

**De zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere**

Carolien Thomassen  
Herman Sixma  
Dinny de Bakker

Juli 1989

Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg  
(NIVEL) - Postbus 1568 - 3500 BN UTRECHT - tel. nr. 030 - 31 99 46

CIP-GEGEVENS KONINKLIJKE BIBLIOTHEEK, DEN HAAG

Thomassen, Carolien

De zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere / Carolien  
Thomassen, Herman Sixma, Dinny de Bakker. - Utrecht :  
Nederlands Instituut voor Onderzoek van de  
Eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL)

Met lit. opg.

ISBN 90-6905-097-8

SISO 614.23 UDC (614.2-053.3/.4+649.1)(492\*1300)

Trefw.: zuigelingenverzorging ; Almere / kleuter verzorging ;  
Almere.

Tekstverwerking : Simone Kerkhove

Vormgeving : Mieke Cornelius

## 1. INLEIDING

### 1.1. Algemeen

Almere is een jonge gemeente. Jong, omdat nog maar 13 jaar geleden de eerste woning in Almere-Haven werd opgeleverd, maar ook wat de bevolkingssamenstelling betreft. De gemiddelde leeftijd ligt in Almere ruim onder het landelijk gemiddelde; jonge gezinnen met kleine kinderen bepalen meer dan in een doorsnee gemeente het beeld.

Almere is bovendien één van Nederland's snelst groeiende gemeenten. Tussen 1976 en 1989 steeg het aantal inwoners van 0 naar circa 60.000. Indien het huidige groeitempo van jaarlijks ongeveer 6.000 personen in het komend decennium wordt gecontinueerd, betekent dit dat in het midden van de 90-er jaren de 100.000e inwoner mag worden verwelkomd. Een groei die niet alleen aan een hoog vestigingsoverschot is toe te schrijven, maar ook aan een hoog geboortecijfer. Met een geboortecijfer van 21,6 per 1.000 inwoners hoorde Almere in 1986 tot de vruchtbaarste gemeenten in Nederland (het geboortecijfer voor heel Nederland bedraagt 12,7).

Niet alléén de stad Almere en veel gezinnen bevinden zich in een opbouwfase. Dit geldt zeker ook voor de gezondheidszorg, waarbij de mogelijkheden die een nieuwe gemeente biedt dankbaar zijn aangegrepen. Met steun van de centrale overheid wordt in Almere een stelsel van gezondheidszorgvoorzieningen opgebouwd rond een aantal kernbegrippen. Deze begrippen zijn: een versterkte eerstelijnszorg, functionele en bestuurlijke samenhang en bewonersparticipatie. In Almere werken huisartsen, wijkverpleegkundigen, maatschappelijk werkers, verloskundigen, fysiotherapeuten, tandartsen en assistenten samen vanuit buurtgerichte gezondheidscentra. Bij het uitkomen van dit rapport zijn er 12 van dergelijke centra in gebruik; naarmate de bevolking groeit, zal ook het aantal gezondheidscentra verder toenemen. Behalve samenwerking, zouden - vanuit de visie dat zorg zo dicht mogelijk naar de mensen toegebracht moet worden - de gezondheidscentra iets extra's moeten bieden. Zorgaspecten, die in de loop der jaren zijn verschoven naar hogere echelons en die zonder kwaliteitsverlies kunnen worden teruggebracht, zouden in Almere weer in de eerstelijns plaats moeten vinden. Basisgezondheidszorg en tweedelijnsvoorzieningen hebben in deze visie vooral ondersteunende en aanvullende taken; professionele zorg is ondersteunend en aanvullend ten opzichte van zelf- en mantelzorg.

In principe geldt voor alle werkenden in de eerstelijnszorg een loondienstverband bij de Stichting Eerstelijns Voorzieningen Almere (EVA). Behalve als werkgever fungeert deze stichting als beheerder van de bestaande gezondheidscentra en als opdrachtgever van de nog te bouwen centra. Ook voor de werkers in de tweedelijns zal loondienst regel zijn. Voor wat betreft de tweedelijnsvoorzieningen beschikt Almere op dit moment over een buitenpolikliniek van het Amsterdamse Burgerziekenhuis in één van de drie stadsdelen: Almere-Stad. Dit is het Medisch Centrum Almere (MCA). In Almere-Haven houden enige specialisten van het Gooi-Noord ziekenhuis een beperkt aantal spreekuren. Een eigen Almeers ziekenhuis is in aanbouw. De verwachting is dat dit centrumziekenhuis met 180 bedden begin 1991 de deuren opent. Bewoners worden in Almere zowel betrokken bij de opbouw, als het functioneren van voorzieningen. Op het bestuurlijk niveau betekent dit de mogelijkheid tot deelname aan patiëntenraden en centrumcommissies. Daarnaast wordt geprobeerd de bewoners actief te betrekken bij zelfzorg- en mantelzorgprojecten. Gezamenlijke belangenbehartiging vindt plaats via de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen (SIOP).

Rondom het 'experiment Almere' wordt evaluatie-onderzoek uitgevoerd door het Nationaal Ziekenhuis Instituut (NZI) en het Nederlands instituut voor onderzoek van de eerstelijnsgezondheidszorg (NIVEL). Het NZI richt zich hierbij vooral op de bestuurlijke samenhang in het stelsel van zorgvoorzieningen en het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen. Het NIVEL houdt zich vooral bezig met onderzoek rondom de inhoudelijke samenhang en het functioneren van eerstelijnsvoorzieningen. Deelrapporten die tot nu toe in het kader van het evaluatie-onderzoek zijn gepubliceerd, hebben betrekking op de uitgangssituatie in Almere (Sixma en Van de Voort, 1985), het oordeel van de Almeerse bevolking over de gezondheidszorg (Sixma, 1986), de bestuurlijke kaders waarmee Almere te maken heeft (Dekker, 1986), het aantal contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen (Sixma, 1986) en de EHBO-voorziening in en rondom Almere (Sixma, 1987). Cijfers over het gebruik van tweedelijnsvoorzieningen zijn door het NZI gepubliceerd in eigen rapporten (NZI, 1987; NZI, 1988). Het onderzoek van beide instituten vindt plaats onder begeleiding van een commissie, waarin zowel de lokale als de rijksoverheid zitting hebben, maar ook vertegenwoordigers uit de verschillende zorgsectoren, financiers en onafhankelijke deskundigen. Opdrachtgever voor het onderzoek is de Stuurgroep Project Gezondheidszorg Almere.



## 1.2. Doelstelling van het onderzoek

Bij het onderzoek zoals dit tot nu toe in het kader van de evaluatie van het Project Gezondheidszorg Almere is verricht, heeft met name de huisarts centraal gestaan. Dit is gedaan vanuit de gedachte dat ook in de Almeerse gezondheidscentra de huisarts een centrale positie inneemt en veelal de schakel vormt naar de niet vrij toegankelijke tweedelijnsvoorzieningen. Bovendien zal gelden dat voor de doorsnee inwoner van Almere de huisarts de persoon is waarmee men het meest te maken heeft.

In het onderzoek, waarvan in dit rapport verslag wordt gedaan, deelt de huisarts deze centrale positie met de wijkverpleegkundige. Wijkverpleegkundigen vormen, na de huisarts en de tandarts, de groep waarop het meest een beroep wordt gedaan. Het zijn met name de leeftijdsgroepen '0-4 jaar' en '60 jaar en ouder' die wijkverpleegkundige zorg nodig hebben. In de tweede plaats speelt de wijkverpleegkundige een belangrijke rol bij het realiseren van de, via het Project Gezondheidszorg Almere (PGA) gewenste, verschuivingen op het terrein van de zorgverlening. Men kan hierbij in het bijzonder denken aan de relatie met zelf- en mantelzorg en de gezinsverzorging, terwijl ook op het terrein van de nazorg aan ziekenhuispatiënten de positie van de wijkverpleegkundige in beweging is. Een derde reden om te kijken naar het werken van wijkverpleegkundigen in Almere is van methodische aard. Uitgangspunt bij de deelprojecten die in het kader van de evaluatie van het PGA worden uitgevoerd is, dat zij zoveel mogelijk resultaten moeten opleveren op grond waarvan de situatie in Almere kan worden vergeleken met de situatie elders in Nederland. Op deze wijze kan inzicht worden verkregen in de 'meerwaarde' van het voor Almere gekozen zorgmodel. Aan dit laatste genoemde criterium voldoet het onderzoek naar de consultatiebureaufunctie in Almere. Qua opzet en uitvoering sluit het deelonderzoek 'Consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters in Almere' aan bij een onderzoek naar de georganiseerde jeugdgezondheidszorg in Nederland (Vorst-Thijssen, 1987). In dit onderzoek worden voor- en nadelen van een aantal in Nederland gehanteerde consultatiebureauvarianten naast elkaar gezet, waarbij naar het consultatiebureau wordt gekeken door zowel de bril van de hulpverlener als van de gebruiker. Het onderzoek in Almere levert als het ware een extra variant op. Tenslotte heeft het onderzoek in Almere ook een actie-component. De onderzoeksresultaten moeten, indien daarvoor aanleiding bestaat, mogelijkheden bieden om de zorg in Almere (nog) beter af te stemmen op de ideeën van planners en gebruikers.

Vatten we bovenstaande punten in enkele zinnen samen, dan komen we tot de volgende tweeledige doelstelling die aan het onderzoek 'Consultatiebureaus in Almere' ten grondslag ligt:

- een antwoord geven op de vraag in hoeverre het Almeerse zorgmodel een meerwaarde oplevert voor wat betreft het functioneren van het consultatiebureau;
- het verkrijgen van inzicht in de werkzaamheden, die door huisartsen en wijkverpleegkundigen in het kader van het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters worden verricht, alsmede in de knelpunten die hierbij optreden;

Deze centrale doelstelling zal in de volgende hoofdstukken nader worden uitgewerkt.

### **1.3. Indeling van het rapport**

Bij het rapport is gekozen voor de volgende indeling. In hoofdstuk twee zal eerst kort worden ingegaan op de plaats en functie van het consultatiebureau in de Nederlandse gezondheidszorg; daarna komt de organisatie in Almere aan de orde. In hoofdstuk drie zullen, vanuit de doelstellingen van het PGA, specifieke onderzoeksvragen worden afgeleid rond een drietal thema's. Deze thema's zijn: samenhang, kwaliteit en zorg naar behoefte.

Deze drie hoofdthema's zullen in de hoofdstukken vijf en zes nader worden uitgewerkt. In hoofdstuk vijf wordt verslag gedaan van een enquête onder hulpverleners in Almere. De thema's samenhang en kwaliteit komen hierin aan de orde. 'Zorg naar behoefte' wordt nader uitgewerkt in hoofdstuk zes, waarin over een enquête onder consumenten (ouders van kinderen in de leeftijd van 0 tot 4 jaar) wordt gerapporteerd. Voordat de eerste resultaten worden gepresenteerd, geeft hoofdstuk vier een verantwoording van de methode van onderzoek en de dataverzameling. In het slothoofdstuk van het rapport zullen de belangrijkste resultaten nogmaals de revue passeren en worden bekeken in het licht van de doelstellingen.

Tot slot zal in de bijlage gedetailleerd worden ingegaan op enkele aspecten van praktijkvoering en organisatie van de Almeerse CB's die niet in de hypothesen zijn terug te vinden.

Tevens zijn in de bijlagen de vragenlijsten opgenomen die bij het onderzoek zijn gebruikt.

## **2. CONSULTATIEBUREAUS IN ALMERE EN NEDERLAND**

### **2.1. Inleiding**

Om uitspraken te kunnen doen over de meerwaarde van het functioneren van de Almeerse consultatiebureaus, is een analyse van vorm en doelstellingen van consultatiebureaus in den lande in vergelijking tot de consultatiebureaus in Almere noodzakelijk. De beschrijving van vorm en doelstellingen van de consultatiebureaus in Nederland is grotendeels gebaseerd op het rapport van Vorst-Thijssen (1987). De beschrijving van het functioneren van de Almeerse consultatiebureaus is gebaseerd op documenten en enkele oriënterende interviews. Een meerwaarde van de Almeerse consultatiebureaus wordt met name verwacht op die punten waarop door het Project Gezondheidszorg Almere doelstellingen zijn geformuleerd: een beter samenhangende zorg van goede kwaliteit, afgestemd op de behoefte van de bevolking. Per doelstelling worden in een model de aangewende middelen gespecificeerd, alsmede de effecten die als gevolg van de aanwending van die middelen kunnen worden verwacht.

### **2.2. Consultatiebureau in Nederland**

#### **2.2.1. Inleiding**

Voor medische zorg kan men met zuigelingen en kleuters (van 0 tot 4 jaar) in Nederland bij verschillende sectoren van de gezondheidszorg terecht, waaronder bij speciale consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters. Zonder verwijzing spelen met name de huisarts en wijkverpleging een belangrijk rol; na verwijzing is natuurlijk ook de tweedelijnszorg voor deze categorie patiënten toegankelijk.

Op consultatiebureaus wordt voornamelijk preventieve zorg verleend. De consultatiebureaus vallen onder de basisgezondheidszorg, waarvan de belangrijkste kenmerken zijn (Schets van de eerstelijnsgezondheidszorg 1980):

- overwegend signalerend, preventief en positief bewakend karakter;
- groepsgewijze benadering van een (sub)populatie;
- programmering van de zorg op grond van epidemiologische analyse;
- de totale populatie of een gehele risicogroep daaruit is doelgroep.

De preventieve zorg, die op het consultatiebureau wordt verleend, is

van groot belang voor het bevorderen en het veilig stellen van de gezondheid, de groei en de ontwikkeling van jeugdigen.

Uitgaand van de kenmerken van de basisgezondheidszorg, richten de consultatiebureaus zich op alle kinderen van 0 tot 4 jaar.

De preventieve zorg is op het consultatiebureau (CB) geoperationaliseerd in de volgende taken (Nederlandse Vereniging voor Jeugdgezondheidszorg 1985):

1. Volgen van groei en ontwikkeling op somatisch, psychisch en sociaal niveau.
2. Signaleren van afwijkingen; beoordelen van de gezondheidstoestand in lichamelijk, intellectueel en emotioneel opzicht.
3. Vaccineren.
4. Begeleiden en hulpverleners aan ouders.
5. Registratie van verkregen gegevens en conclusies in het daarvoor bestemde gezondheidszorgdossier.
6. Voor- en nabespreking met teamgenoten over bevindingen bij jeugdigen.
7. Overige werkzaamheden samenhangend met onderzoek, vaccinatie en screening.

### **2.2.2. Vorm van de consultatiebureaus**

Een gangbaar onderscheid bij het consultatiebureau is het onderscheid tussen zuigelingenbureaus voor kinderen van 0 tot 1 jaar en peuter/kleuterbureau voor kinderen van 1 tot 4 jaar. Het zuigelingenbureau wordt door een kind gemiddeld tien keer per jaar bezocht. Het peuterbureau wordt minder frequent bezocht. Op de leeftijd tussen 1 en 2 jaar wordt een kind tweemaal gezien, daarna gemiddeld nog maar één keer per jaar. Na de 4e verjaardag van het kind wordt het dossier, zoals dit in de loop van het consultatiebureau is aangelegd, overgedragen aan de Districts Gezondheids Dienst (DGD). Bij de uitvoering van het consultatiebureau zijn een arts en een wijkverpleegkundige betrokken.

De consultatiebureaus kunnen met betrekking tot zowel de hulpverleners als doelpopulatie variëren. Bij de hulpverleners kan de arts een huisarts, een consultatiebureau-arts, een kinderarts of een jeugdarts zijn. De verpleegkundige kan een wijkverpleegkundige of een jeugdverpleegkundige zijn. Bij de doelpopulaties kunnen consultatiebureaus worden gehouden voor kinderen uit de eigen praktijk van de huisarts of voor kinderen die niet uit de eigen praktijk komen. De leeftijdsgrenzen voor de kinderen die van de verschillende bureaus gebruik maken, liggen niet exact vast. Meestal wordt het kind na de eerste verjaardag of na 14 maanden bewonderd van zuigeling tot peu-

ter/kleuter; sommige bureaus hanteren leeftijdsgrenzen die liggen tussen de tien en veertien maanden.

Een ander onderscheid betreft consultatiebureaus oude stijl en consultatiebureaus nieuwe stijl. Op bureaus oude stijl worden ouders en kinderen gelijktijdig door een arts en een wijkverpleegkundige gezien; gelijktijdig of na elkaar. Op bureaus nieuwe stijl hebben ouders met de arts en de wijkverpleegkundige aparte contacten. Deze contacten met arts en wijkverpleegkundige kunnen plaatsvinden op hetzelfde consult, waarbij arts en wijkverpleegkundige achter elkaar worden gezien, of op een apart tijdstip. Dit houdt in dat de ouders niet bij ieder CB-bezoek de arts zien, maar meestal wel de wijkverpleegkundige.

Hoe vaak de verpleegkundige zelfstandig consulten verricht en welke taken dan worden uitgevoerd, verschilt per bureau. Tijdens deze consulten moet de arts wel beschikbaar zijn en zondig direkt geraadpleegd kunnen worden. Er bestaan geen duidelijke richtlijnen welke van de consultatiebureautaken door welke persoon uitgevoerd dienen te worden. Ook wordt er geen onderscheid gemaakt tussen taken voor zuigelingenbureaus en taken voor kleuterbureaus.

Behalve het bureau nieuwe stijl is nog een andere vorm van consultatiebureau geïntroduceerd, namelijk het groepsbureau. Op een groepsbureau worden vier tot acht ouders of ouderparen gelijktijdig opgeroepen en met hen worden in de groep persoonlijke ervaringen en problemen die zij met hun kinderen ondervinden, besproken. Het groepsbureau fungeert meestal als aanvulling op de 'reguliere' vormen van consultatiebureaus.

### **2.2.3. Organisatorisch kader**

De bestuurlijke organisatie van de consultatiebureaus berust bij lokale kruisverenigingen. Deze gaan betrekkelijk zelfstandig te werk. Er zijn geen eenduidige normen voor uitvoering en controle. Artsen, die consultatiebureau doen, zijn in dienst van de kruisvereniging; ofwel via een vast dienstverband ofwel op contractbasis. Verpleegkundigen, die consultatiebureau doen, hebben altijd een vast dienstverband bij de kruisvereniging.

De artsen en verpleegkundigen op de bureaus worden ondersteund door provinciale artsen jeugdgezondheid en op regionaal niveau door districtsartsen en districtsverpleegkundigen. Deze laatsten hebben geen formele zeggenschap over de gang van zaken op de bureaus. Hun taken bestaan uit bewaken van de kwaliteit van de zorg, verzorgen van scholing en bijscholing, introduceren en instrueren van nieuwe werkvormen, samenstellen van beleidsvoorbereidende adviezen en verrichten

en begeleiden van epidemiologisch gericht onderzoek.

Naast contacten met deze provinciale en regionale instellingen worden vanuit het consultatiebureau, indien nodig, contacten onderhouden met voorzieningen uit de eerste- en tweedelijnszorg in de vorm van overleg, consultatie of verwijzingen. Verwijzingen dienen vanuit het consultatiebureau altijd via de huisarts van het desbetreffende kind plaats te vinden.

Met al deze gezondheidszorginstellingen en andere instanties kan door de bureaumedewerkers contact worden opgenomen voor overleg en consultatie. Dit soort overleg kan buiten de huisarts om plaatsvinden.

## **2.3. Consultatiebureaus in Almere**

### **2.3.1. Inleiding**

In principe vallen de consultatiebureaus in Almere binnen het organisatorisch kader van het kruiswerk in Flevoland. Vanaf 1967 is het kruiswerk in de Flevopolder zelfstandig. Ondersteuning van het werk geschiedde aanvankelijk vanuit de Kruisvereniging West-Overijssel in Zwolle. In 1980 werd de kruisvereniging Flevoland een zelfstandige regionale hoofdeenheid, waarvan één van de kenmerkende bijzonderheden was dat uitvoering en organisatie in één instelling werden ondergebracht. Het werkgebied omvatte de zuidelijke en oostelijke IJsselmeerpolders met daarin de woonkernen Almere, Dronten, Lelystad en Zeewolde.

In 1986 zijn de werkorganisatie en de belangenbehartiging van de leden gescheiden in twee organisaties: de Stichting Kruiswerk Provincie Flevoland (de SKPF) en de Kruisvereniging Flevoland (KVF). Ook kwam in 1986 het hoofdlijnenplan van de stafafdeling Ondersteuning en Ontwikkeling van Zorg (O & OZ) tot stand.

De stafafdeling O & OZ bestaat uit de Vakgroep Verpleegkunde, de Vakgroep Voedingsvoorziening en Dieetadvisering, de Vakgroep Jeugdgezondheidszorg en een bibliotheek en documentatiecentrum.

Gezamenlijk vervullen zij vier functies;

- ontwikkelen van zorg;
- in stand houden van zorg;
- onderzoek;
- documentatie- en informatievoorziening.

Per 1 januari 1987 is in Almere de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (de EVA) opgericht en voor het kruiswerkdeel door de Minister voorlopig erkent als kruisorganisatie. Via de EVA zijn alle eerste-

lijnshulpverleners (en basisgezondheidswerkers), opererend vanuit de gezondheidscentra in Almere ondergebracht in één werkorganisatie. De ondersteuning naar de wijkverpleegkundigen en de artsen zal blijven plaatsvinden vanuit de stafafdeling O & OZ van de SKPF. De nascholing/bijscholing voor consultatiebureau medewerkers in Almere wordt vanuit O & OZ geregeld.

