.

Bij de eerste en tweede variant kan het CB-team onderstaande oproepschema's gebruiken (zie schema 2.4).

Bij de derde variant gaan alle kinderen naar de wijkverpleegkundige en de arts in aparte ruimten. Derhalve komt zowel bij de arts als bij de wijkverpleegkundige een sterretje voor. Of deze laatste variant altijd bij elk CB-bezoek van kinderen op een zuigelingenbureau wordt toegepast, is niet bekend. Evenmin is bekend hoe vaak deze variant in de zuigelingentijd voorkomt en op welke leeftijden.

Er zijn daarnaast ook andere combinaties mogelijk: namelijk de combinatie van de eerste en de derde variant en die van de tweede en de derde variant.

Schema 2.4: Het oproepschema van drie zuigelingenbureaus 'nieuwe stijl'

maand	CB 1		CB 2		CB 3	
	A	W	A	W	A	W
1	*	-	*	-	*	-
1 1/2	-	*	-	-	-	-
2	*	-	-	*	-	*
2 1/2	-	*	-	-	-	-
3	*	-	*	-	*	-
4	-	*	-	*	-	*
5	-	*	*	-	-	*
6	-	-	-	-	*	-
6 1/2	*	-	-	*	-	-
7 1/2	-	-	-	-	-	*
8	-	*	*	-	-	-
9	-	-	-	-	*	-
9 1/2	*	-	-	-	-	-
10	-	-	-	*	-	-
10 1/2	-	-	-	-	-	*
11	-	-	-	-	-	-
12	-	*	*	-	*	-
14	*	-	*	-	-	-
totaal	6	6	6	4	5	5

CB 1 = consultatiebureau in Noord-Holland

CB 2 = consultatiebureau in Flevoland

CB 3 = consultatiebureau in Drente

Tenslotte wordt de eerste variant van het CB nieuwe stijl 'de arts en de wijkverpleegkundige houden CB beurtelings' op 2 manieren georganiseerd. Als er sprake is van een **artsenbureau** dan is:

1. de wijkverpleegkundige **niet** aanwezig in de spreekkamer. De wijkverpleegkundige verblijft dan meestal in de kleedkamer om de kinderen te ontvangen, te meten en te wegen. Gedurende de CB-zittingen kan een aantal ouders tegelijkertijd in de kleedkamer aanwezig zijn. De kleedkamer fungeert als wachtruimte en met de ouders van de kinderen maakt de wijkverpleegkundige meestal een praatje. Een wijkverpleegkundige noemt dit een sociale babbel.
2. de wijkverpleegkundige **wel** in de spreekkamer van de arts aanwezig. Er is meestal een tweede kracht (wijkverpleegkundige, wijkziken-

verzorgende of hulpkracht) bij die de kinderen en hun ouders in de kleedkamer ontvangt. Het kind wordt meestal ook daar gemeten.

Bovenstaande samenvattend wordt het CB nieuwe stijl verschillend geïnterpreteerd en uitgevoerd. Ook al rekenen hulpverleners hun consultatiebureau tot dezelfde organisatievorm (bijvoorbeeld nieuwe stijl), dan nog kunnen ze een andere inhoud eraan geven (eerder beschreven varianten). Het omgekeerde kan ook het geval zijn, namelijk dat CB-teams van mening kunnen verschillen over wat het consultatiebureau nieuwe stijl inhoudt. Dientengevolge noemt het ene CB-team hun bureau wel nieuwe stijl en het andere team niet. Dit kan bijvoorbeeld het geval zijn bij de derde variant van het CB nieuwe stijl.

Omdat het artsenbureau het uitgangspunt is van het onderzoek, is het onderscheid CB nieuwe of oude stijl niet zonder meer te hanteren voor ons onderzoek. We zullen een werkdefinitie formuleren die aansluit bij de bedoeling van het bureau nieuwe stijl. Het consultatiebureau nieuwe stijl is immers opgezet, behalve om het tekort aan artsen op te lossen (Landheer 1969), ook om de betrokkenheid van de wijkverpleegkundige bij de zorg voor zuigelingen en kleuters te vergroten c.q. optimaal te benutten (onder anderen Swaak, 1968; Leenstra-Rijkema, 1974; Bouvy-Verbeeten, 1975). Onze werkdefinitie van het bureau nieuwe stijl is: 'het feit of de wijkverpleegkundige bij een artsenbureau wel of niet (een deel van) het consult geeft in een aparte spreekkamer'. Een voordeel van deze werkdefinitie is dat die ook bij het kleuterbureau kan worden toegepast. Om de reeds beschreven verwarring over de definitie van het CB nieuwe stijl te voorkomen, nemen we verder ten behoeve van het onderzoek afstand van deze terminologie.

2.3.3. Samenstelling van het CB-team

Artsen en wijkverpleegkundigen houden samen consultatiebureau voor zuigelingen en/of kleuters. Het CB-team bestaat uit een arts en één of meer wijkverpleegkundigen (Infomap, NK, 1987). Wanneer een arts met meer dan één wijkverpleegkundige samenwerkt, wordt één wijkverpleegkundige vaak vervangen door een wijkziekenverzorgende of een hulpkracht. Hoewel de betrokkenheid van de wijkverpleegkundige in de laatste jaren met name bij het CB nieuwe stijl is toegenomen (NK, 1987), en de wijkverpleegkundige mede daardoor steeds meer een gelijkwaardige plaats heeft naast de arts (GHI, 1982; vergelijk v.d. Lisdonk e.a. 1980; Castelijns, 1983), gaat men er doorgaans vanuit dat de arts de leiding heeft op het consultatiebureau (Rasker-Krijgs-

man, 1978; Jansen, 1980; Swaak, 1986).

Nederland telde in 1984 ongeveer 2.740 CB-teams voor zuigelingen en 2.600 voor kleuters (NK, 1987). De artsen die consultatiebureau houden zijn CB-artsen*, huisartsen, kinderartsen of jeugdartsen. Huisartsen en CB-artsen hebben samen het grootste aandeel in de consultatiebureauconsulten voor de zuigelingen (82%) en kleuters (88%). Het aandeel van de CB-artsen is bij de zuigelingenconsulten (49%) en vooral name bij kleuterconsulten (70%) groter dan dat van de huisartsen (NK, 1987).

Om een goed beeld van de handelingen en de werkwijze van de CB-teams tijdens CB-zittingen te krijgen, moeten we in ieder geval beide groepen artsen in het onderzoek betrekken.

De CB-werkzaamheden zijn voor de huisartsen extra-taken naast hun praktijk. De meeste huisartsen doen in eerste instantie het CB voor kinderen uit de eigen praktijk (Hamers & Boerma, 1984; Vorst-Thijssen, 1987). De tijdsinvestering in het CB is van de huisartsen aanzienlijk kleiner dan die van de CB-artsen. Uit het onderzoek van Vorst-Thijssen (1987, 63) blijkt dat de meeste huisartsen die consultatiebureau houden minder dan vijf uur per maand aan zuigelingen- (76%) en kleuterbureaus (79%) besteden. De meeste CB-artsen besteden meer dan 10 uur per maand hieraan, terwijl de helft van de onderzochte CB-artsen 15 à 20 uur per maand werkzaamheden voor de kleuter- en zuigelingenbureaus verricht. Van de wijkverpleegkundigen besteedt 62% tussen de 5 en 15 uur per maand aan zuigelingenbureaus terwijl 60% van de wijkverpleegkundigen minder dan vijf uur besteedt aan kleuterbureaus.

Uit het bovengenoemde onderzoek is ook gebleken dat de huisartsen niet alleen minder vaak CB-zittingen houden dan CB-artsen, maar ze zien ook minder kinderen per CB-zitting dan CB-artsen (Vorst-Thijssen, 1987, 56-60). Dit alles is begrijpelijk omdat zoals eerder vermeld de meeste huisartsen CB houden voor de kinderen uit eigen praktijk terwijl CB-artsen niet aan een bepaalde praktijk verbonden zijn.

Aan de CB-artsen en de huisartsen werd door Vorst-Thijssen (1987) ook gevraagd of ze een specifieke opleiding voor CB-werkzaamheden hebben gevolgd. Slechts 20% van de onderzochte huisartsen heeft een CB-

* CB-artsen zijn artsen die uitsluitend consultatiebureauwerkzaamheden verrichten en die meestal de applicatiecursus voor CB-werk hebben gevolgd en vaak in dienst zijn van een (provinciale) kruisorganisatie (vergelijk Hessing-Wagner, 1985).

cursus, via een applicatiecursus JGZ of via een specifieke huisartsopleiding, gevolgd. Van de CB-artsen heeft 73% een speciale opleiding gevolgd, ruim 45% van de CB-artsen heeft de applicatiecursus voor CB-werk gevolgd. Ruim een vijfde deel van de onderzochte CB-artsen heeft de opleiding jeugdarts (bijna) afgerond. Een gering aantal van de CB-artsen (4%) heeft de opleiding kindergeneeskunde voltooid. Van de wijkverpleegkundigen heeft 62% een voor dit beroep gerichte MGZ-opleiding (maatschappelijke Gezondheidszorg) gevolgd, 24% heeft een hogere beroepsopleiding voor verpleegkundige (HBO-V) gevolgd.

3. OPZET EN VERLOOP VAN HET ONDERZOEK

3.1. Operationalisatie van de vraagstellingen

De afhankelijke variabelen in het onderzoek zijn afkomstig uit drie bronnen:

- handelingen van hulpverleners tijdens CB-consulteren zoals afnemen van anamnese, verrichten van lichamelijk onderzoek, volgen van groei, geven van GVO e.d. (zie par. 2.1.2);
- besproken onderwerpen/strategieën tijdens voor/nabesprekingen;
- ingevulde gegevens in het dossier JGZ.

Voor wat betreft de onafhankelijke variabelen gaan we uit van gegevens die zijn beschreven in paragraaf 2.3. namelijk gegevens die gebonden zijn aan een bepaald consultatiebureau of aan een bepaalde hulpverlener alsmede van gegevens die meer gebonden zijn aan een CB-gebruiker (kind/ouder).

De onafhankelijke variabelen zijn derhalve in drie groepen te onderscheiden:

1. 'CB-gebonden' variabelen zoals het type bureau (zuigelingen- en kleuterbureau), samenstelling van het CB-team (een huisarts of een CB-arts die samen met een wijkverpleegkundige het CB-team vormt) en het wel of niet geven van (een deel van) het consult door de wijkverpleegkundige.
2. De 'hulpverlener-gebonden' variabelen zoals aantal jaren ervaring in het houden van consultatiebureaus, totaal aantal CB-uren per maand en de verstreken tijd sinds de laatste gevolgde nascholing op dit terrein.
3. De 'kind/consult-gebonden' variabelen zoals wel of niet een buitenlands kind, wel of niet een regulier CB-consult, wel of niet het eerste kind in het gezin en de duur van het consult.

Kinderen van niet-nederlandse ouder(s) categoriseren we als buitenlands. Dit is van belang in verband met eventuele culturele verschillen die invloed kunnen hebben op de verzorging en opvoeding (verantwoording JGZ, 1985). Ook worden de geadopteerde kinderen van nederlandse ouders als buitenlands gekenmerkt. Dit laatste is van belang vanwege de eventuele kans op uitheemse ziekten.

Een regulier CB-consult wordt als volgt gedefinieerd: een consult dat gepland is overeenkomstig een bepaald oproepschema. Het kind wordt dus niet voor een specifiek probleem/doel (de prik, achterstand in

een bepaalde ontwikkeling) gevraagd op het consultatiebureau te komen.

3.2. Onderzoeksmethoden

Omdat het de bedoeling is de taken en werkwijze van CB-teams zo volledig mogelijk in kaart te brengen hebben we video-observatie als hoofdonderzoeksmethode gekozen, dat wil zeggen van in totaal 36 CB-teams is een consultatiebureauzitting (inclusief de voor- en nabespreking) met behulp van een videocamera opgenomen. Voor het observeren van deze videobanden hebben we een **observatieprotocol** ontwikkeld. Deze gegevens zijn gebruikt ter beantwoording van vraagstelling 1,2,4 en vraagstelling 5. Om de kennis en het beeld omtrent het kind - ten behoeve van vraagstelling 5 - te meten hebben we een **vragenlijst voor de arts** en een **vragenlijst voor de wijkverpleegkundige** in te vullen per kind, samengesteld.

Ten behoeve van de derde vraagstelling 'de mate van volledigheid bij registratie van gegevens op het CB' is een ander meetinstrument, het **dossieronderzoek**, ontwikkeld.

Tenslotte hebben we achtergrondgegevens nodig over het CB en het CB-team. Hiervoor is een **lijst met aanvullende gegevens** gemaakt.

Bij het ontwikkelen van de meetinstrumenten ten behoeve van het onderzoek hebben we enkele bezoeken afgelegd bij verschillende consultatiebureaus. De CB-bezoeken hadden in eerste instantie ten doel een algemene indruk te krijgen van het functioneren van het CB. In een later stadium waren de CB-bezoeken van belang om de voorlopige meetinstrumenten (dossieronderzoek, vragenlijsten) te testen. Van twee CB-zittingen hebben we, met behulp van een videorecorder, 18 proefconsulten opgenomen. Aan de hand van deze proefconsulten is het observatieprotocol uitgewerkt.

Alvorens de ontwikkelde meetinstrumenten apart worden beschreven vestigen we eerste de aandacht op de voor- en nadelen van observatie als onderzoeksmethode.

3.2.1. Video-observatie

Ten behoeve van observatieonderzoek op het consultatiebureau zijn we uitgegaan van de gehele consultatiebureauzitting inclusief de eventuele voor- en nabespreking. Observatie van op videoband opgenomen CB-consulten heeft een aantal voordelen boven andere onderzoeksmethoden zoals bijvoorbeeld een enquête, maar er kleven ook een aantal nadelen aan.

Tot de voordelen van observatie kan het volgende worden gerekend: Door middel van video-observatie wordt het probleem voorkomen dat vaak bij schriftelijke vragenlijsten aanwezig is namelijk het verschil tussen wenselijkheid en werkelijkheid bij het beantwoorden van vragen over de uitvoering van CB-taken (vergelijk van Bussschbach, 1986). Daarnaast berusten de verkregen onderzoeksgegevens niet op het geheugen van de respondenten. Geheugenvervalsingen spelen dan geen rol (Kerkstra, 1985).

De verzamelde onderzoekgegevens betreffen de volledige uitvoering van CB-taken tijdens de CB-zittingen en niet alleen van bepaalde specifiek gevraagde CB-taken. Daarmee wordt volledig inzicht verkregen in de taken en werkwijze van de hulpverleners op het consultatiebureau, een belangrijke doelstelling van het onderzoek.

Naast voordelen kent de observatiemethode een aantal beperkingen:

De gegevens die door middel van video-observatie worden verkregen kunnen vertekend zijn omdat hulpverleners op het CB zich wellicht niet op hun gemak voelen, met name bij de eerste consulten, of omdat ze juist heel erg hun best doen. Dit is echter uit het onderzoek niet (zichtbaar) gebleken. Onze indruk is dat CB-consulten ongeacht de volgorde in tijd even 'natuurlijk' overkomen. Wellicht speelt bij een CB-consult een rol dat de meeste kinderen die op het consultatiebureau komen gezond zijn te noemen. Kinderen met ernstige afwijkingen komen doorgaans niet op het CB (Swinkels, 1985).

Een ander punt is dat video-observatie door verschillende personen een zeker observatoreneffect met zich mee kan brengen. Door een intensieve observatie-training voorafgaand aan de definitieve observatie ten behoeve van het onderzoek zijn individuele verschillen tussen observatoren en verschillen van een observator op verschillende tijdstippen sterk gereduceerd.

Tenslotte is video-observatie zeer tijdrovend zodat het praktisch onmogelijk is om een groot aantal waarnemingen te doen zoals bij een vragenlijst als onderzoeksmethode wel het geval is.

Observatieprotocol

Bij het opstellen van het observatieprotocol is in eerste instantie uitgegaan van de door de NVJG (1985) vastgestelde taakomschrijving. Bij de invulling van bepaalde CB-taken is tevens andere literatuur geraadpleegd zoals het Nederlands leerboek voor de Jeugdgezondheidszorg (Schuil e.a, 1987), de informatiemap van het CB-team, een uitgave van de Nationale Kruisvereniging (1987), het dossier JGZ en het groeiboek (1986). In het werkboek bij het herziene van Wiechenschema,

uitgegeven door de Kruisvereniging West-Overijssel (1983) wordt de uitvoering van het psycho-motorisch onderzoek nauwkeurig beschreven, inclusief het hanteren van het onderzoeksmateriaal. Op de videobanden 'Kinderen in ontwikkeling, deel 2 en 3', gemaakt door de audio-visuele dienst van de Fakulteit Sociale Wetenschappen van de RUU (1985) wordt gedemonstreerd op welke wijze het onderzoek naar psycho-motorisch ontwikkeling van 0-4 jarigen dient te worden uitgevoerd.

De ontwikkeling van het observatieprotocol tot de definitieve vorm (zie bijlage 1), kende verschillende fasen. In de eerste fase hebben we alle taken en handelingen die op het CB verricht kunnen worden geïnventariseerd. De eerste versie van het observatieprotocol was ook zeer uitgebreid en gedetailleerd en omvatte veel pagina's. Daarna hebben we getracht vergelijkbare handelingen in dezelfde rubriek onder te brengen waardoor het observatieprotocol flink ingedikt werd. Verder hebben we een aantal categorieën opengelaten en worden deze tijdens het observeren - indien ze voorkomen - genoteerd. Het observatieprotocol kent derhalve twee soorten gegevens: gegevens met gesloten en gegevens met open antwoordcategorieën.

Het observatieprotocol ziet er als volgt uit (zie ook bijlage 1): Het grootste deel van de eerste bladzijde vormt een compacte weergave van een aantal CB-taken te weten anamnese, lichamelijk onderzoek, volgen van groei en psycho-motorische ontwikkeling.

Horizontaal worden 16 verschillende handelingen onderscheiden:

- 1 vraagt info
- 2 geeft info
- 3 ontlokt reactie/reageert
- 4 signaleert een afwijking/probleem
- 5 bespreekt groeicurven/items van Wiechenschema
- 6 refereert aan toestand/gezondheid kind
- 7 refereert aan ziekte/afwijking in de familie
- 8 refereert aan gezinssituatie
- 9 refereert aan/raadpleegt dossier (JGZ)
- 10 refereert aan huisbezoek wijkverpleegkundige
- 11 refereert aan eerder CB-bezoek
- 12 refereert aan consult/visite huisarts
- 13 refereert aan consult specialist
- 14 geeft/vraagt uitslag
- 15 geeft/vraagt advies
- 16 verwijst

Deze handelingen kunnen betrekking hebben op de volgende aandachtspunten:

- I medisch algemeen, verder gespecificeerd naar delen van het lichaam
- II voeding
- III gedragsontwikkeling
- IV sociaal gedrag
- V leefmilieu
- VI volgen van groei (gewicht, lengte, hoofdomtrek)
- VII van Wiechenschema

De meeste gegevens kunnen betrekking hebben op afzonderlijk de arts, de wijkverpleegkundige, de ouder(s), dan wel beide hulpverleners of alle gesprekpartners.

Verder is er ruimte voor de gedetailleerde beschrijving van volgende CB-taken:

- lichamelijk onderzoek (zie bijlage 1, p.4). Het lichaam wordt verder analoog aan het dossier JGZ in vier groepen onderverdeeld: hoofd, romp, heupen/ledematen en overige zoals huid e.d. Op dit blad is genoteerd wie welk deel van het lichaam onderzoekt en welke problemen daarbij worden besproken.
- de psycho-motorische ontwikkeling (zie bijlage 1, p. 3) is met behulp van het herziene van Wiechenschema geheel opgenomen in het observatieprotocol. Dit schema heeft 37 items voor zuigelingen en nog eens 39 items voor de kleuters. Daarbij wordt gescoord wie een bepaald onderzoeksitem verricht cq bespreekt. Er is ook ruimte om de eventuele besproken problemen te noteren.
- ten aanzien van andere onderwerpen/aandachtspunten namelijk voeding, gedragsontwikkeling, sociaal gedrag, leefmilieu en volgen van groei is een apart blad gereserveerd (bijlage 1, p.2). Genoteerd wordt de specifieke onderwerpen/problemen die tijdens een consult aan de orde komen. Bij voeding bijvoorbeeld kan de hoeveelheid, soort, kwaliteit, tijdstip, duur van de voeding worden besproken.
- Op het eerste blad van het observatieprotocol zijn ook nog andere rubrieken opgenomen zoals: het JGZ-dossier, immunisatie, einde consult, duur consult en voor- en nabespreking.

Indien het kind besproken wordt tijdens de voor- of nabespreking, wordt het bij 'besproken probleem/onderwerp' genoteerd, bijvoorbeeld 'een driftig kind'. Wanneer het CB-team een strategie bepaalt om het probleem op te lossen, bijvoorbeeld 'huisbezoek door wijkverpleeg-

kundige' wordt dit ook genoteerd.

Bij het gebruik van het observatieprotocol in het onderzoek diende de observator de hiervoor gemaakte toelichting (bijlage 1) te raadplegen.

Training van de observatoren.

Omwille van de betrouwbaarheid bij het observeren van de CB-consulten hebben twee observatoren een intensieve training gehad (vergelijk Verhaak, 1986). Daarbij hebben ze drie oefenzittingen gehad om de observatorbetrouwbaarheid te bepalen. Hiervoor zijn proefconsulten (in totaal 18) gebruikt.

Betrouwbaarheid is een maat die uitdrukt in hoeverre een meting constant blijft wanneer deze herhaald wordt onder omstandigheden die constant geacht worden (Kaplan, 1964, 200). Betrouwbaarheid bij video-observatie wordt meestal vertaald in de mate waarin overeenstemming wordt bereikt tussen twee observatoren, of van een observator op twee verschillende tijdstippen op een dezelfde variabele. Meestal wordt daarvoor Cohens Kappa berekend (vergelijk Swanborn, 1984). Cohen (1960) heeft een statistische maat (kappa) voor de mate van overeenstemming tussen observatoren ontwikkeld die corrigeert voor overeenstemming die op toeval berust. In deze maat wordt de proportie overeenstemming die op basis van kans verwacht mag worden, verwijderd.

Kappa is 0 als de verkregen overeenstemming gelijk is aan de overeenstemming volgens toeval en 1 is als er volledige overeenstemming bestaat tussen observatoren. Kappa wordt vooral gebruikt bij observatie-onderzoek naar menselijke gedragingen waarin de variabelen op nominaal niveau worden gemeten (vergelijk Gilson e.a., 1984; Kerkstra, 1985). Een Kappa van .70 of hoger wordt doorgaans beschouwd als indicatie voor voldoende betrouwbaarheid van de observatiecategorien (inter/intraobservator betrouwbaarheid) (vergelijk Soeken e.a., 1986).

Na afloop van elke oefenzitting zijn steeds kappa's berekend van zo veel mogelijk categorieën van het observatieprotocol. Problemen bij observatiecategorien die lage kappa's opleverden, werden uitvoerig besproken. Dit leidde tot duidelijker afspraken wanneer een categorie wel en wanneer niet moet worden aangekruist.

Daarnaast is tevens de lay-out van het observatieprotocol aangepast ten einde zo min mogelijk vergissingen bij het scoren te maken en een zo efficiënt mogelijke werkwijze te bevorderen. Dit laatste is bereikt door het aantal pagina's van het observatieprotocol zodanig te reduceren dat er nog nauwelijks 'gebladerd' hoeft te worden. De

proefconsulten zijn in de laatste proefzitting opnieuw geobserveerd en gescoord en de kappa's zijn berekend, met het volgende resultaat: Voor 77% van de in totaal 148 categorieën van het observatieprotocol varieerde de interobservator betrouwbaarheid van 0.75 tot 1.00. Van 23% van de categorieën was kappa lager dan 0.75. Dit werd soms veroorzaakt doordat de betreffende categorieën heel weinig voorkwamen, waardoor één keer geen overeenstemming tussen de observatoren een grote invloed heeft op de kappa. Na de laatste aanpassingen in de lay-out van het observatieprotocol is dit de definitieve versie geworden.

Betrouwbaarheid van het observatieprotocol.

Voor het bepalen van de mate van overeenstemming bij observatie in het onderzoek gaan we uit van ongeveer 10% van het totaal aantal consulten.

Tabel 3.1 geeft de resultaten van de totale kappa's van het hoofddeelte van het observatieprotocol. Het betreft de betrouwbaarheid tussen observator A en observator B (van in totaal 40 consulten) en van elke observator (20 consulten) op twee verschillende tijdstippen. Bij de berekening van kappa's zijn we uitsluitend uitgegaan van categorieën die in de betrokken consulten voorkomen. Categorieën komen niet voor indien ze zowel door de observator A als observator B niet zijn gescoord.

Tabel 3.1: Cohen's Kappa als maat voor interobservator betrouwbaarheid van de observator A en B (kolom I), intraobservator betrouwbaarheid van de observator A (kolom II) en de intraobservator betrouwbaarheid van de observator B (kolom III)

	I			II			III		
	A	O	W	A	O	W	A	O	W
- vraagt info	.97	.88	.97	.96	.98	.87	.94	.87	.83
- geeft info	.93	.94	.81	.93	.96	.93	.86	.92	.80
- ontlokt reactie/ reageert	.62	.58	.38	.69	.83	.88	.40	.50	.10
- signaleert afwijking/ probleem	.96	.99	1.0	1.0	.97	1.0	1.0	.92	-
- bespreekt groei- curve/item	.93	.94	.93	.93	1.0	1.0	.97	.83	.79
- ref. aan toestand gezondheid kind	.73	.88	-	.87	.91	.88	.73	.76	.67
- ref. aan ziekte/ afw. in familie	-	.95	-	1.0	1.0	-	-	.75	-
- ref. aan gezins- situatie	.75	.92	1.0	.75	.90	1.0	.69	.89	.40
- ref. aan/raad- pleegt dos. JGZ	.70	-	1.0	.85	-	-	.91	-	.67
- ref. aan huisbe- zoek w.v.	-	.50	1.0	-	-	1.0	-	1.0	1.0
- ref. aan eerder CB-bezoek	.80	.73	1.0	1.0	.86	1.0	.95	-	.79
- ref. aan consult/ huisbezoek HA	.80	1.0	-	1.0	.86	-	1.0	1.0	-
- ref. aan consult specialist	1.0	.86	-	.86	1.0	1.0	.84	1.0	-
- geeft/vraagt uitslag	.94	.50	-	.88	.67	-	.94	.50	-
- geeft/vraagt advies	.90	.73	.87	1.0	.89	1.0	.83	.67	.75
- verwijst	1.0	-	-	-	-	-	1.0	-	-

Uit tabel 3.1 valt te lezen dat de categorie 'ontlokt reactie/rea-geert' het heel slecht doet. Gezien de lage kappa's hechten we derhalve niet te veel waarde aan de resultaten van deze categorie. Twee andere categorieën die betrekking hebben op de ouder leveren ook lage kappa's. Het betreft categorie 'refereert aan huisbezoek wijkverpleegkundige' en categorie 'vraagt uitslag door de ouder'. Toch ligt het niet helemaal aan deze categorieën, daar de kappa's van dezelfde categorieën die betrekking hebben op de arts of de wijkverpleegkundige juist erg goed zijn te noemen.

Geheel genomen kan worden geconstateerd dat de interobservator betrouwbaarheid tussen observator A en observator B bij het gebruik van het ten behoeve van dit onderzoek ontwikkelde observatieprotocol redelijk tot zeer goed te noemen is. Zes kappa's bereiken zelfs de hoogste waarde (1), dat wil zeggen dat ten aanzien van deze categorieën volledige overeenstemming bestaat tussen de observatoren.

De intraobservator betrouwbaarheid van observator A op twee tijdstippen en die van observator B zijn eveneens in tabel 3.1 weergegeven. Om praktische redenen hebben we ons bij de berekening van de kappa's voor de intraobservator betrouwbaarheid beperkt tot het zelfde aantal consulten als voor de interobservator betrouwbaarheid echter verdeeld over twee observatoren. De kappa's die hiervoor berekend zijn geven een goed beeld in die zin dat bij beide observatoren geen grote verschuivingen in de loop der tijd (5 maanden) is opgetreden. Dit geldt in sterkere mate voor observator A en in minder sterkere mate voor observator B. Ook bij deze laatste betreft het met name dezelfde categorie die bij de interobservator betrouwbaarheid ook betrekkelijk lage kappa's oplevert. Verder zijn er nog twee kappa's die laag te noemen zijn. Dit betreft de categorie 'refereert aan gezinssituatie' die betrekking heeft op de wijkverpleegkundige en de categorie 'vraagt/uitslag' die betrekking heeft op de ouder. Desondanks kan over het algemeen worden geconstateerd dat de betrouwbaarheid van het door ons gehanteerde observatieprotocol voldoende tot goed te noemen is.

3.2.2. Dossieronderzoek

Het dossieronderzoek wil zeggen het onderzoek naar de mate van volledigheid van registratie in het dossier jeugdgezondheidszorg (JGZ) door het CB-team. Het gaat ons daarbij niet zo zeer om de inhoud van het dossier JGZ maar om het meten van de volledigheid bij registratie en wel conform de gebruiksaanwijzing van het dossier JGZ (1985). Onze vragen in het formulier ten behoeve van het dossieronderzoek luiden

dan ook meestal (zie bijlage 2):

- Is een bepaald onderwerp wel of niet ingevuld? Het betreft open vragen in het dossier JGZ. Het antwoord dat door ons is genoteerd kan ja of nee zijn.
- Of is het ronde vakje (O) van de items in het dossier JGZ (die daarvan voorzien zijn) aangestreept, opengelaten of zwartgemaakt? De arts en wijkverpleegkundige dienen het vakje aan te strepen indien het betreffende item wel nagevraagd is maar verder geen bijzonderheden zijn, opengelaten indien nagelaten is het item na te vragen of zwartgemaakt indien het item van toepassing is of extra aandacht verdient. Bij de laatste mogelijkheid dienen ze bovendien ook bijzonderheden te vermelden.

Bij het ontwikkelen van dit tweede meetinstrument hebben we rekening gehouden met de aard van de in te vullen gegevens in het dossier JGZ. Ze zijn in drie groepen te verdelen:

1. De gegevens die in principe bij ieder kind ingevuld dienen te worden door het CB-team. Bijvoorbeeld de naam en de geboortedatum van het kind. Het al dan niet invullen van zulke gegevens telt altijd mee bij het vaststellen van de mate van volledigheid bij registratie. Deze gegevens noemen we de verplichte gegevens.
2. De gegevens die in principe ingevuld dienen te zijn indien aan een bepaalde voorwaarde voldaan is. Bijvoorbeeld indien een kind van een bepaalde leeftijd reeds een inenting heeft gehad dient het CB-team de vereiste gegevens hieromtrent te registreren in het dossier JGZ. Het al dan niet invullen van zulke gegevens telt soms mee bij het vaststellen van de mate van volledigheid bij registratie. Deze gegevens noemen we de kind-gebonden gegevens en zijn door ons in het formulier voorzien van een sterretje (*).
3. De gegevens die door de hulpverleners zijn ingevuld omdat ze deze van belang achten. Bijvoorbeeld bijzonderheden ten aanzien van het gewicht of de lengte van het kind. Er zijn daarnaast ook gegevens die aangekruist moeten worden indien ze van toepassing zijn. Bijvoorbeeld het wel of niet meegedaan hebben aan de zogenaamde aanstaande oudergespreksgroepen. Indien deze gegevens niet zijn aangekruist kunnen we niet nagaan of ze inderdaad niet van toepassing zijn of dat de hulpverleners nagelaten hebben ze aan de betrokkenen te vragen. Het al dan niet invullen van deze gegevens kan derhalve niet meetellen bij het vaststellen van de mate van volledigheid bij registratie. Wel is het interessant om na te gaan in welke mate extra informatie 'buiten de verplichte informatie volgens het dossier JGZ' door het CB-team wordt genoteerd en om

welke informatie dit gaat, omdat deze informatie belangrijk kan zijn voor de continuïteit van de zorg. Deze gegevens worden verder de extra-gegevens genoemd en zijn door ons voorzien van een plus-teken (+).

In totaal bestaan er in het dossier JGZ 15 onderdelen voor zuigelingen en nog 5 extra onderdelen voor de kleuters. Omdat we ons strikt gehouden hebben aan de structuur van het dossier JGZ is dit meetinstrument nogal uitgebreid geworden (zie bijlage 2).

Het invullen van dossieronderzoekformulieren geschiedde op dezelfde dag als het maken van de video-opname van een consultatiebureauzitting, en wel buiten de spreekkamer van de arts of de wijkverpleegkundige.

3.2.3. Vragenlijsten

Er is een vragenlijst ontworpen voor de arts en een voor de wijkverpleegkundige (zie bijlage 3). Het gaat in de eerste plaats om het meten van de hoeveelheid kennis die de betreffende arts of wijkverpleegkundige omtrent het kind en zijn sociale omgeving heeft. In de tweede plaats gaat het om het beeld dat de arts en de wijkverpleegkundige van het kind en zijn leefmilieu hebben. Tot dusver betreft het vragen die zowel aan de arts als aan de wijkverpleegkundigen zijn gesteld. Verder zijn er vragen opgenomen die specifiek zijn voor de arts dan wel voor de wijkverpleegkundige. Bijvoorbeeld of het een kind betreft uit de eigen praktijk van een huisarts die consultatiebureauwerk doet, dan wel of het een kind betreft uit de wijk van de wijkverpleegkundige.

Deze vragenlijsten dienden voor elk consult van een kind te worden ingevuld door zowel de arts als door de wijkverpleegkundige.

3.2.4. Lijst van aanvullende gegevens

De lijst van aanvullende gegevens (zie bijlage 4) is bedoeld om gegevens te verzamelen die voor het onderzoek van belang zijn maar niet via andere meetinstrumenten kunnen worden verkregen. Van het observatieprotocol spreekt dat voor zich: achtergrondkenmerken van de arts of van de wijkverpleegkundige zoals opleiding of CB-ervaring kunnen door de observator niet uit de videobeelden worden afgelezen. Bij het dossieronderzoek zijn geen inhoudelijke gegevens genoteerd. Omdat deze aanvullende gegevens slechts een keer worden verzameld kunnen ze ook niet worden opgenomen in de vragenlijsten voor de arts

en de wijkverpleegkundige. Ze dienden immers de vragenlijst per consult, dus per kind, in te vullen. Anders dan bij de andere meetinstrumenten zijn deze gegevens niet op het niveau van het kind gemeten maar op het niveau van de arts en van de wijkverpleegkundige. Het totaal aantal betrokken wijkverpleegkundigen is groter dan het totaal aantal betrokken artsen, daar een arts met meer dan één wijkverpleegkundige kan samenwerken op een consultatiebureau tijdens een zitting.

3.3. Steekproef: de criteria en omvang

Onze steekproef bestaat uit 36 CB-teams in Nederland. Bij het bepalen van de steekproef zijn de volgende criteria gehanteerd:

1. Er is naar gestreefd om zoveel mogelijk provincies (lidinstellingen) in het onderzoek te betrekken, omdat het beleid ten aanzien van de jeugdgezondheidszorg per provincie kan verschillen.
2. Uitgegaan is van evenveel zuigelingen- als kleuterbureaus.
3. Het aantal huisartsen en CB-artsen in zowel zuigelingen- als kleuterbureaus dient even groot te zijn. De hulpverleners dienen tenminste een jaar ervaring te hebben op een CB.
4. Alle zuigelingenbureaus dienen het dossier JGZ reeds sinds anderhalf jaar vóór de geplande onderzoeksdatum te gebruiken. Het gebruik van het dossier JGZ bij kleuters (circa 15 maanden en ouder) kon niet als voorwaarde worden gesteld. Het is meegenomen indien betrokken kleuterbureaus het dossier JGZ reeds gebruikten voor hun kleuters.
5. Tenslotte is uitgegaan van een artsenbureau. Dat wil zeggen dat het CB-team bestaat uit een arts en tenminste één wijkverpleegkundige, ongeacht of de wijkverpleegkundige wel of niet (gedeeltelijk) verpleegkundig bureau houdt. Tijdens de onderzochte CB-zitting kan de wijkverpleegkundige zitten in dezelfde spreekkamer als de arts of in een aparte ruimte (gedeeltelijk verpleegkundig bureau) of in de boxenkamer (geen verpleegkundig bureau). Er is uitgegaan van een artsenbureau omdat tijdens een dergelijke CB-zitting de kinderen zowel door de arts als door de wijkverpleegkundige worden gezien.

Het voorliggend onderzoek is bedoeld enerzijds als een verdieping, anderzijds als een aanvulling op het reeds door Vorst-Thijssen (1987) verrichte onderzoek. In tegenstelling tot laatstgenoemd onderzoek is het onderzoek kleinschalig van opzet. Om vertekening in de opgenomen

consulten te voorkomen gaan we uit van de **gehele CB-zitting**, dat wil zeggen alle consulten inclusief de voor- en nabespreking. Gezien het intensieve karakter van het onderzoek is besloten het aantal te onderzoeken consultatiebureauzziingen zo veel mogelijk te beperken. De samenstelling van de steekproef wordt in tabel 3.2 weergegeven.

Tabel 3.2: het aantal CB-teams naar teamsamenstelling en type bureau

teamsamenstelling	zuigelingenbureau	kleuterbureau
CB-arts en WV	9	9
Huisarts en WV	9	9
totaal	18	18

3.3.1. Steekproeftrekking, verloop en kanttekening

Aanvankelijk gingen we uit van een a-selecte steekproef. Daarvoor was een lijst van artsen en wijkverpleegkundigen nodig. In totaal werden 13 lidinstellingen verzocht mee te doen aan het onderzoek. Twee lidinstellingen hebben de gevraagde lijst aan ons toegezonden waardoor de a-selecte procedure gevolgd kon worden. De door ons benaderde CB-teams konden daarna nog altijd om verschillende redenen weigeren mee te doen aan het onderzoek. Bij elke weigering probeerden we steeds een volgende mogelijke deelnemer uit de verkregen lijst te benaderen. Vier lidinstellingen wensten niet deel te nemen aan het onderzoek o.a. omdat het dossier JGZ nog niet (zo lang) werd gebruikt of omdat ze reeds belast waren door andere onderzoeken op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. De rest (7 lidinstellingen) was wel bereid om positief te reageren op ons verzoek maar beschikte niet over de door ons gevraagde lijst of wenste niet de namen van CB-teams aan een onderzoeksinstituut bekend te maken zonder goedkeuring van de betrokkenen vooraf. De artsen en wijkverpleegkundigen werden derhalve in eerste instantie benaderd door een provinciale of regionale kruisvereniging. We kregen dan een aantal namen van mogelijke deelnemers die door ons rechtstreeks dienden te worden benaderd. Om medewerking van een CB-team te verkrijgen dienden we vaak tegelijkertijd twee organisatielijnen te volgen. Dit waren: één voor de wijkverpleegkundige via de (voorlopig) Erkende Kruisorganisatie (hoofd wijkzorg, hoofdwijkverpleegkundige, wijkverpleegkundige) en één voor de arts meestal via de Provinciale Kruisvereniging (Pro-

vinciale arts, districtarts, huis(CB-)arts). Het verzoek om mee te doen aan het onderzoek werd pas gehonoreerd indien alle sleutelfiguren ermee accoord gingen. Was dat het geval dan leidde het tot een afspraak met één CB-team.

Er waren verschillende redenen waarom er op de hierboven genoemde niveaus geen medewerking werd verleend aan het onderzoek: Er liepen ten tijde van de dataverzameling een aantal andere onderzoeken binnen de jeugdgezondheidszorg. Het tijdstip (zomervakantie) waarop medewerking werd gevraagd was niet gunstig, ook werd de onderzoeksmethode (video-observatie) als bedreigend ervaren. Bovendien vond er bij vele regionale organisaties een reorganisatie plaats die ook niet gunstig was om medewerking te krijgen. Tenslotte is er een klein aantal afwijzingen ontvangen omdat men moeite had met sommige resultaten van de eerste fase van het onderzoek.

Het trekken van de steekproef heeft derhalve bij de meeste CB-teams niet meer a-select plaatsgevonden. Gezien de bovenstaande procedure van steekproeftrekking lijkt een gehele a-selecte steekproef bij CB-teams in Nederland slechts een theoretische mogelijkheid te zijn.

Als gevolg van de steekproefprocedure kunnen we geen algemene uitspraken doen die voor alle CB-teams in Nederland gelden. Volgens Philipsen (1969) is het bij sommige onderzoeken niet per se nodig een aselecte steekproef te trekken. Dit is ook het geval wanneer het doel van het onderzoek is inzicht te verkrijgen in bijvoorbeeld de werkwijze en de taakuitvoering van de hulpverleners op het consultatiebureau. Wanneer de doelstelling van een onderzoek is een precieze schatting te geven over bijvoorbeeld een bepaalde zorgverlening in Nederland dan zou dit 'meer nadruk op steekproefcontrole (aselecte steekproef) vereisen'. Bij een onderzoek waarin meer naar de samenhang wordt gekeken geldt dat in mindere mate. De samenhangen tussen verschijnselen zijn betrekkelijk stabiel wanneer verschillende steekproeven worden vergeleken, aldus Philipsen (1969, 11).

Dit onderzoek is door andere methodologen (Swanborn, 1981; van Eijk e.a., 1987) te typeren als een beschrijvend-exploratief onderzoek en draagt derhalve niet het karakter van een toetsend onderzoek waarin uitgegaan wordt van geformuleerde hypothesen. Anders gezegd het onderzoek beperkt zich tot beschrijvende uitspraken die een voorlopig karakter dragen. Onderzoekresultaten hebben met andere woorden geen definitief karakter zoals wel bij een toetsend onderzoek het geval is.

Samenvattend zijn de uit het onderzoek verkregen resultaten weliswaar niet representatief voor consultatiebureaus in Nederland maar ze zijn

door de diepte en veelzijdigheid van het onderzoek tenminste indicatief te noemen voor de zorgverlening tijdens CB-zittingen.

3.3.2. Het databestand waarop het onderzoek gebaseerd is

De verzamelde gegevens bevinden zich op twee niveau's. Ten eerste het niveau van het consultatiebureau zelf (kenmerken van het bureau) en van het CB-team (kenmerken van de arts en van de wijkverpleegkundige). Ten tweede het niveau van het consult dat door een CB-team wordt gegeven. Bijlage 5 geeft voor 36 CB-teams een overzicht van de urbanisatiegraad van de plaats van het CB, het aantal consulten, afbellers (al dan niet in verband met onze video-opname), aantal weigeraars op het CB, aantal JGZ-dossiers en de overgangsversie van het dossier JGZ. De urbanisatiegraad geeft de mate van verstedelijking aan, zoals deze door het CBS (1988) gehanteerd wordt. De volgende 5 categorieën worden daarbij onderscheiden:

1. plattelandsgemeenten (A1-A4)
2. verstedelijkte gemeenten (B1-B2)
3. specifieke forensengemeenten (B3)
4. plattelandstadjes (C1)
5. overige stedelijke gemeenten (C2-C5)

Van de betrokken consultatiebureaus is 44% gesitueerd in plattelandse verstedelijkte gemeenten, 14% in specifieke forensengemeenten en 42% plattelandstadjes en overige stedelijke gemeenten.

In verband met ons onderzoek werd door een aantal CB-teams besloten om twee kinderen minder op het CB uit te nodigen. Dit om te voorkomen dat een lange wachttijd zou ontstaan door het invullen van de vragenlijst per kind. In een brief aan de CB-teams hebben we geschreven dat het invullen van de vragenlijst gemiddeld 2 minuten zal duren.

Uit bijlage 5 valt af te lezen dat de meeste onderzochte artsen met één wijkverpleegkundige samenwerken. Vijftien wijkverpleegkundigen hebben consulten gegeven aan dezelfde kinderen in een andere ruimte als de arts. Bij deze consultatiebureaus werden twee videocamera's gebruikt om opnamen te maken. Uit dezelfde bijlage is af te leiden dat er evenveel huisartsen als CB-artsen betrokken zijn in zuigelingen- en kleuterbureaus.

Huisartsen hebben in totaal 202 kinderen op het CB gezien, de CB artsen 234. Gemiddeld heeft de huisarts minder kinderen gezien (11.2) dan de CB-arts (13). De variatie van het aantal kinderen dat door de huisarts is gezien is groter (s.d.=3.6) dan die van de CB-arts (s.d.=2.5). In totaal verschenen 32 ouders niet op de afgesproken datum op het CB. Negen ervan hebben de video-opname als reden genoemd. Verschillende wijkverpleegkundigen beweerden dat op het CB

regelmatig door 1 à 2 ouders per zitting wordt afgebeeld.