### **2.3.2. Kenmerken van de Almeerse consultatiebureaus**

Zoals al eerder in dit verslag is opgemerkt, is de gezondheidszorg in Almere op unieke wijze georganiseerd. De gehele eerstelijnszorg is opgezet vanuit de gezondheidscentra met een wijkgerichte aanpak. De consultatiebureaus in Almere maken deel uit van deze gezondheidscentra. De consultatiebureaus voor zuigelingen zijn in de regel volgens het nieuwe stijl concept (ouders hebben met de arts en de wijkverpleegkundige aparte contacten) georganiseerd. Op de consultatiebureaus voor kleuters zien de ouders meestal arts en wijkverpleegkundige samen. Daarnaast worden in een aantal centra groepsbureaus gehouden. In tegenstelling tot de consultatiebureaus elders in het land, is op de consultatiebureaus in Almere geen sprake van variatie in teamvorm. Het consultatiebureauteam bestaat in Almere stevast uit huisarts en wijkverpleegkundige, soms bijgestaan door een consultatiebureau-assistente (ook wel weeghulp genoemd). Ouders zien op het consultatiebureau in principe dezelfde arts en wijkverpleegkundige waarmee ze ook buiten het consultatiebureau contact hebben. Wat betreft de bestuurlijke organisatie hebben de consultatiebureau medewerkers te maken met twee overkoepelende organisaties, namelijk de EVA en de Kruisvereniging Flevoland. De EVA is werkgever voor de consultatiebureau medewerkers. Zowel wijkverpleegkundigen als artsen zijn in loondienst van de EVA. De Kruisvereniging Flevoland draagt zorg voor de ondersteuning van de bij de EVA in dienst zijnde medewerkers van het consultatiebureau en verzorgt na- en bijscholingscursussen.

### 3. EVALUATIE VAN DE ALMEERSE CONSULTATIEBUREAUS

#### 3.1. Inleiding

De belangrijkste doelstelling van het onderzoek is vast te stellen in hoeverre het Almeerse zorgmodel een meerwaarde oplevert voor wat betreft het functioneren van de consultatiebureaus. Het ligt voor de hand om daarbij uit te gaan van de doelstellingen van het Project Gezondheidszorg Almere, daar het Almeerse zorgmodel vanuit deze doelstellingen is opgezet.

In het projectplan PGA II (1986) is de hoofddoelstelling van de opzet van de Almeerse gezondheidszorg aldus geformuleerd:

"Het in Almere tot stand brengen en in stand houden van een in bestuurlijk, operationeel en functioneel opzicht samenhangend geheel van voorzieningen, die aan de bevolking een op haar behoefte afgestemde gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening biedt van optimale kwaliteit en tegen acceptabele kosten. De wensen van de Almeerse bevolking zullen hierbij worden betrokken."

Een aantal van de in de doelstelling geformuleerde punten zullen in dit onderzoek buiten beschouwing blijven. De samenhang op bestuurlijk niveau zal niet worden geëvalueerd, evenmin als het kostenaspect. Overeenkomstig de taakverdeling voor de evaluatie van het PGA, zoals die in hetzelfde projectplan is opgenomen, en het oorspronkelijke onderzoeksvoorstel, zoals dit in 1986 is ingediend, richt het NIVEL zich bij het evaluatie-onderzoek met name op de functionele samenhang. Daarnaast komen de thema's 'kwaliteit' en 'afstemming op de behoefte van de bevolking' in dit rapport aan de orde.

Voor deze drie thema's - samenhang, kwaliteit en behoefte aan zorg - zal worden nagegaan in hoeverre de Almeerse consultatiebureaus beter functioneren dan consultatiebureaus in de rest van Nederland. Dit resulteert in de volgende onderzoeksvragen:

1. In hoeverre is in Almere sprake van een betere functionele en operationele samenhang in de op de consultatiebureaus geboden zorg in vergelijking met Nederland?
2. In hoeverre wordt op de consultatiebureaus in Almere zorg van een betere kwaliteit geboden in vergelijking met Nederland?



3. In hoeverre is Almere sprake van een betere afstemming van de op de consultatiebureaus geboden zorg op de behoefte van de bevolking in vergelijking met Nederland?

Deze drie vragen zullen in de volgende subparagrafen nader worden toegelicht en worden uitgewerkt. Bij elke onderzoeksvraag zullen middelen en effecten worden aangegeven en uitgewerkt in een schema. Op basis van deze schema's zullen hypothesen worden opgesteld.

### 3.2. Samenhang

Functionele samenhang wordt in het PGA projectplan gedefinieerd als:

"Duidelijke functie- en taakafbakening tussen de onderscheiden categorieën voorzieningen en personen, waarbij deze functies en taken op elkaar zijn afgestemd."

Operationele samenhang wordt omschreven als:

"Duidelijke procedures en afspraken op operationeel niveau tussen de verschillende voorzieningen en personen, teneinde een optimale zorg te verlenen."

In dit onderzoek bekijken we de functionele en operationele samenhang binnen de consultatiebureauteams, alsmede de samenhang tussen de consultatiebureaus en andere zorgvoorzieningen.

Wat betreft de functionele en operationele samenhang binnen de consultatiebureauteams, worden in de literatuur nogal wat knelpunten signaleerd. Genoemd worden: onduidelijkheid over wederzijdse taken, deskundigheid en werkwijze, verschil in vaardigheden en zelfstandigheid, onvoldoende bereidheid tot overleg, niet kunnen uitspreken van kritiek, verschil in visie ten aanzien van de taakverdeling, te weinig erkenning van de mogelijkheden van de wijkverpleegkundige, steeds wisselende teamsamenstelling en groot verloop van artsen en wijkverpleegkundigen (Frankenberg, Pijlman, Van Kreveld, 1968; De Natris Mathot, 1979; Van der Lisdonk, 1980; Herngreen, 1981; Derksen, 1981; Van Loon 1984; Nota Eerstelijnszorg, 1983-1984; Vorst-Thijssen, 1987).

Ten aanzien van de samenhang tussen verschillende soorten zorgvoorzieningen merkt men de volgende knelpunten op: het ontbreken van goede communicatielijnen, adequate informatie-uitwisseling en doelgerichte overlegprocedures, het ontbreken van gestructureerde contacten en werkafspraken, onbekendheid met elkaars werkerrein, afhankelijkheid samenwerking van persoonlijke inzet, onduidelijkheid over verantwoordelijkheden (LVG, 1988; Nota Eerstelijnszorg, 1983/1984;

Nationale Kruisvereniging, 1985; Stichting Samenwerkende Landelijke Kruisverenigingen, 1984).

In Almere wordt, zoals blijkt uit de algemene projectdoelstelling, gestreefd naar zoveel mogelijk samenhang in de zorg. Middelen om deze samenhang te bereiken, kunnen gevonden worden in de situering van de consultatiebureaus, het dienstverband van de medewerkers, afspraken over taakverdeling en samenwerking en de zorg voor continuïteit in de hulpverlening. We zullen deze middelen puntsgewijs uitwerken.

Een van de middelen om een samenhangende (eerstelijns)zorg te bereiken, kan worden gevonden in de situering van verschillende disciplines in één gebouw, het werken vanuit gezondheidscentra. Hulpverleners van de in de gezondheidscentra opgenomen disciplines zien elkaar (bijna) dagelijks; intern overleg en interne verwijzing worden door de korte afstand gestimuleerd, waardoor de voorwaarden voor het tot stand komen van een samenhangende zorg gunstig zijn (Dokter e.a., 1974). In Almere zijn de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters ondergebracht in buurtgerichte gezondheidscentra; gezondheidscentra waarin een groot aantal disciplines samenwerken. Een structuur, waarbij zowel arts als wijkverpleegkundige in loondienst zijn en een gemeenschappelijke werkgever hebben, kan op meerdere manieren de samenwerking stimuleren. Er kan gestructureerd overleg worden opgelegd van hogerhand. Arts en wijkverpleegkundige bevinden zich in een vergelijkbare werkstructuur, waardoor werkoverleg en teamwork meer tot hun recht kunnen komen. Daarnaast geldt dat de positie van arts en verpleegkundige meer gelijk wordt getrokken, zodat een betere basis voor samenwerking kan ontstaan (Jaspers, 1980). In Almere zijn zowel de huisarts als de wijkverpleegkundige die het consultatiebureau doen in loondienst bij één en dezelfde werkgever: de Stichting EVA.

Taakverdeling kan een ander instrument zijn om een samenhangende zorg te bewerkstelligen. In het model individuele arbeidsovereenkomst kruisorganisatie/CB-arts wordt erop gewezen dat het voor het goed functioneren van het CB noodzakelijk is dat in het CB-team een duidelijke taakverdeling tussen de verschillende betrokken hulpverleners bestaat (LAD, 1980). Door duidelijke werkafspraken te maken, zullen de individuele hulpverleners beter tot hun recht komen. Er zullen geen dingen dubbel worden gedaan; werkzaamheden kunnen op elkaar worden afgestemd. Via het middel 'taakverdeling' mogen effecten worden verwacht in de vorm van meer specialisaties bij de hulpverleners en het meer zelfstandig werken van de direct betrokkenen. Er kan een meer complete en efficiënte zorg worden gegeven. Hoewel niet zonder meer mag worden aangenomen dat in Almere een duidelijkere taakverde-

ling bestaat in het werken van de aan de consultatiebureaus verbonden hulpverleners, zijn de voorwaarden voor een dergelijke verdeling gunstig.

Hetzelfde kan worden gezegd van de samenwerking binnen de consultatiebureaus en de samenwerking met externe disciplines. Via een loondienstverband bij één werkgever en via de gestructureerde zorgopbouw in Almere zijn de voorwaarden voor verregaande samenwerking in Almere aanwezig. Of deze interne en externe samenwerking resulteert in meer overleg met andere disciplines binnen en buiten het centrum, dient te worden onderzocht.

Wat betreft de teamsamenstelling, is uit eerder onderzoek gebleken dat teams met een wisselende samenstelling nadelig zijn voor een goede samenwerking (Mennen, 1983). Een vaste teamsamenstelling, waarin de huisarts de rol van consultatiebureau-arts vervult, wordt bevorderlijk geacht voor de continuïteit; de huisarts en vaste wijkverpleegkundige kennen het kind en zijn op de hoogte van de gezinssituatie (Crebolder, 1979; Huygen, 1981; Lisdonk 1981). Een dergelijke constructie kan, voor de potentiële bezoekers van het consultatiebureau, drempelverlagend werken. In Almere wordt in principe gewerkt met vaste teams van wijkverpleegkundige en huisarts die het CB doen.

Figuur 3.1.: middelen om een betere interne en externe samenhang te bereiken en effecten die als gevolg van het inzetten van die middelen kunnen worden verwacht

middel	effect
taakverdeling	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meer 'complete' zorg</li> <li>- afzonderlijke hulpverleners zelfstandiger</li> </ul>
samenwerking intern en extern	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meer gestructureerd overleg met andere disciplines binnen en buiten het centrum</li> <li>- meer consultatie intern en extern</li> </ul>
loondienst	<ul style="list-style-type: none"> <li>- minder onderlinge afstand</li> <li>- meer gestructureerd overleg binnen het CB-team</li> </ul>
continuïteit zorg via geselecteerde CB-teams	<ul style="list-style-type: none"> <li>- drempelverlaging zorg</li> </ul>

Middelen en effecten rondom het thema samenhang staan weergegeven in figuur 3.1.

Vatten we figuur 3.1 samen, dan geldt dat bij de Almeerse consultatiebureaus sprake zou moeten zijn van het bieden van samenhangende zorg, zowel wat betreft de interne organisatie, als in de contacten met andere disciplines. Door de gekozen opzet zouden knelpunten aangaande samenhang, die elders worden gesignaleerd, in Almere tot het verleden moeten behoren.

De in figuur 3.1 vermelde middelen en verwachte effecten zijn dermate algemeen geformuleerd, dat toetsing in deze vorm niet goed mogelijk is. De effecten dienen te worden gespecificeerd, waarbij het uitgangspunt is dat de Almeerse situatie wordt vergeleken met de CBs elders in Nederland. Deze specificatie vindt plaats via de hypothesen S1 tot en met S6.

Waar het gaat om samenhangende zorg, verleend vanuit de Almeerse consultatiebureaus, formuleren we de volgende hypothesen:

- S 1.: In Almere wordt, in vergelijking tot consultatiebureaus elders in het land, vanuit de consultatiebureaus een meer complete zorg geboden. Een meer complete zorg is hierbij op te vatten als het meer overeenkomen van hetgeen door beleidsinstanties wordt gezien als het takenpakket van de consultatiebureaus en de werkzaamheden die in de praktijk door de CBs worden gedaan.
- S 2.: In Almere zullen, in vergelijking tot consultatiebureaus elders in het land, de individuele hulpverleners meer zelfstandig taken verrichten zonder dat er sprake is van overlap en zullen minder taken tot de gezamenlijke verantwoordelijkheid worden gerekend. Huidige en gewenste taakverdeling zullen in Almere, meer dan elders in het land bij consultatiebureaus het geval is, op elkaar zijn afgestemd.
- S 3.: In Almere wordt, in vergelijking tot de consultatiebureaus elders in het land, meer gestructureerd overleg gevoerd met zowel disciplines binnen de eerstelijnszorg als met andere disciplines; overleg dat meer naar tevredenheid van de betrokken hulpverleners functioneert.
- S 4.: In Almere vindt, in vergelijking tot de consultatiebureaus elders in het land, meer incidenteel overleg en consultatie plaats, waarbij zowel disciplines binnen de eerstelijnszorg als externe disciplines zijn betrokken; overleg dat meer naar tevredenheid van de betrokken hulpverleners functioneert.
- S 5.: In Almere is er, in vergelijking tot de consultatiebureaus elders in het land, sprake van meer gestructureerd overleg

tussen artsen en wijkverpleegkundigen.

S 6.: In Almere zullen, in vergelijking tot de consultatiebureaus elders in het land, meer kinderen van de consultatiebureaus gebruik maken. Wordt geen gebruik gemaakt van het consultatiebureau, dan zullen de Almeerse consultatiebureau medewerkers een actiever beleid voeren om deze kinderen toch via het CB te bereiken.

Toetsing van deze zes hypothesen vindt, waar dit mogelijk is, plaats in de hoofdstukken vijf en zes.

### **3.3. Kwaliteit van de zorg**

Donabedian (1980) heeft kwaliteit gedefinieerd als de mate van overeenstemming tussen de werkelijkheid en vooraf gestelde criteria. Hij onderscheidt in het begrip kwaliteit drie niveaus: structure, process en outcome. Structure staat voor voorwaarden voor goede zorg: opleiding van de hulpverleners, bereikbaarheid van de voorzieningen en dergelijke. Met process wordt datgene bedoeld wat plaatsvindt in het contact tussen hulpverleners en patiënt. Outcome is gedefinieerd als het effect van de zorg, bijvoorbeeld in termen van de mate waarin in zorgbehoefte is voorzien of een verbetering in functioneren van voorzieningen is opgetreden. Hoe deze begrippen verder moeten worden ingevuld, hangt af van het uitgangspunt, waarmee de 'kwaliteit' wordt beoordeeld. Wat onder een kwalitatief goede zorg moet worden verstaan, wordt bepaald door de gehanteerde kwaliteitscriteria. Degenen, die gebruik maken van de zorg, zullen andere criteria hanteren ten aanzien van de kwaliteit van de zorg dan degenen die de zorg verlenen. Tussen de gebruikers van de zorg en de hulpverleners is zowel sprake van een verschil in positie als van een verschillende invalshoek. Hulpverleners, die zich dagelijks met de zorg bezighouden, zullen vaak een meer uitgesproken visie hebben op de zorg dan gebruikers. Zij zullen veelal eerder patronen kunnen onderkennen c.q. generaliseren. Voor de gebruikers neemt de hulpverlening meestal een meer perifere plaats in. Hun mening wordt voornamelijk bepaald door eigen ervaringen en die van hun sociale omgeving naar aanleiding van een ziekte of andere hulpbehoefte, alsmede door de persoonlijke relatie met een hulpverlener. De kwaliteitsopvatting van de gebruikers van de zorg ligt meestal in het verlengde van een medisch-technische oriëntatie. Gebruikers willen meer, snellere en gespecialiseerdere zorg en vragen bij de arts om een recept of een verwijzing naar de

specialist. De verwachting van gebruikers is dat de hulpverlener zich inspant de klachten te verhelpen; in de regel zijn ze niet gewend zelf een actieve rol te spelen (Bertels, 1983).

In een hedendaagse kwaliteitsopvatting, waarbij wordt uitgegaan van de hulpverleners, wordt gesteld dat alleen technische kwaliteit, i.e. het zo goed en zo snel mogelijk genezen van lichamelijke kwalen of oplossen van problemen van de hulpvragers, niet meer voldoende is. Ziekte moet niet moet worden benaderd als een louter fysiologisch verschijnsel, maar moet in de bredere context van gezin, buurt, werk en maatschappelijke situatie worden gezien. Hierbij is overleg en samenwerking tussen de disciplines noodzakelijk om een geïntegreerde aanpak te kunnen bieden, daar bij iedere discipline het accent op één of twee aspecten ligt en door samenwerking gevoeligheid ten opzichte van andere aspecten kan worden ontwikkeld. Daarnaast dient de patiënt of gebruiker, indien mogelijk, zelf een doorslaggevende rol te spelen in het genezingsproces. De hulpverlener moet ernaar streven de gebruiker zoveel mogelijk in het thuismilieu te laten en de zorg in de eerstelijns te houden. De taak van de hulpverlener hierbij wordt vooral een adviserende. Kennisoverdracht en informatieverschaffing zijn essentiële elementen in het hulpverleningsproces. Kwaliteitsbewaking kan gerealiseerd worden door middel van toetsing en scholing (Bertels, 1983).

Bij de beantwoording van de vraag in hoeverre in Almere de zorg, geboden op de consultatiebureaus, van goede kwaliteit is, gaan we uit van de kwaliteitsopvatting van de hulpverleners. Het beleid in Almere is gericht op met name deze invulling van kwaliteit. In dit onderzoek zal voornamelijk gekeken worden naar 'structure'-elementen, voorwaarden voor een zorg van kwaliteit. In enige mate zal ook naar het verband tussen 'outcome' en kwaliteit worden gekeken in de vorm van de vraag naar de mate waarin op de Almeerse CBs zorg naar behoefte wordt geleverd. In hoeverre uitvoering van de zorg volgens deze normen tevredenheid bij de gebruikers oplevert, zal aan de orde komen in de volgende subparagraaf.

Vanuit de EVA kunnen meer uniforme en hogere eisen gesteld worden aan opleiding en scholing van de hulpverleners dan onder de omstandigheden waarbij met wisselende werkgevers en hulpverleners wordt gewerkt. Doordat huisarts en consultatiebureau-arts samenvallen, kan veel aandacht worden besteed aan de gezinssituatie (Huygen, 1981; Van de Lisdonk, 1981). Een aandacht die ook via huisbezoeken kan blijken (Crebolder, 1979; Smits, 1980; NK, 1979). Bovendien betekent het in dienst zijn bij een werkgever dat regels makkelijker tot stand kunnen komen en gehandhaafd kunnen blijven. Op grond van deze overwegingen

mag verwacht worden dat de Almeerse CBs goede voorwaarden aanwezig zijn voor de realisering van een zorg van goede kwaliteit; voorwaarden die beter zijn dan bij consultatiebureaus elders in het land. Figuur 3.2 geeft een overzicht van middelen en operationalisaties om te komen tot voorwaarden voor zorg van goede kwaliteit.

Figuur 3.2.: middelen en operationalisaties om betere voorwaarden voor kwaliteit van zorg te creëren

middel	effect
scholing	<ul style="list-style-type: none"> <li>- hoger gekwalificeerde opleiding van hulpverleners</li> <li>- hulpverleners veel na- en bijscholingscursussen</li> </ul>
lage werkbelasting werkbegeleiding	<ul style="list-style-type: none"> <li>- verdeling van werkzaamheden over hulpverleners</li> </ul>
preventieve/signalerende activiteiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>- meer cursussen voor ouders en opvoeders</li> </ul>
continuïteit hulpverleners CB-team	<ul style="list-style-type: none"> <li>- huisarts = CB-arts</li> <li>- wijkverpleegkundige verricht ook huisbezoeken in kader CB</li> </ul>

In geoperationaliseerde vorm luiden de hypothesen, zoals deze op basis van figuur 3.2 kunnen worden opgesteld, als volgt:

- K 1.: In Almere hebben, in vergelijking tot de consultatiebureaus elders in het land, artsen en wijkverpleegkundigen een hogere en meer specifiek op het CB toegesneden opleiding gevolgd.
- K 2.: In Almere zijn, in vergelijking tot de consultatiebureaus elders in het land, door artsen en verpleegkundigen meer na- en bijscholingscursussen gevolgd, die betrekking hebben op het CB-werk.
- K 3.: In Almere vinden, in vergelijking tot de consultatiebureaus elders in het land, meer huisbezoeken plaats in het kader van het consultatiebureau.
- K 4.: In Almere worden, in vergelijking tot de consultatiebureaus

elders in het land, meer cursussen gegeven voor ouders van zuigelingen en peuters op het terrein van het consultatiebureau-werk.