In totaal hebben 9 ouders ter plaatse geweigerd om mee te doen aan het onderzoek. Er waren ouders bij die voor de eerste keer op het CB van hun nieuwe woonplaats kwamen en die bovendien ook niet van tevoren ingelicht waren over het onderzoek.

Het totaal aantal non-respons was dus 18, dat is 4 % van het totaal aantal kinderen dat uitgenodigd werd op het CB te komen. Van de zijde van ouders was de medewerking aan het onderzoek derhalve zeer goed te noemen.

In totaal wordt het dossier JGZ, inclusief de overgangsversie van het dossier JGZ, gebruikt bij 261 kinderen (59.9%).

3.4. Gang van zaken tijdens het onderzoek op het CB

Op de dag van het onderzoek op een consultatiebureau werd de video-apparatuur ruim voor de aanvang van de CB-zitting geïnstalleerd. Daarmee werd voorkomen dat tijdens de CB-zitting de spreekkamer binnen gelopen moest worden. De videocamera begon te lopen vanaf het begin van de zitting tot en met de nabespreking. Degene die achter de videocamera stond diende zich zo onopvallend mogelijk te gedragen. Onze indruk is dat de hulpverleners niet (zichtbaar) 'gestoord' werden door de videoopname. Dit heeft wellicht te maken met het feit dat CB-teams vrijwillig hebben ingestemd met het onderzoek. In het gesprek na afloop van de CB-zitting is wel eens geconstateerd dat men toch voelde dat het tijdens die zitting iets anders was dan normaal, met name bij het eerste consult. Maar kort daarop viel men gauw terug in de routine, vooral als bekende CB-gebruikers werden gezien. De aanwezigheid van de videocamera werd al heel gauw vergeten.

De ouders zelf waren heel erg coöperatief te noemen. Zowel ouders als hulpverleners hebben zonder moeite de schriftelijke toestemming voor het maken van video-opname getekend (zie bijlage 6). Sommige CB-teams waren bezorgd dat ouders niet welwillend tegenover het onderzoek zouden staan. Er werd dan een huisbezoek afgelegd om ouders over het onderzoek in te lichten, tevens werd onze brief aan ouders over het onderzoek overhandigd (zie bijlage 7). Andere CB-teams waren bijvoorbeeld optimistisch over de positieve medewerking van ouders. De meeste ouders waren door de wijkverpleegkundige telefonisch over het onderzoek ingelicht. Was dat niet het geval dan werd ter plaatse gevraagd om alsnog toestemming te geven.

Het invullen van de vragenlijst per kind gebeurde voorafgaand aan het

consult, een enkele keer erna. Er waren artsen en wijkverpleegkundigen die het lastig vonden om steeds de vragenlijst te moeten invullen. Maar over het algemeen was het enthousiasme voor het onderzoek erg groot.

Het dossieronderzoek dat buiten de spreekkamer plaatsvond, geschiedde zonder problemen in die zin dat er door ouders nooit een bezwaar werd gemaakt tegen inzage in het dossier. Andere onderzoekers (o.a. Wiebenga e.a., 1986) hebben ook deze ervaring gehad. Het invullen van de formulieren kostte gemiddeld per dossier JGZ 20 à 30 minuten. Het onderzoek op een consultatiebureau nam daarom bijna altijd de gehele dag in beslag, ongeacht of het een ochtend- of een middagbureau betrof.

4. RESULTATEN BETREFFENDE DE TAKEN EN WERKWIJZE OP HET CB

De onderzoeksresultaten zijn gebaseerd op gegevens van 436 consulten van 18 zuigelingen- en 18 kleuterbureaus. Huisartsen en CB-artsen zijn evenveel vertegenwoordigd in zowel zuigelingen- als kleuterbureaus. Uitgaande van de gegevens van de consultatiebureaus zijn er 226 zuigelingen en 210 kleuters opgenomen in het onderzoek. Alle zuigelingen op één na zijn 15 maanden of jonger, terwijl van de kleuters er zéven 15 maanden zijn of jonger. In het van Wiechenschema wordt een kind tot en met de leeftijd van 15 maanden als zuigeling gerekend, daarna wordt het een kleuter. Bij dit onderzoek sluiten we ons aan de criteria van het van Wiechenschema. We komen daarom in totaal op 232 zuigelingen en 204 kleuters.

Twintig van de 36 deelnemende artsen zijn vrouwen. De meeste vrouwelijke artsen (17) zijn CB-arts. De wijkverpleegkundigen zijn, op twee na, vrouwen.

4.1. Uniforme en gestandaardiseerde werkwijze

Bij de eerste vraagstelling wordt nagegaan in hoeverre door artsen en wijkverpleegkundigen tijdens de CB-zittingen een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze wordt gevolgd bij het volgen en begeleiden van 0-4 jarigen. Met een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze wordt bedoeld dat:

1. het inhoudelijk pakket van zorgverlening aangeboden aan kinderen op het consultatiebureau ongeveer hetzelfde is. Eerder in hoofdstuk 2 hebben we het totaalpakket van zorgverlening gesplitst in:

- de zorg voor ieder kind,
- de zorg voor ieder kind op een bepaalde leeftijd en
- de zorg naar behoefte.

2. De werkwijze van hulpverleners bij het verrichten van CB-taken nauwelijks mag variëren. Nagegaan wordt of, en zo ja in hoeverre, sprake is van een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze op het niveau van het CB-team als geheel en op het niveau van hulpverleners: artsen, respectievelijk wijkverpleegkundigen. Vervolgens wordt ingegaan op verschillen tussen artsen onderling (zie par. 4.1.5) en tussen wijkverpleegkundigen onderling (zie par 4.2.2). Hiervoor gebruiken we de in paragraaf 3.1 beschreven onafhankelijke variabelen.

Met betrekking tot het aandeel van de wijkverpleegkundigen dient een aantekening te worden gemaakt. Bij 14 consultatiebureaus verbleven de wijkverpleegkundigen in de boxenkamer en bij 22 consultatiebureaus gaven de wijkverpleegkundigen consulten in dezelfde kamer als de arts (7 CB's), of in een aparte kamer (15 CB's). Omdat we uitgaan van artsbureaus is het aandeel van de wijkverpleegkundigen bij het uitvoeren van CB-taken logischerwijs kleiner dan dat van artsen. De CB-taken van de wijkverpleegkundigen tijdens een verpleegkundig bureau kunnen er daarom heel anders uit zien.

4.1.1. De zorg voor ieder kind

In deze paragraaf wordt de zorg die aan ieder kind bij elk CB-bezoek in principe wordt verleend, beschreven. Zoals eerder vermeld hebben we deze categorie zorg verdeeld in het afnemen van anamnese, het verrichten van lichamelijk onderzoek, het volgen van groei, het geven van GVO, registratie van gegevens en de voor/nabespreking. Uitgezonderd de voor/nabespreking worden alle genoemde CB-taken verricht tijdens de CB-zittingen. De bespreking wordt meestal voor en/of na afloop van de zitting gehouden. De onderzoeksresultaten hiervan worden apart bij de beantwoording van vraagstelling 4 beschreven.

Het afnemen van anamnese met betrekking tot medisch algemeen wordt op teamniveau bij 94.5% van alle zuigelingen en kleuters gedaan (zie tabel 4.1.). Teamniveau wil zeggen ongeacht of dit door de arts of door de wijkverpleegkundige wordt gedaan. Op CB-teamniveau wordt de medische anamnese dus nagenoeg systematisch afgenomen.

De percentages lopen sterk terug bij anamnese van specifieke aandachtspunten zoals lichamelijk onderzoek, gedragsontwikkeling en leefmilieu. Het laagste percentage bij het afnemen van anamnese is te zien bij het volgen van de groei. Dit is echter niet vreemd omdat onze videoapparatuur geïnstalleerd was in de spreekkamer van de arts en ook in die van de wijkverpleegkundige indien deze laatste hulpverlener voor dezelfde kinderen consultatiebureau houdt. Het volgen van groei in de zin van 'meten en wegen van het kind' en 'het bijhouden van groeicurven' werd in onze steekproef uitsluitend verricht door de wijkverpleegkundigen of anderen (gastouder, wijkziekenverzorger), hetgeen meestal in de kleedkamer (de zogenaamde boxenkamer) plaatsvond. Deze handelingen met de bijbehorende informatie zijn dus niet opgenomen, omdat het niet wenselijk was om een videorecorder tussen de CB-bezoekers te plaatsen. Er is op het niveau van het consultatiebureau wel aantekening gemaakt van wat zoal in de kleedkamer gebeurt. Hierop komen we nog terug bij de beschrijving van 'volgen van groei' en van CB-taken van de wijkverpleegkundigen.

Definiëren we anamnese ruimer, dat wil zeggen betrekking hebbend op alle in tabel 4.1. opgenomen aandachtspunten, dan is bij 99.5% van de kinderen een anamnese afgenomen. Daarnaast is door de CB-teams bij ruim de helft van de onderzochte kinderen bij de ouder(s) geïnformeerd of er nog vragen waren.

Tabel 4.1: het afnemen van anamnese door de CB-teams (T), de artsen (A) en door de de wijkverpleegkundigen (W)

	Anamnese (% ja)		
	T	A	W
Medisch alg.	94.5	91.7	32.3
Lich. onderzoek	79.4	75.7	20.6
Groei	3.9	2.1	1.8
Voeding	77.3	52.3	41.1
Gedragsontw.	70.6	56.2	28.0
Sociaal gedrag	27.1	17.9	11.7
Leefmilieu	60.8	50.9	25.7
v. Wiechenschema	70.4	64.2	12.2
Gaat na of er nog vragen zijn	51.2	42.5	19.5

Het afnemen van anamnese op het niveau van het CB-team wordt vooral bepaald door het aandeel van de artsen. Waar op team-niveau hoge percentages te zien zijn, is dat meestal ook op het niveau van artsen het geval.

Uit dezelfde tabel blijkt dat door de artsen bij 91.7% van alle kinderen die het CB bezoeken, medische anamnese wordt afgenomen, al dan niet gezamenlijk met de wijkverpleegkundige(n). Het verschil met het percentage van het CB-team namelijk 2.8%, is het aandeel van de wijkverpleegkundigen alleen (niet gezamenlijk met de arts), terwijl dat van artsen zonder de wijkverpleegkundige(n) 62.2% is. Daarnaast wordt door hen gezamenlijk bij 29.5% van de kinderen medische anamnese afgenomen.

Is het hoogste percentage bij het afnemen van anamnese bij de arts te zien met betrekking tot medisch algemeen, bij de wijkverpleegkundige is dat met betrekking tot de voeding. Daarnaast wordt door wijkverpleegkundigen ook regelmatig geïnformeerd naar de gedrags-

ontwikkeling van het kind, aspecten van het leefmilieu en naar aanleiding van het lichamelijk onderzoek. Bij bijna een vijfde van de zuigelingen en kleuters wordt door wijkverpleegkundigen nagegaan of ouders nog vragen hebben.

Tabel 4.2: het geven van gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) door de CB-teams (T), de artsen (A) en door de de wijkverpleegkundigen (W)

	GVO (% ja)		
	T	A	W
Medisch alg.	61.5	49.8	24.3
Lich. onderzoek	65.4	62.8	10.3
Groei	11.0	6.7	5.5
Voeding	43.6	24.8	26.4
Gedragsontw.	33.3	22.7	15.8
Sociaal gedrag	7.1	4.4	3.4
Leefmilieu	26.1	18.3	11.9
v. Wiechenschema	8.5	8.0	0.7
Geeft eindoordeel	32.7	32.5	0.4

Het geven van gezondheidsvoorlichting en opvoeding (GVO) lijkt in de eerste plaats medisch van aard te zijn. Blijkens tabel 4.2. wordt GVO in eerste instantie gegeven bij of tijdens het verrichten van lichamelijk onderzoek en over algemene medische aspecten. Vervolgens komt voeding als het meest belangrijke onderwerp in het kader van gezondheidsvoorlichting op het consultatiebureau naar voren. Het geven van voorlichting over gedragsontwikkeling van jonge kinderen en over belangrijke aspecten van een gezond leefmilieu vormt het derde belangrijk onderwerp. Een samenvattend oordeel over de toestand van het kind zoals 'het gaat goed met uw kind', 'het gaat steeds beter' of 'hij is over zijn dieptepunt heen' wordt in bijna een derde van de gevallen gegeven.

De wijkverpleegkundige heeft een duidelijke bijdrage in het geven van Gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

Artsen geven vooral voorlichting naar aanleiding van het lichamelijk onderzoek en medische aspecten, gevolgd door informatie over voeding, gedragsontwikkeling en gezond leefmilieu.

Wijkverpleegkundigen geven meestal voorlichting over voeding, al-

gemeen medische zaken en gedragsontwikkeling van jonge kinderen. Het geven van een of meer aspecten van gezondheidsgerichte informatie wordt in zijn totaliteit door de CB-teams in 94% van de gevallen gedaan, door artsen 88.1% en door de wijkverpleegkundigen tijdens 46.3% van de consulten. Op het niveau van CB-team kan derhalve worden geconstateerd dat aan de meeste ouders van kinderen minimaal één aspect van gezondheidsvoorlichting wordt gegeven.

Het verrichte lichamelijk onderzoek is, analoog aan het dossier JGZ, in vier groepen onderverdeeld: hoofd, romp, heupen/ledematen en overige.

Bij het hoofd hebben we de volgende onderdelen onderscheiden: fontanellen, hals, stand van de ogen, bewegingen van de ogen, visusonderzoek, oren, neus/keelholte en mond/gebitt.

De romp is onderverdeeld in de volgende delen: borst, hart, longen, lever, milt, nieren, navel, liezen, arteriae femorales, genitalia (mnl.) en genitalia (vrl.).

Bij heupen maken we een onderscheid tussen onderzoek naar abductie, beenlengte, kniehoogte, bilplooien en ledematen. De groep overige houdt onder andere in: huid en wervelkolom.

Het wel of niet verrichten van lichamelijk onderzoek is op het niveau van CB-team praktisch gelijk aan dat van de arts. Deze CB-taak lijkt dus een exclusief terrein van de arts te zijn.

Tabel 4.3: het lichamelijk onderzoek door het team (T), de arts (A) en door de wijkverpleegkundige (W)

	Doet onderzoek (% ja)			Geeft uitslag (% ja)			Modus aantal onder zochte delen
	T	A	W	T	A	W	
Hoofd (8dln)	88.3	88.3	4.1	34.7	33.9	1.8	3 (22.2%)
Romp (11dln)	93.3	93.3	0.2	25.4	25.2	0.4	2 (36.2%)
Heup (5dln)	82.8	82.8	0.2	31.4	31.2	0.4	1 (30.7%)
Overige(4dln)	37.4	37.4	0.0	12.4	12.2	0.2	1 (28.9%)

Bij drie groepen, nl. hoofd, romp en heupen/ledematen zijn op team-niveau, in dit geval dus ook van de arts, hoge percentages te zien. Blijkens tabel 4.3 wordt bij ruim 88% van de kinderen onderzoek

verricht aan het hoofd. Het onderzoek van de romp komt vaker voor, het onderzoek van de heupen en ledematen komt minder vaak voor en nog minder het onderzoek van de overige delen zoals huid, wervelkolom, tonus enz.

Naast de globale weergave van het verrichte lichamelijk onderzoek op het consultatiebureau is ook een precieze beschrijving van elk onderzocht lichaamsdeel in bijlage 8 opgenomen. Bij het hoofd wordt door artsen het meest onderzoek verricht naar de stand van de ogen, gevolgd door onderzoek van de hals/lymfeklieren en het kijken naar de mond c.q. het gebit van het kind. In totaal kunnen bij het hoofd acht verschillende delen worden onderzocht. Het meest komt voor dat drie delen van het hoofd worden onderzocht (bij 22% van de zuigelingen en kleuters). Het maximale aantal onderdelen van het hoofd dat tijdens CB-zittingen wordt onderzocht, is zeven (van de acht). Dit is bij minder dan 1% van alle kinderen het geval, terwijl bij ruim 15% van de kinderen slechts één onderdeel van het hoofd wordt onderzocht.

Bij de romp scoren het luisteren naar de longen en naar het hart het hoogst bij de onderzochte onderdelen (zie bijlage 8). De modus, het meest voorkomend aantal onderzochte onderdelen van de romp, is 2 van de maximaal 11 mogelijkheden. Bij minder dan 1% van de kinderen is onderzoek gedaan naar 7 onderdelen van de romp.

Abductie bij de heupen is het meest onderzochte item naast de beenlengte. Van de ledematen worden de voeten het meest onderzocht. Bij heupen/ledematen komt het meest het onderzoeken van slechts één van de vijf onderdelen voor, nl. bij bijna 31% van de kinderen.

Het overige gedeelte omvat huid-, wervelkolom-, neurologisch, reflexen- en tonusonderzoek. Naar de huid en wervelkolom van het kind is in onze steekproef het meest gekeken (zie bijlage 8). Het meest komt voor dat artsen slechts bij één van de vijf genoemde onderdelen onderzoek doen, namelijk bij ca 29% van de kinderen.

In lang niet alle gevallen geven de CB-teams, meestal artsen, uitslagen van verricht onderzoek aan de ouders door. Terwijl bijvoorbeeld bij 88% van de kleuters en zuigelingen het hoofd onderzocht wordt, krijgt slechts 35% van de ouders een uitslag door.

Bij alle vier de onderdelen (hoofd, romp, heupen/ledematen en overige) kan worden geconstateerd dat artsen veel minder vaak de uitslag van het onderzoek doorgeven dan zou kunnen.

Het volgen van de groei in de zin van 'meten en wegen' en 'bijhouden van de groeicurven' wordt op het niveau van het consultatiebureau (N=36) systematisch en wel in de eerdergenoemde boxenkamer gedaan. In twee derde van de gevallen wordt deze CB-taak verricht door de

wijkverpleegkundige, de rest door een hulpkracht (gastouder of wijk-ziekenverzorgende), al dan niet in samenwerking met een wijkverpleegkundige. De laatste houdt in de meeste gevallen de groeicurven bij en laat dit meestal even aan de ouder zien. Andere aspecten met betrekking tot het volgen van groei zoals het bespreken ervan met de ouder vindt meestal in de spreekkamer plaats, en is op consultniveau gemeten (N=436).

Het bespreken van aspecten van de groei wordt op het niveau van CB-team minder systematisch gedaan. Het bespreken van gewicht, lengte of hoofdomtrek van het kind wordt door de CB-teams slechts in drie kwart van de gevallen (76.1%) gedaan. Dat is op het niveau van de arts gemeten slechts bij ruim de helft (59.2%) van de behandelde kinderen, terwijl wijkverpleegkundigen de groei van 41.5% van zuigelingen en kleuters met de ouder bespreken.

Ook wanneer geselecteerd wordt op die consultatiebureaus waar 'meten en wegen' en 'bijhouden van de groeicurven' door de hulpkracht wordt gedaan blijken de betrokken CB-teams niet systematisch de groei van het kind met de ouders te bespreken. Van deze kinderen (n=72) worden niet meer, doch juist minder (72%) aspecten van de groei besproken. Beperken we het volgen van groei tot slechts het bespreken van het gewicht van kinderen dan wordt door de CB-teams bij drie kwart van de kinderen (75.5%) daarover met de ouder gesproken, over de (toename van de) lengte van het kind iets minder (70.9%) en aanzienlijk minder de groei van het hoofd (6.2%).

Bij ruim de helft van de kinderen (57.8%) wordt door artsen de toename van het gewicht besproken, bij 51.4% de lengte en bij slechts 4.4% van de kinderen de hoofdomtrek.

Wijkverpleegkundigen hebben ook regelmatig, weliswaar minder dan artsen, de groei van kinderen met de ouder besproken: de toename van het gewicht 41.5%, de lengte 39.4% en de groei van het hoofd 2.1%.

Registratie van gegevens tijdens CB-zittingen wil zeggen dat het CB-team tijdens of na afloop van een consult in het dossier van het kind de bevindingen opschrijft. Dat is op het niveau van het CB-team vrijwel systematisch gebeurd (98.2%). Het registreren van gegevens in het dossier wordt tijdens de CB-zittingen meestal door de arts (97.3%) gedaan. Bij minder dan 1% van het totaal aantal CB-consulten werd door ons waargenomen dat wijkverpleegkundigen in het dossier van het kind registreren. Registratie van gegevens tijdens een consult zegt echter niets over de mate waarin het team het dossier van het kind volledig invult. Hierop wordt bij de beantwoording van vraagstelling 3 uitvoerig ingegaan.

Het maken van de volgende afspraak kan worden gerekend tot de categorie zorg die ieder kind bij elk CB-bezoek in principe wordt verleend. Er is daarom in het onderzoek een onderscheid gemaakt tussen 'maakt afspraak op schema' en 'maakt afspraak vóór schema'. Het maken van een afspraak op schema wordt door CB-teams in de spreekkamer bij 33.5% van alle zuigelingen en kleuters gedaan. Tijdens onze observatie op het consultatiebureau is gebleken dat het maken van een volgende afspraak (op schema) ook buiten de spreekkamer van de arts geschiedt en wel in de zogenaamde boxenkamer. Dat is met name het geval als het gaat om het maken van een afspraak voor zuigelingen. Kleuters die meestal eens in een half jaar of langer op het CB komen, worden meestal schriftelijk, per briefkaart, of telefonisch opgeroepen. Het is dan ook niet vreemd dat indien geselecteerd wordt op kinderen van 12 maanden en jonger het maken van afspraken op schema (in de spreekkamer) is toegenomen tot bijna 50%.

Met andere woorden: er zijn bijna evenveel reguliere CB-afspraken voor de 0-1 jarigen gemaakt in de spreekkamer van de arts als erbuiten. We gaan er van uit dat, mede gezien de hoge opkomst bij het consultatiebureau, deze CB-taak wel systematisch wordt uitgevoerd. Gegeven het maken van afspraak vóór schema en andere vormen van afspraken zoals 'eerder langs op het CB' en 'maak afspraak voor huisbezoek' berekenen we dat het maken van een reguliere afspraak (op schema) in het onderzoek ongeveer 77% bedraagt.

Het maken van afspraken op het consultatiebureau lijkt meer tot het werk van de wijkverpleegkundigen te behoren, daar het maken van een afspraak buiten de spreekkamer van de arts uitsluitend door de wijkverpleegkundige wordt gedaan.

Gemeten over alle kinderen hebben wijkverpleegkundigen bij ruim een vijfde (20.7%) de volgende CB-afspraak geregeld, terwijl artsen dat in 16.5% van de gevallen hebben gedaan. Selecteren we op de eenjarigen dan neemt het verschil tussen het aandeel van de wijkverpleegkundigen (34.1%) en dat van de artsen (21.6%) toe bij deze CB-taak.

4.1.2. De zorg voor ieder kind op een bepaalde leeftijd

Deze categorie zorg wordt in principe aan ieder kind op een bepaalde leeftijd verleend. Zoals eerder vermeld hebben we de volgende CB-taken tot deze zorgverlening gerekend nl. psycho-motorisch onderzoek, immuniseren, visusonderzoek, meten van de hoofdomtrek en voelen van de fontanellen.

Over de mate waarin deze zorg wordt verleend valt een aantekening te maken. Omdat er in het onderzoek slechts sprake is van één momentopname (cross-sectioneel onderzoek) kan slechts globaal worden geconstateerd in hoeverre deze zorg bij ieder kind op een bepaalde leeftijd systematisch wordt verleend. De kinderen op het consultatiebureau worden namelijk wel door het CB-team maar niet door ons longitudinaal gevolgd. Dit houdt in dat de percentages van verleende zorg tijdens de onderzochte consulten niet altijd systematisch hoog zullen zijn. Bijvoorbeeld bij het onderzoek naar gezichtsvermogen. Voor een deel is dat veroorzaakt doordat bij een eerder CB-bezoek een bepaald item reeds is onderzocht hetgeen zich dus onttrekt aan onze waarneming.

Immuniseren kan worden onderscheiden in 'het voorbereiden van injectie' en 'het geven van injectie aan zuigelingen en kleuters'.

Volgens het vaccinatieschema worden de 0-4 jarigen in totaal zes keer geprikt. De eerste inenting tegen Difterie, Kinkhoest, Tetanus en Poliomyelitis (DKTP) wordt met 3 maanden gegeven. Deze inenting wordt herhaald op de leeftijd van 4, 5 en 11 maanden. Als het 4 jaar is krijgt een kind een DTP- in plaats van een DKTP-inenting. De BMR-inenting (Bof, Mazelen en Rode hond) wordt gewoonlijk op de leeftijd van 14 maanden gegeven.

Blijkens tabel 4.4 wordt op het niveau van CB-team behalve bij de hoogste leeftijdsgroep (4 jaar) tenminste drie kwart van de kinderen tijdens de CB-zitting ingeënt. Kinderen die zwaar verkouden waren, werden meestal op advies van de arts niet ingeënt ondanks het feit dat ze de inentingsleeftijd bereikt hadden. Ze werden meestal 1 á 2 weken later gevraagd terug te komen op het CB. Houden we niet strikt de leeftijd aan volgens het vaccinatieschema bij het bepalen van het relatief aantal ingeënte kinderen, dan neemt het percentage gevaccineerde kinderen tijdens de door ons onderzochte CB-zittingen juist af. Kinderen die reeds een inenting hebben gehad maar om welke reden dan ook verzocht zijn om nog eens langs te komen, zijn namelijk bij de ruimere definitie van leeftijdscategorieën ook in die groep opgenomen. Uit het onderzoek is verder gebleken dat het geven van injecties uitsluitend door de arts wordt gedaan, althans bij artsbureaus. Het voorbereiden van injecties wordt daarentegen wel regelmatig door de wijkverpleegkundige gedaan. In hoeverre wijkverpleegkundigen injecties geven tijdens verpleegkundige bureaus valt op basis van deze onderzoeksresultaten niet te zeggen.

Tabel 4.4: immuniseren per leeftijdsgroep door het team (T), de arts (A) en de wijkverpleegkundige (W)

Leeftijd in mnd.	Vorbereiden injectie (% ja)			Geven injectie (% ja)	
	T	A	W	A	N
3 (DKTP)	78.3	47.8	30.5	78.3	23
4 (DKTP)	72.0	44.0	28.0	72.0	25
5 (DKTP)	94.7	68.4	26.3	89.5	19
11 (DKTP)	75.0	25.0	50.0	75.0	4
14 (BMR)	88.5	69.2	19.3	84.6	26
48 (DTP)	57.1	42.9	14.2	57.1	7

Van immunisatie kan worden geconstateerd dat ze systematisch wordt verricht bij een ruime meerderheid van zuigelingen en kleuters. Er blijft kennelijk altijd een kleine groep kinderen van een bepaalde leeftijd die om welke reden dan ook niet op een bepaalde leeftijd op het consultatiebureau wordt ingeënt. Maar uit ander onderzoeksmateriaal blijkt dat de landelijke inentingspercentages veel hoger zijn. Volgens de jaarrapportage van de NK (1988) varieerde de vaccinatiegraad in Nederland in 1986 van 97.4% (DKTP) tot 92.4% (mazelenprik). De laatste prik is later een onderdeel van BMR-prik geworden. Er is een licht aflopende tendens van de vaccinatiegraad te zien naarmate het kind ouder wordt.

Het volgen van de psycho-motorische ontwikkeling van 0-4 jarigen geschiedt evenals het immuniseren formeel volgens een gestandaardiseerd schema (het herziene van Wiechenschema). Er zijn 76 items om de psycho-motorische ontwikkeling van het kind van een bepaalde leeftijdsgroep te volgen. Formeel dient het CB-team alle bij de leeftijd behorende items per kind na te gaan. In het onderzoek, zie tabel 4.5., is dat niet gebleken. Bij ruim 63% van de kinderen van één maand zijn door de CB-teams één of meer items van het psycho-motorisch onderzoek nagegaan. Het hoogste percentage is te zien bij kinderen van 6 maanden. Bij bijna alle kinderen (90.9%) wordt tenminste één psycho-motorisch onderzoeksitem nagegaan. In bijlage 9 is weergegeven het verricht psycho-motorisch onderzoek van een bepaalde leeftijdsgroep per item. De percentages lopen, vergeleken met die in tabel 4.5, sterk terug. Van de in totaal 76 items zijn er slechts vier die bij meer dan de helft van de kinderen, behorende bij een

bepaalde leeftijdsgroep, door CB-teams worden onderzocht. Deze items zijn 'blijft hangen bij optillen onder oksels' (item 11 bij 3 mnd), 'optrekken tot zit, hoofd komt mee' (item 15 bij 6 mnd), 'vertikaal zwaaien, benen gebogen of trappelen' (item 17 bij 6 mnd) en 'houd voorwerp vast, pakt nog een in andere hand' (item 20 bij 9 mnd).

Tabel 4.5: psycho-motorisch onderzoek per leeftijdsgroep door het team (T), de arts (A) en de wijkverpleegkundige (W)

leeftijd in mnd.	aantal items	T	A	W	N
1	5	63.6	54.5	9.1	22
2	2	50.0	50.0	0.0	14
3	5	78.3	78.3	4.3	23
6	6	90.9	90.9	9.1	11
9	7	77.8	77.8	0.0	18
12	6	47.1	41.2	5.9	17
15	6	13.3	6.7	6.7	15
18	6	50.0	50.0	0.0	10
24	7	45.5	27.3	27.3	11
30	7	0.0	0.0	36.4	6
36	6	63.6	36.4	0.0	11
45	7	20.0	20.0	0.0	5
54	6	80.0	80.0	0.0	5

Sommige items zoals 'reageert op toespreken' (item 2), 'kijkt naar eigen handen' (item 9), 'maakt geluiden terug' (item 10), 'zegt dada, baba of gaga' (item 25), zijn voorzien van de letter M (zie bijlage 9). Bij deze items mogen artsen aan de ouders vragen of het kind een bepaald item reeds doet, indien tijdens het consult op het CB dat niet direct bij het kind te observeren is.

Uit het onderzoek blijkt dat bij zulke items (voorzien van letter M), hogere percentages te zien zijn. De CB-teams hebben derhalve bij de 'M-items' relatief vaker de ouders gevraagd over de psycho-motorische ontwikkeling van het kind. Dit houdt tevens in dat CB-teams ook regelmatig bij de ouders de psychomotorische ontwikkeling van het kind nagaan, waarover ze eigenlijk via eigen observatie dienen te oordelen. Strikt genomen volgen CB-teams op dit punt niet geheel de richtlijnen zoals beschreven in het werkboek van het herziene van

Wiechenschema.

Het psycho-motorisch onderzoek wordt overeenkomstig de richtlijnen vooral door de arts verricht. Bij sommige leeftijdsgroepen zoals die van 2-jarigen en 2 1/2-jarigen is de betrokkenheid van de wijkverpleegkundigen betrekkelijk groot. Wijkverpleegkundigen lopen de lijst van het van Wiechenschema even door na het gebruikelijke meten en wegen van het kind. Het is ons ook opgevallen dat wijkverpleegkundigen bij de meeste psycho-motorische items aan de ouder vragen of het kind het betreffende item reeds doet. Bij navraag werd vaak genoemd dat het niet haalbaar is om alle bij een kind behorende items op het CB te observeren binnen de normtijd van het CB-consult. In het gesprek na afloop van de zitting hebben we ook regelmatig vernomen dat de wijkverpleegkundigen een huisbezoek afleggen vlak voordat het kind op het CB verwacht wordt. Één doel van zo'n huisbezoek is om de lijst van het van Wiechenschema in huiselijke sfeer na te gaan. Op die manier hopen deze wijkverpleegkundigen de eventuele problemen van het kind en zijn ouders thuis te kunnen bespreken.

In het algemeen kan uit onze onderzoeksresultaten worden geconstateerd dat het in de meeste gevallen lijkt, dat op het niveau van het CB-team geen systematisch onderzoek verricht wordt naar de psycho-motorische ontwikkeling van het kind. Voor een deel is dit als volgt te verklaren. Artsen blijken vaker aan ouders te vragen over de psycho-motorische ontwikkeling van het kind dan strikt volgens de richtlijnen in het werkboek (zie bijlage 9, kolom M). Deze percentages worden zoals bij andere CB-taken ook het geval is niet meegeteld op het teamniveau. Ouders geven soms spontaan informatie die betrekking heeft op de psycho-motorische ontwikkeling van het kind (zie bijlage 9, kolom O). De geobserveerde psycho-motorische items hoeven niet altijd te worden besproken tijdens een consult maar ze worden door artsen gelijk geregistreerd in het dossier JGZ. Dit blijkt uit de resultaten van vraagstelling 3 (zie par. 5.1.3.). Tenslotte kan bij een eerder CB-bezoek door de arts zijn geobserveerd dat een kind een bepaalde stadium van ontwikkeling heeft bereikt.

Het onderwerp inzake Psycho-motorische ontwikkeling van het kind vormt momenteel een actuele discussie. Ter illustratie geven we een mening van een voor- en van een tegenstander van stelselmatig Psycho-motorisch onderzoek. Volgens Feldman e.a.(1989) zijn er geen argumenten gevonden voor het stelselmatig toepassen van alle items van het gestandaardiseerde van Wiechenschema bij alle kinderen die het consultatiebureau bezoeken. Het is wel van belang, aldus Feldman e.a., voor kinderen met een verhoogd risico voor afwijkingen op grond van signalen van ouders of op grond van de (familie)anamnese.

Anderen (o.a. Schlessinger-Was, 1985; Calame e.a., 1988) vinden dat het juist zinvol is om systematisch onderzoek te doen bij alle kinderen, niet alleen om een gedegen inzicht in de normale ontwikkeling van het kind te verkrijgen, maar omdat het tevens duidelijk wordt hoe de spreiding is binnen de 'normale' ontwikkeling.

Andere CB-taken die ook leeftijdgebonden zijn maar waar formeel nog geen algemeen geldende richtlijnen voor bestaan, zijn het testen van gezichtsvermogen (visusonderzoek), het voelen van de fontanellen en het meten van de hoofdomtrek.

Uit het onderzoek komt naar voren dat het visusonderzoek wordt door CB-teams het meest gedaan bij kinderen van 3,5 jaar en ouder (61.4%). Verder blijkt ook dat het visusonderzoek óf door de arts (38.7%) óf door de wijkverpleegkundige (22.7%) wordt verricht. Het percentage bij kinderen ouder dan 4 jaar neemt enigszins af (in totaal 56.7%): artsen verrichten visusonderzoek bij 43.4% van deze groep kinderen terwijl wijkverpleegkundigen dat nog eens bij 13.3% van de kinderen doen. Vermoed wordt dat voor deze groep kinderen alleen nog visusonderzoek verricht wordt bij dié kinderen die nog niet aan de beurt waren bij het vorige CB-bezoek of die in het vorig onderzoek onvoldoende resultaten behaalden.

Van deze CB-taak kan worden geconstateerd dat voor bijna twee derde van de kinderen ouder dan drie en half jaar die het CB bezoeken het visusonderzoek wordt verricht. Omdat ten behoeve van het onderzoek, zoals eerder vermeld slechts op één tijdstip wordt gemeten en door het ontbreken van duidelijke richtlijnen zoals het bij Psycho-motorische ontwikkeling wel het geval is, is door ons niet te achterhalen of en zo ja in hoeverre, de rest van de kinderen behorende bij deze leeftijdsgroep tijdens CB-zittingen wordt onderzocht op het gezichtsvermogen.

Het voelen van de fontanellen wordt bij navraag op alle 36 bureaus als handeling behorende bij het eerste levensjaar genoemd. Uit het onderzoek, zie tabel 4.6, is gebleken dat het voelen van de fontanellen tijdens CB-consulten bij artsenbureaus uitsluitend door de arts wordt gedaan. Verder blijkt dat dit het meest voorkomt bij kinderen van 9 maanden. Op alle kinderen gemeten is bij ruim een derde de fontanellen gevoeld. Dit wordt steeds minder gedaan naarmate het kind ouder wordt. Gezien het feit dat de fontanellen meestal pas in het tweede levensjaar sluiten zouden we ook hogere percentages verwachten bij kinderen tot 2 jaar.

Tabel 4.6: het voelen van de fontanellen per leeftijdsgroep door de arts (A)

Leeftijd	% ja	
	A	N
≤ 6 mnd.	65.5	113
≤ 9 mnd	66.2	151
≤ 12 mnd.	63.0	184
≤ 1.5 jr.	58.4	245
≤ 2 jr.	53.2	284
≤ 2.5 jr.	45.6	333
≤ 3 jr.	42.3	364
alle kinderen	36.2	436

Het meten van de hoofdomtrek wordt in totaal bij 48 kinderen (11%) gedaan, althans voor zover dit tijdens de opgenomen spreekkamerconsulten geschiedde. Zoals eerder vermeld, gebeurt het 'volgen van de groei' in ieder geval voor wat betreft het meten en wegen en het bijhouden van de groeicurven meestal in de boxenkamer. Soms hoort hier ook het meten van de hoofdomtrek bij. Evenals bij de vorige CB-taak, het voelen van de fontanellen, wordt het meten van de hoofdomtrek tijdens de door ons opgenomen consulten uitsluitend door de arts verricht. Uit tabel 4.7. valt af te leiden dat er min of meer stabiele percentages zijn van het meten van de hoofdomtrek. In het eerste levensjaar varieert het meten van de hoofdomtrek van een vijfde tot een vierde deel van de kinderen.

Tabel 4.7 : het meten van de hoofdomtrek per leeftijdsgroep gemeten door de arts (A)

Leeftijd	% ja	
	A	N
≤ 1 mnd.	18.2	22
≤ 2 mnd.	27.8	36
≤ 3 mnd.	22.0	59
≤ 4 mnd.	21.4	84
≤ 5 mnd.	19.4	103
≤ 6 mnd.	21.1	114
≤ 7 mnd.	23.6	127
≤ 8 mnd.	24.6	134
≤ 9 mnd.	23.7	152
≤ 10 mnd.	23.2	164
≤ 11 mnd.	23.8	168
≤ 12 mnd.	22.2	185

4.1.3. Zorg naar behoefte

De volgende CB-taken kunnen worden gerekend tot de categorie zorg naar behoefte: advies geven met betrekking tot gezondheid en opvoeding van het kind, bespreken van de gesignaleerde problemen/afwijkingen, aanbieden - indien er een reden voor is - om eerder langs te komen op het CB, afspraak maken afwijkend van het oproepschema, afspraak maken voor een huisbezoek door de wijkverpleegkundige en verwijzingen naar de huisarts of het VTO-team. Daarnaast kan de duur van het consult tot deze categorie worden beschouwd omdat CB-teams wellicht meer tijd zullen besteden aan een bepaald onderwerp indien ouders behoefte hebben om er goed over te praten.

Blijkens tabel 4.8 geven CB-teams het meest adviezen naar aanleiding van bevindingen tijdens het lichamelijk onderzoek. Daarna volgen voedingsadviezen, medisch gerichte adviezen, adviezen met betrekking tot gedragsontwikkeling van het kind en adviezen met betrekking tot het leefmilieu. Aanzienlijk minder vaak worden adviezen gegeven ten aanzien van het sociaal gedrag van het kind en naar aanleiding van het Psycho-motorisch onderzoek.

Tabel 4.8: het geven van advies door CB-teams (T), de artsen (A) en de wijkverpleegkundigen (W) en het vragen van advies door de ouders (O)

	%			
	T	A	W	O
Medisch alg.	24.8	18.6	8.2	2.5
Lich. onderzoek	45.4	42.9	6.2	11.0
Voeding	40.8	23.6	22.0	9.4
Gedragsontwikkeling	21.4	16.1	7.4	2.8
Sociaal gedrag	3.0	1.8	1.6	0.9
Leefmilieu	17.2	14.9	3.9	2.1
Psycho-mot. ontw.	2.5	2.3	0.2	-

Voedingsadviezen worden behalve door de arts ook regelmatig gegeven door de wijkverpleegkundige. Voor de laatstgenoemde hulpverlener zijn de voedingsadviezen veruit de meest gegeven adviezen.

Ouders hebben het meest een advies naar aanleiding van het lichamenlijk onderzoek gevraagd en ze hebben ruim vier keer zo vaak advies daarover van de arts gekregen.

Advisering over één of meer aspecten van de gezondheid en opvoeding van het kind wordt, gevraagd of ongevraagd, bijna aan 80% van zuigelingen en kleuters gegeven. Verder kan in het algemeen worden geconstateerd dat ouders (24.1%) lang niet zo vaak om advies vragen dan dat ze van de CB-teams (79.4%) krijgen. Het aandeel van wijkverpleegkundigen hierin is in vergelijking tot andere CB-taken relatief groot.

Het bespreken van een gesignaleerde probleem/afwijking wordt in het observatieprotocol aangekruist bij degene die het eerst het probleem tijdens de opgenomen consulten aan de orde stelt (arts, wijkverpleegkundige, ouder). De verzamelde onderzoeksgegevens sluiten elkaar dus uit.

De meeste afwijkingen of problemen worden door de CB-teams geconstateerd tijdens of naar aanleiding van algemeen lichamenlijk onderzoek en ze kunnen betrekking hebben op een of meer delen van het lichaam (zie tabel 4.9). Problemen die betrekking hebben op algemeen medische aspecten, gedragsontwikkeling, het leefmilieu en psycho-motorische ontwikkeling van het kind worden nauwelijks gesignaleerd.

Tabel 4.9: signaleren van een probleem/afwijking door CB-teams (T), artsen (A), W (wijkverpleegkundigen) en O (Ouders)

	%			
	T	A	W	O
Medisch algemeen	.5	.0	.5	10.3
Lich. onderzoek	17.4	16.1	2.1	43.5
Voeding	.0	.0	.0	9.9
Gedragsontw.	.4	.2	.2	.0
Soc. gedrag	.0	.0	.0	2.5
Leefmilieu	.5	.5	.0	6.9
Psycho-motor.	.2	.2	.0	.7

In totaal wordt door CB-teams bijna bij een vijfde deel (18.8%) van de kinderen tenminste één afwijking of één probleem gesignaleerd. Verder blijkt ook dat signaleringen veelal door de arts (17.0%) worden gedaan. Wijkverpleegkundigen hebben daar een gering aandeel (2.5%). Ouders op het consultatiebureau brengen veruit de meeste problemen c.q. afwijkingen zelf naar voren. Ruim 66% van de ouders bespreken een of meer van de door hen gesignaleerde problemen/afwijkingen bij hun kind met het CB-team tijdens de CB-consulten. Ouders bespreken niet alleen de gesignaleerde problemen met betrekking tot het lichamelijk onderzoek maar ook ten aanzien van algemeen medische aspecten, voeding, leefmilieu en sociaal gedrag. Deze resultaten bevestigen in zekere zin wat vaak in de literatuur wordt vermeld over de hoeveelheid informatie waarover ouders beschikken en over het feit dat ouders in staat zijn om een afwijking/probleem bij hun kind te signaleren.

In totaal worden door artsen, wijkverpleegkundigen en ouders tijdens 86% van de onderzochte consulten tenminste één (gesignaleerd) probleem/afwijking van een kind besproken.

Uit tabel 4.10 valt verder af te lezen dat in totaal 13.3% van de ouders op het CB aangeboden wordt om eerder dan gebruikelijk langs te komen. Dit aanbod wordt vaker door de arts dan door de wijkverpleegkundige gedaan. Het aanbod om eerder langs te komen op het consultatiebureau is vrijblijvender van aard dan het maken van een afspraak vóór het oproepschema, dat in mindere mate wordt gedaan. Nog minder vaak wordt met ouders afgesproken dat de wijkverpleegkundige op huisbezoek komt.

Voor een zeer klein deel van de consulten worden twee van de drie laatstgenoemde mogelijkheden aangeboden: Het maken van een afspraak voor een huisbezoek én het aanbieden om eerder langs op het consultatiebureau werd slechts bij twee consulten (.5%) gedaan, het aanbieden van een huisbezoek én een afspraak vóór het oproepschema bij drie consulten (.7%) terwijl het aanbieden om eerder langs te komen én het maken van afspraak vóór het schema aan ouders van zes kinderen (1.4%) gedaan werd. De combinatie van alle drie mogelijkheden werd in het onderzoek nooit aangeboden aan de ouders op het consultatiebureau.

Tabel 4.10: het aanbieden om eerder langs te komen op het CB, afspraak maken vóór schema, afspraak maken voor huisbezoek en verwijzen, op verschillende niveaus gemeten

	%		
	Teams	Artsen	Wijkverpleegkundigen
Eerder langskomen	13.3	8.3	5.5
Afspraak vóór schema	9.2	8.1	1.6
Afspraak huisbezoek	2.8	0.7	2.1
Verwijzen	4.6	4.6	-

Verwijzingen op het consultatiebureau worden, zoals het formeel is geregeld, uitsluitend door artsen gedaan. Dat is in ons onderzoek bij 4.6% van de consulten het geval. Indien geselecteerd wordt op de zuigelingen, dat wil zeggen kinderen tot en met 15 maanden, wordt in totaal 5.2% van de zuigelingen om welke reden dan ook verwezen naar een huisarts, het VTO-team of door een CB-houdende huisarts naar een specialist. Van de kleuters (ouder dan 15 maanden) wordt 3.9% verwezen. Deze percentages wijken af van die uit het onderzoek naar verwijzingen in Nederland door van Gehrman-Bax e.a. (1981) nl. dat gemiddeld 2.7% van zuigelingen en 5.4% van de kleuters wordt verwezen. Houden we constant op één groep artsen dan blijkt uit het onderzoek dat CB-artsen, die aan de huisarts of aan het VTO-team kunnen verwijzen, in totaal 4.7% van de onderzochte kinderen verwijzen, terwijl de huisartsen 5.2% verwijzen.

Tabel 4.11: duur consult van artsen en wijkverpleegkundigen bij zuigelingen en kleuters

Duur consult (Zuigeling)	%		Duur consult (Kleuter)	%	
	A	W		A	W
≤ 6 min.	21.1	33.8	≤ 9 min.	33.8	46.7
7-8-9	32.3	39.0	10-11-12	27.5	28.9
10-12	28.9	10.4	13-15	25.5	14.4
13-15	12.1	10.4	17-20	9.8	8.9
16-23	5.6	6.5	21-33	3.4	1.1
	100.0	100.0		100.0	100.0
	N=230	N= 77		N=204	N= 90

De laatste variabelen binnen de categorie zorg naar behoefte is de duur van het consult. De normtijd van het zuigelingenconsult is 8 minuten, die van het kleuterconsult is 11 minuten. De grens hebben we voor het onderzoek wat soepeler gehanteerd. Consulten van de zuigelingen van 7, 8 en 9 minuten worden door ons tot de normtijd gerekend, evenals die van de kleuters van 10, 11 en 12 minuten.

In tabel 4.11 valt te lezen dat wijkverpleegkundige consulten vaak korter duren dan die van artsen. Dit geldt zowel voor de zuigelingen- als de kleuterconsulten. Deze consulten van de wijkverpleegkundigen worden meestal naast die van de arts gegeven.

Voor wat betreft artsenconsulten geldt dat het de arts vaker lukt bij de kleuters (61.3%) dan bij de zuigelingen (53.4%) om de normtijd te halen. Het blijft echter zo dat bijna de helft van zuigelingenconsulten (46.6%) de normtijd hebben overschreden. Bij kleuterconsulten is dat bij ongeveer een kwart (24.4%) het geval. Lange tot zeer lange consulten van de zuigelingen, van af 13 minuten, hebben plaats gevonden in 17.8% van de gevallen. Kleuterconsulten die langer dan 17 minuten duren vormen 10.0 % van het totaal.

Gemiddeld duurt een zuigelingenconsult van artsen 9.4 minuten, die van de wijkverpleegkundigen 8.4 minuten. Bij de kleuters is het gemiddelde van artsenconsulten 11.6 minuten, van wijkverpleegkundigen 10.1 minuten. De gemiddelde consulten van artsen zijn, hoewel langer dan de normtijden, lager dan volgens de berekening in het jaarverslag van de Nationale Kruisvereniging. Het is ons echter niet duidelijk of bij de gemiddelde consultduur de verpleegkundige consul-

ten wel of niet meegerekend worden en zo ja, op welke wijze ze meegerekend worden. Ten aanzien van onze berekeningswijze hebben we de nabespreking die meestal na afloop van de zitting wordt gehouden niet meegerekend.

4.1.4. Besproken problemen/onderwerpen

In het voorgaande is de aandacht gevestigd op handelingen van CB-teams met betrekking tot CB-taken zoals het wel of niet afnemen van anamnese, het geven van GVO enz. De daarbij besproken onderwerpen betreffen medisch algemeen, voeding enz. Deze onderwerpen zijn verder in tabel 4.12 weergegeven naar de mate waarin ze tijdens CB-zittingen worden besproken. Per groep zijn er meestal één of twee die in het oog springen omdat ze veel vaker worden besproken ten opzichte van de rest.

In tabel 4.12 valt af te lezen dat de toestand van het kind het meest besproken onderwerp vormt bij de groep 'medisch algemeen', gevolgd door vaccinatie en vitamine A & D. Abnormaal spugen komt sporadisch voor, terwijl een ongeval nauwelijks 1% van de besproken onderwerpen vormt.

Bijna driekwart van de besproken onderwerpen over voeding gaat over de hoeveelheid ervan, terwijl ruim de helft gaat over de soort voeding die het kind nodig heeft. Andere aspecten van de besproken voeding van zuigelingen en kleuters zijn de kwaliteit, het tijdstip, het spugen bij voeding en de duur van voeding. Problemen bij afkolven van de borstvoeding worden nauwelijks besproken tijdens de onderzochte CB-zittingen.

Gedragsontwikkelingen en sociaal gedrag zijn onderwerpen die pedagogisch van aard zijn. Met name onderwerpen die betrekking hebben op de gedragsontwikkeling van het kind komen regelmatig aan de orde. Het gedrag van het kind in ruime zin wordt het meest besproken, gevolgd door het gedrag bij het slapen. De taal/spraakontwikkelingen en de zindelijkheidstraining van het kind vormen het derde meest besproken onderwerp.

Bij sociaal gedrag scoort het bespreken van het gedrag van het kind ten opzichte van andere kinderen het hoogst. De broer-zuster relatie wordt bijna twee keer zo vaak besproken als de ouder-kind relatie.

Binnen de categorie 'leefmilieu' vormt de toestand van de gezinsleden het meest besproken onderwerp. Speelgoed daarentegen scoort het laagst terwijl in meer dan een kwart van de gevallen het gesprek

betreffende leefmilieu over de peuterspeelzaal/creche gaat.

Tabel 4.12: besproken onderwerpen tijdens CB-zittingen, door CB-teams (T), artsen (A) en wijkverpleegkundigen (W)

	T	A	W
Medisch algemeen	%	%	%
Toestand kind	87.4	81.2	6.2
Vaccinatie	45.9	41.5	4.4
Vitamine AD	38.1	25.2	12.8
Fluor	26.8	19.5	7.3
Mictie/defaecatie	17.0	13.1	3.9
Schoolarts	15.4	11.0	4.4
Abnormaal spugen	1.8	1.6	0.2
Ongeval	0.9	0.7	0.2
Voeding			
Hoeveelheid	72.5	48.4	24.1
Soort	58.7	36.7	22.0
Kwaliteit	14.4	6.9	7.6
Tijdstip	8.7	5.3	3.4
Spugen bij voeding	5.3	4.6	0.7
Duur van voeding	3.0	2.1	0.9
Borstvoeding(afkolven)	0.5	0.0	0.5
Gedragsontwikkeling			
Gedrag in het algemeen	61.0	46.6	14.4
Gedrag bij slapen	50.9	34.6	16.3
Spraak/taalontwikkeling	31.7	22.5	9.2
Zindelijkheidstraining	28.9	18.8	10.1
Gedrag bij eten en drinken	9.9	5.7	4.1
Sociaal gedrag			
Gedrag ten aanzien van andere kinderen	16.7	7.8	9.9
Relatie met broertjes/zusjes	13.3	10.6	5.0
Gedrag ten aanzien van vreemden	10.6	8.3	3.2
Ouder-kind relatie	7.8	3.7	4.4
Leefmilieu			
Toestand gezinsleden	43.1	35.3	14.4
Peuterspeelzaal/creche	26.4	19.5	12.6
Woonomgeving	16.3	11.0	6.2
Wijze van verzorging	14.9	12.4	3.9
Veiligheidsaspecten	10.8	4.4	6.7
Speelgoed/kinderwagen	8.9	5.5	4.1

Tabel 4.13: besproken problemen/onderwerpen met de ouders naar aanleiding van het lichamelijk onderzoek

	%		%
Hoofd		Romp	
Visus onderzoek	8.3	Bronchitis	4.4
Stand ogen	10.6	Hart	2.5
Oogontsteking	1.8	Luchtwegen/ademhaling	3.0
Oogaandoening	1.1	Longontsteking/medicatie	1.2
Neusverkouden	24.8	Navel	3.4
Amandelen	3.2	Genitalia: voorhuid	2.1
Voortdurend kwijlen	1.4	Testikels	3.0
Tanden	11.5	Schaamlippen	1.2
Bezoek tandarts	7.1	Klachten bij anus	1.1
Tandverzorging	6.9		
Tanden afgebroken	1.1		
Klachten bij gebit	2.2		
Toestand oren	13.3		
Gehoortest	24.1		
Medicijnen/specialist	1.6		
Oksels (klieren)	6.2		
Heupen		Overige	
Abductie	1.6	Vlekken op de huid	27.3
Asymmetrische bilplooien	1.0	Allergie	1.9
Contacten specialist	3.2		
Voeten	12.4		
Bewegingen	11.2		
Benen	4.6		
Botbreuk/last van been	1.2		

In tabel 4.13 zijn weergegeven de onderwerpen/problemen die besproken worden naar aanleiding van het verrichte lichamelijk onderzoek. Om de tabel leesbaar te houden beperken we ons tot onderwerpen die tenminste 1% vormen van de besproken problemen. De meeste problemen naar aanleiding van het lichamelijk onderzoek worden evenals het verrichten van het onderzoek zelf, met de arts besproken. De volgende onderwerpen/problemen worden relatief vaak besproken: vlekken op de huid, neusverkouden, gehoortest, toestand oren, voeten, gebit, loopbewegingen, stand ogen en visus onderzoek.

4.1.5. Verschillen in werkwijze tussen artsen onderling

Zoals eerder vermeld bedoelen we met een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze dat niet alleen het aanbod aan zorg naar het kind toe weinig varieert maar ook dat artsen onderling en wijkverpleegkundigen onderling weinig verschillen in hun werkwijze. De verschillen in werkwijze tussen wijkverpleegkundigen onderling behandelen we bij de beantwoording van de tweede vraagstelling. In deze subparagraaf beperken we tot de werkwijze van artsen onderling.

We hebben in het voorafgaande gezien dat op het niveau van CB-teams de zorg die ieder kind in principe dient te krijgen zoals het afnemen van anamnese, het geven van GVO enz. nagenoeg systematisch wordt verleend. De systematiek neemt echter af indien we ons beperken tot de CB-taken van artsen. Zoals eerder vermeld (in par. 3.1.) zijn drie groepen factoren onderscheiden die de verschillen tussen artsen onderling kunnen verklaren:

- 'CB-gebonden' variabelen zoals het type bureau, samenstelling van het team en consult wijkverpleegkundige.
- 'arts-gebonden' variabelen: totaal aantal jaren CB-ervaring en ervaring op het onderzochte CB, aantal CB-uren per maand en de verstreken tijd sinds de laatst gevolgde cursus/nascholing.
- 'kind/consult-gebonden' variabelen: buitenlands kind, regulier CB-consult, het eerste kind in het gezin, de duur van het consult.

In de gevolgde analyse wordt in eerste instantie gekeken naar de eventuele samenhang tussen bovengenoemde variabelen en de verrichte CB-taken behorende bij de zorg voor ieder kind.

Zowel de 'CB-gebonden'-variabelen als de 'kind/consult'-gebonden variabelen zijn op het niveau van het consult gemeten (N=436). Bij deze variabelen willen we uitspraken doen op consult-niveau. Zoals eerder vermeld zijn er evenveel zuigelingen- als kleuterbureaus opgenomen in het onderzoek. Op beide type bureaus zijn evenveel CB-artsen als huisartsen vertegenwoordigd. Ten behoeve van het onderzoek wordt het wijkverpleegkundig consult als volgt gedefinieerd: wijkverpleegkundigen geven consult indien dat in een aparte spreekkamer plaats vindt en geven geen consult indien ze in de boxenkamer of in dezelfde spreekkamer als de arts verblijven.

Definities van een regulier CB-consult en van wat onder een buitenlands kind wordt verstaan zijn in paragraaf 3.1 beschreven. In totaal zijn 25 buitenlandse kinderen betrokken in het onderzoek tegen 411 nederlandse kinderen. Afwijkend van een regulier oproepschema zijn 30 consulten, de rest (406) zijn reguliere consulten.

Bij de 'arts-gebonden'-variabelen willen we uitspraken doen op het

arts-niveau. We hebben hier derhalve te maken met geaggregeerde gegevens (N=36).

In tabel 4.14. worden associatiecoëfficiënten weergegeven. Voor de arts-gebonden variabelen kunnen we, gezien de aard van de variabelen, pearson's product-moment correlatiecoëfficiënt gebruiken. De afhankelijke variabelen zijn het percentage consulten per zitting waarin de volgende CB-taken: anamnese, lichamelijk onderzoek, volgen van groei, GVO en registratie van gegevens worden verricht.

Bij zowel 'CB-gebonden'-variabelen als 'kind-gebonden'-variabelen is dat niet meer voor de hand liggend. De afhankelijke variabelen worden als volgt gedefinieerd: wel of niet tijdens een consult anamnese afgenomen, lichamelijk onderzoek verricht, de groei besproken, GVO gegeven en registratie van gegevens bijgehouden. Omdat we niet alleen geïnteresseerd zijn in de eventuele sterkte van het verband tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen maar ook in de richting van het verband, hebben we kendall's tau (vergelijk van den Ende, 1973) gebruikt.

Uit tabel 4.14. komt naar voren dat binnen de 'CB-gebonden'-variabelen slechts de samenstelling van het CB-team significante samenhang heeft met alle onderscheiden handelingen. Dat zijn wel of niet medische anamnese bij kind afgenomen, het verrichten van tenminste één vorm van lichamelijk onderzoek, het wel of niet bespreken van een of meer aspecten van de groei, het geven van GVO en registratie van gegevens tijdens het consult. De samenhang houdt in dat CB-artsen vaker bovengenoemde handelingen verrichten dan de huisartsen tijdens CB-consulten. Uit deze onderzoekgegevens kan echter niet worden geïnterpreteerd dat huisartsen slechter dan CB-artsen CB-taken verrichten. De verschillende variabelen over het al dan niet verrichten van CB-taken zijn namelijk niet 'kwalitatief' geoperationaliseerd.

De variabele 'type bureau', zuigelingen- of kleuterbureau, hangt wel significant samen met het verrichten van lichamelijk onderzoek, en wel in die zin dat bij consulten van een kleuterbureau vaker lichamelijk onderzoek wordt verricht dan bij consulten van een zuigelingenbureau.

Tabel 4.14: samenhang tussen bureau-gebonden, arts-gebonden en kind-gebonden variabelen en de taken van artsen op het CB

	A	L	V	G	R	N
- Type CB (τ) (1=zuig. 2=kleuter)	.01	.11*	.01	-.02	.05	436
- Teamsamenstelling (τ) (1=CB-arts 2=huisarts)	-.14**	-.13*	-.17**	-.20*	-.10*	436
- W.V. consult (τ) (1=nee 2=ja)	-.07	-.03	.07	-.01	-.07	436
- Regulier bezoek (τ) (1=nee 2=ja)	-.02	.33**	.19**	.02	.12*	436
- Buitenlands kind (1=nee 2=ja)	.01	.04	-.05	-.12*	-.02	436
- 1 ^e Kind i.h. gezin (τ) (1=nee 2=ja)	-.05	-.01	.01	.06	.09*	436
- Duur consult (τ) (1=norm 2=boven)	.10*	.15**	.10*	.26**	.12*	436
- Jaren ervaring (r)	-.21	-.14	-.18	-.12	-.13	36
- Jaren op dit CB (r)	-.41*	-.35*	-.30*	-.35*	-.32*	36
- CB-uren per maand (r)	.34*	.37*	.35*	.44*	.33*	36
- Verstreken tijd sinds cursus (r)	-.41*	-.40*	-.19	-.57**	-.33*	29

A = Anamnese

L = Lichamelijk onderzoek

V = Volgen van groei

G = GVO

R = Registratie

* $p \leq .05$

** $p \leq .001$

τ =kendall's tau

r=pearson rho

Van de 'kind-gebonden'-variabelen is evenals bij de vorige groep variabelen slechts één variabele, nl. de duur van het consult, die significant correleert met de voor ieder kind verleende CB-taken. De correlatiecoëfficiënten zijn positief maar niet even hoog. Deze is het hoogst bij het geven van GVO. Dit houdt in dat naarmate het consult langer duurt, vaker gezondheidsvoorlichting wordt gegeven. Deze samenhang geldt ook, weliswaar in minder sterke mate, voor andere CB-taken.

Andere variabelen hebben soms een significante samenhang met een of meer handelingen op het consultatiebureau.

Bij reguliere CB-consulten wordt vaker lichamelijk onderzoek verricht dan bij niet-reguliere consulten. Dit geldt ook, hetzij in mindere mate voor het volgen van groei en voor de registratie van gegevens.

Deze samenhang is logisch te noemen omdat bij niet-reguliere consulten de kinderen meestal voor een duidelijk doel komen, zoals voor een prik wanneer bij een eerder CB-bezoek de longen nog niet schoon waren gebleken of voor een psycho-motorisch onderzoek indien een grote achterstand was geconstateerd.

Verder komt uit tabel 4.14. naar voren dat tijdens een consult van buitenlandse kinderen minder aandacht gegeven wordt aan het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding dan tijdens een consult van nederlandse kinderen.

Tijdens een consult van het eerste kind in het gezin wordt meer registratie gedaan dan bij andere consulten, hetgeen ook aannemelijk is.

Drie van de vier 'arts-gebonden'-variabelen correleren significant, soms zelf vrij sterk, met de eerder genoemde handelingen tijdens CB-zittingen. Het totaal aantal jaren CB-ervaring hangt negatief samen met alle CB-handelingen. De correlaties zijn echter niet significant. Het aantal jaren CB-ervaring op het onderzochte consultatiebureau heeft daarentegen wel systematisch een significante samenhang met de mate waarin CB-taken tijdens een CB-zitting worden verricht. Alle correlaties zijn negatief en variëren van $-.30$ tot $-.41$. De interpretatie luidt dat naarmate een arts langer verbonden is aan één consultatiebureau, des te minder CB-handelingen, behorende bij de zorg voor ieder kind, tijdens CB-zittingen worden verricht. De samenhang is het sterkst bij het afnemen van anamnese en het zwakst bij het volgen van groei. Kijken we naar de CB-ervaring van de betrokken artsen dan blijkt dat CB-artsen ruim 5 jaar verbonden zijn aan de onderzochte consultatiebureaus, de huisartsen 9 jaar. Kennelijk werken beginnende artsen vaker volgens 'het boekje' dan de meer ervaren artsen. Er kan echter niet zonder meer geïnterpreteerd worden dat sommige artsen betere of slechtere zorg verlenen op het consultatiebureau. Het geeft wel aan de mate waarin artsen zich houden aan de in de literatuur beschreven CB-taken. Deze verklaring geldt ook voor de volgende variabele.

Het totaal aantal CB-uren per maand hangt positief samen met de verrichte handelingen op het CB. Dat houdt in dat naarmate meer CB-

uren per maand wordt gemaakt des te vaker gezondheidsvoorlichting lichamelijk onderzoek, volgen van groei, afnemen van anamnese en registratie tijdens de CB-zittingen wordt gedaan. Van de betrokken artsen blijkt dat CB-artsen gemiddeld 52.1 CB-uren per maand maken en de huisartsen 10.3 uren.

De laatste arts-gebonden variabele is de verstreken tijd na de laatst gevolgde cursus of nascholing. Zeven artsen hebben nooit een cursus/nascholing gevolgd zodat er nog 29 artsen resteren voor deze analyse. Deze variabele heeft een negatief verband met alle eerder genoemde CB-taken. Een correlatiecoëfficiënt met betrekking tot het volgen van groei is, hoewel betrekkelijk groot (-.19), door het klein aantal onderzoekseenheden niet significant gebleken. De samenhang houdt verder in dat naarmate de laatste cursus/nascholing langer geleden is gevolgd des te minder wordt in een CB-zitting GVO gegeven, anamnese afgenomen, lichamelijk onderzoek verricht en registratie van bevindingen tijdens het onderzoek bijgehouden. Van de zeven artsen die geen nascholing hebben gevolgd zijn zes huisarts. De verstreken tijd na de laatst gevolgde cursus op het gebied van de jeugdgezondheidszorg is voor CB-artsen gemiddeld 7 maanden en voor de huisartsen ruim drie jaar (38 maanden). Het volgen van nascholing op het gebied van de JGZ heeft derhalve slechts dan positieve invloed op de verrichte CB-taken indien het recentelijk is gebeurd. Een min of meer 'permanente' vorm van nascholing zal derhalve kunnen bijdragen aan de realisering van de eerder beschreven doelstelling van de jeugdgezondheidszorg.

Op basis van de correlatie-analyse kan worden geconstateerd dat met name 'arts-gebonden'-variabelen samenhang vertonen met de verrichte handelingen op het consultatie-bureau. Van 'bureau-gebonden'-variabelen blijkt slechts de teamsamenstelling significant te correleren met eerdergenoemde CB-taken. Van de 'kind-gebonden'-variabelen blijkt ook maar één variabele, de duur van het consult, systematisch samen te hangen met de verleende zorg voor ieder kind op het consultatie-bureau.

Besloten is om verdere analyse te beperken tot die variabelen, die significant correleren met eerder genoemde handelingen tijdens de CB-zittingen. Op consult-niveau wordt derhalve de analyse voortgezet met de variabele 'teamsamenstelling' en de variabele 'duur consult'. Alle andere variabelen, hoewel soms significant verband hebben met sommige CB-taken, zijn echter van dien aard dat ze verder niet geschikt worden gevonden om de variaties van de verleende zorg te verklaren.

Gezien de aard van de afhankelijke variabelen (nominaal meetniveau) wordt verder voor een logit analyse gekozen.

Op het niveau van de arts gaan we verder met het logit model van multi-variate regressie te analyseren. De gevonden samenhang op dit niveau blijkt niet altijd een lineair-verband te hebben.

Bureau- en kind gebonden variabelen: logit analyse

De onafhankelijke variabelen bij deze analyse betreffen de kind- en bureaugebonden variabelen. De afhankelijke variabelen zijn nogmaals de handelingen van artsen tijdens een CB-consult die voor ieder kind bestemd zijn: Anamnese, lichamelijk onderzoek, volgen van groei, GVO en registratie. De operationalisering van de variabelen is analoog aan die bij de correlatie-analyse.

Met behulp van logit analyse wordt een drietal doelen bereikt.

Ten eerste wordt nagegaan of een door ons geconstrueerd model (een samenstelling van twee onafhankelijke met een afhankelijke variabelen), goed past op (bij) de empirische gegevens. Dat wil zeggen of een model van bijvoorbeeld anamnese, teamsamenstelling en duur van consult overeenkomt met de onderzoeksgegevens. Bij deze analyse richten we ons vooral op de samenhang tussen afzonderlijke onafhankelijke variabelen en een afhankelijke variabele. Bijvoorbeeld de samenhang tussen de onafhankelijke variabelen teamsamenstelling (T) en duur van consult (C) afzonderlijk en de afhankelijke variabele GVO (G).

Ten tweede wordt, uitgaande van een passend model, verder berekend hoe goed het betreffende model is, dat wil zeggen in hoeverre worden daarbij de variaties tussen artsen onderling gereduceerd. We doen dit als volgt. Een model met een samenhang tussen de afzonderlijke onafhankelijke variabelen en een handeling van artsen op het CB wordt vergeleken met een model waarin die samenhang niet is opgenomen. Het verschil tussen de twee modellen geeft aan in hoeverre het tweede model, waarin wel samenhang tussen de onafhankelijke variabelen en een verrichte CB-taak is, verbeterd ten opzichte van het eerste model, waarin die samenhang niet is opgenomen.

Tenslotte wordt de (grootte van de) invloed van de afzonderlijke onafhankelijke variabelen op de eerder genoemde CB-handelingen van artsen vastgesteld. Deze laatste wordt met behulp van een associatiemaat die veel gebruikt wordt in de epidemiologie, Odds ratio, geïnterpreteerd (zie o.a. Newman, 1988; Freeman e.a., 1986). De Odds ratio's zijn berekend op basis van de significant gevonden coëfficiënten van de onafhankelijke variabelen met betrekking tot de CB-

handelingen. De interpretatie van Odds ratio's is betrekkelijk eenvoudig. Een Odds ratio kleiner dan 1 betekent dat er sprake is van een negatief verband, is deze groter dan 1 dan is er sprake van een positief verband, hetgeen dus vergelijkbaar is met de interpretatie van een correlatie-coëfficiënt. Er is geen sprake van een samenhang tussen de variabelen indien Odds ratio precies de waarde 1 heeft.

Resultaten

In tabel 4.15 worden de getoetste modellen weergegeven. Per CB-handeling, de afhankelijke variabele, worden steeds twee modellen geconstrueerd, één zonder samenhang tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen en één met samenhang.

Uit het onderzoek (zie tabel 4.15) komt naar voren dat vier van de vijf modellen waarin wel een interactie wordt opgenomen goed passen bij onze onderzoeksgegevens. Het model waarin anamnese als afhankelijke variabelen wordt gedefiniëerd blijkt niet goed te passen bij (op) de empirische data. Verder blijkt ook dat er een samenhang bestaat tussen de onafhankelijke variabelen onderling (teamsamenstelling en duur van consult). De (passende) modellen weerspiegelen de onderlinge samenhang tussen de opgenomen variabelen in het onderzoek. Onderzoekstechnisch houdt dit in dat de vier passende modellen elk een significante verbetering hebben opgeleverd ten opzichte van die waarin geen samenhang tussen de onafhankelijke en afhankelijke variabelen wordt verondersteld.

Tabel 4.15: getoetste modellen tussen de teamsamenstelling en de duur van het consult met de handelingen op het CB met behulp van logit analyse

	D	vg	
A, T, C, TC	21.43	3	57%
A, AT, AC, TC	9.27	1	
L, T, C, TC	17.81	3	95%
L, LT, LC, TC*	.96	1	
V, T, C, TC	18.63	3	87%
V, VT, VC, TC*	2.39	1	
G, T, C, TC	45.14	3	99%
G, GT, GC, TC*	.38	1	
R, T, C, TC	8.83	3	99%
R, RT, RC, TC*	.01	1	

* passend model

A = anamnese

L = lichamelijk onderzoek

V = volgen van groei

G = GVO

R = registratie

T = teamsamenstelling

C = duur consult

D = deviance,

max.likelihood ratio

vg=vrijheidsgraden

Het tweede doel bij de logit analyse is vast te stellen hoe goed het passend model de variaties tussen artsen onderling kan verklaren ten opzichte van het 'eenvoudige' model (zonder interactie tussen onafhankelijke en afhankelijke variabelen). Het model waarin anamnese als afhankelijke variabele wordt ingevoerd blijkt de minste kracht te hebben. Dat is ook het enige niet passende model.

Maximaal kan een met behulp van logit analyse geconstrueerd model voor 100% variaties tussen de onderzochte eenheden onderling verklaren. Dat is het geval bij een model waarin behalve de afzonderlijke variabelen ook alle mogelijke samenhangen tussen variabelen worden opgenomen (het zogenaamde verzadigde model). Anders dan bij-

voorbeeld regressie analyse dient men dus de percentages tegen deze achtergrond te interpreteren. Een model dat de variaties tussen artsen onderling het meest kan verklaren, is logischerwijze ook het passende model. Bij het tweede model, met het lichamenlijk onderzoek als afhankelijke variabele, blijkt dat het passende model praktisch geheel de variaties tussen artsen onderling kan verklaren. Dit geldt ook voor andere passende modellen waarin volgen van groei, GVO of registratie van gegevens als afhankelijke variabele wordt opgenomen. Al met al betekent dit dat de door ons geconstrueerde modellen een goed beeld van de onderlinge samenhang tussen variabelen in het onderzoek. Daarnaast kunnen ze ook het meest de variaties tussen artsen onderling met betrekking tot eerder genoemde CB-handelingen verklaren.

Tabel 4.16: Odds ratio's tussen de teamsamenstelling en de duur van het consult met de CB-taken

	A	L	V	G	R
Teamsamenstelling	.53	.47	.74	.62	.62
Duur consult	1.34	3.06	1.13	2.40	2.08

A =anamnese

L =lichamelijk onderzoek

V =volgen van groei

G =geven GVO

R =registratie

Het derde doel van de logit analyse is om de afzonderlijke invloed van de onafhankelijke variabelen vast te stellen.

In tabel 4.16 worden de Odds ratio's tussen de variabele teamsamenstelling en de duur van het consult met de verrichte CB-taken weergegeven. Zoals eerder vermeld betekent een Odds ratio, kleiner dan 1, dat er sprake is van een negatief verband, is deze groter dan 1 dan is er sprake van een positief verband. Er is geen sprake van een verband tussen de variabelen indien Odds ratio de waarde 1 heeft. Uitgaande van de beschreven interactieve modellen valt het volgende te konstaten. De eerste onafhankelijke variabele, de teamsamenstelling, heeft een negatieve associatie met alle verrichte CB-handelingen: Anamnese, lichamenlijk onderzoek, volgen van groei, GVO en registratie van gegevens. Het verband houdt in dat CB-artsen vaker boven-

genoemde CB-taken verrichten dan huisartsen. Maar aangezien in het onderzoek bij verreweg de meeste kinderen wel de voor ieder kind bestemde zorgverlening wordt verricht betekent dit dus dat het hier gaat om kleine absolute aantallen. De Odds ratio's worden als volgt geïnterpreteerd. Het aantal consulten waarin CB-artsen, bijvoorbeeld geen lichamelijk onderzoek verrichten is de helft minder (.47) dan dat van huisartsen. Anders gezegd: het aantal consulten van huisartsen waarin geen lichamelijk onderzoek is uitgevoerd, is twee keer zo groot als dat van CB artsen. De verschillen worden echter steeds kleiner naarmate de Odds ratio's de waarde 1 benaderen. De verschillen tussen CB-artsen en huisartsen met betrekking tot de verleende zorg op het consultatiebureau zijn het grootst bij het verrichten van lichamelijk onderzoek en het kleinst bij volgen van groei.

Bij de tweede onafhankelijke variabele, de duur van het consult, is de richting van het verband positief. Dat wil zeggen dat, uitgaande van eerder beschreven interactieve modellen, naarmate het consult langer duurt (boven de normtijd) des te vaker anamnese wordt afgenomen, lichamelijk onderzoek wordt verricht, de groei van het kind wordt besproken, GVO wordt gegeven en registratie wordt gedaan. Ook bij de tweede onafhankelijke variabele geldt dat het verband het sterkst is met betrekking tot het verrichten van lichamelijk onderzoek en het zwakst bij volgen van groei.

Arts-gebonden variabelen: het logit model

Ten behoeve van arts-gebonden variabelen hebben we zoals eerder vermeld het logit model van de multi-variate regressie analyse gekozen. De drie onafhankelijke variabelen zijn: het totaal aantal CB-uren per maand, het aantal jaren ervaring op het onderzochte bureau en de verstreken tijd sinds de laatst gevolgde cursus op het gebied van de jeugdgezondheidszorg.

De operationalisering van de variabelen is analoog aan de correlatie-analyse voor wat betreft de arts-gebonden variabelen.

Bij deze analyse worden in een model alle drie genoemde variabelen opgenomen met steeds een CB-taak. Het verschil met de 'gangbare' multi-variate regressie analyse is dat bij het logit model ook gekeken wordt of het geconstrueerde model bij de onderzoeksgegevens past. Van de verkregen regressiecoëfficiënten kunnen we, anders dan bij de logit analyse, niet exact aangeven hoe groot de invloed van de afzonderlijke variabelen op de verrichte CB-taken is.

Tabel 4.17: Getoetste modellen tussen enerzijds het aantal CB-uren per maand, jaren ervaring op het onderzochte CB en de verstreken tijd sinds laatst gevolgde cursus anderzijds de CB-taken; met behulp van het logit model van de multivariate regressie analyse

	A*	L*	V	G*	R*
CB-uren					
+	D=32.5	D=31.2	D=86.3	D=37.7	D=30.9
ervaring					
+	VG=25	VG=25	VG=25	VG=25	VG=25
verstreken tijd					

A = Anamnese

L = Lichamelijk onderzoek

V = Volgen van groei

G = Geven GVO

R = Registratie

* passend model

D = Deviance

VG= Vrijheidsgraden

Uit tabel 4.17 blijkt dat vier modellen waarin zijn opgenomen enerzijds de bovengenoemde arts-gebonden variabelen anderzijds een CB-taak bestemd voor ieder kind, overeenkomen met de empirische gegevens. Eén model waarin volgen van groei als afhankelijke variabele wordt opgenomen blijkt niet goed te passen bij de onderzoeksdata. Dat model geeft derhalve geen voldoende beeld van de onderlinge samenhang tussen de variabelen. Bij de reeds beschreven resultaten van de correlatie-analyse blijkt een variabele, de duur van de verstreken tijd sinds de laatst gevolgde nascholing, niet significant te correleren met de besproken aspecten van de groei tijdens een CB-zitting. Samenvattend lijken de drie bovengenoemde arts-gebonden variabelen, in overeenstemming met de resultaten van correlatie-analyse, invloed te hebben op de meeste verrichte CB-taken behorende bij ieder kind.

4.1.6. Samenvatting

Ten behoeve van de eerste vraagstelling betreffende uniforme en gestandaardiseerde werkwijze wordt het totaalpakket van zorgverlening onderscheiden in de zorg voor ieder kind, voor ieder kind op een bepaalde leeftijd en de zorg naar behoefte. In dit onderzoek beperken we ons tot de zorgverlening die tijdens de opgenomen consulten van artsensbureaus, wordt gegeven.

De zorg voor ieder kind tijdens CB-consulten betreft anamnese, lichamelijk onderzoek, volgen van groei, GVO, registratie en afspraak maken. Deze zorg wordt in meer of minder sterkere mate systematisch verleend aan de kinderen op de onderzochte consultatiebureaus. Althans voor zover uitgegaan wordt van het CB-team, dat wil zeggen ongeacht of de zorg door de arts, door de wijkverpleegkundige of door beide wordt verleend. Met andere woorden er is sprake van een redelijke mate van uniforme en gestandaardiseerde werkwijze met betrekking tot de door CB-teams verleende zorg bestemd voor ieder kind.

Zorgverlening die meer kind gebonden is omdat deze aan kinderen van een bepaalde leeftijd wordt aangeboden, lijkt minder systematisch te worden verleend. De volgende CB-taken: immuniseren, psycho-motorisch onderzoek, visusonderzoek en het voelen van de fontanellen wordt door de betrokken CB-teams bij de helft tot ruim drie kwart van de onderzochte kinderen van de betreffende leeftijd gedaan. Voor een deel is dat te verklaren door de opzet van het onderzoek: een cross-sectioneel onderzoek. Dat wil zeggen dat de door ons verzamelde onderzoeksgegevens op één tijdstip werden gemeten. Dit geldt met name bij visusonderzoek, dat meestal slechts één keer bij de kleuters wordt uitgevoerd. Deze verklaring gaat echter niet op voor het onderzoek naar de fontanellen, die in principe steeds worden gevoeld totdat ze gesloten zijn (tweede levensjaar). Uit het onderzoek komt naar voren dat dit bij kinderen van 2 jaar en jonger slechts bij ruim de helft wordt gedaan. Hetzelfde geldt ook voor het meten van de hoofdomtrek. Het meten van de hoofdomtrek wordt door CB-teams bij minder dan 30% van de onderzochte kinderen tijdens het eerste levensjaar gedaan.

Andere CB-taken vallen onder de categorie zorg naar behoefte. Onderzochte CB-teams geven, gevraagd en ongevraagd, aan 80% van de ouders op het consultatiebureau een of meer adviezen betreffende de gezondheid en opvoeding van hun kind. Expliciet om advies wordt door minder dan een kwart van de ouders gevraagd.

Bij 86% van de onderzochte kinderen wordt tenminste één gesignaleerd probleem (afwijking) tijdens een consult besproken. Ouders (66.5%) stellen de door hen gesignaleerde problemen het meest aan de orde. De rest wordt door de arts het eerst aangekaart en zeer sporadisch door de wijkverpleegkundige.

Verwijzingen naar een huisarts of een specialist (VTO-team) wordt tijdens 4.6% van de consulten gedaan.

Aan het eind van het consult wordt soms een andere afspraak dan

gebruikelijk is, gemaakt. Het meest wordt door CB-teams aangeboden om eerder dan volgens het reguliere oproepschema, op het consultatiebureau langs te komen. Daarna wordt, in mindere mate, de volgende CB-afpraak gemaakt vooruitlopend op het oproepschema, hetgeen dus minder vrijblijvend van aard is. Afspraak maken voor een huisbezoek wordt zeer sporadisch gedaan.

Tenslotte kan de duur van het consult als indicatie van de behoefte van zorgverlening op het CB gezien worden. Zuigelingenconsulten overschrijden vaker de normtijd dan kleuterconsulten. Gemiddeld duurt een zuigelingenconsult van artsen 9.4 minuten en een kleuterconsult 11.6 minuten. Verpleegkundige consulten die soms bij artsenbureaus apart worden gedaan duren gemiddeld voor een zuigeling 8.4 minuten en 10.1 minuten voor de kleuters. De duur van de nabespreking wordt hier niet meegerekend.

Tot nu toe is gekeken welke zorg systematisch wel en welke systematisch niet wordt verleend door het CB-team, ongeacht wie het doet (arts, wijkverpleegkundige of beide). Op het niveau van CB-teams is reeds geconstateerd dat er wel sprake is van een nagenoeg systematische zorgverlening voor de CB-taken die bestemd zijn voor ieder kind. Beperkt men zich tot de verleende zorg alleen door de groep artsen dan gaat de systematiek minder op. Met andere woorden uit het onderzoek blijkt dat het aanbod aan zorg naar het kind toe weinig varieert wanneer gekeken wordt naar de verleende zorg door de CB-teams. Het verschil neemt echter toe indien artsen onderling worden vergeleken.

Drie groepen factoren zijn onderscheiden die de verschillen tussen artsen onderling kunnen verklaren: De CB-gebonden, de kind/consult gebonden en de arts-gebonden variabelen. Van de CB-gebonden en kind-gebonden variabelen blijven er twee variabelen over die invloed lijken te hebben op de verrichte taken tijdens een consult. Deze zijn: teamsamenstelling (team bestaande uit een wijkverpleegkundige met een CB-arts óf een huisarts) en de duur van het consult (binnen of boven de normtijd).

Deze resultaten wijzen uit dat onderzochte CB-artsen systematisch vaker dan huisartsen de volgende CB-taken verrichten tijdens een consult: Anamnese, lichamelijk onderzoek, volgen van groei, GVO en registratie. De term 'vaker' houdt echter niet in 'beter' of 'slechter' omdat de onderzoeksgegevens niet in die zin gedefinieerd zijn/worden. Wel geven de resultaten een indicatie dat CB-artsen in sterkere mate dan huisartsen zich houden aan de in literatuur be-

schreven CB-taken. Voor wat betreft de tweede variabele geldt dat naarmate het consult langer (dan de normtijd) duurt, des te vaker CB-taken worden verricht.

Van de arts-gebonden variabelen lijken de volgende drie variabelen invloed te hebben op het aantal consulten waarin eerder genoemde CB-taken per zitting te worden uitgevoerd. Deze zijn het totaal aantal CB-uren per maand, het aantal jaren ervaring op het onderzochte consultatiebureau en de verstreken tijd sinds de laatst gevolgde nascholing op het gebied van de jeugdgezondheidszorg. De onderzoeksresultaten zijn als volgt te interpreteren.

Naarmate een arts (CB-arts of huisarts) meer CB-uren per maand maakt, des te groter is het aantal consulten per zitting waarin wel de volgende CB-taken worden verricht: anamnese, lichamelijk onderzoek, volgen van groei, GVO en registratie van bevindingen.

Daarnaast blijkt dat naarmate een arts langer verbonden is aan één consultatiebureau des te minder het aantal consulten per zitting waarin bovengenoemde CB-taken worden uitgevoerd. De beginnende artsen lijken dus vaker volgens 'het boekje' de CB-werkzaamheden uit te voeren dan de meer ervaren artsen.

Tenslotte komt uit het onderzoek naar voren dat naarmate de laatste cursus/nascholing op het gebied van de JGZ langer geleden is gevolgd des te minder vaak de meeste genoemde CB-taken tijdens een zitting worden uitgevoerd. De nascholing lijkt dus recent te moeten zijn om positieve invloed te kunnen uitoefenen op de zorgverlening, bestemd voor ieder kind, op het consultatiebureau.

4.2. Taken en werkwijze van de wijkverpleegkundigen

Bij de tweede vraagstelling gaat het in eerste instantie om de taken die door wijkverpleegkundigen tijdens CB-zittingen van een artsenubureau worden uitgevoerd. Welke taken doen wijkverpleegkundigen meestal op een artsenubureau en welke taken niet. Daarnaast wordt nagegaan of, en zo ja in hoeverre, wijkverpleegkundigen onderling verschillen met betrekking tot de uit te voeren taken. Tenslotte worden de taken van wijkverpleegkundigen buiten CB-zittingen beschreven.

De CB-taken van wijkverpleegkundigen hangen sterk samen met de organisatie van het consultatiebureau. Dat wil zeggen of de wijkverpleegkundige samen met de arts in een spreekkamer zit of in een andere spreekkamer waar ze dezelfde groep kinderen ziet of in de boxenkamer verblijft. De in het onderzoek betrokken consultatiebu-

reaus zijn op verschillende wijze georganiseerd. Veertien wijkverpleegkundigen hebben de boxenkamer als werklocatie, zeven zitten in dezelfde kamer als de arts, terwijl 15 in een aparte spreekkamer zitten en dezelfde groep kinderen zien als de arts.

4.2.1. Taken van de wijkverpleegkundigen op een artsensbureau

Wijkverpleegkundigen in de boxenkamer

Van de veertien wijkverpleegkundigen die ten tijde van het onderzoek in de boxenkamer verbleven hielden zeven een zuigelingenbureau en zeven een kleuterbureau. Bij vijf bureaus werken wijkverpleegkundigen samen met een CB-arts, bij negen bureaus met een huisarts.

De werkwijze van deze wijkverpleegkundigen werd door ons niet opgenomen. Meestal werd het niet wenselijk geacht om een videocamera tussen verschillende kinderen en ouders te plaatsen. Tijdens een proefopname hebben we dat wel gedaan maar bij het afdraaien van de band was het totaal niet te volgen wie aan het woord was.

Alle wijkverpleegkundigen die bij de door ons onderzochte artsensbureaus in de boxenkamer verblijven vinden dat ze tijdens deze CB-zitting geen consult geven.

De door ons waargenomen CB-taken van de wijkverpleegkundigen in de boxenkamer zijn:

- het ontvangen van ouders en kinderen;
- het opnemen van het gewicht;
- het opnemen van de lengte;
- het bijhouden van de groeicurven, soms wordt het kort besproken met de ouder;
- het regelen welk kind aan de beurt is op basis van de gemaakte afsprakenlijst en soms mede op basis van volgorde van binnenkomst;
- het brengen van het ingevulde dossier van het kind naar de arts;
- het maken van een sociaal praatje met de wachtende ouders en kinderen;
- het geven van antwoorden op algemene vragen van ouders zoals wanneer de volgende prik zal zijn. Soms stellen ouders gerichte vragen zoals tot wanneer het kind AD druppels nodig heeft;
- het maken van de volgende CB-afspraken met ouders, die reeds bij de arts zijn geweest;
- het opnemen van de telefoon voor zover niet een automatisch antwoordapparaat wordt ingeschakeld tijdens een CB-zitting;
- het nagaan of alle kinderen op het CB zijn gekomen, en indien niet, het plagen van een telefoontje met de betreffende ouder.

Wijkverpleegkundigen die niet in de boxenkamer consult geven

Een andere groep wijkverpleegkundigen die al dan niet gezamenlijk met de arts CB-consult geven, in totaal was dit bij 22 consultatiebureaus het geval, werd door ons wel opgenomen met behulp van een videocamera.

Bij de beantwoording van de eerste vraagstelling hebben we beschreven dat wijkverpleegkundigen tijdens de opgenomen zittingen nauwelijks lichamelijk onderzoek en registratie van gegevens in het dossier van het kind uitvoeren. Wat het eerste betreft, het verrichten van lichamelijk onderzoek, komt het overeen met de taakverdeling tussen de arts en de wijkverpleegkundige zoals deze in de literatuur wordt beschreven. Het verrichten van lichamelijk onderzoek wordt vaak tot de CB-taak van de arts gerekend.