De veronderstelling dat in Almere de huisarts ook CB-arts is, zal niet worden getoetst, daar dit op alle Almeerse CBs het geval is. Het merendeel van deze hypothesen zullen in de hoofdstukken vijf en zes worden getoetst aan de hand van de antwoorden van artsen, wijkverpleegkundigen en bezoekers van het consultatiebureau.

### **3.4. Zorg naar behoefte**

Zorg naar behoefte betekent zoveel als zorg, die beschikbaar is op het moment dat men die zorg ook daadwerkelijk nodig heeft. Te weinig zorg is niet goed; teveel zorg zou evenzeer vermeden moeten worden. Beschikbaarheid van de hulpverlening op het consultatiebureau kan betrekking hebben op de bereikbaarheid van de plaats waar consultatiebureau wordt gehouden, op de wachttijd die geldt voordat men voor een afspraak terecht kan, op de wachttijd bij een bezoek aan het consultatiebureau, alsmede op de onderwerpen die bij het consultatiebureau aan de orde komen of aan de orde gesteld kunnen worden.

We nemen aan dat de geografische bereikbaarheid van de consultatiebureaus in Almere goed is. De buurtgericht werkende gezondheidscentra, waar consultatiebureau wordt gehouden, bevinden zich meestal centraal in de wijk en zijn in de regel lopend te bereiken. Deze geografische bereikbaarheid zal niet worden getoetst in een directe vorm; wel zal worden gekeken of de gepercipieerde goede bereikbaarheid in Almere samengaat met een hoge participatie vanuit de bevolking en een hoge bezoekfrequentie. Voor wat betreft een aantal andere aspecten die in het begrip 'behoefte aan zorg' zijn onder te brengen, geldt dat we in Almere een meer op de bevolking afgestemde wijze van consultatiebureau voeren verwachten dan elders. Het afstemmen van zorg raakt immers direct aan de hoofddoelstelling van het PGA. Via de patiëntenvertegenwoordigers in besturen van centra en overkoepelende organisaties, kan sturend worden opgetreden op het moment dat de behoefte en gerealiseerde zorg uiteen gaan lopen. Door middel van deze in het leven geroepen structuur van het stelsel van zorgvoorzieningen en daarmee samengaande patiëntenparticipatie, zou een kwalitatief goede zorg bereikt moeten worden via middelen als de vorm en organisatie van het consultatiebureau en eventuele huisbezoeken. Doelstelling en middelen en de effecten die we in Almere verwachten,



zijn gespecificeerd in figuur 3.3a.

Figuur 3.3a.: middelen om een betere afstemming van de CB-zorg op de behoefte van de bevolking te realiseren, alsmede effecten die als gevolg van de inzet van die middelen kunnen worden verwacht

middel	effect
bereikbaarheid	<ul style="list-style-type: none"><li>- hoge participatie</li><li>- hoge bezoekfrequentie</li></ul>
systeem van afspraken	<ul style="list-style-type: none"><li>- positief oordeel over afsprakensysteem</li><li>- korte wachttijden</li><li>- positief oordeel over wachttijden</li></ul>
informatieverstrekking	<ul style="list-style-type: none"><li>- niet te veel/weinig informatie volgens oordeel van de consument</li></ul>
aandacht die tijdens CB aan onderwerpen wordt besteedt	<ul style="list-style-type: none"><li>- niet te veel/weinig aandacht volgens oordeel van consument</li></ul>
uitleg die op CB wordt gegeven	<ul style="list-style-type: none"><li>- niet te veel/weinig uitleg volgens oordeel van de consument</li><li>- mate waarin reeds bekende adviezen worden gegeven</li></ul>
huisarts-CB	<ul style="list-style-type: none"><li>- positief oordeel bij consument over CB door de huisarts</li></ul>
taakverdeling op CB	<ul style="list-style-type: none"><li>- taakverdeling sluit aan bij de voorkeur van de consument</li></ul>
loondienstverband, waardoor arts en wijkverpleegkundige meer gelijkwaardig zijn	<ul style="list-style-type: none"><li>- minder specifieke voorkeur bij consument voor een van de hulpverleners</li></ul>
functioneren totale CB	<ul style="list-style-type: none"><li>- positief oordeel van consument over het functioneren van CB</li></ul>

In geoperationaliseerde vorm luiden de hypothesen, zoals deze op basis van figuur 3.3.a kunnen worden opgesteld, als volgt:

- B 1.: In Almere is er sprake van een hogere participatie aan de consultatiebureaus dan op consultatiebureaus elders in het land.
- B 2.: In Almere worden de CBs met een hogere frequentie per jaar bezocht dan het geval is voor CBs elders in het land.
- B 3.: In Almere hebben de bezoekers van het consultatiebureau vaker een positief oordeel over het afsprakensysteem dan elders in het land.
- B 4.: In Almere gelden op de consultatiebureaus kortere wachttijden dan op CBs elders in het land. Tevens worden de wachttijden positiever beoordeeld.
- B 5.: Op de Almeerse CBs is de informatieverstrekking meer overeenkomstig de behoeften van de bezoekers dan op CBs elders in het land.
- B 6.: Op de Almeerse CBs is de aandacht, die tijdens het CB aan onderwerpen wordt besteed, meer afgestemd op de behoeften van de bezoekers dan op CBs elders in het land.
- B 7.: Op de Almeerse CBs is de uitleg die bij onderzoek van het kind wordt gegeven, meer afgestemd op de behoeften van de bezoekers dan op CBs elders in het land.
- B 8.: Op de Almeerse CBs worden minder vaak al bekende adviezen gegeven dan op CBs elders in het land.
- B 9.: In Almere heeft de bezoeker van het CB vaker een positief oordeel over het CB door de huisarts dan elders in het land.
- B10.: De taakverdeling op de Almeerse CBs sluit meer aan bij de voorkeur van de bezoeker dan de taakverdeling op CBs elders in het land.
- B11.: Bezoekers van de Almeerse CBs hebben minder specifieke voorkeur voor een van de hulpverleners dan bezoekers van CBs elders in het land.
- B12.: De bezoeker van het Almeerse CB heeft een positiever oordeel over het functioneren van het CB dan de bezoeker van het CB elders in het land.

De in figuur 3.3a opgenomen middelen zijn bedoeld om vanuit het 'behoefte aan zorg' model te kijken naar de effecten, zoals gemeten via de enquête bij de bezoekers van de consultatiebureaus. Met behulp van dezelfde enquêtegegevens van CB-bezoekers is het ook mogelijk enige voorspellingen te toetsen die betrekking hebben op de samenhang

en de kwaliteit van de zorg, verleend via de consultatiebureaus. Figuur 3.3b geeft middelen en effecten ten aanzien van de doelstelling om te komen tot een samenhangende zorg via het consultatiebureau. Figuur 3.3c doet hetzelfde ten aanzien van de kwaliteitsdoelstelling voor de Almeerse consultatiebureaus.

Figuur 3.3b.: middelen om een beter samenhangende zorg via het CB te realiseren, alsmede de effecten die (af te meten aan de consumentenquête) als gevolg van de inzet van die middelen kunnen worden verwacht

middel	effect
uitleg die op het CB wordt gegeven	- naar de mening van de consument minder onderling strijdige adviezen
teamsamenstelling	- gering aantal wisselingen op het CB
taakverdeling op het CB	- artsen en wijkverpleegkundigen letten, naar het oordeel van de consument minder op dezelfde dingen

Figuur 3.3c.: middelen om een kwalitatief betere zorg via het CB te realiseren, alsmede de effecten die (af te meten aan het oordeel van de consument) als gevolg van de inzet van die middelen kunnen worden verwacht

middel	effect
uitleg die op het CB wordt gegeven	- naar het oordeel van de consument niet te veel/weinig uitleg over zaken het CB betreffend
teamsamenstelling	- een gering aantal wisselingen op het CB
taakverdeling	- kennis over wie men op het CB zal treffen

Uit de figuren 3.3.b en 3.3c zijn de volgende hypothesen af te leiden:

K 5.: Op de Almeerse CBs is vaker sprake van een vast CB-team dan op

CBs elders in het land.

K 6.: Op de Almeerse CBs heeft de bezoeker betere kennis over wie men op het CB zal treffen bij een afspraak dan op CBs elders in het land.

S 6.: Op de Almeerse CBs worden naar de mening van de consument minder onderling strijdige adviezen gegeven dan op CBs elders in het land.

S 7.: Op de Almeerse CBs wordt door wijkverpleegkundige en arts minder op dezelfde dingen gelet dan op CBs elders in het land.

Voor alle in de figuren 3.3a tot en met 3.3c genoemde effecten geldt dat deze in hypothesevorm zullen worden getoetst in hoofdstuk zes. In dit hoofdstuk zal ook per hypothese een meer exacte formulering worden gegeven, waarbij Almere wordt vergeleken met de situatie elders in Nederland.

#### 4. METHODE VAN ONDERZOEK EN DATAVERZAMELING

Ten behoeve van het onderzoek naar de consultatiebureaufunctie in Almere zijn gegevens verzameld bij zowel hulpverleners als gebruikers van het consultatiebureau. De gegevensverzameling vond plaats in de vorm van een schriftelijke enquête, waarbij qua opzet en uitvoering werd aangesloten bij het landelijk onderzoek naar het functioneren van consultatiebureaus. Dit hoofdstuk vormt de verantwoording van de onderzoeksmethode die is gevolgd en geeft een overzicht van de respons. In paragraaf 4.1 komen de enquêtes voor de hulpverleners aan de orde; paragraaf 4.2 gaat in op de enquêtes voor de bezoekers van het consultatiebureau. Het hoofdstuk wordt afgerond met enige kenmerken van hulpverleners en bezoekers van het consultatiebureau.

##### 4.1. Enquête bij hulpverleners

Een van de doelstellingen van het onderzoek naar de consultatiebureaufunctie is de Almeerse situatie te vergelijken met de landelijke situatie. Zowel in de methode van dataverzameling als de gebruikte vragenlijsten is daarom aangesloten bij een landelijk onderzoek dat in 1986 heeft plaatsgevonden (Vorst-Thijssen, 1987).

Bij dit landelijke onderzoek zijn verschillende varianten van het consultatiebureau naast elkaar gezet. Omdat in Almere het consultatiebureau wordt gedaan door huisarts en wijkverpleegkundige, is aangesloten bij de onderzoeksinstrumenten die in deze variant zijn gebruikt. Voor de meningpeiling bij de hulpverleners betekent dit een uitgebreide schriftelijke vragenlijst voor huisartsen en wijkverpleegkundigen. De vragenlijsten voor beide beroepsgroepen zijn voor een belangrijk deel identiek; uitzonderingen zijn de vragen over gevolgde opleidingen en cursussen die worden gegeven, waarbij vraagstelling en antwoordcategorieën zijn afgestemd op de te ondervragen beroepsgroep. De uiteindelijke vragenlijsten zijn tot stand gekomen na overleg met vertegenwoordigers van beide beroepsgroepen in Almere. Het onderzoek zelf is via de als staffunctionaris aan de EVA verbonden huisarts en wijkverpleegkundige onder de aandacht gebracht van alle Almeerse huisartsen en wijkverpleegkundigen.

In de derde week van november 1988 zijn de vragenlijsten verstuurd aan alle op dat moment in de Almeerse gezondheidscentra werkzame 38 huisartsen en 30 wijkverpleegkundigen. Op 8 december 1988 volgde een

eerste schriftelijke verzoek aan degenen die op dat moment nog niet hadden gereageerd, om alsnog mee te doen. Met degenen die eind december 1988 nog geen vragenlijst hadden ingeleverd, is begin januari 1989 telefonisch contact opgenomen teneinde hen te bewegen alsnog de vragenlijst in te vullen. Bleef ook na twee keer opbellen een reactie uit, dan is aangenomen dat verdere rappels geen zin hadden. De uiteindelijke respons is weergegeven in tabel 4.1.

Tabel 4.1.: aantallen verzonden en terugontvangen vragenlijsten, naar beroepsgroep, in absolute aantallen

	verzonden	terugontvangen	bruikbaar
huisartsen	38	32	31
wijkverpleegkundigen	30	28	28
totaal	68	60	59

Bij de beroepsgroep wijkverpleegkundigen heeft, op twee personen na, iedereen de vragenlijst ingevuld en opgestuurd. Bij de twee wijkverpleegkundigen die niet hebben meegedaan, is van één persoon de reden onbekend, de ander is door ziekte langdurig uitgeschakeld. Bij de groep huisartsen ligt de respons lager. Vier huisartsen deden om onbekende redenen niet mee, een huisarts was langdurig afwezig en een huisarts vond dat hij of zij in Almere al te veel met enquêtes was geconfronteerd en weigerde op grond hiervan medewerking. Het vragenformulier dat wel is teruggestuurd, maar niet bleek te zijn ingevuld, betrof een arts die nog maar kort in Almere werkzaam was en bij zichzelf onvoldoende ervaring aanwezig achtte om de vragen goed te kunnen beantwoorden. De in de laatste kolom van tabel 4.1 vermelde aantallen bruikbare vragenlijsten vormen het uitgangspunt voor de in de volgende hoofdstukken te presenteren bevindingen. Hoewel strikt genomen niet de volledige populatie van huisartsen en wijkverpleegkundigen is ondervraagd, vatten we de meningen en oordelen van beide groepen respondenten op als zijnde de mening van alle hulpverleners.

De landelijke vergelijkingsgroep, waarmee de Almeerse situatie wordt vergeleken, bestaat uit een steekproef van 46 consultatiebureau-houdende huisartsen en 80 wijkverpleegkundigen uit het onderzoek van Vorst-Thijssen. Beide groepen hebben gemeenschappelijk dat het consultatiebureau is ingericht volgens het 'nieuwe stijl concept'.

## 4.2. Enquête bij de bezoekers van het consultatiebureau

Bij een evaluatie van het huidige functioneren van de Almeerse consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters spelen de oordelen van de bezoekers een belangrijke rol. Overeenkomstig de opzet van het landelijk onderzoek naar de consultatiebureaufunctie is ook in Almere een enquête gehouden onder bezoekers van de Almeerse consultatiebureaus. Ten behoeve van dit onderzoek is begin juni 1988 een gestratificeerde steekproef getrokken uit het bevolkingsbestand van de gemeente Almere. In totaal zijn de adressen verkregen van 400 kinderen tussen de 0 en 1 jaar oud, en eveneens 400 adressen van kinderen in de leeftijdsklasse tussen de 1 en 3 jaar. Door een communicatiestoornis met de gemeente Almere is de steekproef bij de kleuters beperkt gebleven tot kinderen tot drie jaar in plaats van de voor het CB gebruikelijke grens van vier jaar. Omdat in het vierde levensjaar nog maar één keer een bezoek wordt gebracht aan het consultatiebureau, verwachten we niet dat dit misverstand bij de steekproeftrekking gevolgen heeft voor de meningen over het CB. Bij 400 adressen per groep en een geschatte respons van 60 à 70%, zouden er per groep ruim 250 kinderen overblijven waarvan mag worden aangenomen dat het merendeel het consultatiebureau bezoekt. Er is gekozen voor twee groepen omdat het consultatiebureau voor zuigelingen en het consultatiebureau voor kleuters in opzet en uitvoering van elkaar verschillen. Zou een volledig representatieve steekproef worden getrokken uit de groep 0 tot 3 jarigen, dan zou het aantal zuigelingen (de groep 0-1 jarigen) ruim 200 bedragen en zou de responsgroep wel erg klein worden.

Als voorbeeld voor het enquêteformulier diende de vragenlijst die bij het landelijk onderzoek is toegepast. De vragen zijn bijgesteld voor de Almeerse situatie; in overleg met de Stichting Informatie en Ondersteuning Patiëntengroepen (SIOP) zijn enkele vragen toegevoegd.

De 800 vragenlijsten zijn rond 15 juni, met toelichting en antwoord-envelop, verzonden aan de woonadressen van de kinderen in de steekproef. Vervolgens is twee maal gerappeld. Eenmaal na circa twee weken via een brief met daarin het verzoek alsnog mee te doen. Weer twee weken later volgde voor degenen die nog niet hadden gereageerd opnieuw een brief met daarbij een nieuw exemplaar van de vragenlijst. Rond 15 juni 1988 is aan alle in Almere verschijnende dag- en weekbladen een persbericht verstuurd, waarin het onderzoek naar de CB-functie in Almere werd aangekondigd. Dit persbericht is door een aantal bladen integraal overgenomen.

Tabel 4.2 laat zien dat de bruikbare respons op de enquête onder de mogelijke bezoekers van de Almeerse consultatiebureaus de verwachte

60 à 70% ruimschoots heeft overschreden, en met 654 ingevulde formulieren uitkomt op ruim 80%. Voor een postenquête is dit hoog.

Tabel 4.2.: aantallen verzonden en terugontvangen consumenten-enquêtes

	verzonden	terugontvangen	bruikbaar
zuigelingen (0-1 jaar)	400	324	320
peuters (1-3 jaar)	400	338	334
totaal	800	662	654

Bij de groep 0-1 jarigen is de bruikbare respons exact 80%; bij de kleuters komt het percentage uit op 83 à 84%. Bij de acht onbruikbare enquêteformulieren bevinden zich er vijf die onbestelbaar terug werden ontvangen; drie personen hebben de vragenlijst teruggestuurd met de mededeling dat men weigerde aan het onderzoek deel te nemen. De beide groepen respondenten verschillen op grond van leeftijd en geslacht niet of nauwelijks van de steekproefpopulatie. Deze bevinding, alsmede het responspercentage van meer dan 80%, sterken ons in de opvatting dat de groepen respondenten een goede afspiegeling vormen van de Almeerse populatie waaruit zij afkomstig zijn. Deze groep respondenten in Almere zal worden vergeleken met een deel van de landelijke steekproef bestaande uit 376 respondenten.

### 4.3. Kenmerken van hulpverleners en bezoekers

Van zowel de hulpverleners als de bezoekers van het consultatiebureau in Almere zijn enige achtergrondgegevens verzameld die in deze paragraaf aan de orde zullen komen.

De gemiddelde leeftijd van de hulpverleners die aan het onderzoek hebben meegewerkt, is voor de wijkverpleegkundigen bijna 34 jaar en voor de huisartsen bijna 36 jaar. De groep hulpverleners is daarmee zowel bij de wijkverpleegkundigen als bij de huisartsen jonger dan de groepen die zijn onderzocht bij het landelijk onderzoek. Ook de verdeling naar geslacht wijkt bij de Almeerse huisartsen af van de landelijke steekproef. Waar landelijk ruim 90% van de huisartsen man is, geldt voor het Almeerse onderzoek een percentage mannen van ruim 60%. Bij de wijkverpleegkundigen die in Almere CB-werk doen, treedt in dit verband geen verschil naar voren met het landelijk onderzoek.



Zowel landelijk (5 à 6%) als in Almere (1 man en 27 vrouwen) bestaat de beroepsgroep wijkverpleegkundigen vooral uit vrouwen. Kijken we tenslotte naar het jaar van afstuderen, dan geldt voor de wijkverpleegkundigen dat dit gemiddeld zo'n zes jaar geleden is, terwijl bij de huisartsen de afronding van de studie bijna zeven jaar geleden heeft plaatsgevonden. Voor vele huisartsen en wijkverpleegkundigen zal de baan in Almere de eerste baan zijn na het afstuderen. Gaan we ervan uit dat men onmiddellijk na het afstuderen is gaan werken en dat dit werk voor een deel betrekking heeft op het leiden van consultatiebureaus, dan geldt voor de huisartsen dat zij wat korter CB-werk doen dan de vergelijkbare groep uit het landelijk onderzoek, terwijl bij wijkverpleegkundigen de verschillen met de landelijke steekproef gering zijn.

Ook bij de bezoekers van het consultatiebureau beschikken we over enige achtergrondgegevens, zowel met betrekking tot het kind als de ouders die het consultatiebureau bezoeken. Bij de zuigelingen die het consultatiebureau bezoeken, zijn de leeftijdscategorieën tussen één en 12 maanden vrijwel evenredig vertegenwoordigd. Hetzelfde geldt voor de levensjaren in de kleuterfase. De aantallen kinderen die de verschillende consultatiebureaus bezoeken, de motieven die hierbij een rol spelen en de oordelen over de CB-functie komen in de volgende hoofdstukken aan de orde.

Bij de ouders zijn leeftijd en opleiding vermeld in tabel 4.3.

Van alle ouders is 97% gehuwd of samenwonend. De verschillen met de landelijke steekproef zijn gering.

In principe wordt door alle in Almere gevestigde huisartsen consultatiebureau gehouden voor de zuigelingen en kleuters uit de eigen praktijk. Onder de personen die een vragenlijst hebben ingevuld, bevinden zich patiënten van alle Almeerse huisartsen. Soms met één of twee kinderen, soms met meer dan 50 kinderen. Per gezondheidscentrum variëren de aantallen kinderen tussen de 21 en 164. Naast toevalsfluctuaties weerspiegelen zich hier de verschillen in praktijkopbouw tussen gezondheidscentra en individuele huisartsen. In de wat 'ouderre' wijken zijn de percentages zuigelingen en kleuters relatief klein; in de wijken waar volop wordt gebouwd en opgeleverd, komen erg veel zuigelingen ter wereld.

Bovenstaande aantallen hebben betrekking op de huisarts of het gezondheidscentrum waarbij men staat ingeschreven. In ruim 95% van alle gevallen is dit ook de arts of het centrum waar men naar toe gaat voor het consultatiebureau.