Ten aanzien van de zorg voor ieder kind heeft deze groep wijkverpleegkundigen een belangrijke bijdrage in:

- het afnemen van anamnese (52.3%);
- het volgen van de groei (41.5%);
- het geven van GVO (46.3 %).
- het maken van volgende afspraak (34.1% bij 1-jarigen en jonger).

Bij het uitvoeren van bovengenoemde CB-taken hebben wijkverpleegkundigen voor een deel samengewerkt met de arts en voor een deel deze taken zelfstandig verricht. (Voor de preciese beschrijving zie par. 4.1.1.)

Ten aanzien van de zorg voor ieder kind van een bepaalde leeftijd hebben wijkverpleegkundigen de volgende CB-taken verricht:

- het voorbereiden van injecties (varieert van 14% bij 4-jarigen tot 50% bij kinderen van 11 maanden);
- het testen van het gezichtsvermogen (22.7% bij drie en half jaar en ouder);

Het verrichten van psycho-motorisch onderzoek wordt in het onderzoek sporadisch uitgevoerd door wijkverpleegkundigen. Dit komt overeen met de richtlijnen van het werkboek van het van Wiechenschema. Het immuniseren in de zin van 'geven van injectie' wordt kennelijk niet tijdens een artsensbureau door de wijkverpleegkundigen gedaan.

Verder komt uit het onderzoek naar voren dat wijkverpleegkundigen ook de volgende taken 'voelen van de fontanellen' en 'het meten van de hoofdomtrek' niet, althans niet in de spreekkamer van een artsensbureau, verrichten. Of deze taken wel bij verpleegkundige bureaus worden uitgevoerd kunnen we in dit onderzoek niet zeggen.

Voor wat betreft de zorg naar behoefte is uit het onderzoek gebleken dat de betrokken wijkverpleegkundigen de volgende CB-taken verrichten:

- advisering (30.7%);
- het aanbieden eerder langs te komen op het CB (5.5%);
- het signaleren van een probleem of een afwijking (2.5%);
- het maken van een afspraak voor een huisbezoek (2.1%);
- het maken van een afspraak vóór het oproepschema (1.6%).

4.2.2. Verschillen in werkwijze tussen wijkverpleegkundigen onderling

De verdere analyse van deze groep wijkverpleegkundigen beperken we tot die CB-taken die ze, zoals eerder vermeld, wel regelmatig uitvoeren. Dat zijn: het afnemen van anamnese, het volgen van groei en het geven van gezondheidsvoorlichting en -opvoeding.

De analyse wordt voortgezet analoog aan die van artsen. Ook houden we ons aan dezelfde opzet als die van de artsen, dat wil zeggen ook hier wordt uitgegaan van drie niveau's van verklarende variabelen:

- 'CB-gebonden'-variabelen;
- 'wijkverpleegkundige-gebonden'-variabelen;
- 'kind/consult-gebonden'-variabelen.

Eén variabele wordt toegevoegd aan de 'kind-gebonden'-variabelen namelijk of het een kind betreft uit eigen wijk.

De analyse wordt verricht op basis van de consulten van de 22 consultatiebureaus. Op het niveau van de wijkverpleegkundigen worden derhalve correlaties berekend op in totaal 22 onderzoekseenheden, hetgeen dus geen sterke 'power' heeft voor de toetsing van verbanden.

Tabel 4.18: samenhang tussen bureau-gebonden, wijkverpleegkundige-gebonden en kind-gebonden variabelen en de taken van de wijkverpleegkundigen op het CB

	A	V	G	N
Type CB (τ) (1=zuig. 2=kleuterbr.)	.07	.12*	.01	268
Teamsamenstelling (τ) (1= met CB-arts 2=met HA)	.05	-.20**	.07	268
W.V. consult (τ) (1=nee 2=ja)	-.05	.49**	.06	268
Eigen wijk wv (τ) (1=nee 2=ja)	-.06	-.04	-.03	268
Regulier bezoek (τ) (1=nee 2=ja)	.19**	.15*	.26**	268
Buitenlands kind (τ) (1=nee 2=ja)	.03	.11*	-.03	266
1 ^e Kind in het gezin (τ) (1=nee 2=ja)	.02	.03	.07	268
Duur consult (τ) (1=norm 2=boven)	.11*	.18*	.20**	167
Jaren ervaring (r)	.10	.29	.21	22
Ervaring op dit CB (r)	.16	.19	.19	22
CB-uren per maand (r)	.19	.10	.09	22
Verstreken tijd sinds cursus (r)	-.26	-.14	.01	22

A = Anamnese

V = Volgen van groei

G = GVO

* $p \leq .05$

** $p \leq .001$

τ = kendall's tau

r = pearson rho

Blijkens tabel 4.18. zijn er slechts twee variabelen die een significante samenhang vertonen met alle drie eerder genoemde CB-handelingen. Dat zijn het al dan niet reguliere CB-bezoek en de duur van het consult. Zoals eerder vermeld, is de samenhang tussen regulier CB-bezoek en CB-handelingen begrijpelijk. De samenhang is echter bij de wijkverpleegkundigen anders dan bij de artsen. Zien we bij de groep artsen significante verbanden tussen regulier CB-bezoek en het

verrichten van lichamelijk onderzoek, volgen van groei en registratie van gegevens. Bij de groep wijkverpleegkundigen correleert het regulier CB-bezoek significant met het afnemen van anamnese, met het volgen van groei en met het geven van GVO.

Daarnaast blijkt dat één CB-taak van de wijkverpleegkundigen, namelijk het volgen van groei significant correleert met verschillende variabelen, namelijk het type bureau (zuigelingen- of kleuterbureau), teamsamenstelling (samenwerking met een CB-arts of met een huisarts) en het wel of niet geven van consult in dezelfde kamer als de arts. Deze samenhang houdt in dat bij de kleuterconsulten vaker een of meer aspecten van de groei wordt besproken dan bij zuigelingenconsulten. Dit geldt ook bij consulten waar een huisarts, in plaats van CB-arts, met de wijkverpleegkundige samenwerkt en bij consulten waar de wijkverpleegkundige consult geeft in een aparte kamer.

Tenslotte heeft de duur van het consult, evenals die bij artsen, een positief verband met de CB-taken van de wijkverpleegkundigen tijdens een artsenbureau. Deze samenhang betekent dat naarmate het consult langer duurt des te vaker wordt door de wijkverpleegkundige anamnese afgenomen en GVO gegeven.

Wijkverpleegkundige-gebonden variabelen correleren, anders dan bij artsen het geval is, niet significant met alle drie eerder genoemde handelingen van de wijkverpleegkundigen op het CB. Zelfs wanneer getoetst wordt op een hogere p-waarde ($p < .10$) is slechts één coëfficiënt significant. Het klein aantal onderzoekseenheden is hier mede debet aan.

Anders dan bij artsen zijn de meeste coëfficiënten positief. Dat wil zeggen dat er niet minder maar juist meer handelingen worden verricht naarmate wijkverpleegkundigen meer jaren ervaring op één CB hebben opgedaan of naarmate ze langer geleden een cursus of nascholing op het gebied van de JGZ hebben gevolgd. De coëfficiënten zelf zijn niet allemaal laag te noemen, maar door het klein aantal eenheden zijn ze te veel van toevallige omstandigheden afhankelijk. Besloten is dat op het geaggregeerde niveau verder geen analyse meer wordt verricht.

Voor wat betreft de bureau-gebonden en kind-gebonden variabelen gaan we vervolgens na of wijkverpleegkundigen onderling verschillen met betrekking tot het verrichten van eerder genoemde taken op het artsenbureau. Daarvoor wordt de CHI-kwadraat, toetsing voor de statistische onafhankelijkheid, gebruikt. Bij deze toetsing wordt gekeken of consulten van de wijkverpleegkundigen onder een bepaalde conditie anders zijn dan consulten die niet onder die conditie vallen

met betrekking tot een handeling op het consultatiebureau. In tabel 4.19 worden de waarden van CHI-kwadraat gepresenteerd. Uit die tabel valt af te lezen dat de handelingen van wijkverpleegkundigen significant verschillend zijn bij al dan niet reguliere CB-consulteren en wel met betrekking tot het afnemen van anamnese, het geven van gezondheidsvoorlichting en het bespreken van de groei van het kind.

Ten aanzien van het geven van GVO en het volgen van de groei van de kinderen zijn er ook verschillen te constateren bij relatief lange consulteren (boven de norm) in vergelijking met consulteren die onder of binnen de norm blijven. De zorgverlening van wijkverpleegkundigen met betrekking tot het volgen van de groei zijn verschillend indien op het bureau met een CB-arts of een huisarts wordt samengewerkt.

Tabel 4.19: CHI-kwadraat van bureau-gebonden en kind-gebonden variabelen met de taken van de wijkverpleegkundigen op het CB

	A	V	G	N
Type CB	1.4	3.8*	.7	268
Teamsamenstelling	.6	10.7**	1.1	268
W.V. consult	.5	63.0**	.8	268
Eigen wijk	.9	.3	.3	268
Regulier bezoek	8.3*	4.6*	15.7**	268
Buitenlands kind	.1	3.1	.0	266
1 ^e Kind in het gezin	.1	.1	.9	268
Duur consult	2.2	4.5*	5.2*	167

A = Anamnese

* $p \leq .05$

V = Volgen van groei

** $p \leq .001$

G = GVO

Wijkverpleegkundigen die apart van de arts consult geven zijn ook verschillend van hen die in eenzelfde spreekkamer als de arts zitten bij het bespreken van aspecten van de groei van kinderen. Consulteren van wijkverpleegkundigen voor buitenlandse of voor nederlandse kinderen met betrekking tot het volgen van groei zijn niet significant verschillend ondanks de eerder geconstateerde samenhang. Het verband is kennelijk te licht om te spreken van statistische afhankelijkheid. Dit geldt ook voor de verschillen van de duur van het consult met betrekking tot het afnemen van anamnese.

Bovenstaande samenvattend zijn de gevonden verschillen tussen wijk-

verpleegkundigen onderling bij het uitvoeren van CB-taken als volgt te interpreteren. Bij een niet-regulier CB-bezoek wordt het consult doorgaans beperkter/gericht van aard: voor deze kinderen wordt een bepaalde afgesproken zorg (bijvoorbeeld de prik) verleend. Verder blijkt dat het voor het uitvoeren van CB-taken tijdens de CB-zittingen niet uit maakt of het kind wel of niet uit de eigen wijk komt. Tenslotte is er een aanwijzing dat er verschillen bestaan met betrekking tot het bespreken van aspecten van de groei van het kind en wel tussen zuigelingen- en kleuterconsulten, tussen consulten in samenwerking met een CB-arts dan wel een huisarts en tussen consulten van wijkverpleegkundigen die wel en die niet samen met de arts in de spreekkamer zitten. De verschillen zijn echter beperkt tot één CB-handeling, namelijk het volgen van groei.

4.2.3. Taken van de wijkverpleegkundigen buiten CB-zittingen

Het afleggen van huisbezoeken is een belangrijke taak van de wijkverpleegkundige in verband met consultatiebureauwerkzaamheden. In totaal 61.5% van de onderzochte kinderen heeft één of meerdere keren de wijkverpleegkundige thuis op bezoek gehad. Het percentage neemt iets toe (64.5%) indien alleen zuigelingen worden geselecteerd.

Wijkverpleegkundigen werken soms wijk-, soms buurtgericht. Niet alle kinderen hoeven daarom binnen de wijk van de CB-houdende wijkverpleegkundigen te wonen. Uit tabel 4.20 komt naar voren dat bij 80% van de kinderen uit eigen wijk eens of meerdere malen huisbezoeken worden afgelegd, hetgeen er dus op wijst dat deze taak van de wijkverpleegkundigen niet systematisch wordt uitgevoerd bij alle kinderen.

Tabel 4.20: afgelegde huisbezoeken bij kinderen al dan niet uit eigen wijk

	kind uit eigen wijk			TOTAAL
	ja	%	nee	
Huisbezoek	ja	80.1	12.1	263
	nee	19.9	87.9	164
TOTAAL		100.0	100.0	
		311	116	427

Aan de wijkverpleegkundigen werd gevraagd hoe vaak bij een kind huisbezoek in de zuigelingtijd, of in de kleutertijd indien het een kleuter betreft, is afgelegd. In tabel 4.21 wordt de frequentie van het aantal afgelegde huisbezoeken per kind weergegeven. Het meest voorkomende aantal huisbezoeken is twee keer. Van bijna van de helft van onderzochte kinderen hebben we hierover geen gegevens van de wijkverpleegkundigen gekregen. Verder blijkt dat gemiddeld per kind drie keer een huisbezoek wordt afgelegd. Maar de leeftijd van de onderzochte kinderen varieert van 1 maand tot en met 4 jaar. Houden we de leeftijd van de kinderen constant dan blijkt dat het gemiddeld aantal afgelegde huisbezoeken schommelt tussen 2 en 4 keer per kind (zie bijlage 10). Dit geldt zowel voor het aantal afgelegde huisbezoeken in de zuigelingtijd als in de kleutertijd. Het afleggen van huisbezoeken lijkt eerder door de behoefte van het kind worden bepaald en derhalve niet leeftijdgebonden.

Tabel 4.21: het aantal afgelegde huisbezoeken per kind door wijkverpleegkundigen

	abs.	%
1	44	10.1
2	68	15.6
3	50	11.5
4	41	9.4
5	11	2.5
6	6	1.4
7	2	.5
8	5	1.1
9	1	.2
10	3	.7
15	1	.2
30	1	.2
missing	203	46.6
	436	100.0

Door ons is verder nagegaan hoe recent het laatst afgelegd huisbezoek is (zie tabel 4.22). Gemiddeld genomen is het laatste contact thuis met het kind en zijn ouders ruim vijf maanden voorafgaand aan ons onderzoek op het betreffende CB geweest. Het meest recent afgelegd

huisbezoek, binnen één week voorafgaand het onderzoek, heeft bij 10.1% van de kinderen plaatsgevonden. We realiseren ons dat naarmate het huisbezoek langer geleden is afgelegd des te onbetrouwbaarder het geheugen, dus ook de opgegeven tijd is. Desondanks is uit het onderzoek gebleken dat er een redelijke spreiding is van de opgegeven tijd sinds de laatste keer dat het kind door de wijkverpleegkundige thuis wordt gezien.

Tabel 4.22: de verstreken tijd sinds het kind het laatst thuis door de wijkverpleegkundige is gezien

	abs	%
1 week of korter	44	10.1
1 week - 1 maand	30	6.9
1 mnd - 2 mnd	35	8.1
2 mnd - 4 mnd	30	6.8
4 mnd - 6 mnd	37	8.5
6 mnd - 9 mnd	26	5.9
9 mnd - 12 mnd	33	7.5
1 jaar - 2 jaar	16	3.6
2 jaar of langer	3	.7
missing	180	41.8
	436	100.0

Uit het onderzoek is dus gebleken dat ruim een kwart van de kinderen (27.2%) niet afkomstig is uit de wijk van de dienstdoende wijkverpleegkundige. Bij ruim 14% van de kinderen wordt dit veroorzaakt door het feit dat het consultatiebureau niet-wijkgebonden werkt. De rest komt door ziekte, vakantie van collega of een tijdelijke vervanging bij een vacature. Van al deze kinderen hebben we aan de wijkverpleegkundigen gevraagd of ze wel eens contact hebben gehad met de wijkverpleegkundige van het betreffende kind. Bijna 40% heeft negatief geantwoord, 35% heeft wel eens contact gehad met de andere wijkverpleegkundige van het kind, en ruim een kwart (26.8%) heeft geen antwoord gegeven. Van de in totaal 43 kinderen voor wie wijkverpleegkundigen contact zochten met dé wijkverpleegkundige van het kind is dit bij 30.3% drie weken geleden of korter voorafgaand het onderzochte moment. Bij vier kinderen (9.3%) was dat 1 á 2 maanden geleden, bij acht kinderen (18.6%) drie maanden tot een half jaar gele-

den, en bij één kind is dat langer dan anderhalf jaar geleden. Van 17 andere genoemde contacten hebben de betreffende wijkverpleegkundigen geen tijdsperiode opgegeven.

Tabel 4.23: redenen die wijkverpleegkundigen, CB-artsen en huisartsen geven voor een extra huisbezoek (in absolute aantallen)

	WV	CB-arts	HA
- Ziekte kind/gezinslid	8	3	1
- Voedingsproblemen	4	0	3
- Opvoedingsproblemen	6	4	1
- Emotionele problemen bij ouders	11	4	2
- Achterstand kind in spraak/taal- ontw. en psychomotorische ontw.	5	3	0
- Missing	13	5	9
	47	19	16

Een extra huisbezoek wordt door de wijkverpleegkundige afgelegd indien er een reden voor is of indien de arts verzoekt om het af te leggen. Van het totaal aantal kinderen is volgens de wijkverpleegkundigen bij 10.8% (volgens artsen in totaal 8%) extra huisbezoeken afgelegd. Er zitten daarbij ongeveer evenveel kinderen uit de eigen wijk (11.3%) als er buiten (10.1%). Selecteren we op zuigelingen (jonger dan 15 maanden) dan heeft 10.6% ervan ooit eens een extra huisbezoek van de wijkverpleegkundige gekregen. Voor de kleuters is dat iets hoger (11.4%).

De redenen die door wijkverpleegkundigen zijn gegeven om een extra huisbezoek af te leggen verschillen van die van artsen. De verschillen worden waarschijnlijk mede veroorzaakt door een relatief groot aantal ontbrekende gegevens. In tabel 4.23 worden de redenen bij het afleggen van een extra huisbezoek weergegeven. Wijkverpleegkundigen beweren vaker dan artsen een extra huisbezoek te hebben afgelegd (respectievelijk 47 en 35 kinderen). De verschillen zijn vooral te zien bij extra huisbezoek naar aanleiding van ziekte kind/andere gezinsleden (8 versus 4) en naar aanleiding van emotionele problemen bij ouders (11 versus 6).

Behalve contacten tijdens CB-zittingen of huisbezoek geven wijkverpleegkundigen aan (16.5%) de betrokken ouders ook wel eens ergens anders te hebben ontmoet. Voor minder dan de helft (7.1%) hebben

wijkverpleegkundigen de ouders gezien tijdens de voorlichtingsavond voor aanstaande ouders, tijdens oudercursussen, bij gespreksgroepen of op het spreekuur van het bureau. De rest (9.4%) hebben wijkverpleegkundigen in het dorp, op straat of in de winkel ontmoet.

Om wille van de continuïteit van de zorg op het consultatiebureau dient de wijkverpleegkundige informatie over het kind en zijn leefmilieu aan de arts door te geven en zo ook omgekeerd. Aan zowel de wijkverpleegkundigen als de artsen hebben we gevraagd of ze wel eens deze informatie hebben gegeven, respectievelijk gekregen. In totaal hebben wijkverpleegkundigen informatie over 22.0% van de betrokken kinderen aan de arts doorgegeven. Volgens artsen hebben ze van 38.3% van de kinderen ooit informatie van de wijkverpleegkundige ontvangen. CB-artsen beweren vaker (62.9%) informatie te hebben ontvangen van de wijkverpleegkundige dan wijkverpleegkundigen (30.2%) zelf melden. Huisartsen (12.5%) constateren praktisch evenveel informatie te hebben ontvangen als wijkverpleegkundigen (12.9%) die menen te geven. De verschillen zijn bovendien niet alleen getalsmatig. Naar aanleiding waarvan informatie over de gezinssituatie van het kind wordt gegeven of verkregen wordt verschillend gedacht door hulpverleners (zie tabel 4.24). CB-artsen (44.9%) constateren dat ze, aanzienlijk vaker dan de wijkverpleegkundigen (26.5%) beweren, informatie over het kind en zijn gezin hebben gekregen naar aanleiding van het huisbezoek en/of het consult van de wijkverpleegkundige. Bij de huisartsen is het verschil veel kleiner. Wijkverpleegkundigen menen in 7.5% van de gevallen informatie over het kind naar aanleiding van huisbezoek of consult te hebben doorgegeven, terwijl huisartsen dit bij 10.4% van de kinderen noemen. Ook wordt de nabespreking als bron van informatie, verkregen van de wijkverpleegkundigen, genoemd door met name CB-artsen (7.7%), door huisartsen wordt dit bij slechts 1% van kinderen genoemd. Wijkverpleegkundigen zelf realiseren zich alleen aan CB-artsen de informatie te hebben doorgegeven en bovendien in mindere mate namelijk bij 1.3%.

Tabel 4.24: informatie die volgens de wijkverpleegkundigen aan de CB-artsen en huisartsen is gegeven en de informatie die volgens CB-artsen en huisartsen van de wijkverpleegkundigen is ontvangen

	volgens wijkverpl.		volgens artsen	
	CB	HA	CB	HA
		%		%
Naar aanleiding van				
Huisbezoek wv	20.9	2.5	31.2	9.4
Consult wv	4.7	1.5	4.7	1.0
Huisbezoek en consult	.9	3.5	9.0	-
Nabespreking	1.3	-	7.7	1.0
Geboorte	-	5.0	3.0	-
Diversen	2.1	.5	.9	1.0
TOTAAL	(70)	(26)	(59)	(25)

4.2.4. Samenvatting

Wijkverpleegkundigen die tijdens een artsenbureau in de boxenkamer verblijven vinden dat ze ondanks het feit dat ze wel CB-werkzaamheden verrichten, geen consult geven. Verblijven ze niet in de boxenkamer dan leveren ze al dan niet gezamenlijk met de arts een belangrijk deel van de uniforme zorgverlening tijdens consulten op het consultatiebureau. Een aantal CB-taken zoals lichamelijk onderzoek, volgen van Psycho-motorische ontwikkeling, uitvoeren van immunisaties en voelen van de fontanellen worden tijdens de door ons opgenomen consulten meestal niet door de wijkverpleegkundigen gedaan. Deze taken kunnen wel in meerdere mate worden verricht tijdens consulten van de verpleegkundige bureaus. We beschikken echter niet over deze gegevens daar we ons in dit onderzoek beperken tot de artsenbureaus. Voor wat betreft het registreren van onderzoeksgegevens in het dossier JGZ lijken wijkverpleegkundigen tijdens de door ons opgenomen consulten dit niet regelmatig te doen. Maar bij navraag aan zowel artsen als wijkverpleegkundigen blijkt dat vele onderdelen van het dossier JGZ door wijkverpleegkundigen worden ingevuld. Dit CB-werk wordt dus veelal buiten de CB-zittingen uitgevoerd.

Wijkverpleegkundigen die tijdens een artsenbureau in een aparte spreekkamer consult geven, bespreken veel vaker de groei van het kind

met ouders dan die in dezelfde kamer als de arts zitten. Deze twee groepen wijkverpleegkundigen verschillen dan ook in dit opzicht duidelijk van elkaar. In het algemeen komt uit het onderzoek naar voren dat wijkverpleegkundigen onderling vaker niet dan wel verschillen van elkaar bij het uitvoeren van volgende CB-taken: afnemen van anamnese, GVO en het volgen van groei. Deze zorgverlening wordt ook niet verschillend aangeboden aan kinderen al of niet uit eigen wijk.

Huisbezoek is één van de JGZ-taken van de wijkverpleegkundigen. Het huisbezoek wordt niet systematisch, ook niet bij kinderen uit de eigen wijk afgelegd. Niet alleen een extra huisbezoek maar ook het preventief huisbezoek, dat tenminste één keer bij zuigelingen en kleuters wordt afgelegd, lijkt naar behoefte te worden gedaan. Ongeacht de leeftijd van een kind kan meer dan één huisbezoek worden afgelegd. Wijkverpleegkundigen menen ook vaker een extra huisbezoek te hebben afgelegd dan dat artsen daarom hebben gevraagd. Maar voor wat betreft het uitwisselen van informatie over het kind en zijn leefmilieu beweren artsen vaker zulke informatie van de wijkverpleegkundigen te hebben ontvangen dan wijkverpleegkundigen menen die aan artsen te hebben doorgegeven.

5. RESULTATEN BETREFFENDE DE CONTINUITEIT VAN DE ZORG OP HET CB

In dit hoofdstuk worden resultaten beschreven van drie vraagstellingen te weten: vraagstelling betreffende de invulling van het dossier JGZ, de voor/nabespreking en de vraagstelling betreffende informatie-verwerkingsproces.

5.1. Het dossier jeugdgezondheidszorg (JGZ)

Bij de derde vraagstelling gaan we in eerste instantie na hoe de taakverdeling binnen de CB-teams met betrekking tot het invullen van het dossier jeugdgezondheidszorg (JGZ) geregeld is. Daarna wordt door ons nagegaan de mate waarin artsen en wijkverpleegkundigen hun bevindingen tijdens de CB-zittingen systematisch en volledig volgens de gebruiksaanwijzing van het dossier JGZ registreren. Om de mate van volledigheid bij registratie vast te stellen hebben we de dossiergegevens onderverdeeld in:

- de gegevens die in principe bij ieder kind ingevuld dienen te worden;
- de gegevens die in principe ingevuld dienen te zijn indien aan een bepaalde voorwaarde voldaan is;
- de gegevens die door hulpverleners zijn ingevuld omdat ze deze van belang achten.

Bij deze vraagstelling beperken we ons tot de dossieronderdelen die betrekking hebben op de zuigelingen, daar het dossieronderzoek met name op kinderen van 15 maanden of jonger betrekking heeft. Van de betrokken kleuters (ouder dan 15 maanden) is slechts bij minder dan 10% het dossier JGZ gebruikt tijdens de kleuterperiode, bovendien betreft het veelal de kleuters jonger dan twee jaar.

5.1.1. De taakverdeling bij het invullen van het dossier JGZ

Het dossier JGZ bestaat uit 15 onderdelen voor de zuigelingen. In totaal wordt het dossier JGZ reeds gebruikt door 25 van 36 onderzochte bureaus. In tabel 5.1 wordt weergegeven hoe de taakverdeling volgens de CB-teams onderling wordt geregeld. Tot de taak van artsen alleen kan slechts één onderdeel worden gerekend, namelijk het zuigelingenblad groei en ontwikkeling: onderdeel 12 van het dossier JGZ. Daarnaast rekenen artsen bij de meeste consultatiebureaus (90%) het invullen van het onderdeel 'samenvatting van de zuigelingtijd' ook tot hun taak. Het onderdeel psycho-motorische ontwikkeling vullen

Tabel 5.1: de taakverdeling van de CB-teams met betrekking tot het invullen van onderdelen van het dossier JGZ

onderdelen	A	W	beide	N
1. personalia	-	88.0	12.0	25
2. gezinssamenstelling	-	84.0	16.0	25
3. zuigeling/kleuterjaar	4.0	92.0	4.0	25
4. zwangerschap	4.0	80.0	16.0	25
5. bevalling	4.0	76.0	20.0	25
6. kraambed/verzorging	-	92.0	8.0	25
7. pasgeborenen	-	88.0	12.0	25
8. risicofactoren	33.3	60.0	6.7	15
9. screening	-	88.0	12.0	25
10. vaccinaties	44.0	12.0	44.0	25
11. groei zuigeling	-	91.7	8.3	24
12. zuigelingblad/groei en ontwikkeling	100.0	-	-	24
13. psycho-motorische ontwikkeling Z	62.5	8.3	29.2	24
14. samenvatting zuigelingtijd	90.0	-	10.0	20
15. episodeblad/aandachtspunten Z	-	47.6	52.4	21

artsen aanzienlijk vaker alleen in dan dat wijkverpleegkundigen dit alleen doen. Volgens de verantwoording van het dossier JGZ is dit onderdeel bestemd voor gebruik door de arts, die de onderzoeksitems bij voorkeur zelf dient te observeren. Men zou daarom mogen verwachten dat het aandeel van de arts bij het invullen van het psychomotorisch schema van het kind groter zou zijn. Voor wat betreft het invullen van het onderdeel 'risicofactoren' doen artsen dit in mindere mate dan de wijkverpleegkundigen. Van de artsen vult 44% het onderdeel 'vaccinaties' alleen in en een even groot percentage doet dit samen met de wijkverpleegkundigen.

De wijkverpleegkundigen vullen in het algemeen meer onderdelen in van het dossier JGZ dan de artsen. Bij 11 van de 15 onderdelen worden de gegevens van het kind vaker door de wijkverpleegkundigen ingevuld. Zoals eerder vermeld in 4.1.1. wordt tijdens CB-zittingen meestal niet door de wijkverpleegkundigen, althans niet in de spreekkamer, in het dossier geregistreerd. De wijkverpleegkundigen vullen het dossier JGZ derhalve buiten de CB-zittingen in of tijdens het huisbezoek. Uit de tabel valt ook af te lezen dat gegevens over risicofactoren slechts bij 15 bureaus worden ingevuld. Volgens de CB-teams beschik-

ken ze niet altijd over deze, door hen belangrijk gevonden gegevens.

5.1.2. De verplichte gegevens

De verplichte gegevens zijn de gegevens die in principe bij ieder kind dienen te worden ingevuld. In deze paragraaf wordt de mate beschreven waarin deze gegevens door artsen en wijkverpleegkundigen volledig worden ingevuld. Deze gegevens hebben betrekking op dossiers van in totaal 261 kinderen (ca. 60%), bij 30 ervan betreft het de zogenoemde overgangsversie van het dossier JGZ.

De algemene gegevens (A,B,C en D) betreffen de volgende items: kruisinstelling, zuigelingnummer, WAS-nummer of geboortedatum. Het WAS-nummer wordt praktisch nooit ingevuld. Blijkens tabel 5.2 is, behalve bij D-algemeen, het meest frequent door CB-teams in het dossier van kinderen slechts één van de bovengenoemde vier items ingevuld. Volgens de gebruiksaanwijzing van het dossier dienen deze gegevens altijd te worden ingevuld. Bij navraag blijkt dat de meeste CB-teams zulke gegevens soms niet zinvol, soms overbodig vinden omdat ze elders al vermeld staan.

Het onderdeel 'personalialia' omvat in totaal 21 items die bij ieder kind dienen te worden ingevuld. Het meest frequent aantal ingevulde items bedraagt 17, deze worden slechts bij 14.9% van de betrokken kinderen ingevuld. Gemiddeld worden bij dit onderdeel 15 items ingevuld. Gegevens als godsdienst/levensbeschouwing, soort verzekering en al dan niet lid zijn van de kruisvereniging worden regelmatig niet ingevuld. Bij navraag beweren de meesten teams dit niet relevant te vinden. De meeste wijkverpleegkundigen zijn er wel van op de hoogte of een CB-bezoeker wel of geen lid is van de plaatselijke kruisvereniging. Maar voor hen geldt meestal dat ze de kinderen zorg verlenen ongeacht of ze wel of niet lid zijn van een kruisvereniging. Een deel vindt zelfs dat het niet hun taak is om dit na te gaan.

Tabel 5.2: de verplicht in te vullen items per onderdeel van dossier JGZ

	I	G	M (%)	R	CHI ²
A. Algemeen	3	.8	1 (23.8)	-	-
1. personalia	21	15.2	17 (14.9)	.04	.23
2. gezinssamenstelling	31	22.9	25 (12.6)	-.15*	5.2*
B. Algemeen	3	.8	1 (24.8)	-	-
3. zuigelingjaar	6	3.4	3 (31.8)	-.13*	3.7*
4. zwangerschap	10	8.4	9 (13.8)	-.04	.22
5. bevalling	9	7.2	9 (32.6)	.09	1.6
6. kraambed/ verzorging	3	2.1	2 (47.9)	-.01	.0
C. Algemeen	3	.8	1 (31.8)	-	-
7. pasgeborene	36	18.7	18 (8.0)	-.03	.10
8. risicofactoren	19	1.6	7 (3.8)	-.03	.05
9. screening	2	1.7	2 (84.3)	-.19**	8.1*
D. Algemeen	3	1.9	2 (51.0)	-	-

I = aantal in te vullen items per onderdeel

* $p \leq .05$

G = gemiddelde scores per onderdeel

** $p \leq .001$

M = modus, het meest frequent aantal ingevulde items

R = correlatie tussen teamsamenstelling en de mate van volledigheid bij registratie

Bij het onderdeel 'gezinssamenstelling' worden gemiddeld 23 van de 31 items ingevuld, terwijl de modus 25 ingevulde items bedraagt (bij 12.3%). Bij dit onderdeel worden met name het beroep, de gezondheidstoestand en de vroegere ziekten van de ouders niet ingevuld. Sommige CB-teams beweren dat zulke gegevens, indien relevant geacht, wel worden ingevuld. Daarnaast wordt niet altijd systematisch nagegaan of, conform de gebruiksaanwijzing, er sprake is van ziekten in de familie zowel van de zijde van de vader als van de moeder. Indien dit wel nagegaan is blijkt dat niet uit het dossier van het kind.

Het onderdeel 'zuigelingjaar' omvat zes items, gemiddeld worden door CB-teams drie items ingevuld in het dossier gegevens van het kind. Bij dit onderdeel wordt met name 'de datum van het eerste CB-

bezoek', 'leeftijd bij het eerste bezoek' en 'het jaar van inschrijving' niet ingevuld.

Het onderdeel 'zwangerschap' wordt relatief redelijk volledig ingevuld. Gemiddeld worden 8 van de 10 items ingevuld in het dossier van het kind. Bij 13.8% (de modus) worden zelfs 9 items ingevuld. In dit onderdeel wordt met name nagelaten te vragen of de moeder tijdens de zwangerschap alcohol heeft gebruikt (54.0%), of ze gerookt heeft (48.7%) en of er specialistisch onderzoek werd verricht (42.5%).

Bij het onderdeel 'bevalling' worden gemiddeld zeven van de negen verplichte items in het dossier van het kind ingevuld. Bij bijna 33% van de kinderen wordt dit onderdeel volledig ingevuld. De items die door CB-teams niet systematisch bij alle ouders worden nagevraagd zijn: de kleur van het vruchtwater (niet bij 33.7%), de placenta (niet bij 34.9%) en de drie navelvaten (niet bij 38.7%).

Het onderdeel 'kraambed/verzorging' omvat 3 items en wordt relatief redelijk ingevuld. Het meest komt voor dat twee van de drie items worden ingevuld.

Het onderdeel 'pasgeborene' is het grootste onderdeel van de verplichte gegevens. Gemiddeld worden bijna 19 van de 36 items ingevuld in het dossier JGZ. Slechts bij 8% van de kinderen (de modus) wordt de helft van het totaal aantal in te vullen items ingevuld.

In dit onderdeel worden vele items vaak systematisch niet ingevuld. Het laagste gewicht na de geboorte bijvoorbeeld wordt slechts bij een derde van het totaal aantal betrokken kinderen geregistreerd, tegen hoofdomtrek bij twee derde. Verder wordt systematisch nagelaten informatie te noteren over een eventuele prematuur (74.3%), dysmatuur (76.6%), serotien (75.5%) en over het gewicht (78.9%) na geboorte.

De toestand na de geboorte wordt ook zeer zelden ingevuld. Dit betreft de specificaties van de apgar score (hartactie, ademhalen, tonus, reactie en de kleur van het kind) zowel 1 minuut als 5 minuten na de geboorte. Ook wordt de totale apgar score na 1 minuut (49.8%) en na 5 minuten (46.0%) regelmatig niet genoteerd.

Bij navraag blijkt dat CB-teams niet altijd beschikken over de kraamgegevens.

Het onderdeel 'risicofactoren' wordt, net als bij 'pasgeborene' onvolledig ingevuld. Ook hier wordt dezelfde reden, niet beschikbaar,

als bij 'pasgeborene' genoemd. Gemiddeld worden nauwelijks 2 van de 19 items ingevuld, terwijl slechts bij 3,8% van de kinderen (de modus) zeven items worden ingevuld. De items behorende bij het onderdeel risicofactoren worden bij meer dan 90% van de onderzochte dossiers helemaal niet genoteerd.

Het laatste onderdeel behorende bij de verplichte gegevens is 'screening'. Dit klein onderdeel (2 items) is naar verhouding redelijk ingevuld. Bij ruim 84% worden alle twee items ingevuld.

Met betrekking tot de gegevens die in principe in het dossier van ieder kind behoren te worden ingevuld wordt nagegaan of er verschillen bestaan tussen consultatiebureaus van CB-artsen en die van huisartsen. We hebben de toetsing op de onafhankelijkheid (CHI-kwadraat) bij alle negen onderdelen van het dossier JGZ gedaan. Bij drie van de negen onderdelen blijkt dat de bureaus van CB-artsen significant verschillen van die van huisartsen voor wat betreft het registreren in het dossier JGZ. Het betreft de onderdelen 'gezinssamenstelling', 'zuigelingjaar' en 'screening' (zie tabel 5.2). Er is bij de laatste drie genoemde onderdelen ook sprake van een significant verband tussen het type arts en de mate van volledigheid bij registratie. De correlatiecoëfficiënten zijn op één na, bevalling, negatief. Dat houdt in dat bureaus van huisartsen vaak minder volledig het dossier JGZ invullen dan bureaus van CB-artsen. In de vorige paragraaf is reeds vermeld dat in ieder geval ten aanzien van de drie bovengenoemde onderdelen het veelal de wijkverpleegkundigen zijn die de gegevens van het kind in het dossier invullen. De interpretatie luidt dus dat wijkverpleegkundigen die met CB-artsen samenwerken vaker het JGZ-onderdeel gezinssamenstelling, zuigelingjaar en screening invullen dan die met huisartsen samenwerken.

5.1.3. De kind-gebonden gegevens

De kind-gebonden gegevens van het dossier JGZ wil zeggen dat deze gegevens in principe ingevuld dienen te zijn indien aan een bepaalde voorwaarde voldaan is. Bijvoorbeeld bij het onderdeel gezinssamenstelling wordt het vakje suikerziekte aan vaders kant zwartgemaakt, in zo'n geval dient een bijzonderheid van de ziekte te worden beschreven. Een ander voorbeeld is dat indien het vakje miskraam zwart gemaakt wordt dan dient het team het jaartal van de betreffende miskraam te noteren. De kind-gebonden gegevens worden in de vragenlijst van het dossieronderzoek met een sterretje aangegeven (zie bijlage). Anders dan bij de verplichte gegevens (zie vorige para-

graaf) hebben de kind-gebonden items betrekking op verschillende aantallen kinderen. We volstaan dan ook met het weergeven van het gemiddeld verwachte aantal scores en het gemiddeld geobserveerd aantal scores.

In tabel 5.3 worden de scores weergegeven. De A,B,C algemeen items hebben steeds betrekking op één item. Dit item, het kleuternummer van het kind, is van toepassing op 38 kleuters. Het totaal aantal verwachte scores is dus 38 terwijl slechts één score in het onderzoek is geobserveerd, dat wil zeggen dat slechts bij één kind dat item is ingevuld.

Bij het onderdeel 'personalia' zijn er vier items die betrekking hebben op buitenlandse kinderen. Het gemiddeld aantal verwachte scores is zes, maar gemiddeld wordt slechts 1.5 score geobserveerd.

Bij het onderdeel 'gezinssamenstelling' zijn er 18 items die kind-gebonden zijn. Gemiddeld wordt ongeveer twee derde van de verwachte scores in onze onderzoeksgegevens geobserveerd. De volgende gegevens worden regelmatig niet ingevuld: Bij de ziekte van de vader of moeder van het kind dient te worden verwezen naar het episodeblad. Het vakje 'CARA' dat zwart gemaakt is, dient aangevuld worden met nadere bijzonderheden. Hetzelfde geldt voor allergie, eczeem, oogafwijking, heupafwijking en overige aandoeningen.

Bij het onderdeel 'zuigelingjaar' worden gemiddeld 38 scores verwacht, er worden echter 0 scores geobserveerd. Alle drie items hebben betrekking op de schoolgegevens van de kleuter.

Tabel 5.3: de kind-gebonden items: het aantal items (I), het gemiddeld verwachte aantal scores (V), het gemiddeld geobserveerde aantal scores (G)

	I	V	G
A. Algemeen	1	38	1.0
1. personalia	4	6	1.5
2. gezinssamenstelling	18	45.2	30.7
B. Algemeen	1	38	0.0
3. zuigelingjaar	3	38	0.0
4. zwangerschap	10	37.9	24.3
5. bevalling	4	36	15.3
6. kraambed	1	15	1
C. Algemeen	1	38	1
7. pasgeborene	14	38.2	18.4
8. risicofactoren	-	-	-
9. screening	4	41.0	30.5
10. vaccinaties	9	162	78.3
11. groei zuigeling	8	191.3	169.3
12. groei en ontwikkeling	49	37.9	11.8
13. psycho-mot. ontw.	50	163.8	138
14. zuigelingblad	36	80	8.3
15. episodeblad	7	240.9	157.9

Het onderdeel 'zwangerschap' omvat 10 kind-gebonden items. Gemiddeld wordt ongeveer twee derde van de verwachte scores ook geobserveerd. Items die vrij vaak niet ingevuld worden zijn: specialistisch onderzoek waarvan het vakje wel zwart wordt gemaakt maar niet nader wordt gespecificeerd; het vakje roken wordt zwart gemaakt maar het aantal sigaretten per dag wordt niet genoteerd; bij verhoogde bloeddruk tijdens de zwangerschap dienen therapeutische maatregelen te worden genoteerd; bij het zwartmaken van het vakje vloeïngen dient ook de ernst van de vloeïngen te worden genoteerd.

Bij het onderdeel 'bevalling' zijn er vier items die gemiddeld 36 scores dienen op leveren bij het volledig invullen van dit onderdeel. Gemiddeld zijn er 15 scores geobserveerd. Net als bij het vorige onderdeel betreft het hier de 'zwart gemaakte items' die

nadere specificaties behoeven. Dit zijn: een specificatie van kunstverlossing, van drie navelvaten, van placenta en van kleur vruchtwater.

Het onderdeel 'kraambed' heeft slechts één kind-gebonden item dat op 15 kinderen van toepassing is. Bij een kind wordt dat item ingevuld. Het betreft hier bijzonderheid van een zwart gemaakt item: anti-D injectie.

Gemiddeld worden bij het onderdeel 'pasgeborene' ruim 38 scores verwacht, maar er zijn gemiddeld 18.4 scores geobserveerd. De onvolledig ingevulde items betreffen ook hier veelal de zogenaamde zwart gemaakte items. Dit geldt met name het drinken van de pasgeborene; de soort flesvoeding; het aantal dagen dat het kind geel wordt bevonden; de reden dat het kind in de couveuse heeft gelegen; het aantal dagen in de couveuse en het aantal dagen in de warme kamer.

Het onderdeel 'risicofactoren' heeft geen items die kind-gebonden zijn.

Screening heeft vier items die bij sommige kinderen van het onderzoek van toepassing zijn. De vakjes PKU en CHT die zwart zijn gemaakt worden niet altijd voorzien van nadere bijzonderheden conform richtlijnen van het dossier JGZ. Eén item, namelijk wel of niet Ewing-test verricht bij een kind, wordt in de meeste dossiers (99.2%) niet ingevuld, ook wanneer de uitslag van de test reeds bekend is. Gemiddeld worden bij dit onderdeel 41 scores verwacht. In het onderzoek worden 30.5 scores gemiddeld geobserveerd.

Bij 'vaccinaties' worden van de 9 items gemiddeld 162 scores verwacht, maar ruim 78 worden geobserveerd. Bij dit onderdeel dienen artsen en wijkverpleegkundigen, volgens de gebruiksaanwijzing, ook weer de roepnaam, geboortedatum en het zuigelingnummer van het kind te noteren. Dit is bij geen van de kinderen ouder dan drie maanden, aan wie tenminste de eerste prik reeds is gegeven, gebeurd. Beperken we ons tot de andere items (in totaal 6), dan blijft het gemiddelde aantal te verwachten scores 130.5 en stijgt het gemiddelde aantal geobserveerde scores tot 117.5. Bij dit onderdeel wordt soms in het dossier van het kind de datum van de inenting niet ingevuld terwijl het kind de inentingsleeftijd tenminste reeds een maand is gepasseerd.

Bij het onderdeel 'groei zuigeling' worden per rij genoteerd de datum, de leeftijd, het gewicht, de lengte en de hoofdomtrek zoals gemeten op de dag van het CB-bezoek. In totaal kunnen bovengenoemde gegevens 12 keer worden bijgehouden. Daarnaast dienen ook de groeicurven te worden ingetekend. Gemiddeld worden bij dit onderdeel 191 scores verwacht. In het onderzoek worden ruim 169 scores geobserveerd. Bij dit onderdeel wordt de onvolledigheid met name veroorzaakt door het feit dat niet altijd de hele rij ingevuld wordt.

Het onderdeel 'groei en ontwikkeling' omvat behalve ruimte voor bevindingen tijdens het onderzoek ook de conclusie, adviezen e.d. Het onderzoeksgedeelte van groei en ontwikkeling biedt ruimte voor bevindingen van maximaal 6 keer onderzoek op het CB. Bij dit gedeelte worden onderzoeksitems regelmatig opengelaten, dat wil zeggen dat het niet duidelijk is of het betreffende item wel onderzocht is maar dat geen bijzonderheden worden gevonden of dat nagelaten is om het onderzoek te verrichten. Dat verklaart het relatief kleine aantal items dat gemiddeld wordt geobserveerd in verhouding tot de verwachte scores.

Bij het conclusie-gedeelte wordt bij het eerste onderzoek in 58.5% van de dossiers iets beschreven. Het percentage neemt echter af naarmate het kind vaker wordt onderzocht. Bij kinderen bij wie voor de zesde keer onderzoek wordt verricht, wordt bij 45.7% ervan een conclusie geschreven.

De gegeven adviezen worden bij het eerste onderzoek in 17.3 % van de dossiers genoteerd en slechts bij 6% van de kinderen bij wie voor de zesde keer onderzoek wordt gedaan. Mogelijk worden ook minder adviezen gegeven naarmate het kind vaker onderzocht wordt, maar dan dient de hulpverlener dat aan te geven in het dossier van het kind.

Bij het onderdeel 'psycho-motorische ontwikkeling' worden in het onderzoek gemiddeld 163.8 scores verwacht en hebben we gemiddeld 138 scores geobserveerd. In hoofdstuk 4 is reeds beschreven dat er niet systematisch onderzoek wordt verricht met betrekking tot psycho-motorische ontwikkeling. In het dossier JGZ worden de psychomotorische items wel nagenoeg regelmatig, echter niet altijd door de arts, ingevuld. Ook de algemene gegevens zoals de roepnaam (53.2%), de naam (65.9%), het zuigelingnummer (21.1%), de geboortedatum (77.0%) en de zwangerschapsduur (63.2%) worden vergeleken met andere onderdelen zoals vaccinaties aanzienlijk vaker ingevuld.

Het onderdeel 'zuigelingblad' is van toepassing voor de oudste zuigelingen die naar een kleuterbureau gaan. Volgens de verantwoording van het dossier JGZ is bij dit onderdeel een korte beschrijving noodzakelijk omdat het tevens uitgangspunt is voor de zorg in de kleuterperiode. Daarom worden afkortingen zoals 'gb' en 'goed' als onvolledig beschouwd.

Uit het onderzoek komt naar voren dat in het algemeen het onderdeel zuigelingblad, de samenvatting van de zuigelingtijd, regelmatig niet wordt ingevuld. Het meest ingevulde item in dit onderdeel is de naam van het kind (31.2%). Van de samenvattende anamnese wordt met name het item 'overige screening' het minst volledig ingevuld (5%) en van het onderzoeksgedeelte het item 'genitalia' (5%). In het laatste gedeelte van het zuigelingblad dient een beoordeling van de gezondheidstoestand en van het ontwikkelingsprofiel van het kind te worden gegeven. Het eerste oordeel wordt in het onderzoek bij 18.7% van de kinderen van 15 maanden of ouder gegeven, en het tweede gedeelte bij 6%.

Het 'episodeblad' wordt zeker in verhouding tot het vorige onderdeel zuigelingblad aanzienlijk vaker ingevuld. Volgens de gebruiksaanwijzing dienen aandachtspunten voorzien te worden van de volgende gegevens: de datum, de leeftijd van het kind en of het een CB-consult of een huisbezoek betreft. De bovengenoemde gegevens worden in de onderzochte dossiers respectievelijk voor 97.2%, 85.9% en 68.7% ingevuld.

5.1.4. De extra gegevens in het dossier JGZ

De extra gegevens betreffen items die door CB-teams wordt genoteerd omdat ze deze informatie belangrijk vinden. Deze gegevens worden als het ware volgens de gebruiksaanwijzing niet verplicht gesteld maar de CB-teams worden wel aanbevolen om indien nodig te noteren. Daarnaast zijn er ook gegevens die aangekruist moeten worden indien ze van toepassing zijn, bijvoorbeeld eventuele deelname aan aanstaande oudergespreksgroepen. Indien deze gegevens niet zijn aangekruist is door ons niet na te gaan of ze inderdaad niet van toepassing zijn of dat de hulpverleners nagelaten hebben ze aan de betrokkenen te vragen. Het al dan niet invullen van deze gegevens telt derhalve niet mee bij het vaststellen van de mate van volledigheid bij registratie. Deze gegevens worden slechts ter inventarisatie meegenomen in het onderzoek.

In de vragenlijst van het dossieronderzoek worden de extra gegevens

voorzien van een plus (+) teken (zie bijlage).

De extra gegevens in het onderdeel 'gezinssamenstelling', omvatten drie items. Het betreft nadere beschrijving van de woonsituatie en die van de gezinssituatie die van invloed kunnen zijn op de gezondheid van het kind. Volgens de gebruiksaanwijzing geldt voor de woonsituatie met name de kind beperkende omstandigheden zoals drukverkeer of hoogbouw en in mindere mate een beschrijving van de woning. Van de 43.1% ingevulde gegevens over de woonsituatie wordt slechts 6.5% geschreven conform de gebruiksaanwijzing. Voor de gezinssituatie is dat nog minder het geval, van de ruim 43% verzamelde gegevens hierover wordt in slechts 2.3% geschreven over de veranderende gezinssituatie zoals echtscheiding of nieuwe partner. Bij navraag blijkt dat de meeste hulpverleners met name de laatst genoemde gegevens tot gevoelige onderwerpen rekenen. Vele wijkverpleegkundigen houden 'privacy-gevoelige onderwerpen' bij in hun eigen systeem, de zogenaamde pgezinskaart.

Bij het onderdeel 'zwangerschap' gaat het om de volgende items die door CB-teams worden genoteerd:

- prenatale begeleiding (8.4%);
- deelname aan gespreksgroepen (3.4%);
- deelname aan zwangerschapsgymnastiek (45.6%);
- vorige zwangerschappen (11.1%).

Bij het onderdeel 'bevalling' wordt nadere informatie bij kunstverlossing gevraagd. In het onderzoek registreren CB-teams dit bij 38.3% van de gevallen.

Van de twee extra gegevens behorend bij het 'kraambed/verzorging', namelijk bijzonderheden over het kraambed en over de kraamverzorging wordt zeer weinig opgeschreven.

Van de acht extra-items van het onderdeel 'pasgeborene' worden drie ervan relatief vaak ingevuld. Deze betreffen: opmerkingen over de apgar score (16.9%), bijzonderheden over de temperatuur van het kind (19.5%) en bijzonderheden over het verblijf in de couveuse (27.9%).

Van het enige extra-item behorende bij het onderdeel 'risicofactoren' wordt in bijna 5% van de onderzochte dossiers een nadere beschrijving van de eerste levensweken genoteerd.

Bij de onderdelen 'screening', 'vaccinaties' en 'groei zuigeling' wordt nauwelijks extra informatie geregistreerd.

Het onderdeel 'groei en ontwikkeling' omvat twee extra-items namelijk bijzonderheden bij anamnese en die bij het onderzoek. Deze items worden redelijk ingevuld bij het eerste onderzoek (54.8%) op het consultatiebureau maar neemt iets af na het zesde onderzoek (48.8%).

Bij 'psycho-motorische ontwikkeling' kunnen CB-teams opmerkingen plaatsen aan aan de rechterkant van het schema. Deze extra-informatie wordt in totaal bij 23.8% van betrokken kinderen geplaatst en heeft het meest betrekking op één item (56.9%) of twee items (34.5%) van het van Wiechenschema.

Het laatste onderdeel van de zuigelingstijd het 'episodeblad' wordt regelmatig ingevuld. Bevindingen/adviezen worden bij 81.9% van de dossiers ingevuld. De volgende aandachtspunten worden het meest genoteerd:

- soort voeding dat het kind kreeg op de 10e dag (69.7%);
- soort voeding dat het kind kreeg op de leeftijd van 3 mnd (34.1%);
- algemene indruk (73.6%);
- vragen/opmerkingen ouder (74.7%);
- lichaamsverzorging/hygiëne (40.9%);
- voeding, spijsvertering (76.6%);
- medicijngebruik (39.8%);
- omvang, gedrag, gewoonten (39.0%);
- veiligheid, ontwikkeling (22.9%);
- diversen (47.1%).

Verder wordt een nadere beschrijving gegeven van het drinkgedrag van de pasgeborene (18.8%) en de soort flesvoeding (31.4%).

5.1.5. Samenvatting

Zowel artsen als wijkverpleegkundigen beweren dat het invullen van onderdelen van het dossier JGZ tot hun taak behoort. Beide hulpverleners zijn van mening dat slechts één onderdeel van het dossier JGZ 'zuigelingblad/groei en ontwikkeling' exclusief terrein van de arts is. In zijn totaliteit worden onderdelen van het dossier JGZ vaker door de wijkverpleegkundige alleen ingevuld.

De zogenaamde verplichte gegevens, die in principe bij ieder kind dienen te worden ingevuld, omvatten algemene en inhoudelijke gegevens. De algemene gegevens zoals kruisinstelling, zuigelingnum-

mer, WAS-nummer, geboortedatum worden in het algemeen slecht ingevuld. De inhoudelijke gegevens zoals het onderdeel 'bevalling', 'kraambed', 'pasgeborene' en 'risico factoren' worden soms niet ingevuld omdat CB-teams niet altijd over deze informatie beschikken. Andere onderdelen z 'personalia en 'gezinssamenstelling' worden soms niet ingevuld vanwege privacy gevoelige redenen (één oudergezin, echtscheiding). Soms worden ze alleen indien relevant geacht, ingevuld (beroep, werkloosheid, vroegere ziekte). Andere gegevens zoals 'lid van de kruisvereniging' of 'soort verzekering' worden vaak irrelevant gevonden. Bij met name het onderdeel 'groei en ontwikkeling' wordt wel eens getwijfeld of het nodig is om alle onderzoeksitems na te gaan. Een item openlaten betekent dat het niet nagevraagd of onderzocht is, hetgeen dus de mate van onvolledigheid bij registratie van het dossier JGZ verhoogt. Het onderzoeken van alle items wordt vaak onhaalbaar genoemd.

De kind-gebonden gegevens, die in principe ingevuld dienen te zijn indien aan een bepaalde voorwaarde voldaan is, worden regelmatig niet volledig ingevuld. De meeste betreffen de zogenaamde zwart gemaakte items omdat ze van toepassing zijn bij het betreffende kind. Er ontbreken meestal nadere bijzonderheden die bij deze items worden vereist. De meeste CB-teams realiseren zich wel dat ze niet helemaal conform de gebruiksaanwijzing van het dossier JGZ registreren. Een zekere mate van onbekendheid met het nieuwe systeem wordt ook als oorzaak genoemd. Maar daarnaast wordt het zwart maken van sommige items wel eens voldoende genoemd om aandacht daarop te vestigen.

Worden onderdelen van het dossier JGZ soms onvolledig ingevuld bij de verplichte en kind-gebonden gegevens, bij extra gegevens lijken CB-teams dat grotendeels te compenseren met andere niet routinematige informatie. Regelmatig en gevarieerd wordt het dossier JGZ voorzien van extra gegevens overeenkomstig de aanbeveling in de gebruiksaanwijzing of omdat CB-teams deze informatie van belang vinden. Deze informatie geeft een goed inzicht in de relevant en zinvol geachte gegevens tijdens CB-consulten, en is daarom waardevol voor specifieke studies binnen de jeugdgezondheidszorg.

Met betrekking tot het invullen van de verplichte gegevens wordt nagegaan of er verschillen bestaan tussen CB-artsen en huisartsen. Uit het onderzoek komt naar voren dat ze vaker niet dan wel verschillen van elkaar bij het volledig invullen van onderdelen van het dossier JGZ. De verschillen betreffen de volgende onderdelen:

gezinssamenstelling, zuigelingjaar en screening. Bij navraag blijkt dat veelal de wijkverpleegkundige deze gegevens invult in het dossier JGZ. Met andere woorden, bureaus van een wijkverpleegkundige met een CB-arts vullen sommige onderdelen van het dossier JGZ vollediger in dan bureaus van een wijkverpleegkundige met een huisarts.

5.2. Voor/nabespreking

Bij de vraagstelling over voor/nabespreking wordt nagegaan of CB-teams systematisch bespreking voeren voor en/of na afloop van een zitting. Indien de voor/nabespreking wordt gehouden gaan we vervolgens na of alle kinderen worden besproken. Tenslotte worden de besproken onderwerpen geïnventariseerd alsmede de vast te stellen strategieën.

5.2.1. Het houden van voor- en nabesprekingen

Op het niveau van consultatiebureau zijn we nagegaan of het gebruikelijk is om een bespreking vooraf of na afloop van een CB-zitting te houden. Volgens vier van de 36 CB-teams wordt op hun bureau na afloop van een zitting geen nabespreking gevoerd. Eventuele problemen worden, aldus deze teams, tussen de consulten door besproken. Er waren tijdens het onderzoek kennelijk geen problemen die door CB-teams besproken moesten worden, want op de opgenomen videobandjes werd door ons geen 'tussendoor-bespreking' geobserveerd. De videocamera bleef namelijk gedurende de hele CB-zitting doorlopen. Van deze vier teams zijn evenveel huisartsen als CB-artsen betrokken.

Vier andere teams beweren dat ze slechts nabespreking voeren indien daar een reden voor is. Maar alle vier hebben kennelijk wel een reden gehad, daar ze na afloop van de zitting tenminste één kind hebben besproken. Ook hier betreft het evenveel bureaus van CB-artsen als huisartsen.

De resterende CB-teams (77.8%) houden in de regel wel nabespreking. Vier van deze 28 CB-teams hebben alle kinderen die op de zitting zijn geweest besproken.

Geén van de onderzochte bureaus houdt een bespreking voorafgaand aan de zitting. De meeste CB-teams vinden dat het niet praktisch is om een bespreking vooraf te houden. In het vervolg gebruiken we derhalve alleen de term nabespreking.

Tabel 5.4: het aantal kinderen dat per consultatiebureau wordt besproken (ja) na afloop van de zitting ten opzichte van het totaal aantal kinderen per zitting (T) en de duur van de nabespreking (in minuten)

CB	T	ja	duur	CB	T	ja	duur
1	10	4	7	19	13	11	20
2	11	3	6	20	5	5	21
3	10	0	0	21	19	6	12
4	11	1	1	22	17	14	12
5	9	3	5	23	11	0	0
6	7	7	11	24	16	10	10
7	13	1	1	25	15	5	14
8	10	7	6	26	13	8	11
9	15	0	0	27	17	12	17
10	18	13	24	28	8	3	8
11	14	8	8	29	13	11	11
12	8	4	6	30	14	9	10
13	17	5	5	31	14	14	27
14	9	5	13	32	14	8	10
15	12	8	11	33	9	1	2
16	11	11	20	34	12	0	0
17	10	4	3	35	10	8	23
18	9	3	4	36	12	11	18

In totaal wordt ruim de helft (51.1%) van de onderzochte kinderen door de teamleden besproken na afloop van een CB-zitting. Het aandeel van de zuigelingen daarin is 55.6%, dat van de kleuters 46.1%.

CB-artsen (55.1%) hebben in totaal meer kinderen besproken dan huisartsen (46.5%). Dit verschil is echter niet significant ($\chi^2=2.9$, $p=.09$). In tabel 5.4 wordt het aantal kinderen dat na afloop van de zitting besproken wordt per consultatiebureau weergegeven.

Daarnaast wordt ook de totale duur van de nabespreking opgenomen. Bij de meeste bureaus wordt per kind gemiddeld minder dan 2 minuten tijd besteed voor de bespreking tussen de teamleden. Bij vier bureaus duurt de nabespreking gemiddeld meer dan 2 minuten per kind. Slechts bij één consultatiebureau is per kind gemiddeld 4 minuten nodig om een en ander te bespreken.

De duur van het consult lijkt een samenhang te hebben met het al dan niet bespreken van een kind. De duur van het consult wordt door ons in drie categorieën onderscheiden: onder de normtijd, binnen de normtijd en boven de normtijd. Onder de normtijd houdt voor zuigelingenconsulten in: 6 minuten of korter; voor de kleuterconsulten: 9 minuten of korter. De normtijd hebben we soepel gehanteerd door steeds één minuut onder én boven de officiële normtijd als binnen de normtijd te beschouwen. Voor de zuigelingenconsulten betekent dit dus 7,8 en 9 minuten, voor de kleuterconsulten 10,11 en 12 minuten. Boven de normtijd voor de zuigelingenconsulten is 10 minuten of langer en voor de kleuters 13 minuten of langer.

Uit tabel 5.5 valt af te lezen dat zowel voor zuigelingen als voor kleuters geldt dat naarmate CB-consulten langer duren des te vaker het kind ook door de teamleden, na afloop van een zitting, wordt besproken. Voor zowel de zuigelingenconsulten als die van de kleuters lopen de percentages van de besproken kinderen op. Bij de zuigelingen van 40.8% onder de norm naar 49.3% binnen de norm tot 66.7% boven de norm; bij de kleuters van 22.7% onder de norm naar 55.4% binnen de norm en tot 55.7% boven de norm.

Tabel 5.5: al dan niet bespreken van een kind naar de duur van het consult, constant gehouden op zuigelingen en kleuters

	Zuigelingen			Kleuters		
	onder	norm	boven	onder	norm	boven
nabesproken:						
nee	59.2	50.7	33.7	72.5	44.6	44.3
ja	40.8	49.3	66.7	27.5	55.4	55.7
TOTAAL	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(49)	(75)	(108)	(69)	(56)	(79)

5.2.2. De besproken onderwerpen en bepaalde strategieën

In tabel 5.6 worden onderwerpen weergegeven die tijdens de nabespreking aan de orde komen. Uit het onderzoek komt naar voren dat onderwerpen behorende bij het leefmilieu het meest worden besproken, gevolgd door medische aspecten, gedragsontwikkeling en voeding. Ook worden de bevindingen van het lichamelijk onderzoek vrij frequent besproken.

Bij een kind wordt door de teamleden soms meer dan één onderwerp besproken. Van alle besproken kinderen (N=223) komt dus tenminste één onderwerp aan de orde, bij 126 kinderen tenminste twee onderwerpen, bij 70 kinderen tenminste drie, bij 24 kinderen tenminste vier, bij 9 kinderen tenminste vijf onderwerpen en tenslotte worden bij twee kinderen zes onderwerpen besproken.

Tabel 5.6: de besproken onderwerpen door CB-teamleden tijdens een nabespreking

	abs	% (N=223)	% (N=436)
Medische aspecten	84	37.7	19.3
Lich.ond: hoofd	35	15.7	8.0
Lich.ond: romp	17	7.6	3.9
Lich.ond: heupen/ledematen	24	10.8	5.5
Groei	38	17.0	8.7
Voeding	45	20.2	10.3
Gedragsontwikkeling	55	24.7	12.6
Sociaal gedrag	26	11.7	5.9
Leefmilieu	98	43.9	24.5
Diversen	32	14.3	7.3

Voor de besproken kinderen wordt lang niet altijd een strategie bepaald (zie tabel 5.7). Voor 60% wordt geen strategie bepaald, terwijl bij bijna 5% van de kinderen 'afwachten' uitdrukkelijk als strategie wordt genoemd. De meest voorkomende strategie die tijdens de nabespreking door teamleden wordt bepaald is het aanbieden om eerder dan gebruikelijk langs te komen op het CB gevolgd door het besluit om een huisbezoek af te leggen. Het overwegen van een verwijzing - via de huisarts - naar een specialist (VTO-team) wordt bij ruim 5% van de besproken kinderen gedaan, terwijl een verwijzing naar een huisarts bij 4.9% van de besproken kinderen wordt overwogen. Verder wordt afgesproken dat gerichte adviezen gegeven zullen worden zoals over voeding, opvoeding en op medisch gebied. De informatie overdracht aan óf een collega op het consultatiebureau óf aan de school, welke ook te maken hebben met het besproken kind komt tijdens de onderzochte nabespreking in totaal bij 2.2% aan de orde.

CB-teams hebben maximaal drie strategieën bepaald bij het bespreken van de problemen tijdens een nabespreking. Dat is het geval bij drie kinderen; bij 11 kinderen worden tenminste twee strategieën bepaald.

Tabel 5.7: de bepaalde strategieën tijdens een nabespreking

	abs	% (N=223)	% (N=436)
Geen strategie	134	60.1	30.7
Eerder op CB komen	22	9.7	5.0
Huisbezoek	16	7.1	3.7
Verwijzing specialist	12	5.3	2.7
Verwijzing HA	11	4.9	2.5
Afwachten	11	4.9	2.5
Medische adviezen	9	4.0	2.1
Opvoedingsadviezen	7	3.1	1.6
Voedingsadviezen	6	2.7	1.4
Tel. spreekuur	4	1.8	0.9
Info overdracht CB-lid	3	1.3	0.7
Info overdracht school	2	.9	0.5

5.2.3. Samenvatting

Geén van de onderzochte consultatiebureaus blijkt een bespreking voorafgaand aan de geplande CB-zitting te houden. Het houden van een bespreking na afloop van een CB-zitting lijkt wel gebruikelijk bij de meeste onderzochte bureaus.

Ongeveer de helft van de onderzochte kinderen wordt door de teamleden meer of minder uitgebreid besproken na afloop van een CB-zitting. Problemen van zuigelingen worden vaker tijdens een nabespreking aan de orde gesteld dan die van kleuters. Bij de meeste kinderen wordt gemiddeld minder dan 2 minuten besteed voor de nabespreking. Bij vier consultatiebureaus is gemiddeld meer dan 2 minuten per kind nodig.

De duur van het CB-consult (onder de normtijd, de normtijd en boven de normtijd) lijkt een samenhang te hebben met het al dan niet bespreken van een kind na afloop van de zitting. Zowel voor zuigelingen als voor kleuters geldt dat naarmate CB-consulten langer duren des te vaker het kind door de teamleden na afloop van de zitting besproken worden.

Onderwerpen behorende bij het leefmilieu en bij medische aspecten worden het meest besproken, hetgeen ook overeenkomt met de besproken problemen tijdens de CB-consulten. Bij ruim de helft van de besproken

kinderen komen tenminste twee onderwerpen aan de orde. Voor meer dan de helft van de besproken kinderen wordt geen strategie bepaald. De meest voorkomende strategie die tijdens de nabespreking door de teamleden wordt overwogen is het aanbieden om eerder dan gebruikelijk langs te komen.

Gezien het aantal kinderen dat door de teamleden na afloop van de zitting wordt besproken en de variëteit van de besproken onderwerpen/problemen alsmede de te bepalen strategieën lijkt de nabespreking van belang bij het bevorderen van de continuïteit van de zorg op het consultatiebureau.

5.3. Het informatieverwerkingsproces op het consultatiebureau

Het informatieverwerkingsproces op het CB is eerder beschreven in paragraaf 2.2.6. We hebben daarbij een onderscheid gemaakt tussen de begin-, midden-, en eindfase. In de eindfase worden respons en beslissingen van de CB-teams verwacht, de zogenaamde output-variabelen. De beginfase wordt gekenmerkt door de stimulusinformatie, dat wil zeggen informatie die wordt verkregen tijdens een consult. In de middenfase wordt de verkregen informatie verwerkt. Het verwerken van de informatie wordt beïnvloed door:

- de hoeveelheid kennis die CB-teams omtrent het kind en zijn leefmilieu bezitten;
- het beeld dat CB-teams zich in de loop der tijd van het kind hebben gevormd;
- de mate van overeenstemming tussen dat beeld en de verkregen informatie.

Om de volgende redenen wordt de analyse beperkt tot de groep artsen. Consulten van wijkverpleegkundigen werden slechts bij 22 consultatiebureaus opgenomen. Uit het onderzoek is gebleken dat tijdens CB-consulten wijkverpleegkundigen in vergelijking met artsen veel minder refereren aan bepaalde omstandigheden die met de gezondheid van het kind te maken hebben. Verder wordt so wie so, ook door artsen, heel weinig gerefereerd aan huisbezoek van de wijkverpleegkundige, aan ziekte (afwijking/probleem) in de familie en aan het consult of visite van de huisarts. Tenslotte worden beslissingen aan het eind van het consult meestal door artsen genomen. Dit voor wat betreft de output-variabelen. De stimulusinformatie, het signaleren van een afwijking/probleem bij een kind wordt nauwelijks door wijkverpleeg-

kundigen (2.5%) gedaan.

In de volgende paragraaf wordt in eerste instantie nagegaan in hoeverre er sprake is van respons en beslissingen door artsen tijdens de CB-zittingen. Daarna worden de onderzoeksgegevens behorende bij de begin- en middenfase beschreven. In paragraaf 5.3.4. worden de mechanismen van het informatieverwerkingsproces uitvoerig beschreven.

5.3.1. Respons en beslissingen tijdens de CB-consulten

In eerste instantie wordt gekeken of er verschillen bestaan tussen de groep artsen onderling met betrekking tot de output-variabelen: respons en beslissingen. Daarvoor maken we een onderscheid tussen:

- artsen die tevens de eigen huisarts van het kind zijn;
- artsen die wel een huisarts-praktijk hebben maar niet de eigen huisarts van het kind zijn;
- CB-artsen.

Deze artsen kunnen tijdens de CB-zittingen refereren aan toestand/gezondheid kind, ziekte/afwijking in de familie, gezinssituatie, dossier JGZ, huisbezoek wijkverpleegkundige, eerder CB-bezoek, consult/visite huisarts, consult specialist.

Tabel 5.8: het refereren aan verschillende omstandigheden tijdens de CB-consulten door de CB-arts, de eigen huisarts en de niet-eigen huisarts van het kind (in procenten)

	CB	eigen HA	niet-eigen HA
Refereren aan:			
Toestand/gezondheid kind	49.6*	31.2*	37.9*
Ziekte/afwijking familie	3.4	4.6	3.4
Gezinssituatie	34.6	27.2	37.9
Dossier JGZ	59.4*	25.4*	62.1*
Huisbezoek wv	2.1	.0	.0
Eerder CB-bezoek	41.9*	13.3*	27.6*
Consult/visite HA	4.7	7.5	6.9
Consult specialist	12.4	9.8	17.2
	N=234	N=173	N=29

* $p \leq .01$

Uit tabel 5.8 komt naar voren dat er weinig systematische verschillen zijn in de mate waarin CB-artsen, huisartsen en niet-eigen

huisartsen tijdens de consulten refereren aan de onderscheiden aspecten. Slechts bij drie van de acht onderwerpen waaraan gerefereerd kan worden is sprake van significante verschillen tussen de artsen. CB-artsen refereren vaker aan de gezondheidstoestand van het kind en aan eerder CB-bezoek dan de huisartsen doen. Daarnaast refereren CB-artsen en artsen die niet de huisarts van het kind zijn vaker aan het dossier JGZ, vergeleken met huisartsen die bureau houden voor kinderen uit hun eigen praktijk.

Ten aanzien van de genomen beslissingen tijdens de CB-consulten kijken we ook of er verschillen bestaan tussen de eerder onderscheiden drie groepen artsen. Aan het eind van het consult kunnen artsen de volgende beslissingen nemen:

- het maken van de volgende CB-afspraken op schema;
- het geven van advies;
- het bieden van de mogelijkheid eerder op het CB langs te komen;
- het maken van de volgende CB-afspraken eerder dan volgens het schema;
- het maken van een afspraak voor huisbezoek;
- het verwijzen naar een huisarts/specialist.

In tabel 5.9 worden de genomen beslissingen naar de categorie van de arts weergegeven.

Daaruit blijkt dat de artsen onderling significant verschillen met betrekking tot de volgende drie soorten beslissingen: het maken van de volgende afspraak op schema, het geven van advies en het aanbieden om eerder op het CB langs te komen.

Huisartsen, en vooral huisartsen die CB houden voor kinderen uit hun eigen praktijk, maken vaker een afspraak op schema dan CB-artsen doen. CB-artsen daarentegen geven tijdens meer consulten een advies dan huisartsen, die CB houden voor kinderen uit hun eigen praktijk. Huisartsen die CB houden voor kinderen uit de praktijk van collega's geven bijna even vaak adviezen als CB-artsen.

Het aantal keren dat artsen significant verschillen van elkaar ten opzichte van het geven van respons (refereren aan) en het nemen van beslissingen is niet groter dan dat ze niet van elkaar verschillen.

Tabel 5.9: de gemaakte beslissingen tijdens CB-consulten door de CB-arts, de eigen huisarts en de niet-eigen huisarts (in procenten)

	CB	eigen HA	niet-eigen HA
Volgende afspraak op schema	78.6*	90.2*	82.8*
Advies geven	76.1*	56.6*	72.4*
Eerder op CB	12.0*	3.5*	6.9*
Volgende afspraak vóór schema	9.8	5.8	6.9
Afspraak huisbezoek door wv	.4	.6	3.4
Verwijzen	4.7	5.2	.0
	N=234	N=173	N=29

* $p \leq .01$

5.3.2. Kennis en beeld omtrent het kind

Om de hoeveelheid kennis van artsen te meten richten we ons op die items die voor eerdergenoemde drie groepen artsen van toepassing zijn. Dit zijn in totaal zeven items. Deze items omvatten zowel algemene kennis over de gezondheid van het kind en zijn ouders als de specifieke kennis over de leefsituatie van het kind. Daarbij wordt er van uitgegaan dat de arts het kind tenminste één keer op het consultatiebureau of op het spreekuur gezien moet hebben om zich een beeld over het kind te kunnen vormen. CB-artsen die in principe geen visite thuis afleggen, kunnen deze informatie putten uit het dossier JGZ of verkrijgen deze van de wijkverpleegkundige naar aanleiding van een huisbezoek. Op grond van item-analyse blijken deze kennis-items een voldoende betrouwbaarheidscoëfficiënt (cronbach's alpha .73) op te leveren. Als we de gemiddelde somscores van de drie groepen artsen op de kennis-items vergelijken dan blijkt (zie tabel 5.10) dat huisartsen (van kinderen uit eigen praktijk) gemiddeld meer kennis hebben dan huisartsen die consulten geven aan kinderen van collega's. De CB-artsen lijken nog iets minder kennis te hebben omtrent de gezondheid van het kind en zijn ouders en diens leefmilieu.

Tabel 5.10: de hoeveelheid kennis omtrent het kind van de (eigen) huisarts, de niet-eigen huisarts en van de CB-arts

Kennis	gemiddelde somscore	F (2,402)	p	N
eigen HA	12.2	101.0	.00	167
niet-eigen HA	10.2			33
CB-arts	9.7			205

Verder wordt door ons het beeld dat artsen hebben omtrent het kind en factoren die gezondheidstoestand van het kind kunnen beïnvloeden nagegaan. De acht beeld-items hebben een hogere betrouwbaarheidscoëfficiënt (cronbach's alpha .81) dan de kennis-items. Uit het onderzoek komt naar voren dat huisartsen die kinderen uit eigen praktijk op het CB zien, het meest positieve beeld hebben over de gezondheidstoestand van het kind. De andere groep huisartsen, die kinderen van collega's behandelen, heeft dat minder. CB-artsen hebben een nog iets minder positief beeld over de kinderen dan de laatstgenoemde huisartsen. In tabel 5.11 worden de gemiddelde somscores op de beeld-items weergegeven.

Tabel 5.11: het beeld dat de eigen huisarts, de niet-eigen huisarts en de CB-arts hebben van het kind en zijn gezin

Beeld	gemiddelde (somscores)	F(2,204)	p	N
eigen HA	32.5	58.9	.00	167
niet-eigen HA	28.6			33
CB-arts	25.8			205

5.3.3. De stimulusinformatie

Zoals eerder vermeld wordt met stimulusinformatie bedoeld de informatie die verkregen wordt tijdens het consult. Ten behoeve van het onderzoek beperken we ons tot één type informatie namelijk of al dan niet een probleem/afwijking tijdens het consult wordt gesignaleerd.

Uit het onderzoek is gebleken dat huisartsen die bureau houden voor eigen kinderen minder vaak (11.0%) een afwijking/probleem signaleren dan CB-artsen (20.5%). Huisartsen die kinderen van collega's behandelen doen dit het meest (24.1%). Het laatste percentage geeft een vertekend beeld. Een combinatie van een klein aantal eenheden (N=23) en het feit dat de eerste twee percentages relatief laag zijn, is hiervan de oorzaak.

Voegen we de 2 groepen huisartsen samen dan blijkt dat ze bij 12.9% van de onderzochte kinderen een of meer probleem (afwijking) signaleren. De CB-artsen doen dat in ieder geval nog steeds significant vaker (20.5%) dan de huisartsen. Ongeacht het type arts wordt in totaal tijdens 17% van de consulten tenminste één probleem (afwijking) door de arts gesignaleerd.

Zoals eerder vermeld hebben we bij het signaleren van een probleem (afwijking) alleen diegene aangekruist (arts, ouder) die het eerst het gesignaleerde probleem tijdens een consult bespreekt of aan de orde stelt. Omdat ze elkaar uitsluiten kunnen we het totaal aantal consulten waarin tenminste een probleem (afwijking) door de arts of door de ouder wordt gesignaleerd, optellen. Daarbij maken we vervolgens geen onderscheid meer tussen de verschillende groepen artsen, daar ze niet altijd systematisch van elkaar verschillen met

name bij de gegeven respons en bij de genomen beslissingen: de output variabelen (par. 5.3.1.). In totaal hebben artsen en ouders bij de overgrote meerderheid (71.1%) van de onderzochte kinderen wel en bij 28.9% niet een gesignaleerd probleem (afwijking) besproken (zie ook par. 4.1.3). Op basis van deze gegevens worden in de volgende paragraaf mechanismen van het informatieverwerkingsproces beschreven.

5.3.4. Mechanismen van het informatieverwerkingsproces

Welke respons wordt gegeven en welke beslissingen worden genomen, wel of niet in overeenstemming met de stimulusinformatie en het beeld over het kind, komt in deze paragraaf uitvoerig aan de orde.

Zoals eerder vermeld wordt ten behoeve van de stimulusinformatie uitgegaan van het wel of niet bespreken van de door de arts of door de ouders tijdens een consult gesignaleerde problemen (afwijkingen). Bij afzonderlijke analyses blijkt dat ongeacht of uitgegaan wordt van de stimulusinformatie van alleen artsen of van alleen ouders de dan gegeven respons en genomen beslissingen van artsen tijdens een consult, niet systematisch verschilt. Dit is de reden waarom verder van beide informatie (van artsen en ouders) wordt uitgegaan.

In tabel 5.12 wordt het in hoofdstuk 2 gepresenteerde schema van mechanismen van het informatieverwerkingsproces van onderzoeksresultaten voorzien. Gegeven 'geen probleem (afwijking) bij een kind gesignaleerd' is het beeld van artsen omtrent de gezondheid van het kind vaker meer dan minder positief. Gegeven 'wel een afwijking/probleem gesignaleerd' zijn de percentages gelijk (50%). Met andere woorden het beeld dat artsen in de loop der tijd over het kind hebben gevormd stemt even vaak wel als niet met de stimulusinformatie overeen.

Kijken we naar de gegeven respons gegeven 'geen afwijking gesignaleerd' dan blijkt dat artsen die een negatief beeld hebben omtrent het kind en diens leefmilieu vooral vaker refereren aan het dossier JGZ en aan een consult van de specialist, dan artsen die een positief beeld hebben. Gegeven 'geen probleem (afwijking) gesignaleerd' wordt zowel bij een positief als bij een negatief beeld niet gerefereerd aan ziekte (afwijking, probleem) in de familie. Het niet refereren aan een ziekte/afwijking in de familie lijkt ons aannemelijk daar het tenslotte gaat om gezonde kinderen (geen afwijking).

Voor wat betreft de genomen beslissingen blijkt dat artsen bij een meer positief beeld vaker een advies geven dan bij een minder positief beeld. Bovendien wordt vaker een volgende CB-afspraken volgens het reguliere oproepschema gemaakt, hetgeen ons ook aanneme-

lijk lijkt. Minder vaak wordt aangeboden om eerder dan gebruikelijk op het consultatiebureau te komen, en enigszins ook minder vaak wordt de volgende CB-afspraken vóór het reguliere schema gemaakt. Bij kinderen waar geen sprake is van een afwijking wordt, ongeacht het beeld van artsen omtrent het kind, geen afspraak gemaakt voor een huisbezoek en bovendien wordt er niet verwezen.

Gegeven 'wel een afwijking/probleem gesignaleerd' wordt door artsen die een negatief beeld hebben vaker gerefereerd aan de toestand/gezondheid kind, aan het dossier JGZ, aan eerder CB-bezoek en aan een consult van een specialist. Daarnaast wordt minder vaak gerefereerd aan ziekte (afwijking) in de familie en aan gezinssituatie.

Letten we op de genomen beslissingen dan blijkt dat artsen vaker een advies geven bij gevallen waar sprake is van een minder positief beeld. Daarbij wordt ook vaker aangeboden om eerder langs te komen op het CB dan gebruikelijk is volgens het oproepschema. Dit geldt ook, hoewel in mindere mate, voor het maken van afspraak vóór een bepaald oproepschema. Minder vaak wordt de volgende CB-afspraken op schema gemaakt. Gezien de conditie van de kinderen behorende bij deze categorie, wel een afwijking en een negatief beeld omtrent het kind, lijkt dat ook eerder voor de hand liggend. Minder voor de hand liggend is het maken van een afspraak voor huisbezoek door de wijkverpleegkundige. Gezien de lage percentages kunnen we daar niet zo veel waarde aan hechten.

Al met al geven de respons en een serie beslissingen tijdens onderzochte CB-consulten een duidelijk patroon. Bij een minder positief beeld omtrent de gezondheid van het kind, ongeacht of er wel of niet een afwijking wordt gesignaleerd, wordt vaker gerefereerd aan bepaalde omstandigheden dan bij een positief beeld. De percentages bij het refereren aan toestand kind in het algemeen lopen steeds op. De informatie 'wel of niet een probleem gesignaleerd' kan hier wellicht een sterkere mate een rol spelen.

De daarbij genomen beslissingen zijn vaker 'dwingender' van aard bij een negatief dan bij een positief beeld. Meer dan bij het geven van respons het geval lijkt dat het nemen van beslissingen aan het eind van een consult beïnvloed wordt door behalve het beeld van de arts ook door de kennis of informatie over het al dan niet aanwezig zijn van een probleem of een afwijking bij het kind. Het maken van de volgende CB-afspraken op schema is daar een goed voorbeeld van.

Tabel 5.12: mechanismen van het informatieverwerkingsproces

	% refereren aan										% beslissingen									
	toestand kind	ziekte fam.	gezinsituatie	dossier JGZ	huisbezoek wv.	CB-bezoek	consult HA	consult spec.	op schema	advies	eerder op CB	vóór schema	atpraak HB.	verwijzing						
geen afwijking 28.9%	31.3	0.0	26.9	41.8	1.5	22.4	4.5	7.5	en	97.0	58.2	0.0	3.0	0.0	0.0	0.0				
	beeld + wel overeenstemming																			
	57.3% (67)																			
geen afwijking 28.9%	32.0	0.0	20.0	52.0	2.0	20.0	6.0	14.0	en	88.0	50.0	8.0	4.0	0.0	0.0	0.0				
	beeld - geen overeenstemming																			
	42.7% (50)																			
geen afwijking 71.1%	41.7	7.6	25.0	38.2	0.7	25.0	4.9	7.6	en	82.6	70.8	6.3	9.7	1.4	6.3					
	beeld + geen overeenstemming																			
	50% (144)																			
geen afwijking 71.1%	49.3	4.2	21.5	54.2	0.7	43.1	8.3	15.3	en	79.2	79.9	10.4	11.1	0.7	7.6					
	beeld - wel overeenstemming																			
	50% (144)																			

De percentages vormen een aflopende reeks. Daarnaast worden meer soorten beslissingen genomen bij consulten waar wel dan bij consulten waar geen afwijking geconstateerd worden. Bovendien zijn de genomen beslissingen vaak minder vrijblijvend van aard zoals de volgende CB-afspraken vóór het gebruikte oproepschema en worden meer verwijzingen gedaan. De percentages van de laatstgenoemde beslissingen lopen op en wel dwars door zowel het beeld van de arts (meer of minder positief) als door de beschikbare informatie (al dan niet een probleem/afwijking gesignaleerd).

5.3.5. Samenvatting

Bij de laatste vraagstelling gaat het in eerste instantie om na te gaan welke kennis en informatie wordt gebruikt tijdens CB-zittingen en op welke wijze maken artsen gebruik van deze informatie, het zogenaamde informatieverwerkingsproces.

De kennis van artsen verkregen tijdens periodiek geneeskundig onderzoek of vernomen van ouders met name over het al dan niet een probleem of een afwijking bij een kind gesignaleerd lijkt van invloed te zijn op zowel de respons die artsen geven tijdens een consult als op de genomen beslissingen aan het eind van het consult.

Ouders blijken in staat te zijn om een probleem/afwijking bij het kind te observeren, te signaleren en met het CB-team te bespreken.

Maken we een onderscheid tussen CB-artsen, huisartsen van het kind en huisartsen die kinderen van collega's behandelen dan verschillen ze vaker niet dan wel van elkaar met betrekking tot de gegevens respons en de genomen beslissingen tijdens een consult.

Ten aanzien van de hoeveelheid kennis die artsen hebben van het kind en het beeld dat in de loop der tijd gevormd is lijken artsen wel significant van elkaar te verschillen. Uit het onderzoek komt naar voren dat huisartsen, die wel of niet het kind uit eigen praktijk zien op het consultatiebureau, meer specifieke kennis over het kind en de leefsituatie hebben dan CB-artsen, althans volgens hun eigen inschatting. Huisartsen die bureau houden voor 'eigen kinderen' hebben deze kennis nog meer dan huisartsen die dat voor kinderen van collega's doen.

Voor wat betreft hun beeld blijkt dat huisartsen een meer positief beeld hebben over de gezondheid van het kind dan CB-artsen. Ook hier geldt dat huisartsen van 'eigen kinderen' een positiever beeld hebben dan van kinderen van collega huisartsen.

Het meer of minder positief beeld dat artsen (CB-artsen en huisartsen) hebben van het kind lijkt verder niet samen te hangen met de verkregen informatie over het kind: wel of niet een probleemesignaleerd. Het beeld stemt dus niet altijd overeen met de beschikbare informatie. Dat wil zeggen het beeld van artsen kan positief zijn ondanks het feit dat een probleem (afwijking) bij het kind is gesignaleerd en andersom.

In het algemeen wordt bij een minder positief beeld vaker gerefereerd aan bepaalde omstandigheden die te maken hebben met de gezondheid van het kind dan bij een meer positief beeld.

De daarbij genomen beslissingen lijken ook steeds minder vrijblijvend van aard. Bijvoorbeeld er wordt aan het eind van het consult vaker een volgende CB-afspraken gemaakt vóór het reguliere oproepschema en wordt ook vaker verwezen. Dit geldt in sterkere mate bij consulten waarin wel dan bij consulten waarin geen afwijking (probleem) bij het kind wordt gesignaleerd.

Een cognitieve sociaal-psychologische theorie lijkt toepasbaar te zijn op het informatieverwerkingsproces op het CB, dat wil zeggen de communicatie tussen hulpverleners en ouders tijdens CB-zittingen.

6. SLOTBESCHOUWING

In dit onderzoek hebben we getracht inzicht te krijgen in enerzijds de taken en werkwijze van de CB-teams tijdens een zitting en anderzijds in de continuïteit van de zorg betrekking hebbend op consultatiebureau-werkzaamheden.

Bij de taken en werkwijze van de CB-teams is in de eerste plaats nagegaan in hoeverre door artsen en wijkverpleegkundigen tijdens de CB-zittingen een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze wordt gevolgd bij het volgen en begeleiden van 0-4 jarigen. Daarnaast is nagegaan welke factoren van invloed zijn op de mate van uniformiteit in en standaardisatie van de werkwijze van artsen.

In de tweede plaats is nagegaan welke taken door de wijkverpleegkundigen tijdens en buiten de CB-zittingen worden uitgevoerd.

Ten behoeve van de continuïteit van de zorg op het consultatiebureau is nagegaan in hoeverre artsen en wijkverpleegkundigen hun bevindingen systematisch en volledig registreren in het dossier JGZ.

Vervolgens is nagegaan of er systematisch een bespreking wordt gehouden voor en na afloop van een CB-zitting en welke problemen en strategieën aan de orde komen.

Tenslotte is nagegaan welke kennis en informatie over het kind en zijn sociale omgeving door artsen wordt gebruikt en op welke wijze ze gebruik maken van deze informatie.