Tabel 4.3.: leeftijd en opleiding van de ouders die het consultatiebureau bezoeken, in procenten (n=654)

leeftijd	moeder	vader
jonger dan 20 jaar	--	--
20 - 24 jaar	7	2
25 - 30 jaar	46	26
30 - 35 jaar	36	44
35 jaar en ouder	10	27
geen antwoord	1	1

  

opleiding	moeder	vader
lagere school, VGLO, LAVO	1	2
Lager Beroeps Onderwijs	20	19
MAVO/MULO	30	16
Middelbaar Beroeps Onderwijs	14	25
HAVO/VWO	17	12
Hoger Beroeps Onderwijs/universiteit	16	23
anders/onbekend	2	3

19 van de 654 personen maken voor het consultatiebureau gebruik van de diensten van een andere arts of een ander centrum. Redenen die worden gegeven voor het niet volledig synchroon lopen, zijn soms van persoonlijke aard ('het niet goed op kunnen schieten met een hulpverlener') en soms van praktische aard ('het binnen Almere verhuisd zijn').

#### 4.4. Vergelijking Almere - Nederland

Om de belangrijkste doelstelling van het onderzoek 'consultatiebureaus in Almere' te verwezenlijken, zal de situatie in Almere worden vergeleken met de situatie elders in Nederland. Nu staat in paragraaf 2.2 beschreven, dat de wijze waarop consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters zijn georganiseerd van plaats tot plaats kan verschillen. Er is geen landelijke uniforme wijze van consultatiebureau voeren. Om toch een zo goed mogelijke indruk te krijgen van de meerwaarde van de Almeerse wijze van consultatiebureau voeren, zal de situatie in Almere worden vergeleken met de landelijke bureaus 'nieu-

we stijl', waarbij het consultatiebureau wordt gevoerd door de huisarts en een wijkverpleegkundige. Deze opzet komt het dichtst bij de Almeerse vorm en biedt de grootste kans dat verschillen ook daadwerkelijk aan de bijzondere opzet van het CB in Almere kunnen worden toegeschreven en niet aan het feit dat de stijl of participanten van de consultatiebureaus verschillen. Waar in dit rapport wordt gesproken over de situatie elders in Nederland of de vergelijkbare landelijke situatie, gaat het om steekproeven uit de landelijke populatie consultatiebureaus 'nieuwe stijl', waarbij wordt samengewerkt door huisartsen en wijkverpleegkundigen. Ook de bezoekers van de consultatiebureaus in Almere worden vergeleken met een steekproef uit de bezoekers van 'nieuwe stijl CB's' met huisarts en wijkverpleegkundige.

## 5. HET WERKEN VAN DE HULPVERLENERS

### 5.1. Inleiding

Dit hoofdstuk zal bestaan uit de toetsing van de in paragraaf 3.2 en 3.3 afgeleide hypothesen. In paragraaf 5.2 zal worden onderzocht in hoeverre er in Almere bij de consultatiebureaus sprake is van samenhangende zorg. Hierbij zal worden gekeken naar de middelen die in Almere worden aangewend om een samenhangende zorg te bereiken en de effecten die als gevolg van het inzetten van deze middelen kunnen worden verwacht. Paragraaf 5.3 bevat de toetsing van de hypothesen die zijn geformuleerd rond de kwaliteit van de zorg. In deze paragraaf komen kennisoverdracht en informatie-uitwisseling, opleiding en scholing en bijvoorbeeld de mate waarin op het consultatiebureau aandacht wordt besteed aan de gezinssituatie aan de orde. Zowel in paragraaf 5.2 als 5.3 zullen de antwoorden van de Almeerse huisartsen en wijkverpleegkundigen worden vergeleken met de antwoorden van collega-huisartsen en -wijkverpleegkundigen elders in het land, die volgens het 'nieuwe stijl' concept consultatiebureau voeren.

In de enquête onder hulpverleners zijn meer zaken aan de orde gesteld dan hetgeen in dit hoofdstuk wordt behandeld. Dit betreft de praktijkvoering en organisatie, alsmede meer gedetailleerde informatie over de onderlinge taakverdeling. Bijlage 1 zal ingaan op deze aspecten van het werken van de hulpverleners.

### 5.2. Een samenhangende zorg in Almere?

In deze paragraaf zullen de hypothesen S1 tot en met S6, zoals geformuleerd in paragraaf 3.2 worden behandeld. In elk van de subparagrafen zal één van de middelen, die kunnen worden aangewend om een samenhangende zorg te bereiken, centraal staan. Aan het eind van het hoofdstuk volgt een samenvatting van de voorgaande subparagrafen over de samenhangende zorg.

#### 5.2.1. Taakverdeling op het CB

Om inzicht te krijgen in de taakverdeling tussen de hulpverleners op het consultatiebureau is een takenlijst voorgelegd aan alle hulpverleners met het verzoek aan te geven door wie elk van deze taken op het bureau feitelijk worden uitgevoerd. Antwoordmogelijkheden hierbij

waren: 'de arts', 'zowel de wijkverpleegkundige als de arts' en de wijkverpleegkundige'. Werd een taak niet op het CB gedaan, dan kon dit worden aangegeven door de desbetreffende vakjes open te laten. Deze takenlijsten vormen het uitgangspunt voor toetsing van de hypothesen S1 en S2. Via dezelfde takenlijst kon worden aangegeven door wie de taken naar de mening van de hulpverleners behoren te worden uitgevoerd.

De eerste hypothese die aan de hand van de door de hulpverleners ingevulde takenlijst zal worden getoetst, betreft de mate waarin werkzaamheden die geacht worden op de consultatiebureaus plaats te vinden, ook daadwerkelijk door huisartsen of wijkverpleegkundigen of beiden worden verricht. We moeten hierbij afgaan op hetgeen men op papier zegt te doen; een nadeel dat evenzeer geldt voor de groep die dienst doet als landelijk referentiekader. Op basis van hypothese S1 voorspellen we dat in Almere minder taken niet tot het CB worden gerekend dan in de landelijke vergelijkingsgroep.

Hypothese S1 leent zich slecht voor een toets waarbij percentageverschillen de te vergelijken eenheden zijn. Van de 16 of 17 gevraagde inhoudelijke zaken van het consultatiebureau (zie tabel 5.1 voor een compleet overzicht), wordt zowel in Almere als landelijk het merendeel volledig of nagenoeg volledig door alle hulpverleners uitgevoerd. Toch zijn er enkele verschillen. De volgende taken van het consultatiebureau worden in Almere door twee of meer wijkverpleegkundigen niet op het CB gedaan: testen van gezichtsvermogen (vijf keer genoemd), het bestuderen van medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind (vier keer genoemd), het opsporen van risicofactoren voor ontwikkeling en groei van het kind (drie keer genoemd) en het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling (twee keer genoemd). Wat betreft het testen van het gezichtsvermogen moet worden opgemerkt dat dit door sommige wijkverpleegkundigen thuis wordt gedaan in plaats van op het CB. In de landelijke steekproef van 80 wijkverpleegkundigen worden naast de test van het gezichtsvermogen (zes keer genoemd) en het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling van het kind (drie keer genoemd), ook het uitvoeren van de Ewing-test (14 keer genoemd) en het doen van inentingen (twee keer genoemd) niet altijd tot de CB-taken gerekend. Alleen voor wat betreft de Ewing-test geldt dat deze in Almere significant ( $p < .05$ ) vaker tot de consultatiebureau-taken wordt gerekend dan elders in het land.

Tussen de Almeerse en de landelijke consultatiebureau-artsen zijn de verschillen, over wat op het consultatiebureau wordt gedaan, wat groter. In Almere worden het testen van het gezichtsvermogen (vier

keer genoemd), het afleggen van huisbezoeken (drie keer genoemd), het opsporen van risicofactoren voor ontwikkeling en groei en van het kind (drie keer genoemd) en het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling (twee keer genoemd) niet altijd tot de CB-taken gerekend. Landelijk geldt dat meer huisartsen meer taken noemen die niet op het CB worden gedaan. Genoemd worden: testen gezichtsvermogen (12 keer), uitvoeren van de Ewing-test (tien keer), opsporen risicofactoren (zes keer), volgen van spraak- en taalontwikkeling (vier keer), het systematisch volgen van de voorgeschiedenis van het kind (elk drie keer) en het observeren van de ouder-kind relatie, begeleiden of helpen van de ouders en het doen van inentingen (elk twee keer). Bij deze taken zijn de verschillen voor wat betreft het testen van het gezichtsvermogen en het uitvoeren van de Ewing-test significant. Overeenkomstig hypothese S1 worden deze taken in Almere vaker bij het CB gedaan; wat dit betreft wordt in Almere een meer complete zorg geleverd.

Via hypothese S2 wordt de taakverdeling op de consultatiebureaus in Almere vergeleken met de landelijke situatie op drie deelaspecten. Dit zijn: de uniformiteit van de huidige taakverdeling binnen de beroepsgroepen ('in hoeverre is er binnen de groep van huisartsen en binnen de groep van wijkverpleegkundigen gelijkvormigheid in wat er door wie wordt gedaan?'), de duidelijkheid van de huidige taakverdeling tussen de beroepsgroepen ('in hoeverre is de huidige taakverdeling van de huisartsen identiek met de huidige taakverdeling van de wijkverpleegkundigen?') en het in overeenstemming zijn van de huidige en gewenste taakverdeling binnen de groepen hulpverleners en tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen. In uitgeschreven vorm komen we, op basis van hypothese S2 tot zeven voorspellingen. Voor elke situatie geldt, dat huisartsen en/of wijkverpleegkundigen in Almere worden vergeleken met hun collega's in Nederland, die volgens het 'nieuwe stijl' concept consultatiebureau houden. In Almere voorspellen we:

- a. meer overeenstemming in de huidige taakverdeling op het CB binnen de groep huisartsen;
- b. meer overeenstemming in de huidige taakverdeling op het CB binnen de groep wijkverpleegkundigen;
- c. meer overeenstemming in de huidige taakverdelingen tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen;
- d. meer overeenstemming tussen huidige en gewenste taakverdeling binnen de groep van huisartsen;
- e. meer overeenstemming tussen huidige en gewenste taakverdeling binnen de groep van wijkverpleegkundigen;

- f. meer overeenstemming in gewenste taakverdelingen tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen;
- g. minder taken die zowel door de huisarts als de wijkverpleegkundigen worden gedaan.
- De zes eerste voorspellingen zullen worden getoetst met behulp van tabel 5.1.

Tabel 5.1.: mate van overeenstemming bij taakverdelingen op het consultatiebureau in Almere en Nederland

inhoudelijke taken van het consultatiebureau	Mate van overeenstemming in %											
	Almere						Nederland					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
- het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	<u>90</u>	<u>89</u>	<u>90</u>	87	71	73	69	83	78	90	<u>86</u>	79
- het systematisch volgen van de psychomotorische ontwikkeling (van Wiechenschema)	<u>81</u>	<u>64</u>	<u>73</u>	77	61	54	59	54	51	85	<u>75</u>	<u>64</u>
- het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	66	73	69	77	57	68	59	72	68	87	<u>75</u>	74
- het observeren van de ouder-kindrelatie	<u>97</u>	<u>100</u>	<u>98</u>	90	79	86	83	86	85	88	86	86
- het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	52	59	55	74	75	52	55	63	60	68	71	<u>75</u>
- het bespreken van het slaapgedrag	48	75	61	87	82	64	niet gevraagd					
- het geven van gezondheidsvoorlichting	65	50	58	65	68	52	<u>80</u>	<u>73</u>	<u>76</u>	<u>83</u>	73	<u>77</u>
- het geven van voedingsvoorlichting	<u>71</u>	<u>82</u>	<u>76</u>	87	82	<u>78</u>	53	51	50	84	77	50
- het opsporen van risicofactoren voor ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	65	56	64	74	50	66	61	<u>74</u>	70	70	<u>67</u>	<u>80</u>
- het begeleiden van, of hulp geven aan de ouders	74	50	63	81	75	58	77	<u>76</u>	<u>76</u>	85	<u>86</u>	<u>80</u>
- het doen van inentingen	<u>94</u>	<u>89</u>	<u>92</u>	74	75	75	70	78	75	67	82	70
- het uitvoeren van de Ewing (of BOEL-) test	<u>94</u>	<u>96</u>	<u>95</u>	<u>97</u>	71	<u>83</u>	79	69	73	88	<u>80</u>	63
- het testen van het gezichtsvermogen	63	43	50	81	<u>75</u>	47	57	48	44	78	66	47
- registratie	68	52	<u>59</u>	77	82	58	64	55	51	<u>98</u>	83	58
- huisbezoeken afleggen voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	<u>93</u>	93	93	87	89	90	87	<u>99</u>	94	91	91	90
- meten en wegen	100	89	97	94	64	49	96	<u>99</u>	98	94	<u>93</u>	<u>94</u>
- het bestuderen van medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind	50	<u>63</u>	56	81	68	56	56	54	50	77	<u>87</u>	57

\* onderstreept is significant op  $p < .05$

1 = binnen huisartsen, over huidige taakverdeling

2 = binnen wijkverpleegkundigen, over huidige taakverdeling

3 = tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen, over huidige taakverdeling

4 = binnen huisartsen, tussen huidige en gewenste taakverdeling

5 = binnen wijkverpleegkundigen, tussen huidige en gewenste taakverdeling

6 = tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen, over gewenste taakverdeling

Deze tabel vormt als het ware een samenvatting van vier tabellen, die de oordelen van huisartsen en wijkverpleegkundigen over de huidige en gewenste taakverdeling geven.

De volledige tabellen zijn in bijlage 1 van dit rapport opgenomen. Voor de toetsing van de zevende voorspelling moet worden teruggegrepen op de vier basistabellen zelf.

In tabel 5.1 zijn in de kolommen 1 t/m 6 voor zowel Almere als Nederland de hoogste percentages hulpverleners vermeld in één van de antwoordcategorieën. Bij drie antwoordcategorieën betekent dit een maximum van 100% (alle antwoorden in een categorie); men is het volledig met elkaar eens. Het minimumpercentage ligt op 33 1/3%, hetgeen betekent dat de hulpverleners hun oordelen evenwichtig hebben gespreid over de drie antwoordcategorieën. Als voorbeeld hoe tabel 5.1 is opgebouwd, is eveneens in bijlage 1 een van de inhoudelijke taken op het consultatiebureau, het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling, met behulp van de tabellen nader uitgewerkt.

Komen we vervolgens bij het toetsen van de voorspellingen (a t/m f); een toetsing waarbij de meningen van de Almeerse huisartsen en wijkverpleegkundigen (= populatie-onderzoek) worden afgezet tegen de meningen van een steekproef uit de landelijke groep huisartsen en wijkverpleegkundigen. Omdat ook de landelijke groepen klein zijn (maximaal 46 huisartsen en 80 wijkverpleegkundigen) moeten percentageverschillen relatief groot zijn, wil een significant verschil worden bereikt.

Allereerst voorspelling a. Inspectie van tabel 5.6 leert dat voor 12 van de 16 inhoudelijke taken die vergeleken kunnen worden, er in Almere bij de huisartsen meer overeenstemming is dan landelijk. Bij zeven van de 16 taken is het percentageverschil met de landelijke situatie significant. Voorspelling a. wordt vooralsnog aanvaard. Dit geldt in zijn algemeenheid niet voor uitspraak b., waarbij we in Almere meer uniformiteit in het oordeel over de taakverdelingen bij wijkverpleegkundigen voorspellen. Tegenover zeven taakvelden waarover in Almere meer overeenstemming is, staan vijf velden waarover de elders in het land werkende verpleegkundigen het vaker met elkaar eens zijn. Gemiddeld over de 17 inhoudelijke taken komen de percentages overeenstemming bij wijkverpleegkundigen in Almere en elders nagenoeg gelijk uit.

Voorspelling c. betreft de mate van overeenstemming tussen de groepen huisartsen en wijkverpleegkundigen over de taken die tot een ieders takenpakket behoren. Voor tien van de 17 inhoudelijke taken moet voorspelling c. worden verworpen, waarbij overeenstemming over het geven van gezondheidsvoorlichting en het begeleiden van of hulp geven



aan ouders de overeenstemming landelijk significant hoger is dan in Almere. De gemiddelde mate van overeenstemming tussen wijkverpleegkundigen en huisartsen over het volledige takenpakket is ruim 74%; het landelijk vergelijkbare percentage is 68.7%, hetgeen geen significant ( $p=.08$ ) verschil oplevert.

Als we binnen de groepen huisartsen de mate van overeenstemming tussen de huidige en de gewenste inhoudelijke taakverdeling bekijken, dan blijkt de mate van overeenstemming rond de 80% te liggen. De verschillen tussen Almere en Nederland zijn klein, zodat voorspelling d. in zijn algemeenheid wordt verworpen. In Almere is er meer uniformiteit over de uitvoering van de Ewing-test; landelijk zijn de huisartsen het in vergelijking tot Almere vaker eens over het geven van voedingsvoorlichting en de registratietoek. Uitspraak e. voorspelde het tegenovergestelde. Alleen bij het testen van het gezichtsvermogen is er binnen Almere meer overeenstemming tussen huidig en gewenste taakverdeling dan in Nederland. Bekijken we de groepen huisartsen en wijkverpleegkundigen samen, dan moet worden geconcludeerd dat ook voorspelling f. niet opgaat. De overeenstemming in de gewenste taakverdelingen tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen is in Almere niet groter dan landelijk; eerder het tegendeel lijkt het geval te zijn.

In de laatste van onze serie voorspellingen over de taakverdeling op het consultatiebureau verwachten we dat in Almere meer taken zelfstandig door ofwel de arts, danwel de wijkverpleegkundige worden gedaan; men doet minder werkzaamheden gezamenlijk. Voor de toetsing van voorspelling g. moeten we teruggrijpen naar de basistabellen die in bijlage 1 zijn opgenomen.

Optelling van alle in de tabellen B6 en B7 vermelde aantallen taken die door beide beroepsgroepen worden gedaan, waarbij we zowel de oordelen van huisartsen als wijkverpleegkundigen opnemen, resulteert in tabel 5.2.

Tabel 5.2.: aandeel van de CB-taken die door zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen worden gedaan in Almere en Nederland, in percentages

aandeel gezamenlijke taken	Almere	Nederland
volgens wijkverpleegkundigen	47%	53%
volgens huisartsen	54%	50%

Over alle taken genomen, wordt rond de 50% van de werkzaamheden gezamenlijk of in elk geval door zowel huisarts als wijkverpleegkundige uitgevoerd. De verschillen tussen de consultatiebureaus in Nederland en in Almere zijn, in totaal genomen, klein. Over de vraag of een taak door beide beroepsgroepen wordt uitgevoerd of één van beide categorieën hulpverleners, lijken de huisartsen en wijkverpleegkundigen in Almere het wat vaker oneens dan de vertegenwoordigers van beide beroepsgroepen in de landelijke vergelijkingsgroep. Hoewel voor sommige taken significante verschillen kunnen worden gevonden tussen Almere en Nederland, moet de algemene conclusie ten aanzien van voorspelling g. luiden dat deze niet opgaat. Tussen de Almeerse consultatiebureaus en vergelijkbare bureaus in Almere worden geen verschillen gevonden in het percentage taken dat zowel door huisartsen als wijkverpleegkundigen wordt gedaan.

In bijlage 1 zal meer in detail op de onderlinge taakverdelingen worden ingegaan. Hier volstaan we met enkele saillante punten met betrekking tot de huidige en gewenste situatie op de consultatiebureaus. Opvallend is dat de afzonderlijke beroepsgroepen in Almere meer ruimte claimen voor het zelfstandig uitvoeren van taken. Oneens zijn huisartsen en wijkverpleegkundigen het over inentingen en het testen van het gezichtsvermogen. Ook geconcludeerd kan worden dat in Almere een taakverdeling bestaat waarin de wijkverpleegkundige wat 'meer' tot haar recht komt. Schriftelijke afspraken over de taakverdeling ontbreken, hetgeen als een gemis wordt ervaren. Het eindoordeel over de taken en taakverdeling op de Almeerse CBs, gemeten via een rapportcijfer, komt uit op een ruime zeven.

### **5.2.2. Samenwerking en communicatie**

In Almere wordt in principe gewerkt met vaste CB-teams, bestaande uit een huisarts en een wijkverpleegkundige. Dit team houdt in de regel op vaste dagen en tijdstippen consultatiebureau 'nieuwe stijl' voor de zuigelingen en kleuters die bij de huisarts als patiënt staan ingeschreven. De consultatiebureaus zijn als het ware geïntegreerd in de gezondheidscentra en daarmee in de eerstelijnszorg. Deze vaste structuur bij de consultatiebureaus maakt het aannemelijk dat ook samenwerking en communicatie van de CB-teams in Almere met eerste- en andere lijnsdisciplines meer gestructureerd is dan bij vergelijkbare teams in de rest van Nederland. We verwachten niet alléén meer gestructureerd en ongestructureerd overleg, maar ook dat minder knelpunten rond de samenwerking. De mate waarin structureel en incidenteel overleg wordt gevoerd en de tevredenheid over het overleg, zijn

in de hypothesen S3 en S4 aan de orde gesteld. In hypothese S3 gaat het om structureel overleg binnen de eerstelijnszorg en met andere disciplines. Het overleg tussen huisarts en wijkverpleegkundige over zaken het consultatiebureau betreffend, wordt hierbij als een bijzondere overlegvorm binnen de eerstelijns gezien en wordt apart in de volgende subparagraaf behandeld. Hypothese S4 betreft het incidentele overleg met eerste- en andere lijnsdisciplines.