Aan het slot van elke vraagstelling zijn de resultaten van het onderzoek samengevat. We volstaan hier dan ook met het nader beschrijven van een aantal onderzoeksresultaten. Eerst beginnen we met het plaatsen van enkele kanttekeningen bij het onderzoek. We sluiten het hoofdstuk af met enkele beleidsaanbevelingen.

6.1. Kanttekeningen bij het onderzoek

Het onderzoek is uitgevoerd op 36 consultatiebureaus die verdeeld zijn over 8 provincies. Het trekken van de steekproef is in de eerste plaats afhankelijk van de medewerking van zowel de provinciale (bovenregionale) als de regionale kruisorganisaties en in de tweede plaats van de betrokken CB-teams. Mede gezien de onderzoeksmethode, video-observatie, is een volledige medewerking van zowel de direct betrokkenen (artsen en wijkverpleegkundigen) als de indirect

betrokkenen (kruisorganisaties) noodzakelijk om het onderzoek op een consultatiebureau te verrichten. De steekproef is dan ook niet aselekt getrokken. Volgens Philipsen (1969) is bij sommige onderzoeken, de nadruk op steekproefcontrole niet persé nodig. In paragraaf 3.3.1. is de steekproeftrekking reeds verantwoord. Op basis van de resultaten van dit onderzoek wordt dan ook niet gepretendeerd uitspraken te doen over hét consultatiebureau in Nederland.

Een tweede kanttekening betreft het feit dat het onderzoek op alle consultatiebureaus slechts één keer heeft plaatsgevonden. Het betreft dus een cross-sectioneel onderzoek. Voor sommige resultaten kan dat invloed hebben. Dit is het geval bij het nagaan van welke zorg verleend wordt bij sommige leeftijdsgroepen. We hebben de zuigelingen en kleuters slechts op één moment met behulp van videoopnamen gevolgd, terwijl CB-teams ze periodiek zien op het consultatiebureau. Sommige CB-taken die tijdens de opgenomen consulten niet zijn uitgevoerd, zoals het volgen van de Psycho-motorische ontwikkeling, kunnen op een eerder tijdstip reeds bij sommige kinderen zijn verricht. Dit blijkt ook in zekere mate uit de onderzochte dossiers. In het dossier JGZ worden de psycho-motorische items wel regelmatig, hoewel niet altijd door de arts, ingevuld.

Ten derde heeft het onderzoek plaatsgevonden bij artsenbureaus, omdat we ons richten op de taakuitvoering van zowel artsen als wijkverpleegkundigen. De onderzochte kinderen moeten dus door beide hulpverleners worden gezien. Voor wat betreft de CB-taken van de wijkverpleegkundigen tijdens verpleegkundige bureaus kunnen we derhalve op basis van dit onderzoek niets zeggen.

Tenslotte merken we op dat de keuze van zuigelingenbureaus wel en die van kleuterbureaus niet afhankelijk is van het gebruik van het dossier JGZ. Het dossier JGZ was, hoewel tegenwoordig een normale zaak bij de meeste zuigelingenbureaus, ten tijde van de data verzameling bij kleuterbureaus nog niet gebruikelijk. Omdat het dossier JGZ slechts bij één vraagstelling voorkomt, hebben we er toch de voorkeur aan gegeven om naast de zuigelingenbureaus ook de kleuterbureaus in het onderzoek te betrekken.

6.2. Belangrijkste resultaten en discussie

Sommige resultaten van dit onderzoek geven aan in hoeverre het interim advies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979) is gerealiseerd. De raad adviseert namelijk een jeugdgezondheidszorg die als volgt dient te worden gegeven:

1. in georganiseerd verband, hetgeen inhoudt zonder vrijblijvendheid van de zijde van de uitvoerders en met garantie van continuïteit;
2. volgens gestandaardiseerde programma's;
3. met een voorgeschreven wijze van verslaggeving;
4. onder een leidinggevende die tevens beschikbaar is voor consultatie en overleg met de uitvoerders.

De vraagstellingen van het onderzoek hebben duidelijk te maken met het tweede en derde advies en in een zekere mate ook met het eerste advies. Uit het onderzoek komt naar voren dat het verlenen van de zorg tijdens onderzochte consulten nagenoeg systematisch wordt verleend aan de zuigelingen en kleuters op het consultatiebureau. Daarbij gaan we er van uit dat de zorg door het CB-team wordt verleend, dat wil zeggen door de arts, de wijkverpleegkundige of door beide. Bovendien betreft het hier de zorg die in principe aan ieder kind ongeacht hun leeftijd wordt verleend namelijk anamnese, lichamelijk onderzoek, volgen van groei, GVO en registratie van gegevens. Voor andere CB-taken die in principe bij ieder kind van een bepaalde leeftijd wordt uitgevoerd geldt de systematiek in mindere mate. Het betreft hier de volgende CB-taken: Psycho-motorische ontwikkeling, immuniseren, visusonderzoek, voelen van de fontanellen en meten van de hoofdomtrek. Bij het beschrijven van de resultaten van de eerste vraagstelling (zie par. 4.1.2) wordt hier uitvoerig op ingegaan. Het voorgaande houdt in dat het uitvoeren van CB-taken in zekere mate wel volgens een gestandaardiseerd programma geschiedt. Het tweede advies van de Centrale Raad is dus in zekere zin gerealiseerd, hetgeen in tegenstelling is tot wat in de literatuur vermeld staat. Onder andere in rapporten van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Hessing-Wagner, 1985, 47; Timmermans, 1987, 89) staat dat het nog steeds niet gelukt is de aanbevelingen van de Raad te realiseren. Bij de uitvoering van de zorg voor 0-4 jarigen wordt, aldus Hessing-Wagner, niet uniform te werk gegaan.

Daarnaast kan worden gekonstateerd dat wijkverpleegkundigen een essentiële bijdrage leveren aan een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze tijdens onderzochte CB-zittingen. Indien de analyse zich

beperkt tot de artsen onderling, zijn er meer variaties te zien. Uit het onderzoek komt naar voren dat CB-artsen systematisch vaker de CB-taken, bestemd voor ieder kind, uitvoeren dan huisartsen. Hierbij mag echter niet worden geïnterpreteerd dat huisartsen minder goed dan CB-artsen CB-taken verrichten. De afhankelijke variabelen geven slechts aan of bepaalde CB-taken wel of niet tijdens een consult worden uitgevoerd. Ze zijn derhalve niet kwalitatief te interpreteren. CB-artsen lijken zich wel in sterkere mate dan huisartsen te houden aan de in de literatuur beschreven CB-taken. Dit kan ook te maken hebben met een ander resultaat van het onderzoek namelijk dat CB-artsen een minder positief beeld hebben over de gezondheid van het kind en diens leefmilieu dan huisartsen (zie paragraaf 5.3.2). Interessant is verder dit te vergelijken met de resultaten uit verschillende onderzoeken dat ouders meer tevreden zijn over het consultatiebureau indien ze een bureau met hun eigen huisarts bezoeken (o.a. Swaak, 1988). Het meer werken volgens 'het boekje' van CB-artsen kan wellicht niet bevorderlijk zijn voor de voorkeur van ouders.

Voor wat betreft het derde advies van de Centrale Raad, een voorgeschreven wijze van verslaglegging, wordt dit wel in die zin gevolgd dat een nieuwe registratie systeem, het dossier JGZ, landelijk wordt geïntroduceerd. Echter het invullen van het dossier JGZ geschiedt niet geheel volgens de richtlijnen van de gebruiksaanwijzing. Het vergt waarschijnlijk enkele jaren eer dat men gewend is geraakt aan het nieuwe systeem. Maar daarnaast wordt wel regelmatig extra informatie geregistreerd die zeker van belang is voor de continuïteit van de zorgverlening op het CB. Deze informatie is daarom waardevol voor specifieke studies binnen de jeugdgezondheidszorg.

Onderwerpen die pedagogisch van aard zijn zoals gedragsontwikkeling en sociaal gedrag van het kind (zie tabel 4.12) komen tijdens de onderzochte consulten regelmatig aan de orde. Dit sluit aan bij een wens/aandachtspunt van de Landelijke Commissie VTO (1987) ten aanzien van het kruiswerk. Verder komt het onderzoek overeen met het onderzoek van Kousemaker e.a. (1987), dat meer dan de helft van de onderzochte moeders behoefte heeft aan hulp bij opvoeding. De gevoerde discussie thans gaat voornamelijk over wie de pedagogische taken op het consultatiebureau dient uit te voeren. Volgens geneeskundig inspecteur Verbrugge is dat een taak van de arts en wijkverpleegkundige (zie Seysener, 1988). Anderen vinden dat daarvoor specifieke hulpverleners zoals pedagogen op het consultatiebureau dienen te worden ingeschakeld (Schrama, 1974; Carlier e.a., 1985;

Kousemaker e.a. 1987). In een rapport van het Sociaal en Cultureel Planbureau (Timmermans, 1987) wordt zelfs op een mogelijke substitutie gewezen van de RIAGG naar het consultatiebureau.

Uit het onderzoek komt naar voren dat ouders tijdens onderzochte consulten een geschikte gesprekspartner lijken te zijn om artsen en wijkverpleegkundigen van belangrijke informatie over het kind te voorzien (vergelijk Swaak, 1985). Dit blijkt met name bij het bespreken van een gesignaleerd probleem/afwijking bij het kind. Ouders stellen regelmatig zelf een probleem aan de orde. Ongerustheid en vragen bij ouders zijn, volgens delegatieleden van de Landelijke Commissie VTO (1987), op zich een reden tot extra aandacht. Volgens Dokter e.a. (1983) wordt de informatie waarover de ouders beschikken, niet voldoende benut. Uit het onderzoek komt naar voren dat deze wel wordt benut tijdens het informatieverwerkingsproces/communicatie op het consultatiebureau (zie paragraaf 5.3.4) maar of dit voldoende is kunnen we niet zeggen.

Aansluitend op het onderzoek van Vorst-Thijssen (1987) is ook uit dit onderzoek gebleken dat over het bureau nieuwe stijl verschillend wordt gedacht, geïnterpreteerd en georganiseerd. Dit konden we precies nagaan omdat we dit niet alleen aan de CB-teams hebben gevraagd maar ook persoonlijk hebben gezien hoe deze bureaus precies worden georganiseerd. Wanneer hulpverleners hun CB tot dezelfde organisatievorm rekenen, bijvoorbeeld nieuwe stijl, kunnen ze nog een andere inhoud eraan geven (zie ook par. 2.3.2.). Omgekeerd geldt ook dat CB-teams van mening kunnen verschillen over wat het bureau nieuwe stijl inhoudt en dientengevolge noemt het ene team hun bureau wel en het andere team hun bureau niet nieuwe stijl. Dit maakt dat het onderscheid bureau nieuwe en oude stijl niet zonder meer geschikt is om als onderzoeksvariabele te worden gebruikt.

Van de onderzochte consultatiebureaus hebben we het gebruikte oproepschema overgenomen en vergeleken. De paragrafen 2.3.1 en 2.3.2 zijn grotendeels daaraan gewijd. De vergelijking tussen de gebruikte oproepschema's is allerminst volledig, daar het onderwerp niet direct tot de vraagstellingen behoort. Het geeft echter wel een voldoende indicatie dat er op het consultatiebureau verschillende oproepschema's worden gebruikt. De verschillen tussen de oproepschema's bij kleuterbureaus lijken groter dan die bij zuigelingenbureaus. Het gebruik van verschillende oproepschema's kan gevolgen hebben voor de taken en werkwijze op het consultatiebureau.

6.3. Beleidsaanbevelingen

Op basis van de resultaten van het onderzoek stellen we een aantal punten aan de orde.

Ten aanzien van het **oproepschema** lijkt het ons van belang dat er een landelijk geldend oproepschema komt voor het zuigelingenbureau en voor het kleuterbureau. Dit lijkt ons de basis om volgens een gestandaardiseerd programma de zorg op alle consultatiebureaus in Nederland te verlenen zoals aanbevolen wordt door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid (1979). Het reeds in gebruik zijnde van Wiechenschema kan ook als standaardschema dienen. Het moet echter wel door alle consultatiebureaus worden gevolgd. Maar geheel volgens het van Wiechenschema de CB-consulten te plannen houdt in dat de frequentie van CB-consulten zal toenemen, met name bij kleuterconsulten, en het is de vraag of dit gewenst is. Over de frequentie van CB-bezoeken wordt vaak discussie gevoerd (Jansen, 1980; Rijen, 1986; Pijnenburg-Dewez, 1986). Volgens het van Wiechenschema kunnen kleuters in totaal 6 keer worden gevolgd ten behoeve van Psycho-motorische ontwikkeling. Bij verreweg de meeste onderzochte consultatiebureaus is het totaal aantal kleuterconsulten minder dan 6.

Ook uit het onderzoek van Vorst-Thijssen (1988) is reeds gebleken dat de **consultduur** door artsen en wijkverpleegkundigen te kort wordt gevonden. De in het Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties (1981) opgestelde normen geven voor zuigelingenconsulten 8 minuten en voor kleuterconsulten 11 minuten. Uit de door ons opgenomen consulten blijkt dat gemiddeld een zuigelingenconsult 9.4 minuten duurt en een kleuterconsult 11.6 minuten. Dit is exclusief de verpleegkundige consulten die soms bij artsenbureaus apart worden gedaan, en de tijd voor de gevoerde nabespreking. Ervan uitgaand dat het basispakket aan ieder kind wordt verleend en dat de consulttijd efficiënt wordt benut geven we in overweging deze normtijd te herzien. Daarnaast lijkt het ons van belang dat er duidelijke richtlijnen komen over de consultduur van wijkverpleegkundigen naast die van artsen. Bovendien dient ook tijd voor het voeren van de bespreking voor of na afloop van een CB-zitting te worden gereserveerd, hetgeen echter niet ten koste mag gaan van de consulttijd. Uit het onderzoek komt naar voren dat onderwerpen (problemen) en bepaalde strategieën die tijdens nabesprekingen aan de orde komen van belang zijn voor de continuïteit van de zorg op het consultatiebureau.

Het onderzoek toont ook aan dat het totaalpakket aan zorgverlening

niet alleen een gestandaardiseerde zorg voor ieder kind inhoudt, maar ook een **gevarieerde zorg naar behoefte** (zie paragraaf 4.1.3). Volgens de Winter (1987) dient een gestandaardiseerd en systematisch onderzoek op het CB gecombineerd te worden met het op peil houden van de klinische ervaring. Zolang er de garantie bestaat van een basispakket voor ieder kind mag deze ontwikkeling door zowel de overheid als de kruisorganisaties worden gestimuleerd. De preventieve en curatieve taken van de jeugdgezondheidszorg komen daardoor beter tot uiting.

Uit de bestudeerde literatuur blijkt dat er nog geen strikte landelijke richtlijnen zijn op welke leeftijden de volgende CB-taken: **visusonderzoek, voelen van de fontanellen en meten van hoofdomtrek** ureau dienen te worden uitgevoerd. Uit de resultaten blijkt ook dat deze zorg minder systematisch wordt verleend. Opvallend is dat er wel een zekere (theoretische) overeenstemming bestaat bij de meeste cb-teams over de leeftijd waarop bij een kind visus-onderzoek wordt verricht, fontanellen gevoeld en hoofdomtrek gemeten (zie paragraaf 2.1.2). Dit heeft echter niet tot gelijke cb-handelingen geleid. Wil de overheid de aanbevelingen van de centrale raad in sterkere mate realiseren, dan lijkt hiervoor een eerste vereiste dat er richtlijnen voor alle consultatiebureaus in nederland komen voor cb-taken die gebonden zijn aan een bepaalde leeftijdsgroep.

Een andere resultaat is dat het aanbod aan zorg naar het kind toe wel varieert indien alleen de groep artsen onderling wordt vergeleken. Een variabele waar de kruisorganisatie wel invloed op kan uitoefenen is het volgen van een **nascholing** op het terrein van de jeugdgezondheidszorg. Uit het onderzoek blijkt namelijk dat naarmate een cursus/nascholing langer geleden is gevolgd des te minder systematisch de anamnese wordt afgenomen, lichamelijk onderzoek verricht, gvo gegeven en registratie van gegevens bijgehouden (zie paragraaf 4.1.5). De kruisorganisatie kan stimuleren dat een min of meer 'permanente' vorm van nascholing door zowel cb-artsen, huisartsen en wijkverpleegkundigen wordt gevolgd.

Ter afsluiting van deze aanbevelingen willen we het volgende punt onder de aandacht brengen. In de **opleiding** van toekomstige artsen ongeacht welke (huisartsen, cb-artsen) die op het consultatiebureau willen werken dient een zekere nadruk te worden gelegd op de cb-werkzaamheden. Dat is een basis om een uniforme en gestandaardiseerde werkwijze op het consultatiebureau te bevorderen. Het voor dit

onderzoek ontwikkeld observatieprotocol kan hier een hulpmiddel zijn. Dan pas kan de vraag worden beantwoord in hoeverre de verrichte CB-taken voldoen aan de uit de literatuur afgeleide objectieve maatstaven.

LITERATUUR

- ACHENBACH, Th.M. Assesment and taxonomy of child and adolescent psychopathology. Beverly Hills: Sage Publications, 1985
- ALKEMA, F.M.J., H. Hento Klein Gebbink. De grenzen en mogelijkheden van (wijk)verpleegkundigen. Tijdschrift voor Ziekenverpleging; 38, 1985, no. 25, p. 766-769
- BAART DE LA FAILLE, C.W. Onderzoek naar het gebruik van het jeugdgezondheidsdossier 0-4 jaar. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 16, 1988, no. 45, p. 18-20
- BACHRACH, L.L. Continuity of care for chronic mental patients: a conceptual analysis. American Journal of psychiatry; 138, 1981, no. 11, p. 1449-1456
- BOUMA, A.L. Beschouwing van en commentaar op het door de Centrale Raad voor de Volksgezondheid uitgebrachte Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid van jeugdigen. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 58, 1980, no. 5., p. 172-174
- BOUVY-VERBEETEN, M.S.A.C. Verpleegkundige consulten: verslag van een experiment. Leiden: NIPG-TNO, 1975
- BRANDSMA-VAN DER LAAN, M. Intercollegiale toetsing van artsen werkzaam in de JGZ/Kruiswerk. Tijdschrift voor sociale Gezondheidszorg; 64, 1986, no. 14, p. 469
- BULK-BUNSCHOTEN, A.M.W. Onderzoek naar visuele stoornissen bij kinderen in de periode dat zij het consultatiebureau bezoeken. Leiden: NIPG-TNO, 1982
- BUSCHMAN, S. Samenwerking rond vroegtijdige onderkenning en begeleiding van ontwikkelingsstoornissen. In: Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Leiden: NIPG-TNO, 1987
- CALAME, A. C.L. FAWER. Is deze baby of kleuter psychomotorisch in orde? Patient care; 15, 1988, no. 13, p. 39-62
- CARLIER, E., P. KOUSEMAKER, P.KUSSE, C. NEERKEN. Het consultatiebureau in pedagogisch perspectief. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 13, 1985, no. 5, p. 4-7
- CASTELIJNS, C. Het functioneren van het consultatiebureau, Het Beterschap; 5, 1983, no. 7-8, p. 9-10
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Statistisch zakboek 1987. 's-Gravenhage: staatsuitgeverij, 1988
- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Bevolking der gemeenten van Nederland op 1 januari 1989. 's-Gravenhage: 1988

- CENTRAAL BUREAU VOOR DE STATISTIEK. Maandbericht gezondheidsstatistiek (1984), november
- CENTRALE RAAD VOOR DE VOLKSGEZONDHEID. Interim-advies inzake de zorg voor de gezondheid voor jeugdigen. Rijswijk: Centrale Raad voor de Volksgezondheid, 1979
- COHEN, J.A. A coefficient of agreement for nominal scales. Educational and Psychological Measurement; 1960, 20, 37
- COMMANDEUR, S., A. KARDINAAL. Onderzoek in Zwolle en omliggende gemeenten naar de mate waarin kinderen het consultatiebureau bezoeken. Wageningen: Landbouwhogeschool Wageningen, Gezondheidsleer, 1984
- CONSUMENTENGIDS, DE. Kruiswerk: ouders minder betuttelen en beter informeren. De consumentengids; 30, 1982, no. 1, p. 4-7
- CREBOLDER, H.F.J.M. Huisarts en kinderhygiëne. Medisch Contact; 34, 1979, no. 47, p. 1496-1498
- DIJK, W.H. VAN. Jeugdgezondheidszorg: standpunt hoofdbestuur Algemene Nederlandse Vereniging van Sociale Geneeskunde. Medisch Contact; 35, 1980, no. 19., p. 570
- DOKTER, H.J., A.H.J. VISCH. Samenwerking van de huisarts, consultatiebureauarts en wijkverpleegkundige ten behoeve van 0-4 jarigen en hun ouders. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 61, 1983, no. 2, p. 55-58
- DOWIT, P.B., D. WILBRINK-GRIFFIOEN. De toekomst van de jeugdgezondheidszorg. Rijksuniversiteit Leiden: Research voor Beleid, 1988
- DREWES, J. Belangrijke wijzigingen vaccinatie-programma. Maatschappelijke gezondheidszorg; 14, 1986, no.11, p. 12-14
- EIJK, T.TH.M., J.W. VAN GUBBELS. Wetenschappelijk onderzoek in de huisartsengeneeskunde: een inleiding in de methodologische en statistische principes van wetenschappelijk onderzoek in de eerstelijns. Lelystad: Meditekst, 1987
- ENDE, H.W. VAN DEN. Beschrijvende statistiek: voor gedragswetenschappen. AGONElsevier, Amsterdam: 1973
- FELDMAN, C.T., V.W.G. HOOGERVORST, C.J. SMEENK. Jeugdgezondheidszorg. Huisarts en Wetenschap; 31, 1988, no. 12. p. 54-59
- FREEMAN, J., G.B. HUTCHISON. Duration of disease, duration indicators and estimation of the risk ratio. American Journal Epidemiology, 124, 1986, p. 134-149
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID (GHI). Verslag Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar 1982. Rijswijk: Geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid, 1984

- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID (GHI). Verslag jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar Nederland 1978, Rijswijk: Geneeskundige Hoofdinspectie van de volksgezondheid, 1980
- GENEESKUNDIGE HOOFDINSPECTIE VAN DE VOLKSGEZONDHEID (GHI). Verslag jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar 1980. Rijswijk: Geneeskundige hoofdinspectie van de volksgezondheid, 1982
- GILSON, J.C., R.N. JONES. An application of Kappa-type analyses to interobserver variation in classifying Chest Radiographs for pneumoconiosis. *Statistics in Medicine*; 3, 1984, p. 73-83
- GROEIBOEK. Negende herziene druk van de Kruisverenigingen in samenwerking met het stedelijk orgaan GVO Den Haag.'s-Gravenhage: gemeente 's-Gravenhage
- GUNNING-SCHEPERS, L. Kleuterbureaus voor multiculturele groepen in Amsterdam; deelname aan het vaccinatie- en gehoorscreeningprogramma door Nederlandse en door buitenlandse kinderen. *Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde*; 59, 1981, p. 471-477
- HAMERS, R.T.J., W.G.W. BOERMA. Het dienstaanbod van huisartsen in verschillende praktijkvormen: studies naar samenwerking no. 9. Utrecht: NIVEL, 1985
- HAMERS, R.T.J., W.G.W. BOERMA. Het dienstenaanbod van huisartsen in verschillende pratijkvormen. Utrecht: NIVEL, 1985
- HERNGREEN, W.P., B.M. VAN NOORD-ZAADSTRA, E.M. SCHLESINGER-WAS. Longitudinale referentiegegevens met betrekking tot groei, ontwikkeling en morbiditeit gedurende de eerste twee levensjaren. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 64, 1986, p. 544-546
- HESSING-WAGNER, J. Samenhang in de zorg rond geboorte en jonge kinderen. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP), 1985
- HUYSMAN-RUBRINGH, R.R.R. Doelstelling jeugdgezondheidszorg, uitgangspunt voor prioriteitsstelling. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*; 61, 1983, no. 4, p. 145-149
- INZET: VNZ wil eerst meer cijfers over CB's. *Inzet*; 1988, no.3, p. 16
- JANSEN, Th. G. Jeugdgezondheidszorg voor 0-4 jarigen: commentaar op een interimadvies van de Centrale Raad voor de Volksgezondheid. *Medisch Contact*; 35, 1980, no. 45, p. 1402-1404
- KAPLAN, A. The conduct of inquiry: Methodology for behavioral science. New York: Thomas Y. Crowell Company, 1964
- KERKSTRA, A. Conflicthantering bij echtparen. Amsterdam: VU Uitgeverij, 1985
- KNAPPER, N. Een kwart eeuw zuigelingen zorg in Nederland. Amsterdam: Scheltema & Holkema, 1935

- KOUSEMAKER, A.P.J. De opvoeding van jongen kinderen, behoefte aan en wenselijkheid van Pedagogische preventie. Deel 3. Rijksuniversiteit Leiden: Vakgroep Klinische Ortopedagogiek, 1987
- KRABBENBOS-ZETHOVEN, A., L.J. MEIJER-SPIJKER, J.A.M. STRENS-MEULEMEESTER. Kleuterconsultatiebureau: een onderzoek naar non-participatie. Katholieke Universiteit Nijmegen: Instituut voor Sociale Geneeskunde, opleiding Jeugdgezondheidszorg, mei 1987
- KRUISVERENIGING WEST-OVERIJSSSEL. Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau: werkboek bij het herziene van Wiechenschema. Kampen: Kruisvereniging West-Overijssel, 1983
- KUIPER, C.M. Non-participatie aan preventieve voorzieningen in de jeugdgezondheidszorg (0-4 jr.). Leiden: NIPG-TNO, 1986
- KUIPER, C.M., E.A. SCHLESINGER-WAS, G.J. VAANDRAGER. Preventieve gezondheidszorg voor kinderen van migranten. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 64, 1986, no. 11, p. 365-369
- LAAR, F. VAN. Zintuigonderzoek op het consultatiebureau in relatie tot ontwikkelingsonderzoek. In: Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Leiden: NIPG-TNO, 1987
- LAAR, F., VAN. Opleiding tot jeugdarts. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 57, 1979, p. 44-51
- LANDELIJKE COMMISSIE VROEGTIJDIGE ONDERKENNING VAN ONTWIKKELINGSSTOORNISSEN. VTO in evenwicht: Eindrapport Gemengde Werkgroep Landelijke Commissie VTO en de Nationale Kruisvereniging. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING (LHV). Het basispakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsenvereniging, 1983
- LANDELIJKE HUISARTSEN VERENIGING (LHV). Het basispakket van de huisarts. Utrecht: Landelijke Huisartsenvereniging, 1987
- LANDELIJKE VERENIGING VAN ARTSEN IN DIENSTVERBAND (LAD). Dienstverband voor consultatiebureau-artsen in het kruiswerk. Medisch Contact; 35, 1980, no. 11., p. 346-351
- LANDHEER, T., C.M. HENNY. Het artsloze consult in de kinderhygiëne. Tijdschrift voor sociale Geneeskunde; 47, 1969, no. 9., p. 303
- LEENSTRA-RIJPKEMA, R. Het verpleegkundig consultatiebureau voor zuigelingen. Leiden: NIPG/TNO, 1974, scriptie vervolgopleiding jeugdgezondheidszorg
- LIM-FEIJEN, J.F. Doelstellingen in de preventieve jeugdgezondheidszorg. Medisch Contact; 43, 1988, no. 44, p. 1357

- LIM-FEIJEN, J.F. De buitenlandse zuigelingen en de GG&GD-jeugdgezondheidszorg te Amsterdam. Scriptie Vervolgopleiding JGZ 1979. Leiden: NIPG/TNO, 1983
- LISDONK, E. VAN DE, I. GIELS. CB: ABC of minder gesneden koek? Het consultatiebureau ter discussie. Eerstelij; 6, 1980, no. 2, p. 48-53
- MARKUS, H., R.B. ZAJONC. The cognitive perspective in social psychology. In: Lindzey G. and E. Aronson. The handbook of social psychology, vol. 1. New York: Random House, 1985
- MELLES-DE HAAS, A.H.C., A.G. REICHARDT. Consultatiebureau meer richten op behoefte moeder. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 8. 1980, no. 1, p. 20-23
- MGZ. De toekomst van de jeugdgezondheidszorg. Speciaal nummer ten behoeve van het congres 'Het consultatiebureau is niet van Gisteren!', mei 1988
- MGZ. Kruiswerk actueel. Consultatiebureau-gedeelte van zorgpakket, JGZ/Kruiswerk uitgewerkt. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 12, 1984, no. 10, p. 44-45
- MGZ-AKTUEEL. Reëel bestede tijd aan zuigelingen- en kleuterconsult rechtvaardigt het hanteren van een flexibeler normtijd. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 14, no. 11, 1986,
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN MILIEUHYGIENE. Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties. Nationale Kruisvereniging, Bunnik: 1981
- MONNE-VAN WIRDUM, M. Het JGZ-dossier, wie doet er wat mee? Tijdschrift voor jeugdgezondheidszorg; 19, 1987, no. 5
- NATIONAEL KRUISVERENIGING. Toelichting bij het Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties. Bunnik: 1981
- NATIONALE KRUISVERENIGING (NK). Dossier Jeugdgezondheidszorg. Verantwoording. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1985
- NATIONALE KRUISVERENIGING (NK). Dossier Jeugdgezondheidszorg. Gebruiksaanwijzing. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1985
- NATIONALE KRUISVERENIGING (NK). Het consultatiebureau is niet van gisteren: nationaal congres over de toekomst van de jeugdgezondheidszorg 19 mei 1988, programma en samenvattingen
- NATIONALE KRUISVERENIGING (NK). Jaarrapportage: Jeugdgezondheidszorg 0-4 jaar. Kruiswerk 1984. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987

- NATIONALE KRUISVERENIGING (NK). Informatiemap consultatiebureauteam. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Jaarrapportage jeugdgezondheidszorg 0-schoolgaand, Kruiswerk 1985 en 1986, Bunnik: 1988
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Uitgangspunten en beleidsaanbevelingen voor de jeugdgezondheidszorg in het kruiswerk (verkorte versie). Utrecht: mei 1978
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Jaarrapportage jeugdgezondheidszorg 0-schoolgaand, Kruiswerk 1987. Bunnik: 1989
- NEDERLANDSCHE STAATSCOURANT. Besluit Erkenningsnormen Kruisorganisaties. Nederlandsche Staatscourant; 1987, no. 107, p. 8-11
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG (NVJG). Functie-en taakomschrijving voor een jeugdarts en een jeugdgezondheidsteam. Utrecht: Nederlandse vereniging voor jeugdgezondheidszorg, 1985
- NEWMAN, S.C. Odds ratio estimation in a steady-state population. Journal of Clinical Epidemiology, vol. 41., nr. 1, 1988, p. 59-66
- NOTTEN, M.M.J. Vaccinatietoestand van en gehooronderzoek bij niet (regelmatig) onder zorg van de afdeling JGZ van de GG&GD Amsterdam zijnde zuigelingen. Scriptie Vervolgopleidingen JGZ 1980. Leiden: NIPG-TNO, 1985
- NUYENS, W.J.F.I., G.D.J. VAN DER SPELD. Deeltijdarbeid in de wijkverpleging. Tilburg/Utrecht: IVA/NIVEL, 1987
- PHILÍPSEN, H. Steekproeven. Rede uitgesproken bij de aanvaarding van de ambt van Gewoon Hoogleraar in de methoden en technieken van sociaal-wetenschappelijk onderzoek aan de R.U. Leiden op 31 januari 1969. Leiden: Universitaire pers, 1969
- PIJNENBURG-DEWEZ, L.E.G.M. Kunnen vragenlijsten het Periodiek Geneeskundig Onderzoek bij oudste kleuters vervangen? Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 64, 1986, no. 18, p. 598-600
- PIJNENBURG-DEWEZ, L.E.G.M. Jeugdgezondheidszorg, een enigzins alternatieve versie. Medisch Contact; 39, 1984, no. 14, p. 445-446
- POT, H. Rendement en kosten geneeskundig schoolonderzoek. Tijdschrift Sociale Geneeskunde; 51, 1973, p. 367-369
- RASKER-KRIJGSMAN, M.P. Wie zorgt voor de gezondheid van de jonge kinderen? Assen: Van Gorcum, 1978

- RIJEN, M. VAN. Wat is er preventief aan het CB voor 0-4 jarigen? Landelijke Vereniging Gezondheidscentra; Cahier 3, 1986, no. 2, p. 19-23
- SCHLESINGER-WAS, E.A. Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Leiden: NIPG-TNO, 1987
- SCHRAMA, N. Het opvoedkundig consultatiebureau: Interview met Drs. Thea Timmers-Huigens. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 2, 1974, no. 6, p. 312-313
- SCHUIL, P.B., D.J.A. BOLSCHER, E.A. BROUWERS-DE JONG, H. HENGEVELD, E.M. VAN LOKVEN, T.M.A. MENU, A.G.H. NORG. Nederlands Leerboek voor de jeugdgezondheidszorg. Assen, Maastricht: Van Gorcum, 1987
- SEYSNER, M. Gezondheidszorg moet prioriteiten stellen op basis van gezondheidswinst. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 16, 1988, no.5, p. 6-9
- SMITS, A.J.A. Het huisbezoek als methode van vroegtijdige signalering. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 11, 1980, no. 3, p. 20-23
- SOEKEN, K.L., PA.A PRESCOTT. Issues in the use of Kappa to estimate reliability. Medical care; 24, 1986, no. 8, p.
- SWAAK, A.J. Het 'kleuterbureau' nog steeds in de steigers. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 14, 1986a, no. 7-8, p. 20-23
- SWAAK, A.J. Provinciale Kruisvereniging en de huisarts-consultatiebureauarts. Medisch Contact; 40, 1985, no. 48, p. 1505- 1506
- SWAAK, A.J. De kinderhygiëne als rad van avontuur. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 11, 1983, no. 3, p. 6-9
- SWAAK, A.J. Consultatiebureaus en op voeding. Tijdschrift voor Jeugdgezondheidszorg; 19, 1987, no. 3, p. 35-37
- SWAAK, A.J. Het zuigelingen-consultatiebureau. Tijdschrift voor sociale geneeskunde; 46, 1968, no. 17., p. 611
- SWANBORN, P.G. Methoden van sociaal-wetenschappelijk onderzoek, inleiding tot ontwerpstrategieën. Amsterdam: Boom Meppel, 1981, 1984
- SWETS-GRONERT, F.A. De plaats van het CB in de steunfunctie voor moeder van jonge kinderen. Den Haag: Nederlands Instituut voor Kinderstudies, 1982
- SWETS-GRONERT, F.A. Hoe ervaren moeders CB als steunfuncties. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 11, no. 12, 1983, p. 8-10

- SWINKELS, H.W.A.M. Contacten van zuigelingen en kleuters met het CB, 1981-1983. Maandbericht Gezondheidsstatistiek; 4, 1985, no. 7, p. 26-31
- THIEL, E., VAN. Huisbezoek wezenlijk onderdeel laten vormen van jeugdgezondheidszorg. Maatschappelijke Gezondheidszorg; 16. 1988, no. 5, p. 18-19
- TIMMERMANS, J. Samenhang in de zorg voor jeugdigen. Rijswijk: Sociaal en Cultureel Planbureau (SCP)
- VENZMER D (RED.). Het nieuwe medisch gezinsboek. Bert Bakker, Amsterdam: 1985
- VIDEOBANDEN 'KINDEREN IN ONTWIKKELING'. Deel 2: ontwikkelingsonderzoek zuigelingen (0-15 maanden). Deel 3: ontwikkelingsonderzoek kleuters (18-54 maanden). Utrecht: De audio-visuele dienst van de Faculteit Sociale Wetenschappen, R.U.U. 198.
- VORST-THIJSSSEN, T.M.L. De zorg voor zuigelingen en kleuters. Utrecht: NIVEL, 1987
- VTO IN EVENWICHT. Eindrapport gemengde werkgroep Landelijke Commissie Vroegtijdige Onderkenning van ontwikkelingsstoornissen en Nationale Kruisvereniging. Bunnik: 1987
- WIEBENGA, E., R. VAN RAALTE, R. FELIUS, A. VAN GENNEP. Vroegtijdige onderkenning en hulpverlening bij ontwikkelingsstoornissen: een vooronderzoek op consultatiebureaus. Orthopeadagogisch Instituut, Universiteit van Amsterdam, 1986
- WIERINGEN, J.C., VAN. Longitudinale observatie, begeleiding en medische registratie in jeugdgezondheidszorg. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 51, 1973, p. 358-363
- WIERINGEN, J.C., VAN. Onderzoek 'Evaluatie Werkwijze van consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters'; interimrapport 'Schema van werkzaamheden en taakverdeling'. Leiden: NIPG-TNO, 1968
- WINTER, M., DE. Voor- en nadelen van gestandaardiseerd ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau. In: Schlesinger-Was. Ontwikkelingsonderzoek op het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters. Leiden: NIPG-TNO. 1987
- ZIELHUIS, G.A. Wie doet het wetenschappelijk onderzoek in de jeugdgezondheidszorg? Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 62, 1984, no. 21, p. 825-830
- ZIELHUIS, G.A. Condities voor wetenschappelijk onderzoek binnen de schoolgezondheidszorg. Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 63, 1985, no. 19, p. 822-824

ZIELHUIS, G.A. Jeugdgezondheidszorg en epidemiologisch onderzoek.
Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg; 62, 1984, no. 12, p.
471-472

ZIJSTRA-VAN MIERLO, V.M.A. Betaalbaar perspectief en de jeugdgezond-
heidszorg. Medisch Contact; 39, 1984, no. 36., p. 1145

BIJLAGEN

BIJLAGE 1

observatieprotocol

RESPONDENTKENMERKEN		j m	A W
casnummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	sex	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
artsnummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	leeftijd	<input type="checkbox"/> maanden
wijkverpleegkundigennummer	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nee ja	
		eerste consult	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		begeleider(s):	
		JGZ-dossier	
		- kennisname van vroeger vastgestelde gegevens vóór het consult	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		- kennisname van vroeger vastgestelde gegevens tijdens het consult	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		- registratie van verkregen gegevens	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

ANAMNESE, LICHAAMELIJK ONDERZOEK, GROEI EN PSYCHOMOTORISCHE ONTWIKKELING

	1		2		3		4		5		6		7		8		9		10		11		12		13		14		15		16	
	vraagt info	geeft info	ontlokt reactie/ reageert	signaleert afwijking	bespreekt probleem curve/fitcom	registreert aan toets/vind gezondheidsind	refereert aan zieke/afwijking in familie	refereert aan gezinsituatie	refereert aan JGZ	refereert aan huisbezoek w.v.	refereert aan eerder GZ-bezoek	refereert aan consult van huisarts	refereert aan huisbezoek	refereert aan consult	refereert aan specialijst	refereert aan uitslag	refereert aan doc/les	refereert aan	refereert aan	refereert aan	refereert aan	refereert aan	refereert aan	refereert aan	refereert aan	refereert aan	refereert aan	refereert aan	refereert aan	refereert aan	refereert aan	
	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O	A W O		
Ia med. algemeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b hoofd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c romp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d ledematen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e overige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II voeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III gedragsontw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV sociaal gedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V leefmilieu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIa gewicht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b lengte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c hoofdomtrek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII v. Wiechenschema	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>Immuniseren</p> <p>- voorbereiden van de injectie <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>- geven van de injectie <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>Einde consult</p> <p>- gaat na of er nog vragen zijn <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>- geeft eindoordeel <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>- maakt afspraak op schema <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>- maakt afspraak vóór schema <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>- biedt de mogelijkheid eerder langs te komen <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p>	<p>- maakt afspraak voor huisbezoek <input type="checkbox"/><input type="checkbox"/></p> <p>- duur consult A minuten</p> <p>W minuten</p> <p>- duur observatie A minuten</p> <p>W minuten</p> <p>- duur totale nabespreking minuten</p>
---	--	---

nee ja

Voor- /nabespreking

Bespreken problemen/onderwerpen:

Strategie:

Besproken problemen/onderwerpen van groep II. t/m VI.

II. Voeding

III. Gedragsontwikkeling

IV. Sociaal gedrag

V. Milieu

VI.a. Gewicht

VI.b. Lengte

VI.c. Hoofdomtrek

Specificering van de onderwerpen van groep I.a.

I.a. Medische aspecten; besproken onderwerpen/problemen:

--

onderzoekt:

A	W	Besproken problemen/onderwerpen:
		I.b. HOOFD lymfeklieren hoofd: fontanel ogen: stand bewegingen visus oren mond neus/keelholte hals gebit
		I.c. ROMP borst: vorm hart longen buik: lever milt nieren navel lies art. femorales genitalia ext. ♂ plaats testikels ♀
		I.d. HEUPEN/LEDEMATEN heupen: abductie beenlengte kniehoogte bilplooien ledematen
		I.e. OVERIGE huid wervelkolom neurologisch onderzoek: reflexen tonus andere, nl.

Toelichting bij het gebruik van het observatieprotocol

Notatiesysteem

Wanneer bepaalde items zijn geobserveerd uit de videobeelden zoals kennisname van vroeger vastgestelde gegevens en registreren van verkregen gegevens dient men het aan te kruisen bij het vakje van de arts (A) indien de handeling door een arts is verricht of bij de wijkverpleegkundige (W) indien dit door een wijkverpleegkundige is uitgevoerd. Wanneer een handeling door beide hulpverleners is verricht dienen beide vakjes te worden aangekruist.

Indien een ouder informatie over een bepaalde ziekte vraagt dan dient men het aan te kruisen bij het vakje (O) in de kolom 'vraagt info' en in de rij 'medisch algemeen'.

A	W
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A = handeling (verbaal/non-verbaal) verricht door de arts

W = handeling verricht door de wv.

A	W	O
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

O = informatie gevraagd door/ verkregen van ouders

Toelichting bij bladzijde 1

Horizontaal worden op bladzijde 1 onder 'Anamnese, Lichamelijk onderzoek, Groei en Psycho-motorische ontwikkeling' de volgende handelingen (verbaal/non-verbaal) onderscheiden:

1. Vraagt info

Hierbij denken we aan:

- het vragen naar informatie, dat wil zeggen naar nieuwe feiten die aan de reeds aanwezige kennis kunnen worden toegevoegd;
- het verder ingaan op de gemaakte opmerkingen;
- het informeren naar eventuele afwijking in de familie, met andere woorden: er wordt niet gerefereerd.

2. Geeft info

Hierbij denken we aan:

- al dan niet spontaan geven van informatie, dat wil zeggen het toevoegen van nieuwe feiten aan reeds aanwezige kennis;
- het bevestigen en verder uitleggen van een probleem;

het geven van voorlichting door de arts en wijkverpleegkundige;
het geven van informatie door de ouder;
het plaatsen van een geruststellende opmerking door de arts en wijkverpleegkundige.

3. Ontlokt reactie/reageert

De arts of wijkverpleegkundige kan bewust of onbewust een terloopse opmerking plaatsen naar aanleiding van iets wat ze signaleren, waarop de ouder (al of niet) reageert met het geven van informatie. Er wordt in dit geval niet gescoord onder 'geeft info'. We denken aan opmerkingen in de trant van: 'Het is wel een ondernemend kindje' of 'hij houdt wel van een babbeltje'. De ouder kan hierop met informatie reageren door bijvoorbeeld te vertellen dat ze het kind constant in de gaten moet houden of, in het tweede geval, dat ze weleens gehinderd wordt door het gebabbel als ze een telefoongesprek aan het voeren is.

4. Signaleert een eventuele afwijking/probleem

Hierbij denken we aan een afwijking of een probleem waarop de ouder attendeert of die de arts of wijkverpleegkundige bij het kind signaleert.

5. Bespreekt groeicurven/items

Bij het bespreken en volgen van groei gaan we uit van drie meetpunten namelijk het gewicht, de lengte en de hoofdromp van het kind. Indien bij het bespreken van het gewicht tijdens een consult een advies wordt gegeven met betrekking tot de voeding, bijvoorbeeld: 'Het mag een flesje extra zijn' wordt dit gescoord bij het onderwerp (de rij) voeding in de kolom 'geeft advies'.

6. Refereert aan toestand/gezondheid kind

Hierbij denken we aan de toestand/gezondheid van het kind voor en na de geboorte zoals:

- situatie tijdens de zwangerschapsperiode;
- situatie tijdens de bevalling, de geboorte van het kind;
- situatie tijdens de eerste levensweek van het kind;
- en de (huidige) gezondheidstoestand van het kind in het algemeen.

7. Refereert aan ziekte/afwijking in de familie

Bij deze categorie denken we aan (erfelijke) afwijking die de ouders, broer, zus of andere familieleden hebben en die mogelijk bij het kind voorkomt.