Op basis van hypothese S3 formuleren we twee voorspellingen. In Almere verwachten we:

- a. meer gestructureerd overleg tussen CB-team en eerstelijnsdisciplines;
- b. meer gestructureerd overleg tussen CB-team en andere disciplines buiten de eerstelijns.

Met betrekking tot de kwaliteit van het gestructureerde overleg verwachten we meer tevredenheid in vergelijking tot Nederland.

Op basis van hypothese S4 kunnen twee indentieke voorspellingen worden gedaan met betrekking tot incidenteel overleg. Deze voorspellingen luiden:

- c. in Almere meer incidenteel overleg tussen CB-team en eerstelijnsdisciplines;
- d. in Almere meer incidenteel overleg tussen CB-team en andere disciplines buiten de eerstelijns.

#### **(On)gestructureerd overleg**

Bij overleg onderscheiden we gestructureerd overleg (= overleg op vaste tijden) en incidenteel overleg. Deze laatste overlegvorm is het beste op te vatten als 'ad hoc' overleg.

Met betrekking tot het gestructureerde overleg luiden de voorspelling a. en b. dat in Almere meer gestructureerd overleg zal plaatsvinden, in vergelijking met de landelijke situatie, zowel met eerstelijnsdisciplines als met disciplines buiten de eerstelijnszorg. Voorspelling c. en d. doen hetzelfde ten aanzien van het incidentele overleg.

Tevens voorspellen we dat het overleg met deze disciplines buiten het consultatiebureau tot grotere tevredenheid zal verlopen. Om na te gaan of onze voorspellingen uitkomen, worden in de tabellen 5.3 en 5.4 de Almeerse situatie en de Nederlandse situatie naast elkaar gezet.

Kijken we vanuit tabel 5.3 naar het gestructureerd overleg van huisartsen met andere disciplines, dan geldt dat (met uitzondering van de structurele contacten met het RIAGG) het weinige overleg dat plaatsvindt in Almere, is met de eerstelijnsdisciplines. De Almeerse

Tabel 5.3.: overlegpartners voor huisartsen in Almere en Nederland vanuit het consultatiebureau, in aantallen

	Almere			Nederland		
	gestructureerd	ad hoc	geen	gestructureerd	ad hoc	geen
provinciaal arts JGZ	0	6	25	0	4	32
districtsarts JGZ	0	<u>13</u>	18	2	4	30
schoolartsendienst	0	<u>19</u>	12	0	9	27
KNO-arts	0	<u>14</u>	17	2	14	20
orthopaed	0	<u>13</u>	18	1	11	24
kinderarts	0	<u>16</u>	15	2	19	15
vertrouwensarts	0	<u>20</u>	11	0	12	24
districtsverpleegkundige JGZ	0	<u>9</u>	22	2	3	31
verloskundige	2	<u>15</u>	14	1	9	21
kraamzorg	0	7	24	0	7	28
audiologisch centrum	0	7	24	geen opgave		
logopedist	0	<u>12</u>	19	1	7	28
RIAGG	2	<u>16</u>	13	1	10	24
maatschappelijk werk	9	<u>12</u>	10	3	15	17
VTO-team	0	<u>14</u>	17	0	8	28
medisch kleuterdagverblijf	0	2	29	geen opgave		
stichting spel + opvoeding	0	2	29	0	0	36
fysiotherapeut	11	10	10	3	19	14

huisartsen overleggen hier meer dan hun landelijke collega's. Dit deel van hypothese S3 beschouwen wij wat betreft de huisarts als niet verworpen. Wijkverpleegkundigen hebben in vergelijking tot de collega-wijkverpleegkundigen elders in het land binnen de eerstelijnsrelatief wat meer overleg met het maatschappelijk werk; bij de overige eerstelijnsdisciplines is de mate waarin de Almeerse wijkverpleegkundigen gestructureerd overleg over het CB hebben, niet verschillend of lager dan bij de landelijke vergelijkingsgroep.

Structureel overleg met disciplines buiten de eerstelijnszorg ontbreekt bij de huisartsen in Almere bijna volledig. De enige uitzondering betreft het overleg over CB-zaken dat twee huisartsen voeren met het RIAGG. Overigens zijn ook in landelijk opzicht de percentages huisartsen die structureel overleg hebben met disciplines buiten de

Tabel 5.4.: overlegpartners voor wijkverpleegkundigen in Almere en Nederland vanuit het consultatiebureau, in aantallen

	Almere			Nederland		
	gestructureerd	ad hoc	geen	gestructureerd	ad hoc	geen
provinciaal arts JGZ	0	<u>7</u>	21	<u>12</u>	11	46
districstarts JGZ	1		13	<u>10</u>	12	46
schoolartsdienst	<u>15</u>	7	6	14	18	39
KNO-arts	0	2	26	0	6	64
ortopaed	0	0	28	0	2	68
kinderarts	0	8	20	2	<u>27</u>	42
vertrouwensarts	0	<u>17</u>	11	0	24	46
districstverpleegkundige JGZ	9	<u>18</u>	1	26	25	20
verloskundige	2	<u>23</u>	3	5	24	41
kraamzorg	0	14	14	8	34	27
audiologisch centrum	0	1	27	geen opgave		
logopedist	0	<u>7</u>	21	0	4	66
RIAGG	6	<u>11</u>	11	15	19	36
maatschappelijk werk	<u>11</u>	<u>13</u>	4	19	17	34
VTO-team	0	<u>14</u>	14	3	15	52
medisch kleuterdagverblijf	0	8	20	geen opgave		
stichting spel + opvoeding	0	<u>10</u>	18	2	10	58
fysiotherapeut	4	<u>21</u>	3	11	34	26

eerstelijns minimaal. Bij de wijkverpleegkundigen in Almere vindt buiten de reguliere eerstelijnszorg gestructureerd overleg plaats met de schoolartsdienst, de districtsverpleegkundige JGZ en met het RIAGG. Alleen het overleg met de eerstgenoemde instantie ligt in Almere hoger dan landelijk. Wijkverpleegkundigen elders in het land hebben met meer verschillende instanties structureel overleg.

Alle huisartsen en alle wijkverpleegkundigen zouden met alle in tabel 5.3 en 5.4 genoemde disciplines gestructureerd overleg kunnen hebben. Dit maximale percentage van 100% wordt uiteraard niet gehaald.

In Almere blijkt bij de huisartsen ongeveer 4.3% van dit maximum is gerealiseerd, tegenover landelijk 3.2%. Kleine percentages, doch wel in de richting zoals voorspeld via hypothese S3. Voor de Almeerse wijkverpleegkundigen geldt dat 9.5% is gerealiseerd tegenover 11.3%

voor de landelijke groep. De richting is hier tegengesteld aan hetgeen hypothese S3 voorspelt.

Het incidentele overleg biedt wat meer mogelijkheden om, bij zowel de huisartsen als de wijkverpleegkundigen, de situatie in Almere te vergelijken met de situatie elders in Nederland.

Zowel in Almere als in Nederland blijkt dat met alle of nagenoeg alle genoemde disciplines incidenteel overleg plaatsvindt. De 31 huisartsen in Almere kunnen in principe met alle 18 opgenomen instanties incidenteel overleg hebben. Van dit maximale aantal dat uitkomt op 558, zijn 207 (ofwel 37%) contacten gerealiseerd op het niveau van 'ad hoc' overleg. Landelijk komt het vergelijkbare percentage uit op bijna 27%. Maken we dezelfde vergelijking voor het incidentele overleg van de aan de consultatiebureaus verbonden wijkverpleegkundigen, dan komen de Almeerse wijkverpleegkundigen uit op een percentage van 39%, terwijl landelijk 25% van het maximale aantal contacten is gerealiseerd. In zijn algemeenheid kunnen we concluderen dat hypothese S4, die in Almere meer overleg voorspelt, vooralsnog kan worden aanvaard met betrekking tot het incidentele overleg.

Op het niveau van de afzonderlijke instanties, geldt voor huisartsen dat in Almere significant vaker incidenteel overleg wordt gevoerd met de instanties die in tabel 5.3 zijn onderstreept; voor wijkverpleegkundigen geldt hetzelfde in tabel 5.4.

Voor de toetsing van de hypothese over de tevredenheid met het overleg, zoals dit wordt gevoerd, zijn het gestructureerd overleg en het incidentele overleg samengenomen. Tabel 5.5 geeft voor zowel Almere als Nederland de waardering van de consultatiebureau medewerkers over het overleg met eerstelijnsdisciplines; tabel 5.6 doet hetzelfde voor het overleg met disciplines die niet tot de eerstelijnszorg worden gerekend.

Onze hypothese, dat huisartsen en wijkverpleegkundigen in Almere meer tevreden zijn over het overleg met disciplines buiten het consultatiebureau, moet worden verworpen. De tabellen 5.5 en 5.6 laten zien dat eerder het tegendeel het geval is. Terwijl de percentages oordelen 'slecht' elkaar nauwelijks ontlopen, blijken zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen in Almere veel vaker maar matig tevreden te zijn over de kwaliteit van het overleg. De Almeerse wijkverpleegkundigen zijn in deze nog wat kritischer dan de collega-huisartsen.

Deze conclusies gelden met name voor het overleg met disciplines buiten de eerstelijnszorg. Binnen de eerstelijnszorg zijn de verschillen minder groot.

Tabel 5.5.: oordeel over de kwaliteit van het overleg tussen CB-medewerkers en andere eerstelijnsdisciplines, in percentages

kwaliteit v/h overleg	Almere		Nederland	
	huis-arts	wijkverpleegkundige	huis-arts	wijkverpleegkundige.
goed	80	74	90	91
matig	17	26	6	8
slecht	3	--	4	1
N	76	92	63	169

Tabel 5.6.: oordeel over de kwaliteit van het overleg tussen CB-medewerkers en disciplines buiten de eerstelijnszorg, in percentages

kwaliteit v/h overleg	Almere		Nederland	
	huis-arts	wijkverpleegkundige	huis-arts	wijkverpleegkundige
goed	60	56	86	89
matig	35	41	10	7
slecht	5	3	4	4
N	144	140	102	275

Kijken we naar het overleg met de afzonderlijke disciplines, dan zijn de Almeerse huisartsen met name minder goed te spreken over het overleg met de districtsarts JGZ (58% matig of slecht), de vertrouwensarts (56% matig of slecht) en het RIAGG (53% matig of slecht). Voor de Almeerse wijkverpleegkundigen geldt dat de overlegcontacten met de districtsarts JGZ (60% matig of slecht), de districtsverpleegkundige JGZ (64% matig of slecht), kraamzorg (54% matig of slecht) en RIAGG (81% matig of slecht) als minder goed dan gemiddeld worden ervaren. Zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen in Almere zijn meer dan gemiddeld tevreden over de contacten met de fysiotherapeut en het VTO-team. Voor de huisartsen geldt daarnaast een relatief grote te-

vredenheid over de contacten met de kindertarts en de verloskundige; de wijkverpleegkundigen zijn bovendien goed te spreken over de contacten met het maatschappelijk werk.

Met betrekking tot het overleg dat met disciplines buiten het CB wordt gevoerd, komen geen bijzondere knelpunten naar voren die door meer dan vijf personen in Almere worden genoemd. Een of enkele malen genoemd worden het ontbreken van vast overleg met wisselende disciplines, de slechte contacten met het RIAGG en het kleuterdagverblijven, de overbelasting van het maatschappelijk werk, waardoor overleg wordt bemoeilijkt.

Komen we ter afsluiting van deze subparagraaf bij het alles omvattende rapportcijfer voor het hoofdstuk communicatie en samenwerking. Voor de Almeerse huisartsen komt dit cijfer uit op een 7.1; drie huisartsen geven een onvoldoende, terwijl de tienden voor uitstekend ontbreken. De wijkverpleegkundigen waarderen dit hoofdstuk met gemiddeld exact hetzelfde cijfer. Tegenover deze ruime voldoende staan twee wijkverpleegkundigen, die uitermate ontevreden zijn, en uitkomen op een rapportcijfer van vier of lager.

### 5.2.3. Loondienst bij de EVA

In Almere zijn alle wijkverpleegkundigen en nagenoeg alle huisartsen in loondienst bij één en dezelfde werkgever; de Stichting Eerstelijnsvoorzieningen Almere (EVA). In paragraaf 4.1 zijn twee mogelijke effecten aangegeven van het in loondienst zijn bij één werkgever. Zo wordt als het ware de voorwaarde geschapen voor meer gestructureerd en uniform overleg binnen de disciplines die in de EVA zijn samengebracht en met name binnen de CB-teams. Hypothese S5 voorspelt in Almere meer gestructureerd overleg tussen huisarts en wijkverpleegkundige in relatie tot het consultatiebureau.

Voor de toetsing van hypothese S5 zijn in de enquêteformulieren voor de hulpverleners vragen gesteld over de mate waarin consultatiebureauzittingen worden voor- en nabesproken, de tijdsduur die deze zittingen in beslag nemen en de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige bij het consultatiebureau.

Eerst de voor- en nabespreking van het consultatiebureau, waarbij moet worden aangetekend dat in het landelijk onderzoek naar de CB-functie geen vragen zijn gesteld over eventuele voorbesprekingen. Ook in Almere lijkt de vraag naar de mate waarin consultatiebureauzittingen worden voorbesproken overbodig te zijn geweest. Slechts vijf van de in totaal 61 hulpverleners geven aan dat een voorbespreking



plaatsvindt. De hoeveelheid tijd die voor deze voorbespreking wordt uitgetrokken, varieert van minimaal twee tot maximaal 15 minuten. Nabespreking vindt vrijwel altijd plaats; slechts één hulpverlener geeft te kennen nooit iets van een nabespreking gemerkt te hebben. De gemiddelde tijd die bij de verschillende consultatiebureaus aan nabespreking wordt besteed, staat weergegeven in tabel 5.7.

Tabel 5.7.: gemiddelde tijdsduur besteed aan nabespreking van het CB per zitting, in minuten

	Almere	Nederland
zuigelingenbureau	15.7	15.2
kleuterbureau	16.9	18.7
gemengd bureau	15.9	18.1

De gemiddelde tijd besteed aan de nabespreking van het consultatiebureau ligt rond de 15 minuten. Almere verschilt wat dit betreft niet of nauwelijks van de rest van Nederland. Gegeven het feit dat in Almere minder kinderen per zitting worden opgeroepen, impliceert dit dus dat in Almere meer tijd per kind aan nabespreking wordt besteed. Omdat ook in Nederland altijd of bijna altijd nabespreking plaatsvindt, moeten we onze hypothese, dat in Almere meer overleg in de vorm van nabespreking plaatsvindt dan in de rest van Nederland, in zijn algemeenheid verwerpen.

Nabespreking van het consultatiebureau vindt meestal onmiddellijk na afloop van de zitting plaats; een minderheid van de hulpverleners geeft aan dat voor overleg een vast tijdstip is gereserveerd dat niet persé hoeft aan te sluiten op de zitting zelf. Naast deze gestructureerde overlegvormen vindt bij een groot aantal teams overleg plaats tijdens het consultatiebureau (31 keer genoemd) of incidenteel buiten de CBs (22 keer genoemd).

Aan zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen is gevraagd een oordeel te geven over de samenwerking binnen het consultatiebureau. Tabel 5.8 geeft de oordelen voor zowel wijkverpleegkundigen als huisartsen in Almere en in de rest van Nederland.

De huisartsen hebben ten aanzien van de samenwerking een meer positief oordeel dan de wijkverpleegkundigen, terwijl ook in een vergelijking met de oordelen van de huisartsen in de rest van Nederland de Almeerse huisartsen de samenwerking vaker als 'goed' kwalificeren.

Tabel 5.8.: oordelen over de kwaliteit van de samenwerking, in aantallen

	Almere		Nederland	
	huisarts	wvk	huisarts	wvk
de samenwerking is goed	24	13	34	39
de samenwerking is redelijk	7	14	14	37
de samenwerking is niet goed	--	1	--	4

Knelpunten die bij de samenwerking worden ervaren, betreffen voor de Almeerse huisartsen onderlinge afstemming van de werkzaamheden en de taakverdeling (vier keer genoemd), het feit dat met verschillende wijkverpleegkundigen moet worden samengewerkt (drie keer genoemd) en het gebrek aan specifieke deskundigheid, zoals dit door twee huisartsen bij de wijkverpleegkundige wordt ervaren. Ook de wijkverpleegkundigen noemen een aantal knelpunten. Dit zijn het gebrek aan tijd bij de huisarts, met name wat betreft de uitlooptmogelijkheden van de CB-zittingen (zes keer genoemd), de afstemming van taken en de taakverdeling (zes keer genoemd) en de in de ogen van de wijkverpleegkundige autoritaire opstelling van de huisarts (drie keer genoemd).

#### 5.2.4. Continuïteit van zorg

Een van de middelen om een samenhangend stelsel gezondheidszorgvoorzieningen op te bouwen, is het brengen van continuïteit in de zorg. In Almere wordt hier bewust naar gestreefd. Huisartsen doen consultatiebureaus voor kinderen uit de eigen praktijk; er wordt in principe gewerkt met vaste teams van huisartsen en wijkverpleegkundigen en het vastleggen van alle gegevens die op het consultatiebureau betrekking hebben, geschiedt op uniforme wijze via de dossierkaarten JGZ. Overigens is het ideaal van vaste CB-teams niet in alle Almeerse gezondheidscentra volledig gerealiseerd. Desgevraagd geven de wijkverpleegkundigen aan dat wordt geparticipeerd in minimaal één en maximaal vier CB-teams, waarbij het aantal teams vooral lijkt te worden bepaald door het aantal huisartsen dat per gezondheidscentrum beschikbaar is. De effecten die in Almere verwacht mogen worden, betreffen meer en betere kennis van de consultatiebureaubezoekers, een grotere participatie en een actiever beleid om deze participatiegraad maximaal te maken.

In hoofdstuk zes zal worden ingegaan op de bezoekfrequentie; in deze paragraaf kijken we via hypothese S6 naar de acties die worden ondernomen om een hoge participatiegraad te berekenen.

We veronderstellen dat de Almeerse consultatiebureau-medewerkers in vergelijking tot hun collega's elders in het land een actiever beleid voeren om mensen met kinderen te bewegen toch het consultatiebureau te bezoeken. Tabel 5.9 laat zien welke acties door huisartsen, maar vooral door wijkverpleegkundigen worden ondernomen. Wordt door de ouders geen gebruik gemaakt van het consultatiebureau, dan zeggen vier van de vijf wijkverpleegkundigen in Almere actie te ondernemen; meestal via een telefonische of schriftelijke herinnering, soms via een extra huisbezoek of via ander overleg met de betreffende ouders. Geen actie betekent meestal dat bekend is dat het kind elders onder controle is. Twee wijkverpleegkundigen vinden dat de keuze voor wel of niet een bezoek aan het consultatiebureau primair de verantwoording van de ouders is. Bij de groep wijkverpleegkundigen waarmee Almere wordt vergeleken, wordt vaker geen actie ondernomen; ook hier meestal omdat bekend is dat het kind elders onder controle is, doch ook wat vaker omdat men geen tijd heeft of het tot de verantwoording van de ouders rekent te beslissen over het wel of niet CB-bezoek.

Tabel 5.9.: activiteiten\* van wijkverpleegkundigen bij niet-bezoekers van het CB, in aantallen

	Almere	Nederland
extra huisbezoek ter overtuiging	4	31
telefonische/schriftelijke herinnering	14	15
overleg met ouders	6	7
niets, kind is elders onder controle	4	30
niets, verantwoording ouders	2	10
niets, geen tijd	--	3

\* meerdere antwoorden mogelijk

Wordt wel actie ondernomen, dan krijgt dit landelijk wat vaker de vorm van een huisbezoek en minder vaak de vorm van een telefonische of schriftelijke herinnering. De Almeerse huisartsen achten het vooral een zaak voor de wijkverpleegkundige om ouders van het nut te overtuigen dat het consultatiebureau voor zuigelingen en peuters een goede zaak is. Samenvattend kan met enige voorzichtigheid worden geconcludeerd dat hypothese S6 vooralsnog lijkt te worden bevestigd;

in Almere lijkt een wat actiever beleid te worden gevoerd om ouders bij het consultatiebureau te betrekken.

### **5.3. Kwaliteit van de zorg**

De zorg, zoals die door de bij het consultatiebureau betrokken hulpverleners wordt verleend, moet van goede kwaliteit zijn. Voorwaarde voor het verlenen van kwalitatief goede zorg is een op de zorgverlening afgestemde opleiding en verdere nascholing van de hulpverleners. Naast de eisen die aan de opleiding gesteld mogen worden, geldt uiteraard ook dat de inhoud van het werk aan kwaliteitseisen moet voldoen. Hierbij kan worden gedacht aan een goede taakverdeling tussen de hulpverleners, een op de werksituatie afgestemde overlegstructuur en aandacht voor de verschillende taken die tot de inhoud van het consultatiebureau worden gerekend. Onderlinge toetsing en werkbegeleiding zouden er op gericht moeten zijn om deze aspecten van het werk op het consultatiebureau te bewaken. Kwalitatief goede zorg betekent ook dat er voldoende tijd beschikbaar moet zijn voor iedere bezoeker van het consultatiebureau.

Taakopvattingen en overlegstructuren zijn in de paragraaf 5.2 aan de orde geweest. De inhoudelijke zaken die in het consultatiebureau spelen en het afgestemd zijn op de wensen van de personen die als bezoeker van het CB gebruik maken, zijn het onderwerp van het volgende hoofdstuk. In deze paragraaf staat opleiding en daarmee samenhangende zaken centraal. Uitgangspunt zijn de hypothesen K1 tot en met K4, waarin uitspraken worden gedaan over de scholing en de preventieve en signalerende activiteiten op het consultatiebureau.

#### **5.3.1. Opleiding en training**

Hypothese K1 voorspelt dat artsen en wijkverpleegkundigen in Almere, in vergelijking met de hulpverleners bij de consultatiebureaus elders in het land, een hogere en meer op het consultatiebureau toegesneden opleiding hebben gevolgd. Het vergelijken van opleidingen naar hoogte impliceert dat er een zekere rangorde is aan te brengen in de opleidingen en aanvullende cursussen. Voor wat betreft de huisartsen is deze volgorde waarschijnlijk nog wel aan te brengen; bij de wijkverpleegkundigen ligt dit wat moeilijker door het grote aanbod aan opleidingen en cursussen. De tabellen 5.10 en 5.11 geven de opleidingen en aanvullende cursussen voor respectievelijk huisartsen en wijkverpleegkundigen in Nederland en Almere.

Tabel 5.10.: opleiding en gevolgde cursussen van huisartsen die CB doen in Almere en Nederland, in aantallen

opleiding	Almere	Nederland
huisartsenopleiding	7	38
huisartsopleiding + applicatiecursus CB	22	6
stage	--	4
co-assistentenschap	--	1
opleiding provinciale kruisvereniging/EVA	1	1
anders	1	--

Gaan we er bij de huisartsen vanuit dat de huisartsenopleiding met applicatiecursus voor het CB-werk een betere voorwaarde schept voor een goede kwaliteit van het consultatiebureau dan enkel de huisartsenopleiding, dan wordt hypothese K1 bij de huisartsen niet verworpen.

Tabel 5.11.: opleiding en gevolgde cursussen van wijkverpleegkundigen in Almere en Nederland, in aantallen

	Almere	Nederland
A/B verpleegkundige	2	4
MGZ-opleiding	16	50
HBO-V opleiding	8	22
kaderopleiding	2	4

Voor de wijkverpleegkundigen zijn er qua percentages nauwelijks verschillen. Wel is opvallend dat in Almere een flink aantal wijkverpleegkundigen opgeeft meerdere opleidingen te hebben gevolgd (in de tabel staan alleen de hoogst gevolgde opleidingen vermeld; wanneer bijvoorbeeld zowel een opleiding tot A-/B-verpleegkundige als een MGZ-opleiding is aangegeven, staat dit als MGZ-opleiding genoteerd). Hierbij moet worden opgemerkt dat A-/B-verpleegkundigen tegenwoordig verplicht zijn een MGZ-opleiding te volgen. Vergelijking met de landelijke situatie is hier niet goed mogelijk omdat bij het landelijke onderzoek slechts één categorie kon worden aangekruist.

Een direct gevolg van het feit dat de Almeerse consultatiebureau-

artsen veelal een meer op het CB-werk toegesneden opleiding hebben gevolgd, is dat men vindt dat er in de opleiding voldoende aandacht is besteed aan het CB-werk. De Almeerse huisartsen zijn, wat dit aangaat, aanmerkelijk positiever in hun oordeel dan de landelijke vergelijkingsgroep. In Almere acht 66% van de huisartsen de aandacht in de opleiding voldoende; landelijk ligt het vergelijkbare percentage op 29%. De Almeerse wijkverpleegkundigen zijn veel negatiever in hun oordeel over de aandacht die bij de opleiding aan het CB-werk wordt besteed dan zowel de huisartsen als hun collega-wijkverpleegkundigen elders in het land. Slechts vier wijkverpleegkundigen (= 14%) vinden deze aandacht voldoende; landelijk ligt het vergelijkbare percentage op 37%. Hierbij dient te worden aangetekend dat zowel de kaderopleiding als de MGZ- en HBO-B-opleiding weinig zijn toegespitst op de Jeugdgezondheidszorg. Andere opleidingen zoals bijvoorbeeld sociale applicaties hebben meer relevantie voor dit gebied.

### Bij- en nascholing

Naast de reguliere opleidingen en applicatiecursussen, bestaat voor zowel huisartsen als wijkverpleegkundigen de mogelijkheid vele bij- en nacholingscursussen te volgen ten behoeve van het CB-werk. In zijn algemeenheid zal ook bij de na- en bijscholing gelden dat deze cursussen kwaliteitsverhogend kunnen werken. Naarmate een groter aantal hulpverleners cursussen volgt, zijn de voorwaarden voor een kwalitatief goede consultatiebureaufunctie gunstiger. We voorspellen op basis van hypothese K2 dat de CB-medewerkers in Almere, in vergelijking tot hun collega's elders in het land, relatief veel bij- en nascholingscursussen hebben gevolgd op het terrein van het consultatie-

Tabel 5.12.: bij- en nascholingscursussen gevolgd door huisartsen en wijkverpleegkundigen ten behoeve van CB-werk, in aantallen

cursus gevolgd?	Almere		Nederland	
	huisarts	wvk	huisarts	wvk
ja	19	22	19	58
nee	11	6	27	19
<b>totaal</b>	<b>31</b>	<b>28</b>	<b>48</b>	<b>80</b>

bureauwerk. Tabel 5.12 geeft voor de verschillende groepen hulpverleners de mate waarin van bij- en nascholingscursussen zijn of worden gevolgd.

De Almeerse huisartsen hebben significant vaker bij- en nascholingscursussen gevolgd dan de huisartsen in de landelijke vergelijkingsgroep (63% versus 41%). Voor wat betreft de wijkverpleegkundigen zijn er geen verschillen tussen de Almeerse wijkverpleegkundigen en hun collega's in den lande. Waarschijnlijk is de verwachting toch niet helemaal reëel. De organisatie (EVA) die zorg moet dragen voor bij- en nascholing is nog erg jong; bovendien werken alle wijkverpleegkundigen all-round en niet alleen op het consultatiebureau. In vergelijking tot de groep huisartsen, valt op dat wijkverpleegkundigen zowel in Almere als in de rest van Nederland vaker na- en bijscholing volgen dan de beide groepen huisartsen. Via deze cursussen lijkt men de aandacht die het consultatiebureau in de reguliere opleidingen tekort komt, te compenseren. Overigens achten wijkverpleegkundigen bij- en nascholingscursussen bij voorkeur ieder jaar of om de twee jaar gewenst; huisartsen zijn in deze wat terughoudender en verdelen hun meningen over jaarlijks, iedere twee jaar en iedere vijf jaar.

Als afsluiting van de vragen over bij- en nascholing is gevraagd naar de cursussen die men voor het CB-werk gewenst acht en die men zou willen volgen. In totaal worden door de Almeerse huisartsen en wijkverpleegkundigen ruim 20 cursussen genoemd. Cursussen die door huisartsen drie keer of meer worden genoemd, betreffen: paedagogie (zeven keer genoemd), psycho-motorische problematiek (zeven keer genoemd), orthopedie + bewegingsapparaat (zeven keer genoemd), screening (vier keer genoemd), VTO-cursus (drie keer genoemd) en cursussen in relatie tot het gezichtsvermogen (drie keer genoemd). Een of twee keer genoemd worden cursussen betreffende mishandeling, epidemiologie, allergie, gespreksvoering, voorlichting of preventie, opvoeding, spraak- en taalcursussen en een cursus over luchtweginfecties. Verder worden algemene en nieuwe ontwikkelingen als onderwerp genoemd (vier keer) voor bij- en nascholing.

Veel genoemde cursussen, genoemd door wijkverpleegkundigen, betreffen nieuwe ontwikkelingen (12 keer genoemd), paedagogie (16 keer genoemd), mishandeling (vier keer genoemd), psycho-motorische problematiek (drie keer genoemd), allergie (drie keer genoemd) en voorlichting/preventie (drie keer genoemd). Eén of twee keer genoemd worden cursussen op het terrein van werkbegeleiding, slaapproblemen, epidemiologie, voeding, opvoeding en dermatologie.

Evenals bij de paragrafen over de praktijkorganisatie, de taakverdeling en de communicatie, hebben de Almeerse huisartsen en wijkverpleegkundigen via een rapportcijfer gegeven voor de mate waarin scholing en nascholing zijn afgestemd op het consultatiebureauwerk. Deze rapportcijfers zijn voor beide groepen opvallend laag. Het rekenkundig gemiddelde van de 27 huisartsen die hun oordeel via zo'n rapportcijfer samenvatten, komt uit op een 5.8; acht huisartsen achten de scholing en nascholing onvoldoende, terwijl 11 artsen op het cijfer zes uitkomen. Bij de 27 wijkverpleegkundigen, die via een rapportcijfer hun mening over scholing- en nascholing samenvatten, is het rekenkundig gemiddelde een wel erg magere 5.4. Twaalf wijkverpleegkundigen komen op een onvoldoende uit; acht leden van deze beroepsgroep achten opleiding en (na)scholing met een zes net voldoende. Lage cijfers, waar we in het gezondheidszorgonderzoek gewend zijn aan achten en negens; cijfers die laten zien dat op het terrein van de scholing en nascholing via cursussen mogelijkheden liggen om huisartsen en wijkverpleegkundigen beter toe te rusten met kwaliteiten die een goede uitvoering van het consultatiebureau eerder bereikbaar maken.

### **5.3.2. Verwijzingen en cursussen aan ouders**

Een kwalitatief goede zorg bij de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters zou gericht moeten zijn op het vroegtijdig opsporen en behandelen van afwijkingen. Door in de eerste levensjaren extra aandacht te besteden aan preventieve en signalerende activiteiten, zouden verwijzingen op latere leeftijd (en vaak met ernstiger consequenties) kunnen worden voorkomen. Meer nadruk op VTO-activiteiten zal al snel met zich meebrengen dat meer kinderen worden doorverwezen naar andere disciplines.

Op de aantallen verwijzingen zal in dit rapport niet verder worden ingegaan; wel op de kennisoverdracht via huisbezoeken en cursussen. Hypothes K3 voorspelt in Almere meer huisbezoeken dan elders in het land het geval is.

In Almere leggen vrijwel alle wijkverpleegkundigen een standaard-huisbezoek af bij elke pasgeborene. Zowel arts als wijkverpleegkundige vinden ook dat een standaard huisbezoek deel uit hoort te maken van het CB voor zuigelingen. Er is wat dit betreft geen verschil tussen Almere en de landelijke situatie. Hypothese K3 kan worden verworpen.

Het aantal keren dat een pasgeborene thuis wordt bezocht varieert. Van de 26 wijkverpleegkundigen die op deze vraag een antwoord hebben gegeven, beperken 12 dit tot één bezoek zeven dagen na de bevalling.



Door 11 wijkverpleegkundigen wordt twee- of driemaal een bezoek afgelegd, terwijl drie hulpverleners in de fase na de geboorte eenmaal per week moeder en pasgeboren kind bezoeken.

Het JGZ (1987) acht het wenselijk dat na het eerste huisbezoek ( $\pm$  zeven dagen na de bevalling) tot aan het eerste CB-bezoek standaard zuigelingenhuisbezoeken in een frequentie van één per twee weken worden gebracht. Ervan uitgaande dat eerste CB-bezoek plaatsvindt als het kind vier à vijf weken oud is, zou dit ongeveer één à twee keer huisbezoek voorafgaand aan het eerste CB-bezoek betekenen. Geconstateerd kan worden dat deze bezoekfrequentie in Almere niet altijd gehaald wordt. Hierbij moet worden opgemerkt dat standaard huisbezoeken natuurlijk geen garantie zijn voor kwaliteit. De kwaliteit van de zorg wordt vooral bevorderd wanneer huisbezoek wordt afgelegd op het moment dat daar behoefte aan is. Vrijwel alle wijkverpleegkundigen geven aan dit te doen; meestal op verzoek van de ouders, soms ook op eigen initiatief bij problemen of de aanwezigheid van risicofactoren. Standaard kleuterhuisbezoeken worden in veel mindere mate afgelegd. Artsen en wijkverpleegkundigen zijn het er ook over eens dat kleuterhuisbezoeken niet standaard hoeven te worden afgelegd, maar dat er voor een dergelijk huisbezoek een indicatie dient te bestaan. Vier wijkverpleegkundigen leggen standaard kleuterhuisbezoeken af ter vervanging van bezoek aan het kleuter CB als het kind drie tot vier jaar oud is. Twee wijkverpleegkundigen leggen standaard kleuterhuisbezoek af voor het afnemen van het van Wiechen-onderzoek als het kind vier jaar oud is. Wel gaan veel (16) wijkverpleegkundigen op huisbezoek bij indicatie. In totaal zeggen maar vier wijkverpleegkundigen in het geheel geen kleuterhuisbezoeken af te leggen.

De vierde en laatste kwaliteitshypothese betreft de betrokkenheid van de wijkverpleegkundigen bij het organiseren en (bege)leiden van cursussen voor ouders. Via dergelijke bijeenkomsten kan de betrokkenheid van de ouders bij het CB-werk worden vergroot, terwijl de wijkverpleegkundige meer achtergrondgegevens kan krijgen over ouders, kinderen en de omstandigheden waaronder een ieder leeft. Door cursussen te geven aan ouders, wordt men zelf als het ware gedwongen op de hoogte te blijven van hetgeen op het terrein van het consultatiebureau gebeurt. Hierdoor kan de kwaliteit van het CB-werk hoger worden. Hypothese K4 voorspelt dat in Almere, in vergelijking tot consultatiebureaus elders in het land, door meer wijkverpleegkundigen cursussen voor ouders van zuigelingen en kleuters worden gegeven die samenhangen met het consultatiebureau.

Tabel 5.13 laat de aantallen wijkverpleegkundigen zien en de aard van

de cursussen die door hen worden gegeven in het kader van het consultatiebureau.

Tabel 5.13.: aantallen wijkverpleegkundigen en de door hen gegeven cursussen in Almere en Nederland

organiseert:	Almere		Nederland	
	ja*	nee	ja*	nee
cursus/gespreksgroep voor aanstaande ouders	<u>15</u>	9	32	36
cursus/gespreksgroep voor van zuigelingen	<u>8</u>	17	10	40
cursus/gespreksgroep voor ouders van kleuters	7	16	48	29

\* onderstreept is significant op  $p < .05$

In Almere worden door de wijkverpleegkundigen meer cursussen en/of gespreksgroepen voor aanstaande ouders en ouders van zuigelingen georganiseerd; wat betreft de activiteiten voor ouders van kleuters blijft Almere achter bij de rest van Nederland. Worden cursussen of gespreksgroepen georganiseerd, dan vinden deze in de regel één à twee maal per jaar plaats. De cursussen voor aanstaande ouders beperken zich tot een of twee bijeenkomsten; bij de cursussen voor ouders van zuigelingen en kleuters gaat het meestal om vijf à zes bijeenkomsten. In Almere ligt het aantal deelnemende ouderparen per cursus rond de acht per cursus. Alleen bij de cursussen gericht op ouders van kleuters wordt landelijk een wat hoger gemiddelde gehaald.

De activiteiten die door de verpleegkundigen bij de cursussen worden ontwikkeld, kunnen variëren van het leiden van de betreffende cursus of groep tot het 'passief' aanwezig zijn bij de bijeenkomsten. Een overzicht van de activiteiten voor degenen die hebben aangegeven dat zij cursussen geven, geeft tabel 5.14.

In Almere lijkt de mate waarin verschillende activiteiten worden ontplooid groter dan bij de landelijke vergelijkingsgroep. Meer activiteiten zijn in een persoon verenigd; de activiteiten hebben vaker betrekking op zaken als voorbereiding en het leiden van de groepen.

Tabel 5.14.: activiteiten verricht door wijkverpleegkundigen in het kader van cursussen of gespreksgroepen, in aantallen\*

	Almere			Nederland		
	a.s. ouders	zuigelingen	kleuters	a.s. ouders	zuigelingen	kleuters
voorbereiding cursus/groep	<u>10</u>	<u>8</u>	<u>7</u>	17	4	28
leiden van cursus/groep	<u>9</u>	<u>8</u>	<u>6</u>	13	4	14
evaluatie cursus/groep	5	<u>5</u>	<u>6</u>	10	2	18
'enkel' aanwezigheid	2	0	0	2	1	9
N	15	8	7	32	10	48

\* significant op  $p < .05$

Op grond van de tabellen 5.13 en 5.14 mag worden geconcludeerd dat hypothese K4 voorlopig moet worden verworpen voor de aantallen wijkverpleegkundigen die cursussen of gespreksgroepen voor kleuters organiseren. Wat betreft de overige cursussen en activiteiten kan hypothese K4 vooralsnog worden aanvaard.

### 5.3.3. Attitudes ten opzichte van het CB-werk

Via de opleiding en scholingen worden als het ware de basisvaardigheden aangereikt, die een kwalitatief goede uitvoering van het consultatiebureau door huisartsen en wijkverpleegkundigen mogelijk maken. Of deze kwaliteiten ook daadwerkelijk in het dagelijkse consultatiebureau worden aangewend, zal voor een belangrijk deel afhangen van de motivatie van de hulpverleners ten opzichte van de jeugdgezondheidszorg in het algemeen en het CB-werk in het bijzonder. Om deze attitudes op het spoor te komen, zijn aan huisartsen en wijkverpleegkundigen een aantal stellingen voorgelegd over de betrokkenheid bij deze taak van de gezondheidszorg. Stellingen en antwoorden staan weergegeven in tabel 5.15.

Voor drie van de vijf stellingen uit tabel 5.15 ontbreken de landelijke cijfers voor een mogelijke vergelijking. Bij de stelling 'voor ouders is de begeleiding die hen via het CB wordt gegeven onmisbaar' wijkt bij de huisartsen de landelijke groep niet of nauwelijks af van

de Almeerse huisartsen; bij de wijkverpleegkundigen schatten de Almeerse hulpverleners de onmisbaarheid van het CB wat lager in. Dezelfde conclusie kan in grote lijnen getrokken worden voor de stelling over de preventieve denkwijze van de huisarts, zij het dat de Almeerse wijkverpleegkundigen bij deze uitspraak wat meer vertrouwen hebben in de huisarts dan de landelijke vergelijkingsgroep. Voor beide aangehaalde stellingen geldt dat de ontbrekende meningen vallen in de categorie 'deels mee eens, deels mee oneens'.

De stelling over de noodzaak om in de jeugdgezondheidszorg geïnteresseerd te zijn als voorwaarde voor een goede vervulling van het CB wordt door tweederde van de huisartsen onderschreven en door bijna de volledige groep wijkverpleegkundigen. Gevraagd naar de eigen interesse in het CB-werk, antwoorden tien huisartsen en acht wijkverpleegkundigen dat deze bij hen niet of eigenlijk niet aanwezig is.

Tabel 5.15.: houdingen van huisartsen en wijkverpleegkundigen in Almere ten opzichte van de Jeugdgezondheidszorg en het CB-werk, in aantallen

stellingen	huisartsen		wijkverpl.	
	eens	oneens	eens	oneens
- interesse in het vakgebied sociale geneeskunde met speciale aandacht voor JGZ is noodzakelijk voor een goede vervulling van het CB	20	10	25	3
- jeugdgezondheidszorg in het bijzonder het CB behoren tot de werkzaamheden waar ik mij erg voor interesseer	19	10	20	8
- voor ouders is de begeleiding, die hen via het CB wordt gegeven, onmisbaar	6	6	2	7
- het is voor een huisarts moeilijk zich een preventieve denkwijze eigen te maken voor het CB-werk	2	27	6	17
- CB-werk in zijn huidige situatie is een activiteit die relatief veel energie kost en relatie weinig oplevert	13	18	10	17

Over de opbrengst van het CB-werk tenslotte is niet iedereen even tevreden. Ruim 40% van de huisarten en bijna 40% van de wijkverpleegkundigen ziet het consultatiebureau vooral als een activiteit die relatief veel energie kost en weinig opbrengt.

#### 5.4. Conclusies met betrekking tot samenhang

In paragraaf 5.2 zijn zeven hypothesen opgesteld die met elkaar gemeen hebben dat zij allen betrekking hebben op het begrip 'samenhangende zorg' in relatie tot de consultatiebureaufunctie. De in de hypothesen genoemde variabelen vormen als het ware de indicatoren waarmee kan worden gemeten of in Almere sprake is van meer samenhang in de zorgverlening via de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters; meer samenhang in vergelijking tot landelijke consultatiebureaus, waarin wordt samengewerkt door huisartsen en wijkverpleegkundigen via het 'nieuwe stijl' concept. Wij willen hier onze bevindingen kort herhalen.