8. Refereert aan gezinssituatie

Hierbij denken we aan omstandigheden in het gezin als gevolg van of die samenhangen met de ziekte in de familie alsmede de woonsituatie van het gezin.

9. Refereert aan/raadpleegt het dossier JGZ

Naar aanleiding van een klacht kan het dossier (jeugdgezondheidszorg) van het kind worden geraadpleegd, aangevuld of aangepast.

10. Refereert aan huisbezoek

Tijdens een consult kan worden gerefereerd aan het afgelegde huisbezoek door de wijkverpleegkundige.

11. Refereert aan eerder CB-bezoek

Hierbij bedoelen we behalve eerder CB-consulten ook het consult ten behoeve van een gehoortest.

12. Refereert aan huisartsconsult

Hierbij wordt bedoeld het consult van de huisarts en de eventuele visite thuis. Indien een CB-arts ook huisarts is van het gezin wordt dus gerefereerd aan het eigen consult.

13. Refereert aan consult specialist

Hierbij denken we aan een consult van de specialist bijvoorbeeld KNO-arts of huidspecialist, bij wie het kind langs is geweest.

14. Geeft/vraagt uitslag

Bij deze categorie 'Geeft uitslag' denken we aan bevinding(en) die de arts/ wijkverpleegkundige aan de ouder vertelt naar aanleiding van een onderzoek bijvoorbeeld naar de heupen van het kind.

Bij 'Vraagt uitslag' wordt bedoeld dat de ouder zelf, na verrichten van een onderzoek, om de uitslag vraagt.

15. Geeft/vraagt advies

De arts/wijkverpleegkundige kan een of meer gerichte adviezen geven aan ouders bij het vaststellen van 'follow-up' of bij het bevorderen van de zelfredzaamheid van ouders. Ouders kunnen ook zelf om advies vragen.

16. Verwijst

Een verwijzing kan worden gedaan naar een huisarts, VTO-team of door een CB-houdende huisarts naar een specialist.

Verder wordt bij 'Anamnese, lichamelijk onderzoek, groei en psychomotorische ontwikkeling' verticaal zeven groepen onderwerpen onderscheiden:

I.a. Medisch algemeen

Hierbij denken we aan alle onderwerpen die medisch gezien als probleem (klacht) worden gedefinieerd zoals: toestand kind, medicijnen, ongevallen, opname ziekenhuis, vaccinaties, overmatig spugen, vitaminen, fluortabletten e.d.

I.b. Hoofd

I.c. Romp

I.d. Heupen/ledematen

I.e. Overige

Deze verdeling is gemaakt in verband met het te verrichten lichamelijk onderzoek. Verdere specificering van deze vier onderdelen wordt op bladzijde 4 vermeld.

II. Voeding

Bij dit onderwerp kan het gesprek tijdens een consult gaan over de hoeveelheid, de soort, de kwaliteit, de duur en het tijdstip van de voeding.

III. Gedragsontwikkeling

We denken aan zowel het gedrag in zijn algemeenheid (rustig, druk, driftig) als een specifiek gedrag dat hoort bij een bepaald ontwikkelingsstadium van het kind, maar dat niet onder het deel Psychomotorische ontwikkeling gebracht kan worden.

Bijvoorbeeld, het gedrag bij voeding, bij slapen, defaecatie/mictiepatroon.

IV. Sociaal Gedrag

Bij sociaal gedrag wordt bedoeld het gedrag van het kind ten aanzien van ouders (ouder-kind relatie), andere kinderen in het gezin, van vreemden (verlegenheid, eenkennigheid) en met betrekking tot leeftijdsgenoten (verdragen van andere kinderen, contact zoeken e.d.).

V. Leefmilieu

Onder leefmilieu verstaan we factoren in de omgeving die invloed kunnen hebben op de ontwikkeling van het kind, bijvoorbeeld: wijze

van verzorging/opvoeding, toestand ouders/gezinsleden en veiligheidsaspecten.

VI.a. Gewicht

VI.b. Lengte

VI.c. Hoofdomtrek

Deze verdeling is gemaakt om aan te geven welke aspecten van de groei tijdens een consult precies worden besproken.

VII. Van Wiechenschema

Wanneer een of meer items van het van Wiechenschema aan de orde komt wordt dit onderwerp in combinatie met een bepaalde handeling (zie de kolommen) aangekruist.

Verder zijn er verschillende items die ook op bladzijde 1 staan.

Bij **immuniseren** wordt bijgehouden wie de injectie voorbereidt (arts of wv) en wie de injectie geeft. Het bespreken van bijvoorbeeld een reactie op de vorige vaccinatie of het geven van informatie over de reacties van een vaccinatie wordt echter bij 'medisch algemeen' in de kolom 'geeft info' gescoord.

Aan het eind van het consult kan worden nagegaan of er nog vragen zijn. Ook wanneer deze vraag tijdens het consult wordt gesteld, wordt bij 'Gaaf na of er nog vragen zijn' aangekruist.

Bij '**Geefaf eindoordeel**' wordt bedoeld een algemene opmerking welke meestal aan het eind van het consult wordt gemaakt bijvoorbeeld: 'alles gaat prima' of 'het gaat uitstekend'.

Het '**maken van afspraak op schema**' betekent dat de volgende CB-afpraak gewoon volgens het oproepschema gepland wordt in tegenstelling tot het '**maken van afspraak vóór schema**'.

Bij '**Biedt de mogelijkheid eerder langs te komen**' houdt in dat aan de ouder wordt gevraagd of deze liever eerder (behoefte heeft) langskomt. Tenslotte kan een afspraak gemaakt worden voor een huisbezoek.

'**Duur consult**' is een open item. De videorecorder biedt de mogelijkheid om ook de tijd in te stellen en te laten meelopen. De preciese duur van het consult dient men tijdens het observeren van de videoband op te nemen en te noteren. Het volledig uitschrijven bijvoorbeeld 14.22 - 14.31 = 9 minuten, maakt een eventuele fout zichtbaar.

Bij **'Voor/nabespreking'** wordt in de eerste plaats genoteerd of het betreffende kind wordt besproken tijdens een eventuele nabespreking. Daarna worden de besproken onderwerpen/problemen kort genoteerd, bijvoorbeeld problemen bij voeding of gedragsontwikkeling van het kind. Tenslotte worden de overwogen strategieën kort en helder beschreven bijvoorbeeld: 'afwachten' of 'huisbezoek afleggen'.

Toelichting bij bladzijde 2

Op bladzijde 2 kunnen onderwerpen/problemen worden beschreven die aan de orde komen tijdens de opgenomen consulten. Deze onderwerpen/-problemen betreffende voeding, gedragsontwikkeling, sociaal gedrag, milieu en aspecten van de groei. Onderwerpen/ problemen behorende bij medisch algemeen staan op bladzijde 4.

Toelichting bij bladzijde 3

Op bladzijde 3 wordt het verrichten van lichamelijk onderzoek verder gespecificeerd. Ten eerste wordt genoteerd door wie het onderzoek wordt verricht (arts of wv of beide). Het onderzochte deel wordt daarbij aangekruist bijvoorbeeld de oren. Daarna kan een bepaald probleem/klacht naar aanleiding van lichamelijk onderzoek worden besproken bijvoorbeeld: bij de oren is een ontsteking geconstateerd. Voor de volledigheid wordt tussen haakjes geplaatst door wie het probleem wordt besproken (A of W).

Toelichting bij bladzijde 4 en 5

Het onderzoek naar Psycho-motorische ontwikkeling wordt met behulp van het van Wiechenschema verricht. Eerst wordt gekeken hoe oud het te observeren kind is. De observator dient zich in eerste instantie te richten op alle items die bij die leeftijdscategorie zijn opgenomen. Daarnaast kunnen ook een aantal items van de categorieën lagere of hogere leeftijd aan de orde komen.

Indien de arts of de wijkverpleegkundige het onderzoek verricht wordt het vakje A dan wel het vakje W aangekruist.

Het vakje M wordt aangekruist indien de arts bij de ouder nagaat of het kind het betreffende item reeds doet. Het vakje O wordt aangekruist indien de ouder zelf spontaan erover begint.

Besproken problemen bij Psycho-motorisch onderzoek kan kort naast het betreffende item worden genoteerd. Bijvoorbeeld item 29 'trekt

zich op tot staan': kind is nu 15 maanden, doet dit nog steeds niet. Overeenkomstig het werkboek bij het herziene van Wiechenschema (Kruisvereniging West-Overijssel, 1983) kunnen items van 'Psychomotorische ontwikkeling' op de volgende wijze worden herkend.

4 weken = 1 maand

- 1 A/WV houdt zijn/haar gezicht of een fel gekleurd blokje op een afstand van 20-30 cm van de ogen van het kind.
- 2a A/WV komt in het gezichtsveld van het kind (op een afstand van \pm 30 cm), knikt en praat tegen het kind.
- 2b A/WV vraagt de ouder of het kind reageert op toespreken.
- 3 Het kind ligt op de rug. A/WV observeert of de armen evenveel bewegen. Hij/zij brengt zo nodig het hoofd van het kind in de middenstand. Ook aankruisen als het blijkt uit een mededeling van de A/WV.
- 4 Het kind ligt op de rug. A/WV observeert of de benen evenveel bewegen. Ook aankruisen als het blijkt uit een mededeling van de A/WV.
- 5 Het kind ligt op de buik. A/WV observeert of het kind de kin van de tafel los krijgt. Eventueel wordt gestimuleerd door op ooghoogte tegen het kind te praten. Ook aankruisen als het blijkt uit de mededeling van A/WV.
- 6a A/WV lacht en spreekt het kind toe om te zien of het terug lacht.
- 6b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind thuis wel terug lacht.
- 7 A/WV houdt zijn/haar gezicht op een afstand van \pm 30 cm van de ogen van het kind en beweegt het gezicht langzaam heen en weer van de ogen voor het kind (vanuit de middenstand 30° naar links en terug). A/WV kan dit ook met een rood blokje doen, dat langzaam heen en weer voor het kind wordt bewogen.

13 weken = 3 maanden

- 8 A/WV let er op of de handen van het kind af en toe open gaan terwijl het kind op de rug ligt. Dit kan ook gebleken zijn uit de mededeling van de A/WV.
- 9a A/WV let er op of het kind - in de rugligging - één of beide handen in zijn gezichtsveld brengt. Dit kan ook gebleken zijn uit een mededeling van de A/WV.
- 9b A/WV vraagt aan de ouder of het kind wel eens naar de handen kijkt.
- 10a A/WV knikt en praat tegen het kind en observeert of het geluiden terug maakt. Dit kan ook gebleken zijn uit een mededeling van de A/WV.
- 10b A/WV vraagt of het kind thuis geluidjes maakt wanneer de ouder tegen het kind praat.
- 11 A/WV tilt het kind vanuit rugligging op in verticale houding door het onder de oksels te ondersteunen.
- 12 A/WV legt het kind op de buik en observeert of het kind het hoofd tot 45° opheft. A/WV kan het stimuleren door op ooghoogte tegen het kind te praten.

26 weken = 6 maanden

- 13 A/WV observeert of het kind - in rugligging - de handen midden voor de borst of het gelaat bij elkaar brengt. Dit kan ook gebleken zijn uit mededelingen van de A/WV.
- 14 Het kind ligt op de rug. A/WV laat boven het kind een voorwerp binnen handbereik bengelen (bv. rammelaar, bijtring, stethoscoop). A/WV kijkt of het kind naar dit voorwerp reikt en het vastpakt.
- 15 Het kind ligt op de rug. A/WV pakt de onderarmen van het kind en trekt het langzaam op tot zithouding.
- 16 Het kind ligt op de rug. A/wv houdt een belletje op een afstand van 5-10 cm van het rechter oor, ter hoogte van de schouder van het kind. A/WV laat vervolgens het belletje duidelijk éénmaal

rinkelen. Het linker oor wordt op dezelfde wijze onderzocht.

17 A/WV houdt met de handen onder de oksels van het kind de romp vast en tilt het kind op in verticale houding. A/WV laat het kind in de ruimte voor-achterwaarts en/of zijwaarts zwaaien.

18 Het kind ligt op de buik. A/wv observeert of het kind rond kijkt met 90° geheven hoofd. A/WV kan het ook stimuleren door op ooghoogte tegen het kind te praten. Dit kan ook gebleken zijn uit een mededeling van de A/WV.

39 weken = 9 maanden

19 A/WV reikt het kind een blokje aan en observeert of hij dit pakt en overneemt met de andere hand.

20 A/WV legt een blokje op tafel, stimuleert het kind dit te pakken en reikt het zo nodig aan. Het kind houdt het voorwerp vast. Daarna legt de onderzoeker een tweede blokje op tafel en moedigt het kind aan dit zelf te pakken.

21a Het kind ligt op de rug. A/WV kijkt of het kind met de voeten speelt of pakt zijn beide voeten. Dit onderzoek kan ook gebleken zijn uit een mededeling van de A/WV.

21b A/WV vraagt aan de ouder of het thuis wel met de voeten speelt.

22a Het kind ligt in rugligging op de tafel. A/WV daagt het uit tot omrollen door bv. een speeltje in het gezichtsveld van het kind te houden en vervolgens naast het hoofd te leggen.

22b A/WV vraagt aan de ouder of het kind thuis uit zichzelf omrolt.

23 A/WV zet het kind in zithouding, steunt hem zo nodig bij de heupen en let op de stand van het hoofd t.o.v. de romp. Dit kan ook gebleken zijn uit een mededeling van de A/WV (indien het kind dit niet zelf doet).

25a A/WV merkt op dat het kind klanken voortbrengt (met name a-klanken).

25b A/WV vraagt aan de ouder of het thuis geluidjes zoals dada, baba, maakt.

52 weken = 12 maanden

- 26 A/WV zet het kind in zithouding op de onderzoekstafel en laat hem/haar voorzichtig los.
- 27 A/WV legt een propje gekleurd papier of watten ($\emptyset \pm 1,5$ cm) vlak voor het kind op de tafel.
- 28a Het kind ligt in buikligging op de tafel. A/WV legt een stukje speelgoed voor het kind neer, iets buiten zijn bereik en moedigt hem/haar aan dit te pakken. Dit item moet je ook aankruisen indien de A/WV het spontaan kruipen van het kind opmerkt.
- 28b A/WV vraagt aan de ouder of het kind thuis vooruit kruipt.
- 29a A/WV zet het kind in zit/kruiphouding en spoort het aan, zo nodig met behulp van speelgoed om zich aan een voorwerp (tafel of stoel) op te trekken tot staan. Dit item moet je ook aankruisen indien de A/WV een opmerking maakt wanneer het kind de betreffende handeling spontaan uitvoert.
- 29b A/WV vraagt aan de ouder of het kind wel eens uit zichzelf gaat staan.
- 30a A/WV spoort het kind aan tot het 'dag zwaaien' door zelf uitnodigend te zwaaien.
- 30b A/WV vraagt aan de ouder of het kind wel eens zwaait als er iemand binnenkomt of weggaat.
- 31a A/WV gaat na of het kind reeksen geluidjes maakt. Je moet dit ook aankruisen indien de A/WV een opmerking over dit observatiepunt maakt.
- 31b A/WV vraagt aan de ouder of het kind wel eens brabbelt of praat tijdens het spelen.

65 weken = 15 maanden

- 32 A/WV geeft het kind een doos met blokjes en moedigt het aan door te zeggen 'Pak de blokjes er maar uit; doe de blokjes er maar in'. Desnoods doet de onderzoeker de handelingen voor. Ook aankruisen indien het kind spontaan de handeling verricht en de A/WV een opmerking hierover maakt.

33a A/WV biedt het kind een blokje aan, na enige tijd vraagt de A/WV het blokje terug. Ook aankruisen indien het kind het spel spontaan doet en de A/WV hier een opmerking over maakt.

33b A/WV vraagt aan de ouder of het kind het spelletje 'geven en nemen' thuis wel eens doet.

34a Het kind ligt in buikligging. A/WV legt een stukje speelgoed voor het kind neer en moedigt hem/haar aan dit te pakken en kijkt of het kind kruipt met de buik vrij van de grond. Ook aankruisen indien het kind spontaan de handeling verricht en de A/WV hier een opmerking over maakt.

34b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind vooruit kruipt met de buik vrij van de grond.

35a A/WV spoort het kind aan om langs de rand van de tafel of de stoel te lopen. Ook aankruisen indien de A/WV opmerkt dat het kind de handeling reeds kent.

35b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind langs loopt.

36a A/WV let erop of het kind enkele woorden begrijpt. Dit kan ook gebleken zijn uit een mededeling van de A/WV.

36b A/WV vraagt aan de ouder of het kind enkele woorden begrijpt (vraagt bijvoorbeeld ook enkele voorbeelden).

37a A/WV merkt op dat het kind spontaan enkele woorden zegt.

37b Aan de ouder wordt naar voorbeelden gevraagd of het kind enkele woorden gebruikt.

18 maanden

38 A/WV legt blokjes voor het kind neer, en stapelt eventueel 2 blokjes op als voorbeeld. A/WV moedigt het aan om het voorbeeld te volgen.

39a A/WV moedigt het kind aan om op onderzoek uit te gaan bijvoorbeeld een bal weg te rollen of een stuk speelgoed op ruime afstand neer te zetten. Aankruisen indien het kind dit spontaan doet en de A/WV dat opmerkt.

- 39b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind thuis alles onderzoekt.
- 40a A/WV merkt op dat het kind 3 woorden zegt.
- 40b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind tenminste 3 woorden kent.
- 41 A/WV legt in het bijzijn van het kind speelgoed neer (bal, doos, auto, enz.). Vervolgens vraagt de A/WV 'Pak de auto maar'.
- 42 A/WV observeert het kind terwijl het los loopt in de kamer. Dit kan ook gebleken zijn uit een mededeling van de A/WV.
- 43 A/WV geeft het staande kind de bal, gaat achteruit en zegt 'Gooi de bal maar' of 'Gooi maar naar mama'.

2 jaar

- 44 A/WV legt blokjes voor het kind neer en zegt 'Maak maar een toren'. Zo nodig voordoen. Ook aankruisen indien het kind spontaan een toren maakt en de A/WV dat opmerkt.
- 45a A/WV merkt op dat het kind iemand nadoet of imitatiegedrag vertoont.
- 45b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind de ouder of anderen nadoet.
- 46a A/WV merkt op dat het kind uit een beker drinkt.
- 46b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind zelfstandig uit een beker drinkt.
- 47a A/WV praat tegen het kind met de bedoeling dat het kind iets terug zegt (een zinnetje van 2 woorden). Ook aankruisen indien het kind het spontaan doet en de A/WV dit opmerkt.
- 47b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind 'zinnen' van 2 woorden zegt.
- 48 A/WV legt in het bijzin van het kind bijvoorbeeld een doos neer en zegt tegen het kind 'Doe jij een blokje in de doosje'.

49 A/WV laat vóór het kind speelgoed op de grond vallen en vraagt 'Wil jij het voor mij pakken?'.
1

50 A/WV vraagt het kind door de kamer te lopen of naar de ouder toe of achter.

2 jaar en 6 maanden

51 A/WV legt blokjes op tafel neer en zegt tegen het kind 'Maak maar een toren'. A/WV doet het eventueel voor.

52 A/WV legt de ronde vorm naast de stoof en zegt tegen het kind 'Doe jij het blokje maar door het gat in de deksel'. A/WV moedigt het kind eventueel aan door het ronde blokje aan te geven.

53a A/WV merkt op dat het kind zich uitkleedt voor het onderzoek.

53b A/WV vraagt aan de ouder of het kind wel eens zelf zijn kleren uittrekt.

54 A/WV vraagt aan de ouder of het kind zelf met een lepel eet.

55 A/WV gaat na hoe het kind zich zelf noemt (eigen naam of ik). Dit kan ook gebleken zijn uit een mededeling van de A/WV.

56 A/WV laat het kind het vouwboekje zien en vraagt 'Waar is de koe, de stoel, enz.?'.
2

57 A/WV legt de bal voor de voeten van het kind en vraagt hem/haar tegen de bal te schoppen. A/WV doet het eventueel voor.

3 jaar

58 A/WV legt 5 blokjes op de tafel en vraagt het kind een trein te maken. A/WV legt uit hoe een trein eruit ziet: 4 blokjes op een rij en één er boven op en laat zien hoe hij/zij de trein maakt. Ook aankruisen als het kind het spontaan doet en A/WV hier een opmerking over maakt.

59 A/WV legt een vel blanco papier en een potlood voor het kind neer. A/WV trekt op het papier een verticale lijn naar het kind toe en zegt 'Teken jij nu eens net zo'n lijn'.
3

- 60 A/WV legt 3 vormen (rond, vierkant, rechthoek) naast de stoof en zegt 'Doe jij de blokjes maar door de gaten in de deksel'. Eventueel wordt het kind aangemoedigd door een blokje te geven. Ook aankruisen als de A/WV opmerkt dat het kind het spontaan doet.
- 61a A/WV praat tegen het kind om een zinnetje van 3 of meer woorden uit te lokken. Dit kan ook gebleken zijn uit een mededeling van de A/WV wanneer het kind het spontaan doet.
- 61b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind zinnetjes van 3 of meer woorden maakt.
- 62 A/WV vraagt aan het kind verschillende lichaamsdelen aan te wijzen. Bijvoorbeeld waar zijn je vingers, nagels, lippen, enz.
- 63 Aan de ouder wordt gevraagd of het kind op een driewieler fietst.

3 jaar en 9 maanden

- 64 A/WV bouwt een brug van 3 blokjes. Hij/zij laat het kind zien hoe hij de brug maakt en vraagt hem/haar daarna om zelf zo'n brug te bouwen. Ook aankruisen als de A/WV opmerkt wanneer het kind dit spontaan doet.
- 65 A/WV geeft het kind papier en potlood en vraagt om iets te tekenen om te kijken hoe het kind he potlood vasthoudt.
- 66 A/WV legt 4 vormen (rond, vierkant, driehoek, rechthoek) naast de stoof en zegt 'Doe jij de blokjes maar door de gaten in de deksel'.
- 67a A/WV merkt op dat het kind een kledingstuk (broek, sokken, schoenen) aantrekt.
- 67b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind zelf wel eens zijn kleren aantrekt.
- 68a A/WV let tijdens het consult op of het kind bij het spelen praat en laat blijken dat hij/zij het merkt.
- 68b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind in zichzelf praat als het aan het spelen is.

69a A/WV let tijdens het consult op of het kind 'waarom vragen' stelt en laat blijken dat hij/zij het merkt.

69b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind bij alles 'waarom' vraagt.

70 A/WV vraagt aan het kind of hij/zij kan springen. Ook aankruisen als de A/WV een opmerking maakt wanneer het kind het spontaan doet.

4 jaar en 6 maanden

71 A/WV legt voor het kind een papier neer waarop van tevoren een kruis is getekend, geeft hem/haar een potlood en vraagt 'Tekening nu eens zo'n kruis'.

72 A/WV vraagt aan de ouder of het kind zelf zijn handen wast met zeep en of hij/zij ze dan ook afdroogt.

73 A/WV praat tegen het kind om de verbale uitingen van het kind te beoordelen.

74a A/WV praat met het kind en vraagt hem/haar wat hij/zij thuis of op school gedaan heeft.

74b Aan de ouder wordt gevraagd of het kind wel eens vertelt met wie hij/zij gespeeld heeft of wat hij/zij gedaan heeft op school.

75 A/WV geeft een blokje aan het kind en vraagt 'Wil je dit blokje op/onder/voor/achter/naast de stoel leggen?'.

76 A/WV zegt tegen het kind 'Ga eens op één voet staan'. A/WV doet het voor.

BIJLAGE 2

Utrecht, mei 1988
WIJK/ZORG/004/JC/JBe

DE ZORG VOOR ZUIGELINGEN EN KLEUTERS (FASE II)
DOSSIERONDERZOEK

Casnr.:

--	--	--

Respondentkenmerken

casenr.	<input type="text"/>	
artsnr.	<input type="text"/>	
w.v.nr.	<input type="text"/>	
zuigeling of kleuter	z 0	k 0
sekse	j 0	m 0
buitenlands kind	nee 0	ja 0
geboortedatum	<input type="text"/>	
1e kind	ja 0	nee 0
regulier CB-bezoek	0	0
dossier (1 = JGZ; 2 = overgang; 3 = ander)	1 2 3	<input type="text"/>
zwangerschapsduur	<input type="text"/>	wkn
geboortegewicht	<input type="text"/> gr	

A. ALGEMEEN	nee	ja
1. Is de naam van de Kruisinstelling genoteerd?	0	0
2. Is het zuigelingnummer genoteerd?	0	0
*3. Is het kleuternummer genoteerd?	0	0
4. Is het wasnummer genoteerd?	0	0
 I. Personalia		
Zijn de volgende gegevens ingevuld?		
1. naam	0	0
2. voornaam	0	0
3. roepnaam	0	0
4. geboortedatum	0	0
5. geboorteplaats	0	0
6.a. Is het kind in Nederland geboren ? (Als je het niet zeker weet, plaatsnaam noteren!)	0	0
* b. Indien het kind buiten Nederland is geboren, staat dan het geboorteland vermeld?	0	0
* c. Is het land waaruit de ouders afkomstig zijn ingevuld?	0	0
* d. Zo ja, is het duidelijk of dat voor een of beide ouders geldt?	0	0
*7. Indien het kind in het buitenland is geboren, is dan de datum van aankomst in Nederland vermeld?	0	0
8. Is vermeld of het kind wel of niet tot een kerkgenootschap/levensbeschouwing behoort?	0	0
9. Zijn de volgende gegevens van het kind vermeld?		
a. straatnaam	0	0
b. huisnummer	0	0
c. postcode	0	0
d. woonplaats	0	0
e. telefoonnummer	0	0
10. Zijn de volgende gegevens van de HA vermeld?		
a. naam	0	0
b. straatnaam	0	0
c. huisnummer	0	0
d. postcode	0	0
e. woonplaats	0	0
f. telefoonnummer	0	0

	nee	ja
11. Is de naam van de tandarts ingevuld?	0	0
12. Is aangekruist bij welke verzekering het kind is aangesloten (ziekenfonds, particulier of ambtenarenverzekering)?	0	0
13. Is aangekruist of het kind lid is van de kruisvereniging?	0	0

II. Gezinsamenstelling

Zijn de volgende gegevens ingevuld?

1. naam vader	0	0
2. naam moeder	0	0
3. geboortedatum vader	0	0
4. geboortedatum moeder	0	0
5. geboorteplaats vader	0	0
6. geboorteplaats moeder	0	0
7. land van herkomst vader	0	0
8. land van herkomst moeder	0	0
9. beroep vader	0	0
10. beroep moeder	0	0
11. Is de gezondheidstoestand van de vader aangegeven (goed/matig/slecht)?	0	0
12. Is de gezondheidstoestand van de moeder aangegeven (goed/matig/slecht)?	0	0
+13. Is ingevuld of de vader een bepaalde ziekte in het verleden heeft gehad (streepje geldt ook als 'ja')?	0	0
+14. Is ingevuld of de moeder een bepaalde ziekte in het verleden heeft gehad (streepje geldt ook als 'ja')?	0	0
*15. Is (over de betreffende ziekte) verwezen naar het episodeblad als dit hiervoor gebruikt is?	0	0
+16. Indien het overlijdensjaar van de vader is genoteerd, is dan de oorzaak vermeld (of omgekeerd)?	0	0
+17. Indien het overlijdensjaar van de moeder is genoteerd, is dan de oorzaak vermeld (of omgekeerd)?	0	0

		nee	ja	
18.	Voor wat betreft de gegevens over de kinderen:			
	a. Is vermeld of het een jongen of een meisje betreft?	0	0	
	b. Is het geboortjaar van het betreffende kind vermeld?	0	0	
	c. Is de naam vermeld?	0	0	
*	d. Zijn deze gegevens bij ev. meerdere kinderen ingevuld?	0	0	
	0 0 d.w.z. nee/ja			
	0 0 0 d.w.z. open gelaten/aangestreept/zwart gemaakt			
19.a.	Is het vakje 'miskramen' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Is het jaartal genoteerd?	0	0	
+	c. Zijn er bijzonderheden vermeld?	0	0	
20.a.	Is het vakje 'doodgeboren kind' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
+	b. Zijn er bijzonderheden vermeld?	0	0	
21.a.	Is het vakje 'suikerziekte' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Is vermeld of de ziekte aan vaders(V) of moeders(M) kant voorkomt?	0	0	
22.a.	Is het vakje 'epilepsie' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Is vermeld of de ziekte aan vaders of moeders kant voorkomt?	0	0	
23.a.	Is het vakje 'zwakzinnigheid' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Is vermeld of de ziekte aan vaders of moeders kant voorkomt?	0	0	
24.a.	Is het vakje 'spierziekte' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
	b. Is vermeld of de ziekte aan vaders of moeders kant voorkomt?	0	0	
25.a.	Is het vakje 'eczeem of dauwworm' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Is vermeld of de ziekte aan vaders of moeders kant voorkomt?	0	0	
26.a.	Is het vakje 'cara' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0

* b.	Is vermeld of de ziekte aan vaders of moeders kant voorkomt?	0	0
27.a.	Is het vakje 'allergie' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0 0
* b.	Is vermeld of de ziekte aan vaders of moeders kant voorkomt?	0	0
28.a.	Is het vakje 'slechthorendheid' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0 0
* b.	Is vermeld of de ziekte aan vaders of moeders kant voorkomt?	0	0
29.a.	Is het vakje 'oogafwijking' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0 0
* b.	Is vermeld of de ziekte aan vaders of moeders kant voorkomt?	0	0
30.a.	Is het vakje 'heupafwijking' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0 0
* b.	Is vermeld of de ziekte aan vaders of moeders kant voorkomt?	0	0
31.a.	Is het vakje 'aangeboren afwijking' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0 0
* b.	Is vermeld of de ziekte aan vaders of moeders kant voorkomt?	0	0
* c.	Is er een specificatie gegeven?	0	0
32.a.	Is het vakje 'overige aandoeningen' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0 0
* b.	Is vermeld of de ziekte aan vaders of moeders kant voorkomt?	0	0
* c.	Is er een specificatie gegeven?	0	0
+33.	Is er iets geregistreerd over de woonsituatie c.q. kwaliteit van het wonen van het betreffende gezin?	0	0
+34.	Is er iets genoemd over een veranderde gezinssituatie (bijvoorbeeld scheiding, nieuwe partner, onderlinge relaties tussen kinderen, pleegouders)?	0	0

B. ALGEMEEN	nee	ja
1. Is de naam van de Kruisinstelling genoteerd?	0	0
2. Is het zuigelingnummer genoteerd?	0	0
*3. Is het kleuternummer genoteerd?	0	0
4. Is de geboortedatum genoteerd?	0	0
5. Is de roepnaam genoteerd?	0	0
III. Zuigeling/kleuter	z	k
1. Betreft het hier een zuigeling of een kleuter?	0	0
	nee	ja
2. Is het jaar van inschrijving van de betreffende zuigeling/kleuter ingevuld?	0	0
3. Is de leeftijd van het kind bij het eerste CB-bezoek ingevuld?	0	0
4. Is de datum van het eerste CB-bezoek ingevuld?	0	0
5. Is de naam van de CB-arts ingevuld?	0	0
6. Is de naam van de WV ingevuld?	0	0
7. Is het adres van het bureau (postcode) ingevuld?	0	0
8. Indien het een kleuter betreft?		
* a. Is de naam van de kleuterschool genoteerd?	0	0
* b. Zijn de straatnaam en het huisnummer daarvan vermeld?	0	0
* c. Is de plaatsnaam ook vermeld?	0	0
IV. Zwangerschap		
0 0 d.w.z. nee/ja 0 0 0 d.w.z. open gelaten/aangestreept/zwart gemaakt		
1. Is de duur van de zwangerschap in weken ingevuld?	0	0
2. Is aangekruist welke deskundige(n) de prenatale zorg heeft verleend?	0	0
+3. Is aangekruist of er prenatale begeleiding (onder andere huisbezoek) door de wijkverpleegkundige is gegeven?	0	0
+4. Is aangekruist of de a.s. ouders deel hebben genomen aan een gespreksgroep?	0	0
+5. Is aangekruist of de moeder meegedaan heeft aan zwangerschapsgymnastiek?	0	0

6.a.	Is het vakje 'ziekten' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Zijn er ziekten genoteerd die van belang zijn voor de zwangerschap?	0	0	
7.a.	Is het vakje 'vloeiingen' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Is genoteerd in welke maand de vloeiingen plaatsvonden?	0	0	
* c.	Is de mate van de ernst van de vloeiingen genoteerd?	0	0	
8.a.	Is het vakje 'verhoogde bloeddruk' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Zijn er therapeutische maatregelen genoteerd?	0	0	
9.a.	Is het vakje 'medicijnen' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Zijn er medicijnen genoteerd die van belang zijn voor de zwangerschap?	0	0	
10.a.	Is het vakje 'voeding' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Is een bepaald dieet genoteerd?	0	0	
11.a.	Is het vakje 'spec. ond.' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Is aangekruist welk spec. ond. werd verricht?	0	0	
* c.	Is de uitslag van het onderzoek genoteerd op het episodeblad (zie G. 15)?	0	0	
12.a.	Is het vakje 'roken' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Is genoteerd hoeveel sigaretten per dag worden gerookt?	0	0	
13.a.	Is het vakje 'alcohol' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Is genoteerd hoeveel alcohol wordt gedronken?	0	0	
+14.	Zijn er bijzonderheden over ev. vorige zwangerschappen genoteerd?	0	0	

V. Bevalling

0 0	d.w.z. nee/ja
0 0 0	d.w.z. open gelaten/aangestreept/swart gemaakt

1.	Is de duur van de bevalling (in uren) aangegeven?	0	0
2.	Is de uitdrijvingsperiode (in minuten) vermeld?	0	0
3.	Is aangekruist of de bevalling thuis, poliklinisch of klinisch (primair of secundair) plaatsvond?	0	0
4.	Is aangekruist of de bevalling onder leiding van een huisarts, een verloskundige of een specialist heeft plaatsgevonden?	0	0

5.a.	Is het vakje 'kleur vruchtwater' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Is de kleur van het vruchtwater vermeld?	0	0	
6.a.	Is het vakje 'placenta' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Is er iets geschreven over de placenta?	0	0	
7.a.	Is het vakje '3 navelvaten' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Zijn hierover extra gegevens genoteerd?	0	0	
8.	Is de ligging van het kind aangekruist? (hoofdligging/stuitligging/anders)	0	0	
9.a.	Is aangekruist wat voor soort verlossing het was (spontaan/kunstverlossing)?	0	0	
* b.	Indien het een kunstverlossing was, is dan een specificatie gegeven (vacuum/tang/keizersnede)?	0	0	
+ c.	Zijn er bijzonderheden genoteerd?	0	0	

VI. Kraambed en kraamverzorging

1.a.	Is het vakje anti-D injectie opgelaten, aangekruist of zwart gemaakt?	nee	ja
		0	0
b.	Zijn er bijzonderheden genoteerd?	0	0
*2.	Zijn er bijzonderheden over het kraambed genoteerd?	0	0
3.a.	Is aangekruist op welke wijze de kraamverzorging heeft plaatsgevonden?	0	0
b.	Is het aantal dagen genoteerd?	0	0
+4.	Zijn er bijzonderheden genoteerd?	0	0

C. ALGEMEEN	nee	ja
1. Is de naam van de Kruisinstelling genoteerd?	0	0
2. Is het zuigelingnummer genoteerd?	0	0
*3. Is het kleuternummer genoteerd?	0	0
4. Is de geboortedatum genoteerd?	0	0

VII. Pasgeborene

0 0	d.w.z. nee/ja
0 0 0	d.w.z. open gelaten/aangestreept/zwart gemaakt

* 1. Is - indien van toepassing - de samenstelling van de meerling aangegeven (zie AII)?	0	0	
2. Is het geboortegewicht genoteerd?	0	0	
3. Is het laagste gewicht genoteerd?	0	0	
4. Is de geboortelengte genoteerd?	0	0	
5. Is de hoofdomtrek genoteerd?	0	0	
6.a. Is het vakje 'prematuur' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b. Is de zwangerschapsduur genoteerd?	0	0	
7.a. Is het vakje 'dysmatuur' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b. Is het geboortegewicht genoteerd?	0	0	
8.a. Is het vakje 'serotien' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b. Is de zwangerschapsduur genoteerd?	0	0	
9.a. Is het vakje 'overgewicht' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b. Is het geboortegewicht genoteerd?	0	0	

* Toestand na de geboorte

Vraag 10 t/m 15: Opmerkingen i.p.v. gegevens na 1 en 5 min. geldt als goed ingevuld: vraag a en b dan als 'ja' scoren!

10.a. Is de hartactie na 1 min. genoteerd?	0	0
b. Is de hartactie na 5 min. genoteerd?	0	0
+ c. Zijn er opmerkingen gemaakt?	0	0

11.a.	Is de ademhaling na 1 min. genoteerd?	0	0	
	b. Is de ademhaling na 5 min. genoteerd?	0	0	
+	c. Zijn er opmerkingen gemaakt?	0	0	
12.a.	Is de tonus na 1 min. genoteerd?	0	0	
	b. Is de tonus na 5 min. genoteerd?	0	0	
+	c. Zijn er opmerkingen gemaakt?	0	0	
13.a.	Is de reactie na 1 min. genoteerd?	0	0	
	b. Is de reactie na 5 min. genoteerd?	0	0	
+	c. Zijn er opmerkingen gemaakt?	0	0	
14.a.	Is de kleur na 1 min. genoteerd?	0	0	
	b. Is de kleur na 5 min. genoteerd?	0	0	
+	c. Zijn er opmerkingen gemaakt?	0	0	
15.a.	Is de Apgar Score na 1 min. genoteerd?	0	0	
	b. Is de Apgar Score na 5 min. genoteerd?	0	0	
+	c. Zijn er opmerkingen gemaakt?	0	0	
16.	Is het vakje 'aangeboren afwijkingen' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt? (specificatie bij VIII risicofactoren)	0	0	0
17.a.	Is het vakje 'eerste levensuren' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Zijn er bijzonderheden vermeld op het episodeblad (zie G15)?	0	0	
18.a.	Is het vakje 'eerste levensdagen' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Zijn er bijzonderheden vermeld op het episodeblad?	0	0	
19.a.	Is het vakje 'temp. verloop' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Zijn er bijzonderheden vermeld op het episodeblad?	0	0	
20.a.	Is het vakje 'ademhaling' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Zijn er bijzonderheden vermeld op het episodeblad?	0	0	
21.a.	Is het vakje 'drinken' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Zijn er bijzonderheden vermeld op het episodeblad?	0	0	

22.a.	Is aangekruist welk soort voeding het kind kreeg (borstvoeding/gemengd/fles)?	0	0	
*	b. Is de soort flesvoeding genoteerd op het episodeblad?	0	0	
23.a.	Is het vakje 'geel van dee dag tote dag' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Zijn de dagen ingevuld?	0	0	
	c. Is het vakje 'oorzaak' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	d. Is de oorzaak vermeld?	0	0	
24.a.	Is het vakje 'bilirubine max....mmol' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Is het aantal mmol. ingevuld?	0	0	
+	c. Is het vakje 'therapie' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	d. Is de therapie vermeld?	0	0	
25.a.	Is het vakje 'opname kinderafdeling van ...e dag tot ...e dag' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
*	b. Zijn de dagen ingevuld?	0	0	
26.a.	Is het vakje 'couveuse' aangekruist?	0	0	
*	b. Is de reden vermeld?	0	0	
*	c. Is het aantal dagen in de couveuse vermeld?	0	0	
*	d. Is het aantal dagen in de 'warme kamer' vermeld?	0	0	
+27.	Zijn er bijzonderheden genoteerd?	0	0	

VIII. Risicofactoren

Zijn de volgende vakjes opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt:

1. gezin	0	0	0
2. med. fam. anamn.	0	0	0
3. zwangerschap	0	0	0
4. bevalling	0	0	0
5. kraambed	0	0	0
6. kraamverzorging	0	0	0
7. pasgeborene	0	0	0

Gegevens onderzoek eerste levensweken:		nee	ja
8.	Is aangekruist van wie de gegevens zijn verkregen (kinderarts/huisarts/anderen)?	0	0
Zijn er gegevens vermeld over:			
9.	voedingstoestand	0	0
10.	huid	0	0
11.	lymfeklieren	0	0
12.	hals	0	0
13.	borst	0	0
14.	buik	0	0
15.	genitalia ext.	0	0
16.	heupen	0	0
17.	ledematen	0	0
18.	wervelkolom	0	0
19.	neurologisch onderzoek	0	0
+20.	overige bijzonderheden	0	0

IX. Screening

0 0	d.w.z. nee/ja
0 0 0	d.w.z. open gelaten/aangestreept/zwart gemaakt

NVMB	d.w.z. niet verschenen met bericht
NVZB	d.w.z. niet verschenen zonder bericht

1.a.	Is het vakje 'PKU' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Zijn er bijzonderheden genoteerd?	0	0	
2.a.	Is het vakje 'CHT' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Zijn er bijzonderheden genoteerd?	0	0	
+ 3.a.	Is het vakje 'overige' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Zijn er bijzonderheden vermeld?	0	0	
* 4.a.	Is het vakje 'Ewing' opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt?	0	0	0
* b.	Is de screeningsdatum ingevuld?	0	0	
* c.	Is de uitslag ingevuld (volledig/onvolledig/NVMB/NVZB)	0	0	

Verwijzingsonderzoek:

	nee	ja
+ 5.a. Is aangekruist of er een verwijzingsonderzoek heeft plaatsgevonden?	0	0
* b. Is de uitslag ingevuld (ev. NVMB/NVZB)?	0	0
* c. Is de datum ingevuld?	0	0
X. Vaccinaties		
* 1. Is de roepnaam ingevuld?	0	0
* 2. Is de geboortedatum ingevuld?	0	0
* 3. Is het zuigelingnummer ingevuld?	0	0
Is de datum ingevuld van:		
* 4. D.K.T.P. I (3 mnd)	0	0
* 5. D.K.T.P. II (4 mnd)	0	0
* 6. D.K.T.P. III (5 mnd)	0	0
* 7. D.K.T.P. IV (vanaf 11 mnd)	0	0
* 8. Mazelen (BMR) (vanaf 14 mnd)	0	0
9. D.T.P. I (op kleuterleeftijd, 4 jr)	0	0
10. B.C.G.	0	0
+11.a. Overige	0	0
b. Is dit nader gespecificeerd?	0	0
12.a. Indien bij 4 t/m 7 de K is doorgestreept, is het vakje dan zwart gemaakt?	0	0
* b. Is de reden op het episodeblad (G15) vermeld?	0	0

D. GROEI ZUIGELING

XI. 1. Is de roepnaam ingevuld?	nee 0	ja 0
2. Is de geboortedatum ingevuld?	0	0
3. Is het zuigelingnummer ingevuld?	0	0
Hoeveel rijen zijn ingevuld?	

Is het staatje ingevuld w.b.:

onderzoek	1		2		3		4		5		6	
	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja
4. datum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. leeftijd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. gewicht (in kg, 2 dec.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. lengte (in cm, 1 dec.)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. hoofdomtrek (in cm, 1 dec)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

onderzoek	7		8		9		10		11		12	
	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja
4. datum	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5. leeftijd	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
6. gewicht	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
7. lengte	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8. hoofdomtrek	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

	nee	ja
+9. Zijn er bijzonderheden vermeld (naast het staatje)?	0	0
10. Zijn de meetpunten van het gewicht ingetekend?	0	0
11. Zijn de meetpunten van de lengte ingetekend?	0	0
12. Zijn de meetpunten van de hoofdomtrek ingetekend?	0	0

E. ZUIGELINGBLAD

	nee	ja
1. Is de roepnaam van het kind ingevuld?	0	0
2. Is de geboortedatum ingevuld?	0	0
3. Is het zuigelingnummer ingevuld?	0	0
Hoeveel maal is het kind op het CB onderzocht?maal.	