Met betrekking tot de taakverdeling zoals die op de Almeerse consultatiebureaus wordt gehanteerd, kan worden vastgesteld dat in zijn algemeenheid wat meer activiteiten worden uitgevoerd die tot de taken van het CB worden gerekend. Het betreft hier met name de meer instrumentele taken, zoals het uitvoeren van de Ewing-test en het testen van het gezichtsvermogen. In dit opzicht wordt in Almere een meer complete zorg geleverd. In zijn algemeenheid is in Almere geen sprake van een meer uniforme taakverdeling bij de verschillende groepen hulpverleners of van het meer afgestemd zijn van de huidige taakverdeling en de gewenste taakverdeling. Alleen binnen de groep huisartsen in Almere is de uniformiteit inzake de huidige taakverdeling groter dan landelijk het geval is. Ook in de mate van overeenstemming tussen de huidige taakverdeling en de gewenste taakverdeling zijn geen opvallende verschillen te zien met landelijke gegevens. Huidige en gewenste situatie zijn in Almere niet meer dan elders op elkaar afgestemd. Taken waarover huisartsen en wijkverpleegkundigen verschillend denken, liggen met name op het vlak van de inentingen en het testen van het gezichtsvermogen. Binnen de Almeerse CBs lijken wat meer taken te zijn overgedragen van huisarts naar wijkverpleegkundige. Taken en taakverdeling op de Almeerse consultatiebureaus worden zowel door huisartsen als wijkverpleegkundigen gewaardeerd met een ruime zeven als rapportcijfer.

Een tweede aspect van samenhang in de gezondheidszorg betreft de mate waarin contacten worden onderhouden met andere disciplines. Deze

contacten kunnen zowel schriftelijk (terugrapportages) als mondeling plaatsvinden, waarbij we in het laatste geval gestructureerd en incidenteel overleg kunnen onderscheiden. Terugrapportages vinden bij de Almeerse consultatiebureaus niet vaker plaats dan landelijk het geval is; vindt terugrapportage plaats, dan loopt dit in de regel via de huisarts. De Almeerse wijkverpleegkundigen ontvangen relatief erg weinig terugrapportages van medisch specialisten en relatief veel van het maatschappelijk werk. Structureel overleg vindt weinig plaats. Deze conclusie geldt zowel voor huisartsen als wijkverpleegkundigen in en buiten Almere. Is er sprake van structureel overleg, dan geldt dit met name eerstelijnsdisciplines, zoals het maatschappelijk werk en fysiotherapie. Incidenteel overleg lijkt in Almere wat vaker plaats te vinden dan landelijk, zowel bij de huisartsen als bij de wijkverpleegkundigen. Over de kwaliteit van het overleg zijn de Almeerse hulpverleners aanmerkelijk kritischer dan hun collega's elders in het land, met name waar het gaat om overleg met disciplines buiten de eerstelijns.

Of een loondienstverband van alle hulpverleners bij één organisatie dat zich niet beperkt tot alleen de consultatiebureaufunctie in meer of mindere mate leidt tot een geringe sociale afstand dan anders het geval is, kon niet worden vastgesteld. Landelijk vergelijkingsmateriaal ontbreekt. Binnen Almere hebben met name wijkverpleegkundigen hun twijfels over het met elkaar omgaan als elkaars gelijken. Of een loondienstverband via een constructie, zoals gekozen in Almere, resulteert in meer gestructureerd overleg binnen het CB-team, kan om een andere reden niet worden vastgesteld. Zowel in Almere als in de rest van Nederland ontbreken voorbesprekingen bij het consultatiebureau bijna volledig en vinden bijna altijd nabesprekingen plaats. Over de kwaliteit van de samenwerking zijn de Almeerse huisartsen wat meer tevreden dan de huisartsen in de vergelijkingsgroep en dan de wijkverpleegkundigen.

Tenslotte is stilgestaan bij de continuïteit van zorg. Er kan worden vastgesteld dat vanuit de Almeerse consultatiebureaus een wat actiever beleid wordt gevoerd om ouders tot bezoek aan het consultatiebureau te bewegen.

## 5.5. Conclusies met betrekking tot de kwaliteit

Paragraaf 5.3 bevat vier hypothesen die betrekking hebben op de kwaliteit van de zorg zoals die vanuit de Almeerse consultatiebureaus kan worden verleend. Daarnaast is in de vorm van een toegift gekeken

naar de attitudes van de Almeerse hulpverleners ten opzichte van het CB-werk.

Voor wat betreft de huisartsen moet de hypothese, dat de Almeerse CB-artsen een meer op het CB-werk toegesneden opleiding hebben gevolgd, als bevestigd worden beschouwd. Bij de wijkverpleegkundigen zijn geen verschillen met de landelijke situatie te constateren. Dezelfde conclusie geldt ten aanzien van de bij- en nascholingscursussen die zijn of worden gevolgd. Overigens zijn zowel de Almeerse huisartsen als de Almeerse wijkverpleegkundigen uiterst sceptisch als het gaat om het op elkaar afgestemd zijn van opleiding en consultatiebureauwerk. Een groot aantal suggesties voor nuttige cursussen zijn de vertaling van de rapportcijfers die tussen de vijf en de zes liggen.

Waar het gaat om de cursussen die door wijkverpleegkundigen worden georganiseerd voor ouders en aanstaande ouders, kan worden vastgesteld, dat - met uitzondering van de cursussen voor ouders van kleuters - in Almere een actiever beleid wordt gevoerd dan landelijk het geval is. Meer wijkverpleegkundigen houden zich met aspecten van dit soort cursussen bezig. Het is jammer dat de aantallen ouders die aan deze cursussen of groepsbijeenkomsten deelnemen, niet uitkomen boven de landelijke cijfers.

## 6. OUDERS OVER HET ALMEERSE CONSULTATIEBUREAU

### 6.1. Inleiding

Een samenhangende kwalitatief goede zorg, afgestemd op de behoefte van de bevolking zou het resultaat moeten zijn van een volgens het Almeerse model opgezette gezondheidszorg. Indien dit het geval is, zou de gebruiker van gezondheidszorgvoorzieningen daar iets van moeten merken. Het ligt dan ook voor de hand om bij een evaluatie van het functioneren van het Almeerse consultatiebureau het oordeel van de ouders te betrekken. Dit is gedaan door middel van een schriftelijke enquête onder een steekproef van ouders van kinderen en ouders van zuigelingen (zie voor een responsverantwoording hoofdstuk vier). De hypothesen, zoals die geformuleerd zijn in hoofdstuk drie, zullen in dit hoofdstuk worden getoetst voor zover dat mogelijk is op basis van een vergelijking van de uitkomsten van de ouder-enquête in Almere en een landelijk gehouden enquête onder ouders. Voor het grootste deel betekent dat het toetsen van de hypothesen ten aanzien van de onderzoeksvraag of het Almeerse CB beter afgestemd is op de behoefte van de bevolking dan dat elders in het land het geval is (zie figuur 3.3a). Toetsing van de hypothesen met betrekking tot de kwaliteit en de samenhang heeft grotendeels in het voorgaande hoofdstuk plaatsgevonden.

Vooraf moet worden opgemerkt dat in dit hoofdstuk de behoefte aan zorg is geoperationaliseerd als de subjectieve behoefte aan zorg ('demand'). Deze kan natuurlijk sterk afwijken van de zorg die uit 'objectief' oogpunt noodzakelijk, danwel voldoende is ('need'). Aan de ene kant zullen consumenten waarschijnlijk niet snel zeggen dat zij teveel zorg, aandacht, informatie etcetera zullen krijgen. Bekend in dit verband is de uitspraak dat voor de patiënt alleen het beste goed genoeg is. Dat betekent dat als alleen wordt gekeken naar de subjectieve behoefte, een onderschatting wordt verkregen van de uit objectief oogpunt teveel verleende zorg. Aan de andere kant moet worden verwacht dat de consument beter in staat mag worden geacht te oordelen in hoeverre men te weinig zorg/aandacht etcetera ontvangt. Hoewel ook hier moet worden gesteld dat ouders vaak niet weten welke zorg zij in een bepaalde situatie hadden kunnen, c.q. moeten krijgen. Met deze kanttekeningen in het achterhoofd moet dit hoofdstuk worden gelezen.

Steeds worden in dit hoofdstuk consultatiebureaus in Almere vergele-



ken met consultatiebureaus elders in het land. Met elders in het land wordt hier bedoeld vergelijkbare opgezette consultatiebureaus elders in Nederland. Vergelijkbaar opgezet betekent:

1. dat het consultatiebureau wordt gedaan door de eigen huisarts;
2. dat het een consultatiebureau 'nieuwe stijl' betreft.

Uit het landelijke onderzoek (Vorst-Thijssen, 1987) blijkt dat ouders tevredener zijn als zij een consultatiebureau met hun eigen huisarts bezoeken. Aan de andere kant oordeelt men over het algemeen positiever over bureaus 'oude stijl' dan over bureaus 'nieuwe stijl'. Men zegt meer vertrouwen te hebben in de arts dan in de wijkverpleegkundige. De voorkeur voor 'oude stijl' is sterker in gevallen waar de huisarts consultatiebureau doet dan in gevallen waar een aparte consultatiebureau-arts functioneert.

Het hoofdstuk is als volgt opgebouwd. Eerst wordt ingegaan op de vraag in hoeverre men gebruik maakt van het consultatiebureau (paragraaf 6.2). Vervolgens komen de ervaringen van consumenten met de wijze waarop het consultatiebureau is georganiseerd aan de orde (paragraaf 6.3). De inhoud van de verleende zorg wordt behandeld in paragraaf 6.4, onderscheiden naar enerzijds informatie-overdracht en anderzijds continuïteit van de hulpverlening. De consumentenoordelen over de taakverdeling tussen huisarts en wijkverpleegkundige is het onderwerp van paragraaf 6.5 en wordt gevolgd door een paragraaf over de tevredenheid van de consument met het contact met de hulpverlener. Tenslotte worden de resultaten van het hoofdstuk nog eens op een rijtje gezet en teruggekoppeld naar de onderzoeksvragen.

## **6.2. Bezoek aan het consultatiebureau**

Doordat men in Almere het consultatiebureau in de eigen wijk bezoekt, is het CB goed bereikbaar voor de consument. Verondersteld is (hypothese B1 en B2) dat van die goede bereikbaarheid positieve effecten op de participatie en de bezoekfrequentie uitgaan (figuur 3.3a). Van de 654 respondenten hebben er 611 een of meerdere keren gebruik gemaakt van het consultatiebureau. Deze participanten zijn gelijkelijk over het zuigelingen- en peuterbureau verdeeld (respectievelijk 301 en 310).

De 43 overige respondenten vallen in vier groepen uiteen:

- 22 ouders hadden niet ingevuld of zij al dan niet gebruik hadden gemaakt van het consultatiebureau;
- negen ouders wachtten nog op een oproep van het kleuterbureau;
- de ouders van zes kinderen gaven aan dat het kind elders onder

controle was;

- vijf ouders hadden om andere redenen (nog) geen gebruik gemaakt van het consultatiebureau.

Van de laatstgenoemde vijf ouders hebben vier geen reden opgegeven waarom zij het CB (nog) niet hadden bezocht. Eén respondent gaf te kennen het consultatiebureau onnodig te achten. Deze cijfers zijn vergelijkbaar met de landelijke gegevens. Hypothese B1 dat in Almere de participatie hoger is, wordt dus verworpen. Opgemerkt dient hierbij dat de participatie overal in het land hoog is: 97 à 98% (NK, 1987).

Hebben ouders meerdere kinderen, dan geldt dat ook deze naar een zuigelingen of peuter CB zijn geweest. Meestal (84%) betrof dit een CB in Almere; de resterende kinderen waren, op twee na, elders onder controle.

De analyses in dit hoofdstuk zijn uitgevoerd op de 611 respondenten die minimaal één keer gebruik hebben gemaakt van het consultatiebureau.

Dat er belangrijke verschillen optreden in de bezoekfrequentie aan het zuigelingenbureau blijkt uit tabel 6.1. In Almere ligt de bezoekfrequentie duidelijk lager dan landelijk. Zowel in Almere als landelijk bezoeken alle zuigelingen binnen twee maanden het CB. Zo'n 14% van de landelijke steekproef bezoekt het zuigelingenbureau meer dan drie keer. Ook over zes maanden en een jaar is de bezoekfrequentie landelijk aanzienlijk groter dan in Almere.

Tabel 6.1.: bezoekfrequentie aan het zuigelingenbureau in Almere (n=265) en landelijk (n=417) naar aantal maanden na de geboorte, in procenten

	na 2 maanden		na 6 maanden		na 1 jaar	
	Almere	Nederland	Almere	Nederland	Almere	Nederland
1 - 3 keer	100	86	45	3	3	0
4 - 6 keer	0	14	37	66	38	22
7 - 9 keer	0	0	12	31	34	38
10 - 12 keer	0	0	6	0	26	41
totaal	100	100	100	100	100	100

In het eerste levensjaar bezoekt ruim 40% van de Almeerse zuigelingen het CB tegen landelijk ruim 20%. De hypothese dat de bezoekfrequentie in Almere hoger is dan in Nederland wordt dus eveneens verworpen. De bezoekfrequentie is in Almere zelfs duidelijk lager. Het is mogelijk dat de vraag met betrekking tot de bezoekfrequentie niet duidelijk genoeg geformuleerd was. In ieder geval hoeft een hoge bezoekfrequentie geen kenmerk te zijn van een goed afgestemde zorg. Resumerend bezoeken vrijwel alle Almeerse zuigelingen en peuters het consultatiebureau. De non-participatie is, evenals landelijk trouwens, minimaal. Bezoekredenen hebben vooral te maken met de somatische aspecten van het CB-werk. De (kleine) verschillen tussen Almere en landelijk lijken te wijzen op een iets zelfstandiger houding van de Almeerse consument. Opvallend is de uitkomst dat de bezoekfrequentie in Almere aanmerkelijk lager ligt dan landelijk, ondanks het feit dat in Almere geen andere criteria gelden dan landelijk. Beide hypothesen (hogere participatie en lagere bezoekfrequentie) worden verworpen. Eén positief puntje kan worden gemeld ten aanzien van de bereikbaarheid van het Almeerse CB. Men neemt significant vaker de goede bereikbaarheid als reden om het CB te bezoeken. Verder moet worden opgemerkt dat de participatie landelijk al zo hoog is dat het nauwelijks hoger kan.

### **6.3. Organisatie van het consultatiebureau**

Zorg naar behoefte vereist een goede organisatie van het consultatiebureau. De zorg zou zodanig moeten zijn georganiseerd, dat deze beschikbaar is op het moment dat men deze nodig heeft. Concreet betekent dat een goed functionerend afspraaksysteem, aanvaardbare wachttijden en huisbezoeken voor zover die aansluiten bij de behoefte van de consument. De hypothesen luiden dat in Almere meer dan elders in het land positief wordt geoordeeld over het afspraaksysteem (hypothese B3) en de wachttijden (hypothese B4) en tevens sprake is van kortere wachttijden (hypothese B4).

De tevredenheid van de consument met het afspraaksysteem blijkt uit tabel 6.2. Ruim 80% van de Almeerse respondenten was tevreden over het functioneren van het afspraaksysteem; een iets hoger percentage (het verschil is niet statistisch significant). Hypothese B3 dat men in Almere het afspraaksysteem positiever beoordeelt, wordt verworpen. De tevredenheid noemen als positieve punten van het afspraaksysteem in Almere de beperkte benodigde tijd voor het maken van een afspraak en de flexibiliteit en deugdelijkheid van het systeem.

Tabel 6.2.: beoordeling afspraaksysteem

	Almere	Nederland
goed	81	78
matig	17	20
slecht	2	2
totaal %	100	100
totaal abs.	610	338

Ook vond men dat er ruim tijd werd uitgetrokken voor een afspraak. De mensen die het afspraaksysteem als matig kwalificeren, ervaren ofwel dat het moeilijk is afspraken te maken op korte termijn, ofwel dat de spreekuurtijd slecht uitkomt. Daarnaast vinden zij dat onvoldoende tijd wordt uitgetrokken bij een afspraak. Een paar mensen noemen dat het consultatiebureau soms vergeet een oproep te sturen (wellicht heeft dit iets te maken met de geringere bezoekfrequentie). Kortom, voor een belangrijk deel wordt het afspraaksysteem op dezelfde punten zowel positief als negatief beoordeeld, zij het vaker positief.

Het werken met een afspraaksysteem betekent niet dat er in het geheel geen wachttijden zullen bestaan. Spreekuren kunnen uitlopen en het CB zelf is nooit volledig in te plannen, zij het dat wel voor elk kind een vaste hoeveelheid tijd wordt gereserveerd. Een goede beschikbaarheid van de zorg zal zich vertalen in korte wachttijden.

De wachttijden zijn in Almere over het algemeen korter dan landelijk (zie tabel 6.3).

Tabel 6.3.: wachttijd op het consultatiebureau

	Almere	Nederland
kortere dan 15 minuten	76	58
15 à 30 minuten	22	35
30 à 45 minuten	2	5
langer dan 45 minuten	0	2
totaal %	100	100
totaal abs.	618	461

Het percentage dat minder dan een kwartier moet wachten, is statistisch significant ( $p < 0.01$ ) lager in Almere dan landelijk. Hypothese B4 dat de wachttijden in Almere korter zijn, wordt dus bevestigd. Wel moeten ouders op het kleuter CB in Almere langer wachten dan op het zuigelingen CB ( $p < 0.01$ ). In Almere vindt 85% van de respondenten de wachttijd normaal, 13% vindt de wachttijden aan de lange kant en 3% zelfs hinderlijk lang. Het percentage dat de wachttijden aan de lange kant of hinderlijk lang vindt, is statistisch significant lager dan landelijk ( $p < 0.01$ ). Ook hypothese B4, dat het oordeel over de wachttijden in Almere positiever is, wordt dus bevestigd.

Een tweede aspect van de beschikbaarheid van zorg vormen de huisbezoeken. Door huisbezoeken kan het kind in de eigen omgeving worden gezien. Vrijwel alle Almeerse respondenten (98%) kregen huisbezoek van de wijkverpleegkundige. In dit opzicht verschilt Almere niet van de landelijke situatie. Meestal (70%) blijft het overigens beperkt tot één huisbezoek.

Aan alle ouders die het CB bezoeken, is ook gevraagd naar hun mening ten aanzien van huisbezoek van de wijkverpleging. Ofschoon niet kan worden getoetst of bezoekers van de Almeerse CBs in hun oordeel hierover verschillen van bezoekers van CBs elders in het land, willen we toch enige aandacht besteden aan de waardering van de huisbezoeken. De meeste ouders (63%) ervaren huisbezoek van de wijkverpleegkundige als plezierig, 30% neemt hier tegenover een neutrale houding aan. Men vindt het prettig dat de wijkverpleegkundige bij huisbezoek meer tijd beschikbaar heeft voor persoonlijk contact en beschouwt haar als een vertrouwd persoon. Daarnaast ervaart men het huisbezoek als een plezierig middel om kennis te maken met het consultatiebureau. Een andere reden voor een positieve kijk op het huisbezoek, is dat men thuis kan blijven en het voor het kind prettig is in de eigen omgeving te zijn. Een klein percentage (7%) vindt huisbezoek vervelend, voornamelijk omdat het naar hun idee overbodig is. Dit laatste betreft vrijwel uitsluitend ouders die één keer, vlak na de bevalling, huisbezoek krijgen. Ouders die regelmatig huisbezoek krijgen, oordelen bijna allen positief. Op dit punt is geen vergelijking met de landelijke situatie mogelijk.

Resumerend zijn er weinig verschillen qua organisatie van de zorg te constateren tussen Almere en landelijk. Een verschil in het voordeel van Almere is de kortere wachttijd; wachttijden die ook als minder hinderlijk worden ervaren door de consument. De hypothesen op dit punt worden geconfirmeerd. De hypothese dat het afspraakstelsel in Almere beter beoordeeld wordt, is verworpen. Overigens wordt het afspraakstelsel zowel in Almere als landelijk goed gewaardeerd.

#### **6.4. De inhoud van de door het CB geleverde zorg**

Wanneer zorg naar behoefte wordt geleverd, zou dat zich moeten uiten in tevredenheid over de inhoud van de zorg die op het consultatiebureau wordt geboden. Tevredenheid over de inhoud van de zorg is uiteengelegd in enerzijds communicatieve aspecten en anderzijds de continuïteit van de zorg. Bij de communicatieve aspecten gaat het vooral om de tevredenheid over de geboden informatie. Wordt er voldoende, teveel of te weinig informatie geboden over de verschillende onderwerpen. Met continuïteit van zorg wordt hier bedoeld het goed aansluiten van de geboden zorg bij de individuele zorgbehoefte in de tijd. Het gaat er daarbij om dat men met zo weinig mogelijk verschillende hulpverleners te maken heeft en, dat als de zorg wordt overgedragen van de ene hulpverlener naar de andere, de informatie-uitwisseling zodanig is dat er geen dubbel werk of gaten in de hulpverlening ontstaan.

##### **6.4.1. De verstrekte informatie**

Een goede kennisoverdracht is, behalve uit het oogpunt van zorg naar behoefte, ook een belangrijk element van de kwaliteit van de geleverde zorg. Bij voldoende kennisoverdracht kan de consument zelf meer greep houden op het handhaven van de gezondheid en zal hij/zij minder afhankelijk zijn van de medische hulpverlening. In deze paragraaf worden de volgende hypothesen getoetst (zie figuur 3.3a, 3.3b en 3.3c):

- B 5.: Naar het oordeel van de consument wordt in Almere minder teveel/te weinig informatie verstrekt dan in Nederland.
- B 6.: Naar het oordeel van de consument wordt in Almere minder teveel/te weinig aandacht besteed aan diverse aspecten van het CB-werk dan in Nederland.
- B 7.: Naar het oordeel van de consument wordt in Almere minder teveel/te weinig uitleg gegeven dan in Nederland.
- B 8.: Er worden in Almere minder adviezen gegeven die reeds bekend zijn dan in Nederland.
- S 7.: Er worden naar de mening van de consument minder tegenstrijdige adviezen gegeven dan in Nederland.