XII. Groei en ontwikkeling:

Zijn de volgende gegevens ingevuld (bij de verschillende onderzoeken):

onderzoek	1	2	3	4	5	6
4. naam arts	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0
5. datum onderzoek	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
6. leeftijd (in wk of mnd)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

Zijn de volgende vakjes (bij de verschillende onderzoeken) opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
7a. groeicurven	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
8a. psycho-mot. ontw.	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Zijn bij de volgende vakjes bijzonderheden genoteerd:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
*7b. groeicurven	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0
*8b. psycho-mot. ontw.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

Anamnese:

Zijn de volgende vakjes opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
9a. ziekten	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
10a. ongevallen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
11a. consult h.a.	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
12a. consult spec	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
13a. opname	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
+14a. bijzonderheden	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Zijn bij de volgende vakjes bijzonderheden genoteerd:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
*9b. ziekten	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0
*10b. ongevallen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*11b. consult h.a.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*12b. consult spec	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*13b. opname	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*14b. bijzonderheden	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

Onderzoek:

Zijn de volgende vakjes opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
15a. alg. indruk bij onderzoek	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
16a. voedingstoestand	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
17a. huid	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
18a. lymfeklieren	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
19a. hoofd: fontane!	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
20a. ogen: - stand	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
21a. - bewegingen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
22a. oren	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
23a. mond	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
24a. neus/keelholte	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
25a. hals	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
26a. borst: - vorm	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
27a. - hart	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
28a. - longen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
29a. buik: - lever	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
30a. - milt	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
31a. - nieren	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
32a. - navel	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
33a. - lies	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
34a. - art. femoralis	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
35a. genitalia ext.	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
36a. mnl. plaats testikels	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
37a. vrl.	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Zijn de volgende vakjes opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
38a. heupen: - abductie	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
39a. - beenlengte	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
40a. - kniehoogte	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
41a. - bilplooien	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
42a. ledematen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
43a. wervelkolom	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
44a. neurologisch onderzoek	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
45a. - reflexen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
46a. - tonus	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
+47a. overige bijzonderheden	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Zijn bij de volgende vakjes bijzonderheden genoteerd:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
*15b. alg. indruk bij onderzoek	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0
*16b. voedingstoestand	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*17b. huid	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*18b. lymfeklieren	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*19b. hoofd: fontanel	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*20b. ogen: - stand	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*21b. - bewegingen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*22b. oren	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*23b. mond	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*24b. neus/keelholte	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*25b. hals	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*26b. borst: - vorm	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

onderzoek	1	2	3	4	5	6
*27b. - hart	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0
*28b. - longen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*29b. buik: - lever	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*30b. - milt	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*31b. - nieren	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*32b. - navel	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*33b. - lies	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*34b. - art. femoralis	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*35b. genitalia ext.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*36b. mn1. plaats testikels	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*37b. vrl.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*38b. heupen: - abductie	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*39b. - beenlengte	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*40b. - kniehoogte	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*41b. - bilplooien	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*42b. ledematen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*43b. wervelkolom	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*44b. neurologisch onderzoek	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*45b. - reflexen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*46b. - tonus	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*47b. overige bijzonderheden	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

Conclusie

Zijn er aantekeningen gemaakt bij:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
48. conclusie	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0
+49. adviezen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
+50. verwijzing naar	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*51. reden	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
+52. antwoord terug (achterin de flap)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

F. Psycho-motorische ontwikkeling 0-15 mnd

ook ± wordt als ja gescoord en het wordt bij het betreffende item genoteerd; bijvoorbeeld: 0 0 ±

XIII

1. Is de roepnaam ingevuld?	nee 0	ja 0
2. Is het zuigelingnummer ingevuld?	0	0
3. Is de naam ingevuld?	0	0
4. Is de geboortedatum ingevuld?	0	0
5. Is de zwangerschapsduur (in wk) ingevuld?	0	0
6. Zijn de volgende items behorend bij de leeftijd, en daarvoor, ingevuld:		
4 wk = 1 mnd Is de leeftijd ingevuld?	0	0
1. ogen fixeren	0	0
2. reageert op toespreken	0	0
3. beweegt armen evenveel	0	0
4. beweegt benen evenveel	0	0
5. heft kin even van onderlaag	0	0
8 wk = 2 mnd Is de leeftijd ingevuld?	0	0
6. lacht terug	0	0
7. volgt met ogen en hoofd	0	0

20

		nee	ja
13 wk = 3 mnd	Is de leeftijd ingevuld?	0	0
	8. handen af en toe open	0	0
	9. kijkt naar eigen handen	0	0
	10. maakt geluiden terug	0	0
	11. blijft hangen bij optillen onder oksels	0	0
	12. heft in buikligging hoofd tot 45°	0	0
26 wk = 6 mnd	Is de leeftijd ingevuld?	0	0
	13. speelt met handen middenvoor	0	0
	14. pakt in rugligging voorwerp	0	0
	15. optrekken tot zit: hoofd komt mee	0	0
	16. draait hoofd naar geluid	0	0
	17. vertikaal zwaaien: benen gebogen of trappelen	0	0
	18. kijkt rond met 90° geheven hoofd	0	0
39 wk = 9 mnd	Is de leeftijd ingevuld?	0	0
	19. pakt voorwerp over	0	0
	20. houdt voorwerp vast, pakt nog een voorwerp in andere hand	0	0
	21. speelt met beide voeten	0	0
	22. rolt zich om van rug naar buik	0	0
	23. kan hoofd goed ophouden in zit	0	0
	24. zit op billen, ook met gestrekte benen	0	0
	25. zegt 'dada', 'baba' of 'gaga'	0	0

	nee	ja
52 wk = 12 mnd Is de leeftijd ingevuld?	0	0
26. blijft los zitten	0	0
27. pakt propje met duim en wijsvinger	0	0
28. kruipt vooruit, buik op de grond	0	0
29. trekt zich tot staan	0	0
30. zwaait "dag, dag"	0	0
31. brabbelt bij zijn spel	0	0
65 wk = 15 mnd Is de leeftijd ingevuld?	0	0
32. doet blokje in/uit doos	0	0
33. speelt "geven en nemen"	0	0
34. kruipt, buik vrij van de grond	0	0
35. loopt langs	0	0
36. begrijpt enkele woorden	0	0
37. gebruikt 2 woorden met begrip	0	0
7. Zijn er bij de conclusie aantekeningen gemaakt?	0	0
+8a. Zijn er opmerkingen gemaakt?	0	0
* b. Op hoeveel items hebben deze betrekking?	

Zuigelingblad

antwoorden als goed, gb. e.d. worden als 'nee' gescoord!
--

- | | | |
|--------------------------------------|---|---|
| 1. Is de naam van het kind ingevuld? | 0 | 0 |
| 2. Is de geboortedatum ingevuld? | 0 | 0 |

XIV. Samenvatting zuigelingtijd

- | | | |
|-------------------------------------|---|---|
| 3. Is de naam van de arts ingevuld? | 0 | 0 |
| 4. Is de datum ingevuld? | 0 | 0 |

Groei en ontwikkeling

Zijn er samenvattende beschrijvingen gegeven van:

- | | | | | |
|----------------|---|----------------|---|---|
| 5. Groeicurven | : | a. gewicht | 0 | 0 |
| | | b. lengte | 0 | 0 |
| | | c. hoofdomvang | 0 | 0 |

6. Psychomotorische ontwikkeling:

nee ja

a. grove motoriek	0	0
b. fijne motoriek	0	0
c. taal/spraakontwikkeling	0	0
d. sociale ontwikkeling	0	0

Anamnese:

Zijn er samenvattende beschrijvingen gegeven van:

7. ziekten	0	0
8. ongevallen	0	0
9. opname	0	0
10. vaccinatietoestand	0	0
11. Ewing	0	0
12. overige screening	0	0
13. conclusie episodeblad	0	0
+14. bijzonderheden	0	0

Onderzoek

Is er een beschrijving gegeven van:

15. voedingstoestand	0	0
16. huid	0	0
17. lymfeklieren	0	0
18. hoofd	0	0
19. - ogen	0	0
20. - oren	0	0
21. hals	0	0
22. borst	0	0
23. buik	0	0
24. genitalia ext.	0	0
25. - mnl. plaats testikels	0	0
26. - vrl.	0	0

	nee	ja
27. heupen	0	0
28. ledematen	0	0
29. wervelkolom	0	0
30. neurologisch onderzoek	0	0
+31. overige bijzonderheden	0	0

Conclusies en risicofactoren:

32. Is er een beoordeling gegeven van de gezondheidstoestand van het kind?	0	0
33. Is er een beoordeling gegeven van het ontwikkelingsprofiel van het kind?	0	0
+34. Zijn verdwenen en ontstane risicofactoren beschreven?	0	0

G. EPISODEBLAD ZUIGELING

1. Is de roepnaam ingevuld?	0	0
2. Is het zuigelingnummer ingevuld?	0	0
3. Is de naam ingevuld?	0	0
4. Is de geboortedatum ingevuld?	0	0

XV. Aandachtspunten

+ 5. Zijn er bevindingen/adviezen vermeld?	0	0
* 6. Is de datum genoteerd?	0	0
* 7. Is de leeftijd genoteerd?	0	0
* 8. Is aangegeven of de bevindingen/adviezen bij een huisbezoek of op het CB zijn geconstateerd, resp. aangegeven?	0	0
9. Is aangekruist welke soort voeding het kind kreeg op de 10 ^e dag?	0	0
10. Is aangekruist welke soort voeding het kind kreeg op de leeftijd van 3 mnd.?	0	0

Zijn er aantekeningen gemaakt over:	nee	ja
+11. algemene indruk	0	0
+12. vragen en opmerkingen ouder/verzorger	0	0
+13. lichaamsverzorging, hygiëne	0	0
+14. voeding - spijsvertering	0	0
+15. medicijngebruik	0	0
+16. omvang - gedrag - gewoonten	0	0
+17. speelgoed - bed - box - e.d.	0	0
+18. veiligheid, ontwikkeling	0	0
+19. dagverblijf	0	0
+20. andere, nl.	0	0
Is er een nadere beschrijving gegeven over:		
*21. beroep (zie II.9 en II.10): werkloosheid, arbeids- ongeschiktheid	0	0
*22. vroegere ziekten (zie II.15)	0	0
*23. ziekten in de familie (zie II.21 t/m II.32)	0	0
*24. eerste levenssuren (zie VII 17b)	0	0
*25. eerste levensdagen (zie VII 18b)	0	0
*26. temp. verloop (zie VII 19b)	0	0
*27. ademhaling (zie VII 20b)	0	0
*28. drinken (zie VII 21b)	0	0
*29. de soort flesvoeding (zie VII 22b)	0	0
*30. de reden dat er geen Kinkhoest-vaccinatie is gegeven (zie X 12b)	0	0

H.GROEI KLEUTER

XVI	1. Is de roepnaam ingevuld?	nee 0	ja 0
	2. Is de geboortedatum ingevuld?	0	0
	3. Is het kleuternummer ingevuld?	0	0
	4. Hoeveel rijen zijn ingevuld?	

Is het staatje ingevuld w.b.:

onderzoek	1	2	3	4	5	6	7	8
4. datum: dag	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0
5. datum: maand	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
6. datum: jaar	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
7. leeftijd: -jaar	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
8. leeftijd: -mnd.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
9. lengte, cm, 1 dec.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
10. gew., kg., 2 dec.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

11. Zijn er bijzonderheden vermeld (naast het staatje)?	nee 0	ja 0
12. Zijn de meetpunten van gewicht ingetekend?	0	0
13. Zijn de meetpunten van de lengte ingetekend?	0	0

I KLEUTERBLAD

1. Is de roepnaam ingevuld?	0	0
2. Is de geboortedatum ingevuld?	0	0
3. Is het kleuternummer ingevuld?	0	0
Hoeveel maal is het kind op het kleuterCB onderzocht?maal	

XVII

4. Is de naam van het kind ingevuld?	0	0
5. Is de geboortedatum ingevuld?	0	0

Zijn de volgende gegevens ingevuld (bij de verschillende onderzoeken):

onderzoek	1	2	3	4	5	6
6. naam arts	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0
7. datum onderzoek	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
8. leeftijd (in jr/md) (controleer bij blok I 'Personalia')	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

Groei en ontwikkeling

Zijn de volgende vakjes opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
9a groeicurven	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
10a psycho.mot. ontw	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Zijn bij de volgende vakjes bijzonderheden genoteerd:

	1	2	3	4	5	6
*9b groeicurven	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0
*10b psycho.mot.ontw.	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

Anamnese

Zijn de volgende vakjes opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
11a ziekten	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
12a ongevallen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
13a consult ha/spec	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
14a opname	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
15a bezoek tandarts	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
functie ontwikkel.						
16a -slapen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
17a -eten	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
18a -zindelijkh.	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
19a -spel	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
20a -gedrag	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
21a -soc. gedrag	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
+22a bijzonderheden	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Zijn bij de volgende vakjes bijzonderheden genoteerd:

onderzoek	1		2		3		4		5		6	
	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja	nee	ja
*11b ziekten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*12b ongevallen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*13b consult ha/spec	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*14b opname	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*15b bezoek tandarts	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
functie ontwikkel.												
*16b -slapen	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*17b -eten	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*18b -zind.heid	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*19b -spel	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*20b -gedrag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*21b -soc. gedrag	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
*22b bijzonderheden	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

Onderzoek

Zijn de volgende vakjes opengelaten, aangestreept of zwart gemaakt:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
23a algemene indruk	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
24a voedingstoestand	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
25a lichaamshouding	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
26a huid	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
27a lymfeklieren	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
28a hoofd: fontanel	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
29a ogen:-reflexbeeldjes	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
30a -afdekproef	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
31a -volgbewegingen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
32a -visus	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
33a -trommelvlies	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
34a mond: -tonsillen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
35a -gebit	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
36a hals	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
37a borst: -vorm	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
38a -hart	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
39a -longen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
40a buik: -lever	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
41a -milt	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
42a -nieren	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
43a -navel	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
44a -art.femoraales	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
genitalia ext:						
45a - mnl: plaats test.	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
46a - vrl.:	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

onderzoek	1	2	3	4	5	6
47a heupen: -abductie	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
48a -beenlengte	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
49a -kniehoogte	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
50a -bilplooiën	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
51a ledematen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
52a wervelkolom	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
53a neurologisch onderzoek: - reflexen	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
54a - tonus	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0
+55a overige bijzonderheden	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0	0 0 0

Zijn bij de volgende volgens vakjes bijzonderheden genoteerd:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
*23b algemene indruk	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0
*24b voedingstoestand	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*25b lichaamshouding	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*26b huid	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*27b lymfeklieren	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*28b hoofd: fontanel	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*29b ogen: -reflexbeeldjes	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*30b -afdekproef	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*31b -volgbewegingen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*32b -visus	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*33b oren: -trommelvlies	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*34b -tonsillen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*35b -gebit	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

onderzoek	1	2	3	4	5	6
	nee ja	nee ja	nee ja	nee ja	nee ja	nee ja
	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*36b hals	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*37b borst: -vorm	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*38b -hart	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*39b -longen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*40b buik: -lever	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*41b -milt	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*42b -nieren	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*43b -navel	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*44b -art.femorales	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
genitalia ext:						
*45b - mnl: plaats testikels	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*46b - vrl.:	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*47b heupen: -abductie	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*48b -beenlengte	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*49b -kniehoogte	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*50b -bilplooiën	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*51b ledematen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*52b wervelkolom	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*53b neurologisch onder- zoek: - reflexen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*54b - tonus	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*55b overige bijzonder- heden	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

Conlusie

Zijn er aantekeningen gemaakt bij:

onderzoek	1	2	3	4	5	6
57 conclusie	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0	nee ja 0 0
+58 adviezen	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
+59 verwijzing naar	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
*60 reden	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0
+61 antwoord terug (achterin de flap)	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0	0 0

J. PSYCHO-MOTORISCHE ONTWIKKELING 18-54 MND

ook ± wordt als 'ja' gescoord en het wordt bij het betreffende item genoteerd; bijvoorbeeld 0 0 ±

		nee	ja
XVIII	1. Is de roepnaam ingevuld?	0	0
	2. Is het kleuternummer ingevuld?	0	0
	3. Is de naam ingevuld?	0	0
	4. Is de geboortedatum ingevuld?	0	0
	5. Zijn de volgende items behorend bij de leeftijd, èn daarvoor, ingevuld:		
18 mnd.	Is de leeftijd ingevuld?	0	0
	38. stapelt 2 blokjes	0	0
	39. gaat op onderzoek uit	0	0
	40. zegt 3 'woorden'	0	0
	41. wijzen/pakken van 2 genoemde voorwerpen	0	0
	42. loopt los	0	0
	43. gooit bal zonder om te vallen	0	0

		nee	ja
		0 5	0
2 jr.	Is de leeftijd ingevuld?		
	44. stapelt 3 blokjes	0	0
	45. doet anderen na	0	0
	46. drinkt zelf uit beker	0	0
	47. zegt 'zinnen' van 2 woorden	0	0
	48. doet op verzoek bal in doos	0	0
	49. raapt vanuit hurkzit iets op	0	0
	50. loopt goed los	0	0
2 jr. + 6 mnd.	Is de leeftijd ingevuld?	0	0
	51. stapelt 6 blokjes	0	0
	52. plaatst ronde vorm in stoof	0	0
	53. trekt kledingstuk uit	0	0
	54. eet zelf met lepel	0	0
	55. noemt zichzelf bij eigen naam of 'ik'	0	0
	56. wijst 5 voorwerpen aan in boek	0	0
	57. schopt bal weg	0	0
3 jr.	Is de leeftijd ingevuld?	0	0
	58. bouwt trein met schoorsteen na	0	0
	59. tekent verticale lijn na	0	0
	60. plaatst 3 vormen in stoof	0	0
	61. zegt 'zinnen' van 3 of meer woorden	0	0
	62. wijst 4 lichaamsdelen aan	0	0
	63. fietst op driewieler	0	0

		nee	ja
		0	0
3jr. + 9 mnd.	Is de leeftijd ingevuld?	0	0
	64. bouwt brug na	0	0
	65. houdt potlood met vingers vast	0	0
	66. plaatst 4 vormen in stoof	0	0
	67. trekt eigen kledingstuk aan	0	0
	68. praat tijdens het spel	0	0
	69. vraagt 'waarom'	0	0
	70. springt met beide voeten tegelijk	0	0
4 jr + 6 mnd.	Is de leeftijd ingevuld?	0	0
	71. tekent kruis na	0	0
	72. wast, droogt handen	0	0
	73. is goed verstaanbaar voor anderen	0	0
	74. vertelt wat thuis of elders gebeurd is	0	0
	75. legt op verzoek blokje op/onder/voor/achter/ naast stoel	0	0
	76. kan minstens 5 tellen op één voet staan	0	0
	77. Zijn er bij de conclusie aantekeningen gemaakt?	0	0
	+78a. Zijn er opmerkingen gemaakt?	0	0
	* b. Op hoeveel items hebben deze betrekking?	

Kleuterblad

antwoorden als goed, gb. e.d. worden als 'nee' gescoord!

1. Is de naam van het kind ingevuld?	0	0
2. Is de geboortedatum ingevuld?	0	0

XIX Samenvatting kleutertijd

3. Is de naam van de arts ingevuld?	0	0
4. Is de datum ingevuld?	0	0

Groei en ontwikkeling	nee	ja
-----------------------	-----	----

Zijn er samenvattende beschrijvingen gegeven van:

5. groeicurven: a. gewicht (naar lengte)	0	0
b. lengte (naar leeftijd)	0	0
6. psycho-motorische ontwikkeling:		
a. grove motoriek	0	0
b. fijne motoriek	0	0
c. taal/spraakontwikkeling	0	0
d. sociale ontwikkeling	0	0
7. Is aangekruist of het kind rechtshandig of linkshandig is?	0	0

Anamnese

Zijn er samenvattende beschrijvingen gegeven van:

8. ziekten	0	0
9. ongevallen	0	0
10. opnamen	0	0
11. vaccinatietoestand	0	0
12. functieontwikkeling	0	0
13. peuterspeelzaal/dagverblijf	0	0
14. kleuterschool per (ingående datum)	0	0
15. conclusie episodeblad	0	0
+16. bijzonderheden	0	0

Onderzoek

Is er een beschrijving gegeven van:

17. voedingstoestand	0	0
18. huid	0	0

	nee	ja
19. lymfeklieren	0	0
20. hoofd	0	0
21. - visus	0	0
22. - oogstand	0	0
23. - gehoor	0	0
24. - KNO	0	0
25. hals	0	0
26. borst	0	0
27. buik	0	0
28. genitalia ext.	0	0
29. -mnl. plaats testikels	0	0
30. -vrl.	0	0
31. heupen	0	0
32. ledematen	0	0
33. wervelkolom	0	0
34. neurologisch onderzoek:	0	0
35. -reflexen	0	0
36. -tonus	0	0
+37. overige bijzonderheden	0	0

Conclusies en risicofactoren

38. Is er een beoordeling gegeven van de gezondheids- toestand van het kind?	0	0
39. Is er een beoordeling gegeven van het ontwikkelings- profiel van het kind?	0	0
+40. Zijn verdwenen en ontstane risicofactoren beschreven?	0	0

K. EPISODEBLAD KLEUTER

	nee	ja
1. Is de roepnaam ingevuld?	0	0
2. Is het kleuternummer ingevuld?	0	0
3. Is de naam ingevuld?	0	0
4. Is de geboortedatum ingevuld?	0	0
XX Aandachtspunten		
+5. Zijn er bevindingen/adviezen vermeld?	0	0
*6. Is de datum genoteerd?	0	0
*7. Is de leeftijd genoteerd?	0	0
*8. Is aangegeven of de bevindingen/adviezen bij een huisbezoek of op het CB zijn geconstateerd resp. gegeven?	0	0
Zijn er aantekeningen gemaakt over:		
+9. algemene indruk	0	0
+10. vragen en opmerkingen ouder/verzorger	0	0
+11. omgang- gedrag- gewoonten	0	0
+12. veiligheid	0	0
+13. medicijngebruik	0	0
+14. voeding	0	0
+15. slapen	0	0
+16. zindelijkheid	0	0
+17. spelen	0	0
+18. ontwikkeling	0	0
+19. dagverblijf	0	0
+20. peuterspeelzaal	0	0
+21. andere, nl.	0	0



nederlands instituut
voor onderzoek van de
eerstelijnsgezondheidszorg

de zorg voor zuigelingen en kleuters

fase II

korte vragenlijst
artsen

casenr.:

--	--	--

de zorg voor zuigelingen en kleuters

fase II

korte vragenlijst
wijkverpleegkundigen

casenr.:

--	--	--

BIJLAGE 4

AANVULLENDE GEGEVENS

Algemeen

-
1. Datum onderzoek:
 2. Artsnummer:
 3. Wijkverpleegkundigenummer:
 4. Casenummers: t/m
 5. Aantal kinderen:
 6. Aantal camera's:
 7. Begintijd: eindtijd:
 8. Urbanisatiegraad:
-

9. Nabespreking:
0 nee
0 ja
-

10. Type bureau:
0 zuigelingen
0 kleuters
0 gemengd
-

11. Organisatievorm van het bureau:
0 oude stijl
0 nieuwe stijl
-

12. Het bureau wordt geleid door:
0 CB-arts
0 huisarts
-

- 12a. Wijkverpleegkundige geeft consulten:
0 nee
0 ja

12b. Wijkverpleegkundige zit in:

- aparte kamer
 - dezelfde kamer als de arts
 - boxkamer
-

13. Aantal wijkverpleegkundige(n) op CB:

- een
 - twee
-

14. Geslacht arts:

- man
 - vrouw
-

15. Geslacht wijkverpleegkundige:

- man
 - vrouw
-

16. Wegen en meten:

- wijkverpleegkundige
 - andere, nl:
-

17. Bijhouden van groeicurven

- wijkverpleegkundige
 - andere, nl:
-

Aanvullende vragen voor arts en wijkverpleegkundige met betrekking tot het Dossier Jeugdgezondheidszorg

Welk deel van het JGZ-dossier wordt meestal door u ingevuld?

	A	W
1. Personalia	0	0
2. Gezinsamenstelling	0	0
3. Zuigelingjaar	0	0
4. Zwangerschap	0	0
5. Bevalling	0	0
6. Kraambed/kraamverzorging	0	0
7. Pasgeborene	0	0
8. Risicofactoren	0	0
9. Screening	0	0
10. Vaccinaties	0	0
Zuigeling		
11. Groei	0	0
12. Zuigelingblad	0	0
13. Psycho-motorische ontwikkeling	0	0
14. Samenvatting zuigelingtijd	0	0
15. Episodeblad	0	0
Kleuter		
16. Groei	0	0
17. Kleuterblad	0	0
18. Psycho-motorische ontwikkeling	0	0
19. Samenvatting kleutertijd	0	0
20. Episodeblad	0	0

21. In de meeste dossiers die we in het kader van dit onderzoek hebben bekeken worden de volgende gegevens niet ingevuld:
(noteren!)

22. Kunt u de redenen hiervoor aangeven?

Aanvullende vragen voor de artsen

-
1. Hoeveel consultatiebureauzittingen voor zuigelingen en kleuters houdt u per maand? Wat is het totaal aantal uren* dat u per maand besteedt aan deze bureaus?

	zuigelingenbureau	kleuterbureau	gemengdbureau
- aantal CB-zittingen
- totaal aantal uren per maand

2. Hoe lang doet u reeds consultatiebureauwerk?

.. jaar

3. Hoe lang werkt u nu op dit consultatiebureau?

.. jaar

4. Welke opleidingen heeft u gevolgd? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

0 artsenopleiding

0 huisartsenopleiding

0 opleiding tot jeugdarts

0 applicatiecursus voor CB-werk

0 anders, nl:

5. Heeft u bij- of nascholing gehad ten behoeve van het consultatiebureauwerk?

0 nee

0 ja, via de volgende cursus(sen):

.....

6. Hoe lang is het geleden dat u voor het laatst een bij- of nascholingscursus hebt gevolgd?

.....

- * Wilt u hier alleen het aantal uren aangeven waarop u zitting houdt op het consultatiebureau, dus exclusief voorbereidingstijd en nabespreking.

Aanvullende vragen voor de wijkverpleegkundigen

-
1. Hoeveel consultatiebureauzittingen voor zuigelingen en kleuters houdt u per maand? Wat is het totaal aantal uren* dat u per maand besteedt aan deze bureaus?

	zuigelingenbureau	kleuterbureau	gemengdbureau
- aantal CB-zittingen
- totaal aantal uren per maand

2. Hoe lang doet u reeds consultatiebureauwerk?

.. jaar

3. Hoe lang werkt u nu op dit consultatiebureau?

.. jaar

4. Welke opleidingen heeft u gevolgd? (Er zijn meerdere antwoorden mogelijk)

A en/of B-verpleegkunde

MGZ-opleiding

HBO-V-opleiding

kaderopleiding

anders, nl:

5. Heeft u bij- of nascholing gehad ten behoeve van het consultatiebureauwerk?

nee

ja, via de volgende cursus(sen):

.....

6. Hoe lang is het geleden dat u voor het laatst een bij- of nascholingscursus hebt gevolgd?

.....

- * Wilt u hier alleen het aantal uren aangeven waarop u zitting houdt op het consultatiebureau, dus exclusief voorbereidingstijd en nabespreking.

BIJLAGE 5

Tabel 1: overzicht van de 36 onderzochte consultatiebureaus

A	W	UG	AC	AA	AW	JGZ	OV
1	1 ^V	3	10	2	0	0	0
2*	1 ^V	2	11 ^Z	0	0	10	1
3	1	5	10	0	0	5	2
4	1	5	11	0	0	8 ^b	2
5*	1	2	9 ^Z	1	1	4	4
6*	1 ^V	2	7	0	0	0	5
7	1	5	13	1	0	0	0
8*	1	3	10 ^a	1	0	0	0
9	3 ^V	2	15	0	0	0	0
10	2	5	18 ^Z	0	0	17	0
11	1 ^V	5	14 ^Z	0	0	14	0
12*	1	3	8 ^Z	2 (2)	0	8	0
13*	1	2	17	1	0	1	1
14	1 ^V	4	9	4 (3)	0	0	1
15	1 ^V	3	12	3 (3)	0	0	0
16	2 ^V	5	11 ^Z	1	2	11	0
17	1	1	10 ^Z	3	0	10	0
18*	1	1	9	1	1	0	0
19	1 ^V	5	13	0	0	0	0
20*	1	3	5 ^Z	0	0	5	0
21*	1 ^V	1	19 ^Z	1	1	19	0
22	2 ^V	5	17 ^Z	2	0	17	0
23*	1	2	11	3	0	0	0
24	1	5	16 ^Z	0	0	16	0
25	1 ^V	5	15 ^Z	0	1	15	0
26*	1	5	13	0	0	0	0
27*	1 ^V	5	17 ^Z	2	1	16	0
28*	1	5	8 ^Z	1	0	8	0
29*	1	1	13	0	0	5	8
30	2	1	14 ^Z	2	1	13	0
31	1	2	14 ^Z	0	0	8	6
32*	1 ^V	5	14	1 (1)	0	0	0
33*	1	2	9 ^Z	0	0	9	0
34*	1	2	12 ^Z	0	1	12	0
35*	1	1	10	0	0	0	0
36	1 ^V	1	12	0	0	0	0
36	42		436	32 (9)	9	231	30

* = huisarts
v = verpleegkundige consulten
a = inclusief 1 zuigelingconsult
b = inclusief 2 zuigelingconsulten
z = zuigelingenbureau

A = arts
W = wijkverpleging
UG = urbanisatiegraad
AC = aantal geobserveerde consulten
AA = aantal afbellers (in verband met video-opnamen)
AW = aantal weigeraars
JGZ = JGZ-dossier
OV = overgangsversie JGZ

VERKLARING

Mei 1988

WIJK/ZORG/098/JC

Ondergetekende,,

wonende te

geeft hierbij toestemming aan de Stichting Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) voor het maken van video-opnamen van een consultatiebureau-consult van ondergetekende met zijn/haar kind bij de arts en wijkverpleegkundige d.d. ten behoeve van door de Stichting NIVEL te verrichten wetenschappelijk onderzoek.

Ondergetekende erkent dat het eigendoms- en gebruiksrecht op de videobanden aan de Stichting NIVEL toebehoort, en vrijwaart de Stichting NIVEL van eventuele aanspraken en claims van derden die verband met het maken en het gebruiken van de opnamen.

De Stichting NIVEL neemt maatregelen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy) van arts, wijkverpleegkundige en cliënt met betrekking tot de toegankelijkheid van de video-opnamen die volledig anoniem worden opgeslagen en verwerkt, met dien verstande dat de video-opnamen slechts toegankelijk zijn voor bij Stichting NIVEL in dienst zijnde medewerkers die zich schriftelijk tot geheimhouding hebben verplicht. De resultaten van onderzoek op basis van video-opnamen zullen zodanig worden gepresenteerd en gepubliceerd dat deze nimmer zijn te herleiden tot individuele artsen, wijkverpleegkundigen of cliënten.

Ondergetekende verklaart hiermee accoord te gaan.

(plaats) (datum)

(handtekening)

Ondergetekende,

als wijkverpleegkundige verbonden aan het consultatiebureau
 te

geeft hierbij toestemming aan de Stichting Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) voor het maken van video-opnamen van de consulten op de consultatiebureauezittingen d.d. ten behoeve van door de Stichting NIVEL te verrichten wetenschappelijk onderzoek.

Ondergetekende erkent dat het eigendoms- en gebruiksrecht op de videobanden aan de Stichting NIVEL toebehoort, en vrijwaart de Stichting NIVEL van eventuele aanspraken of claims van derden die verband houden met het maken en het gebruik van de opnamen.

De Stichting NIVEL neemt maatregelen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy) van wijkverpleegkundige en cliënt met betrekking tot de toegankelijkheid van de video-opnamen die volledig anoniem worden opgeslagen en verwerkt, met dien verstande dat de video-opnamen slechts toegankelijk zijn voor bij de Stichting NIVEL in dienst zijnde medewerkers die zijn schriftelijke tot geheimhouding hebben verplicht. De resultaten van onderzoek op basis van video-opnamen zullen zodanig worden gepresenteerd en gepubliceerd dat deze nimmer zijn te herleiden tot individuele wijkverpleegkundigen of cliënten.

Ondergetekende verklaart hiermee accoord te gaan.

(plaats) (datum)
(handtekening)

Ondergetekende,,

als arts verbonden aan het consultatiebureau

..... te

geeft hierbij toestemming aan de Stichting Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL) voor het maken van video-opnamen van de consulten op de consultatiebureauzitting d.d. ten behoeve van door de Stichting NIVEL te verrichten wetenschappelijk onderzoek.

Ondergetekende erkent dat het eigendoms- en gebruiksrecht op de videobanden aan de Stichting NIVEL toebehoort, en vrijwaart de Stichting NIVEL van eventuele aanspraken of claims van derden die verband houden met het maken en het gebruik van de opnamen.

De stichting NIVEL neemt maatregelen ter bescherming van de persoonlijke levenssfeer (privacy) van arts en cliënt met betrekking tot de toegankelijkheid van de video-opnamen die volledig anoniem worden opgeslagen en verwerkt, met dien verstande dat de video-opnamen slechts toegankelijk zijn voor bij de Stichting NIVEL in dienst zijnde medewerkers die zich schriftelijk tot geheimhouding hebben verplicht. De resultaten van het onderzoek op basis van video-opnamen zullen zodanig worden gepresenteerd en gepubliceerd dat deze nimmer zijn te herleiden tot individuele artsen of cliënten.

Ondergetekende verklaart hiermee accoord te gaan.

(plaats) (datum)

(handtekening)

Bijlage 7.

Aan de ouders die het
consultatiebureau
te bezoeken

september 1988

WIJK/ZORG/123/JCh/JBe

Geachte mevrouw/mijnheer,

Op a.s. zal op het consultatiebureau voor kleuters een onderzoek gedaan worden door het NIVEL (Nederlands Instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg).

Het onderzoek is gericht op de werkwijze van de arts en de wijkverpleegkundige. Het doel van het onderzoek is namelijk om na te gaan in hoeverre deze werkwijze op verschillende consultatiebureaus ongeveer gelijk is. Een aantal consultatiebureaus zijn bij wijze van steekproef uitgekozen voor het onderzoek. Eén daarvan is het consultatiebureau waar u met uw kind komt.

Het houdt in dat er op de middag van een video-opname gemaakt wordt van de consulten die dan plaatsvinden en dat de dossiers van de kinderen nagekeken worden (er wordt niets overgenomen van de inhoud van de dossiers).

Er wordt in het onderzoek niet met namen, maar met nummers gewerkt. De anonimiteit blijft dus gewaarborgd.

Ook worden de videobanden uitsluitend door medewerkers van het NIVEL gebruikt. Wat er van u verwacht wordt op is, dat u op een door ons gemaakte verklaring schriftelijke toestemming geeft voor het onderzoek. Verder verloopt alles zoveel mogelijk als een consultatiebureauconsult zoals u dat gewend bent, met dit verschil dat er in de hoek van de kamer een video staat opgesteld.

We hopen dat u door deze gegevens voldoende op de hoogte bent van het onderzoek.

Met vriendelijke groeten,
Stichting NIVEL

Jenny Chatab,
onderzoeker

BIJLAGE 8

Tabel 2: het verrichten van lichamelijk onderzoek door de CB-teams (T), artsen (A) en de wijkverpleegkundigen (W) bij alle onderzochte kinderen (N=436)

	T	A	W
Hoofd			
fontanellen	36.2	36.2	0.0
hals	43.6	43.6	0.0
ogen- stand	46.8	46.8	0.0
- beweging	27.1	27.1	0.0
- visus	10.6	6.7	3.9
neus/keelholte	31.7	31.7	0.0
mond/gebit	42.7	42.7	0.0
oren	35.8	35.8	0.0
Heupen/Ledematen			
adbuctie	50.5	50.5	0.0
beenlengte	42.0	42.4	0.0
kniehogte	17.0	17.0	0.0
bilplooien	19.0	19.0	0.0
ledematen	43.8	43.8	0.5
Romp			
borst- longen	91.3	91.3	0.0
- hart	77.1	77.1	0.0
- vorm	1.1	1.1	0.0
buik- lever	19.7	19.7	0.0
- milt	18.8	18.8	0.0
- arterie femorales	22.9	22.9	0.0
- liezen	1.8	1.8	0.0
- navel	5.0	5.0	0.2
- nieren	0.9	0.9	0.0
genitalia- M	24.3	24.3	0.0
- V	2.1	2.1	0.0

Overige

huid	21.3	21.3	0.0
wervelkolom	22.0	22.0	0.0
neurologisch onderzoek	1.0	1.0	0.0
reflexen	1.6	1.6	0.0
tonus	1.1	1.1	0.0

BIJLAGE 9

Tabel 3a: het volgen van psycho-motorische ontwikkeling bij zuigelingen (in procenten)

	T	A	W	M	O
4 wk= 1 ogen fixeren	45.5	36.4	9.1	27.3	0.0
1 mnd 2 reageert op toespreken (M)	13.6	9.1	4.5	31.8	0.0
(N=22) 3 beweegt armen evenveel	0.0	0.0	0.0	18.2	0.0
4 beweegt benen evenveel	4.5	4.5	0.0	13.6	0.0
5 heft kin even van onderlaag	40.9	40.9	0.0	27.3	0.0
8 wk= 6 lacht terug (M)	0.0	0.0	0.0	57.1	7.1
2 mnd 7 volgt met ogen én hoofd	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0
(N=14)					
13 wk= 8 handen af en toe open	17.4	17.4	0.0	13.0	0.0
3 mnd 9 kijkt naar eigen handen (M)	0.0	0.0	0.0	65.2	0.0
(N=23) 10 maakt geluiden terug (M)	8.7	8.7	0.0	43.5	0.0
11 blijft hangen bij optillen onder oksels	69.6	69.6	0.0	0.0	0.0
12 heft in buikligging hoofd tot 45°	34.8	30.4	4.3	0.0	0.0
29 wk= 13 speelt met handen middenvoor	9.1	9.1	0.0	27.3	0.0
6 mnd 14 pakt in rugligging voorwerp	27.3	18.2	9.1	27.3	0.0
(N=11) 15 optrekken tot zit: hoofd komt mee	72.7	72.7	0.0	0.0	0.0
16 draait hoofd naar geluid	45.5	45.5	0.0	18.2	0.0
17 vertikaal zwaaien: benen gebogen of trappelen	54.5	54.5	0.0	0.0	0.0
18 kijkt rond met 90° geheven hoofd	36.4	36.4	0.0	0.0	0.0
30 wk= 19 pakt voorwerp over	50.0	50.0	0.0	11.1	0.0
9 mnd 20 houdt voorwerp vast, pakt nog een voorwerp in andere hand	77.8	77.8	0.0	38.9	0.0
(N=18) 21 speelt met beide voeten (M)	0.0	0.0	0.0	38.9	0.0
22 rolt zich om van rug naar buik (M)	0.0	0.0	0.0	77.8	5.6
23 kan hoofd goed ophouden in zit	16.7	16.7	0.0	0.0	0.0

	24 zit op billen, ook met gestrekte benen	22.2	22.2	0.0	5.6	5.6
	25 zegt 'dada, baba of gaga' (M)	0.0	0.0	0.0	83.3	5.6
52 wk=	26 blijft los zitten	23.5	17.6	5.9	17.6	0.0
12 mnd	27 pakt rpopje met duim en wijsvinger	23.5	17.6	5.9	41.2	0.0
(N=17)	28 kruipt vooruit, buik op de grond (M)	5.9	0.0	5.9	41.2	0.0
	29 trekt zich op tot staan (M)	11.8	11.8	5.9	70.6	23.5
	30 zwaait 'dag, dag' (M)	5.9	0.0	5.9	29.4	5.9
	31 brabbelt bij zijn spel (M)	5.9	0.0	5.9	23.5	0.0
65 wk=	32 doet blokje in/uit doos	13.3	6.7	6.7	0.0	0.0
15 mnd	33 speelt 'geven en nemen' (M)	6.7	6.7	0.0	6.7	0.0
(N=15)	34 kruipt, buik vrij van de grond (M)	0.0	0.0	0.0	13.3	0.0
	35 loopt langs (M)	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0
	36 begrijpt enkele woorden (M)	0.0	0.0	0.0	40.0	0.0
	37 gebruikt twee woorden met begrip (M)	0.0	0.0	0.0	53.3	0.0

T = door het CB-team

A = door de arts

W = door de wijkverpleegkundige

M = aan de moeder gevraagd

O = spontaan door ouders medegedeeld

Tabel 3b: het volgen van psycho-motorische ontwikkeling bij kleuters
(in procenten)

		T	A	W	M	O
18 mnd	38 stapelt 2 blokjes	40.0	40.0	0.0	30.0	0.0
(N=10)	39 gaat op onderzoek uit (M)	20.0	20.0	0.0	10.0	0.0
	40 zegt 3 'woorden' (M)	10.0	10.0	0.0	20.0	0.0
	41 wijzen/pakken van 2 genoemde voorwerpen	10.0	10.0	0.0	0.0	10.0
	42 loopt los	20.0	20.0	0.0	40.0	10.0
	43 gooit bal zonder om te vallen	40.0	40.0	0.0	0.0	0.0
2 jr	44 stapelt 3 blokjes	27.3	9.1	27.3	18.2	0.0
(N=11)	45 doet anderen na (M)	0.0	0.0	0.0	54.5	0.0
	46 drinkt aelf uit beker (M)	0.0	0.0	0.0	45.5	0.0
	47 zegt 'zinnen' van 2 woorden (M)	0.0	0.0	0.0	45.5	0.0
	48 doet op verzoek bal in doos	45.0	27.3	18.2	0.0	0.0
	49 raapt vanuit hurkzit iets op	9.1	9.1	0.0	0.0	0.0
	50 loopt goed los	18.2	18.2	0.0	0.0	0.0
2 jr +	51 stapelt 6 blokjes	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0
6 mnd	52 plaatst ronde vorm in stoof	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
(N=6)	53 trekt kledingstuk uit (M)	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0
	54 eet zelf met lepel (M)	0.0	0.0	0.0	33.3	0.0
	55 noemt zichzelf bij eigen naam of 'ik' (M)	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0
	56 wijst 5 voorwerpen aan in boek	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0
	57 schopt bal weg	0.0	0.0	0.0	16.7	0.0
3 jr	58 bouwt trein met schoorsteen na	18.2	0.0	18.2	0.0	0.0
(N=11)	59 tekent verticale lijn na	36.4	18.2	27.3	9.1	0.0
	60 plaatst 3 vormen in stoof	36.4	27.3	9.1	9.1	0.0
	61 zegt 'zinnen' van 3 woorden of meer (M)	9.1	9.1	0.0	27.3	0.0
	62 wijst 4 lichaamsdelen aan	36.4	18.2	18.2	0.0	0.0
	63 fietst op driewieler (M)	9.1	0.0	9.1	27.3	0.0
3 jr +	64 bouwt brug na	20.0	20.0	0.0	0.0	0.0
9 mnd	65 houdt potlood met vingers vast	20.0	20.0	0.0	0.0	0.0
(N=5)	66 plaatst 4 vormen in stoof	20.0	20.0	0.0	0.0	0.0
	67 trekt eigen kledingstuk aan (M)	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0

	68	praat tijdens eigen spel (M)	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0
	69	vraagt 'waarom' (M)	0.0	0.0	0.0	20.0	0.0
	70	springt met beide voeten tegelijk	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
4 jr +	71	tekent kruis na	40.0	40.0	0.0	0.0	0.0
6 mnd	72	wast, droogt handen (M)	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0
(N=5)	73	is goed verstaanbaar voor anderen	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	74	vertelt wat thuis of elders gebeurt is (M)	0.0	0.0	0.0	0.0	60.0
	75	legt op verzoek blokje op/onder/ voor/achter/naast stoel	0.0	0.0	0.0	0.0	20.0
	76	kan minstens 5 tellen op één voet staan	80.0	80.0	0.0	0.0	20.0

T = door het CB team

A = door de arts

W = door wijkverpleegkundige

M = aan de moeder gevraagd

G = spontaan door ouders medegedeeld

BIJLAGE 10

Tabel 4a: het totaal aantal afgelegde huisbezoeken bij zuigelingen per leeftijdsgroep

aantal huisbezoeken	leeftijd in maanden							
	1	2	3	5	6	9	12	15
1	4	-	2	1	1	2	1	2
2	2	2	9	2	-	1	5	-
3	6	-	4	2	2	5	2	-
4	3	1	2	3	2	2	1	1
5	-	-	-	1	1	2	-	-
6	-	-	-	-	1	-	-	-
missing	7	11	6	10	4	6	8	12
N	22	14	23	19	11	18	17	15
\bar{X}	2.5	2.7	2.4	3.1	3.7	3.1	2.3	2.0

Tabel 4b: het totaal aantal afgelegde huisbezoeken bij kleuters per leeftijdsgroep

aantal huisbezoeken	leeftijd in maanden					
	18	24	30	36	48	54
1	1	3	1	1	-	2
2	2	2	1	3	-	1
3	2	3	-	-	-	2
4		1	1	1	1	
5		-		1		
6		-		-		
7		-		1		
8		1		1		
9				-		
10				1		
missing	5	1	3	2	6	0
N	10	11	6	11	7	5
\bar{X}	2.2	2.8	2.3	4.5	4.0	2.0