Het oordeel van de ouders over de hoeveelheid verstrekte informatie op het consultatiebureau blijkt uit tabel 6.4.

Tabel 6.4.: oordeel over de op het consultatiebureau geboden informatie (rijpercentages)

	Almere (n=365)			Nederland (n=612)			signifi- cantie verschil % te weinig
	te veel	vol- doende	te weinig	te veel	vol- doende	te weinig	
veiligheid	1	50	49	1	61	38	**
groei en ont- wikkeling	1	93	6	0	89	11	**
voeding	4	84	12	6	86	8	*
'babykwaaltjes'	1	65	34	1	58	40	*
verzorging kind	0	83	17	0	80	20	n.s.
inentingen	1	93	6	0	90	11	**
opvoeding	1	73	27	2	67	31	n.s.
gehoortest	1	92	7	2	84	15	**
medicijngebruik	0	54	46	0	46	54	**
gemiddeld per- centage	1	76	23	1	73	25	n.s.

\* p<0.05

\*\* p<0.01

Het komt nauwelijks voor dat ouders het gevoel krijgen dat zij met teveel informatie worden overladen, noch in Almere, noch landelijk. Men was landelijk iets vaker van mening dat men te weinig informatie kreeg. Per onderwerp gaf gemiddeld 23% van de Almeerders te kennen te weinig te hebben ontvangen tegen 25% landelijk (het verschil is statistisch niet significant). Het te weinig informatie krijgen, geldt zowel in Almere als landelijk, met name de onderwerpen veiligheid, 'babykwaaltjes', opvoeding en medicijngebruik. Per onderwerp verschilt het oordeel van de Almeerders nogal van dat van de rest van Nederland. In Almere vond men de informatieverstrekking over veiligheid en voeding vaker onvoldoende. Landelijk had men vaker wat meer informatie over groei en ontwikkeling, 'babykwaaltjes', inentingen, gehoortest en medicijngebruik willen hebben. Een interpretatie van deze verschillen is moeilijk te geven. Over de gehele linie bezien, moet hypothese B5 dat in Almere minder teveel/te weinig informatie wordt verstrekt dus worden verworpen. Voor een aantal onderwerpen

wordt hypothese B5 echter wel bevestigd.

Daarnaast is de ouders gevraagd in hoeverre zij vinden dat voldoende aandacht wordt besteed aan diverse aspecten van het CB-werk (tabel 6.5).

Tabel 6.5.: oordeel over de hoeveelheid aandacht voor een aantal aspecten van het CB-werk (rijpercentages)

	Almere (n=617)			Nederland (n=370)			signifi- cantie verschil % te weinig
	te veel	vol- doende	te weinig	te veel	vol- doende	te weinig	
voedingsadviezen	4	86	10	10	86	5	**
medisch onder- zoek	1	90	9	0	88	11	n.s.
ontwikkeling aandacht voor ouders	1	97	3	0	96	4	n.s.
gezinssituatie	1	77	22	1	74	25	n.s.
opvoedkundige adviezen	1	73	26	1	64	35	**
gemiddeld per- centage	2	84	15	3	80	17	n.s.

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.01$

Evenals in de voorgaande tabel vindt men niet snel dat teveel aandacht aan een bepaald aspect wordt besteed. Het percentage dat vindt dat te weinig aandacht aan bepaalde zaken wordt besteed, ligt duidelijk lager dan bij de informatieverstrekking. Meest genoemde aspecten waarvoor men meer aandacht zou willen zien, zijn aandacht voor de ouders, de gezinssituatie en opvoedkundige adviezen. Verschillen tussen Almere en landelijk zijn over het geheel genomen afwezig. Op individuele onderwerpen zijn er wel verschillen, zij het minder dan bij de informatieverstrekking. Bij de inwoners van Almere vindt een (statistisch significant) hoger percentage dat er meer aandacht zou moeten zijn voor voedingsadviezen. De rest van Nederland vindt significant vaker dat er meer aandacht besteed zou moeten worden aan



de gezinssituatie. Hypothese B6, dat in Almere minder teveel/te weinig aandacht wordt besteed, wordt voor alle onderscheiden aspecten verworpen, behalve voor de gezinssituatie.

De vraag in hoeverre uitleg wordt gegeven bij onderzoek van het kind kan voor wat betreft Almere wordt beantwoord aan de hand van tabel 6.6.

Tabel 6.6.: uitleg bij onderzoek van het kind in Almere

	arts		wijkverpleegkundige	
	uitleg wat	uitleg waarom	uitleg wat	uitleg waarom
altijd	30	31	38	39
meestal wel	39	40	49	47
meestal niet	23	20	10	11
nooit	8	10	4	4
totaal %	100	100	100	100
totaal abs.	604	604	574	576

Het blijkt dat wijkverpleegkundigen statistisch significant ( $p < 0.01$ ) vaker uitleg geven dan artsen, zowel over wat er wordt gedaan als over waarom het wordt gedaan. Er is een hoge samenhang tussen de uitleg wat en de uitleg waarom, zowel bij artsen als bij wijkverpleegkundigen (respectievelijk  $r = .80$  en  $r = .88$ ). Helaas is een vergelijking met landelijke cijfers op dit punt niet goed mogelijk. Landelijk is alleen gevraagd of de arts uitleg geeft (antwoordmogelijkheden ja en nee) over het wat en waarom samen van het onderzoek. Deze vraag werd door 69% van de respondenten bevestigend beantwoord. Dit percentage komt sterk in de buurt van de 69 respectievelijk 71% van de Almeerders, die zeggen meestal wel of altijd uitleg te hebben gekregen over het wat en waarom.

Het oordeel over de hoeveelheid geboden uitleg valt ook voor de wijkverpleegkundigen positiever uit dan voor de huisarts (tabel 6.7).

Landelijk is alleen naar het oordeel over de uitleg van de huisarts gevraagd. 13% achtte deze uitleg te weinig, hetgeen significant ( $p < 0.05$ ) een lager percentage is dan in Almere.

Tabel 6.7.: oordeel over de hoeveelheid uitleg door arts en wijkverpleegkundige in Almere

	arts	wijkverpleegkundige
teveel	1	1
voldoende	81	90
te weinig	18	9
totaal %	100	100
totaal abs.	610	610

Almeerse huisartsen leggen dus in de ogen van de ouders relatief vaker te weinig uit dan de wijkverpleegkundigen of huisartsen buiten Almere. Hypothese B7 dat in Almere minder vaak te weinig/teveel wordt uitgelegd dan in Nederland, moet dus worden verworpen, althans voor de huisartsen. Voor de wijkverpleegkundigen is toetsing niet mogelijk.

De grote meerderheid van de respondenten meldt wel eens adviezen te krijgen, die al bekend zijn (tabel 6.8). Ruim 20% zegt zelfs vaak al bekende adviezen te krijgen. In Almere krijgt 11% nooit al bekende adviezen, hetgeen statistisch significant meer is dan landelijk. Hypothese B8, dat in Almere minder bekende adviezen worden gegeven, wordt dus bevestigd.

Tabel 6.8.: mate waarin arts en wijkverpleegkundige adviezen geven die de respondenten al bekend zijn

	Almere	Nederland
vaak	22	24
soms	68	70
nooit	11	6
totaal %	100	100
totaal abs.	606	371

Aangezien bij consultatiebureaus nieuwe stijl de arts en wijkverpleegkundige niet alleen gezamenlijk maar ook apart consult houden, bestaat de mogelijkheid dat de adviezen onderling tegenstrijdig zijn.

Tabel 6.9.: mate waarin de arts en de wijkverpleegkundige onderling strijdige adviezen geven

	Almere	Nederland
regelmatig	2	4
soms	33	32
nooit	64	64
totaal %	100	100
totaal abs.	595	372

Tabel 6.9 laat zien dat bij ongeveer eenderde van de respondenten soms voorkomt. Almere en landelijk verschillen in dit opzicht niet statistisch significant. Hypothese S7 dient op dit punt dus te worden verworpen.

Resumerend kan worden gesteld dat de meeste hypothesen met betrekking tot de informatie-overdracht worden verworpen. Op het Almeerse consultatiebureau wordt behoudens enkele onderwerpen niet minder vaak teveel/te weinig informatie verstrekt, aandacht gegeven, uitgelegd of tegenstrijdige adviezen gegeven. Alleen de hypothese dat in Almere minder reeds bekende adviezen worden gegeven, wordt bevestigd.

#### 6.4.2. Continuïteit van zorg

Continuïteit van zorg wordt door ons omschreven als het goed aansluiten van de geboden zorg bij de individuele zorgbehoefte door de tijd heen. Enerzijds gaat het hierbij om de mate waarin wisselingen optreden in de hulpverleners waarmee men te maken had en anderzijds om een soepele aansluiting indien er sprake is van een wisseling. Een tweetal hypothesen zijn op dit vlak geformuleerd:

K 5.: In Almere heeft men minder met wisselende hulpverleners te maken dan in Nederland.

B 9.: In Almere heeft men vaker een voorkeur voor een CB met de huisarts dan elders in het land.

Hypothese K5 is geformuleerd onder de thema's kwaliteit en samenhang. Hypothese B9 heeft betrekking op het thema zorg naar behoefte.

In de eerste plaats wordt ingegaan op de vraag in hoeverre men steeds met dezelfde hulpverleners te maken heeft. Voor het consultatiebureau gaat het dan om een vaste huisarts en wijkverpleegkundige. Doordat wijkverpleging, huisartspraktijk en consultatiebureau zich in

hetzelfde gebouw bevinden, wordt het enerzijds gemakkelijker om vaste teams te formeren, anderzijds wordt het ook eenvoudiger om een andere huisarts of wijkverpleegkundige uit het gezondheidscentrum te laten invallen.

Tabel 6.10.: teamsamenstelling bij het bezoek aan het consultatiebureau

	percentage
altijd dezelfde arts en wijkverpleegkundige	43
arts dezelfde, wijkverpleegkundige wisselt	25
wijkverpleegkundige dezelfde, arts wisselt	13
zowel arts als wijkverpleegkundige wisselen	19
totaal %	100
totaal abs.	610

Een minderheid van de ouders heeft te maken met een vast team (tabel 6.10). Wel ziet in totaal 68% van de ouders altijd dezelfde arts. In 89% van de gevallen is dit de huisarts. De wijkverpleegkundige wisselt vaker dan de huisarts (in 44% van de gevallen heeft men te maken met wisselende wijkverpleegkundigen).

Over het algemeen is de wijkverpleegkundige die men meestal op het consultatiebureau heeft, ook degene die de huisbezoeken aflegt. De gegevens lenen zich op dit punt niet voor vergelijking met het landelijk onderzoek. Dit is wel mogelijk voor wat betreft continuïteit bij de overgang van het zuigeling- naar het kleuterbureau; 93% van de ouders voor wie de vraag relevant is, houdt dezelfde arts in Almere. Dit is een aanmerkelijk hoger percentage dan elders in het land, waar slechts 29% van de ouders dezelfde arts houdt bij de overgang van zuigeling- naar kleuterbureau. Hypothese B14 kan op dit punt bevestigd worden.

In hoeverre men het feit dat de huisarts ook CB doet waardeert, moge blijken uit tabel 6.11. Bijna 80% geeft er de voorkeur aan om de eigen huisarts op het consultatiebureau te treffen. Zo'n 14% spreekt zich uit voor een aparte consultatiebureau-arts. Landelijk is gevraagd te kiezen tussen huisarts en CB-arts. Van de 373 respondenten sprak 85% zich uit voor een CB met de eigen huisarts. De voorkeur voor de huisarts lijkt landelijk dus iets sterker.

Hypothese B9 dat in Almere men vaker een voorkeur heeft voor huisarts

CB dan elders in het land, moet worden verworpen.

Tabel 6.11.: voorkeur voor soort arts op het consultatiebureau

	percentage Almere
huisarts	78
consultatiebureau-arts	14
andere huisarts gezondheidscentrum	1
vaste arts	1
kinderarts	2
maakt niet uit	5
totaal %	100
totaal abs.	606

De voorkeur voor de huisarts is gebaseerd op de kwaliteit van het contact. Ouders zeggen met de huisarts een goed contact te hebben en vinden het prettig dat de arts op de hoogte is van de situatie thuis (90% van de genoemde redenen). De redenen voor voorkeur voor een consultatiebureau-arts zijn wat diverser: als belangrijkste reden wordt genoemd dat men de consultatiebureau-arts deskundiger vindt (39%). Ook stelt men er prijs op twee meningen te horen; een andere arts biedt weer andere oplossingen (31%). Andere genoemde redenen hebben allen betrekking op persoonlijke zaken als slecht vertrouwen in de eigen arts, meer sympathie voor de CB-arts en dergelijke.

Samenvattend kan worden gesteld dat een afgerond oordeel over de continuïteit van zorg niet kan worden gegeven op basis van deze gegevens omdat vergelijkbare gegevens voor wat betreft verwijzingen ontbreken. Wèl kan worden gesteld dat de consument positief is over het feit dat huisarts en CB-arts dezelfde zijn. Aan de andere kant zijn er toch nog vrij veel teamwisselingen (meer dan de helft van de ouders heeft er mee te maken).

## 6.5. Taakverdeling

Verondersteld wordt, dat op consultatiebureaus nieuwe stijl gewerkt wordt met een duidelijke taakverdeling tussen huisarts en wijkverpleegkundige. Arts en wijkverpleegkundige houden immers niet altijd

samen consult. Een goede taakverdeling is daarom nodig om overlappen en witte plekken te voorkomen. De taakverdeling bij de consultvoering komt aan bod, de vraag in hoeverre men daarvan op de hoogte is, hoe men de taakverdeling waardeert en de gewenste taakverdeling bij een aantal onderwerpen.

De te toetsen hypothesen in deze paragraaf (zie figuur 3.3) zijn:

B10.: De taakverdeling op het CB sluit beter aan bij de behoefte dan in Nederland.

S 8.: Arts en wijkverpleegkundige letten naar het oordeel van de consument minder op dezelfde dingen dan in Nederland.

K 6.: De consument is in Almere beter op de hoogte wie men zal treffen op het CB dan in Nederland.

Hypothese B10 komt voort uit de doelstelling dat in Almere zorg naar behoefte wordt geleverd. Hypothese B15 uit de doelstelling dat samenhangende zorg wordt geleverd en hypothese B16 uit de doelstelling dat zorg van kwaliteit wordt geleverd.

Er blijkt enige variatie in consultvoering op te treden. Verreweg de meest voorkomende vorm is die waarbij soms consult door de wijkverpleegkundige alleen wordt gehouden; het consultatiebureau nieuwe stijl. Tabel 6.12 laat echter zien dat in 19% van de gevallen wordt aangegeven dat arts en wijkverpleegkundige altijd beiden aanwezig zijn. Wanneer hierop wordt doorgevraagd, blijkt dat de helft van de mensen die altijd arts en wijkverpleegkundige samen zien, de arts en wijkverpleegkundige gelijktijdig in dezelfde ruimte spreken. In totaal wordt dus door 10% van de bezoekers van het CB aangegeven dat ze te maken hebben met een CB oude stijl. Meestal (67%) betreft dit ouders van kleuters.

Tabel 6.12.: varianten in consultvoering

	percentage
arts en wijkverpleegkundige altijd aanwezig	19
soms consult door huisarts alleen	3
soms consult door wijkverpleegkundige alleen	69
soms arts, soms wijkverpleegkundige	7
alleen consult door arts	1
totaal %	100
totaal abs.	609

Als de ouders arts en wijkverpleegkundige apart zien op het consultatiebureau, weet 62% van de Almeerse ouders altijd wie men zal treffen (tabel 6.13) en nog eens 28% is meestal daarvan op de hoogte.

Tabel 6.13.: mate waarin men op de hoogte is wie men zal zien bij een afspraak bij CB nieuwe stijl

	Almere	Nederland
altijd	62	46
meestal wel	28	35
meestal niet	7	12
nooit	3	7
totaal %	100	100
totaal abs.	522	364

Landelijk is men aanmerkelijk minder vaak tevoren op de hoogte wie men zal treffen (minder dan de helft is altijd op de hoogte). Hypothese K6 wordt op dit punt dus geconfirmeerd.

Tabel 6.14.: voorkeur voor taakverdeling bij consultvoering

	percentage
zowel arts als wijkverpleegkundige	45
af en toe alleen de arts	9
af en toe alleen de wijkverpleegkundige	16
het maakt niet uit	29
totaal %	100
totaal abs.	609

De voorkeuren voor een taakverdeling bij de consultvoering blijken uit tabel 6.14. Van de ouders die een voorkeur hebben, prefereren de meesten een consult met arts en wijkverpleegkundige samen, dus eigenlijk een consultatiebureau oude stijl. Landelijk is de vraag naar voorkeuren alleen gesteld aan mensen die vroeger op een consultatiebureau oude stijl zijn geweest en nu een consultatiebureau nieuwe stijl prefereren. Daarvan spreekt 58% zich uit voor arts en wijkver-

pleegkundige samen en 43% voor soms alleen een arts of een wijkverpleegkundige (n=40). Deze percentages liggen in dezelfde orde van grootte als de categorie 'het maakt niet uit' bij Almere buiten beschouwing worden gelaten. De voorkeur voor arts en wijkverpleegkundige samen lijkt in Almere dan zelfs nog iets groter. Hypothese B10 kan op dit punt niet worden verworpen of bevestigd. De beoordeling van de taakverdeling lijkt in Almere evenwel niet duidelijk gunstiger dan landelijk. Verreweg de meestgenoemde reden voor een consultatiebureau oude stijl is dat arts en wijkverpleegkundige elkaar aanvullen. De wijkverpleegkundige geeft praktische adviezen en de arts let op medische problemen. Vaak vinden de ouders het zeer belangrijk dat de arts altijd aanwezig is. Zij lijken meer vertrouwen te hebben in de arts en vinden de kennis van de wijkverpleegkundige niet altijd voldoende.

De voorkeur voor een consultatiebureauvorm met af en toe alleen de arts is eveneens gebaseerd op een groter vertrouwen in de arts. De voorkeur voor een consultatiebureauvorm waarbij soms de wijkverpleegkundige alleen consult houdt, komt voort uit de ervaring dat medisch onderzoek niet altijd noodzakelijk is en de kennis van de wijkverpleegkundige toereikend is. Ook hebben sommige ouders een beter contact met de wijkverpleegkundige.

Uit het bestaan van een taakverdeling tussen arts en wijkverpleegkundige zou moeten voortvloeien dat arts en verpleegkundige op verschillende dingen letten. Dat dit soms inderdaad het geval is, kwam al naar voren bij het uitspreken van voorkeuren voor bepaalde CB-vormen. Wanneer er rechtstreeks naar gevraagd wordt, blijkt dat 91% van de ouders zegt dat arts en wijkverpleegkundige op verschillende dingen letten. Landelijk ligt dit percentage op 88%; geen statistisch significant verschil derhalve. Hypothese S8, dat men in Almere meer op verschillende dingen let, dient te worden verworpen.

Resumerend kan worden vastgesteld dat de taakverdeling niet beter lijkt aan te sluiten bij de voorkeur voor de patiënt dan landelijk. Zowel in Almere als landelijk is een sterke voorkeur om de arts en de verpleegkundige samen op het CB te zien. Als arts en verpleegkundige gescheiden consult voeren, dan blijkt dat naar het oordeel van de patiënt in Almere net zo vaak op dezelfde dingen let als landelijk.

## **6.6. Tevredenheid over het contact met de hulpverleners**

De tevredenheid met het functioneren van het Almeerse CB als totaal



komt in deze paragraaf aan de orde. Hypothese B12 luidt dat men in Almere tevredener is dan landelijk.

Van de Almeerse ouders is 72% tevreden over het werk van het consultatiebureau en 12% is zelfs zeer tevreden (tabel 6.15).

Tabel 6.15.: algemene tevredenheid met het werk van het consultatiebureau

	percentage
erg tevreden	12
tevreden	72
niet tevreden, niet ontevreden	13
ontevreden	2
erg ontevreden	1
totaal %	100
totaal abs.	606

Landelijk is dezelfde vraag gesteld, maar zijn iets andere categorieën aangehouden. De uitkomsten wijzen in dezelfde richting; 61% is tevreden en 28% tamelijk tevreden. De percentages ontevreden zijn zowel landelijk als in Almere minimaal. Hypothese B12 kan niet goed worden getoetst. De tevredenheid lijkt in Almere echter niet duidelijk af te wijken van de tevredenheid in den lande.

Toch heeft 29% van de ouders voorstellen tot verbetering. Ideeën, die meerdere malen genoemd worden, zijn: meer tijd per bezoek (18 maal genoemd), meer persoonsgerichte aandacht voor specifieke problemen (26 maal genoemd), eenduidige en serieuze adviezen (14 maal genoemd), een vaste wijkverpleegkundige en een vaste arts (19 maal genoemd), een kinderarts (7 maal genoemd), meer aandacht voor homeopathie en alternatieve voeding (11 maal genoemd) en meer informatie en uitleg (11 maal genoemd).

Gevraagd naar met wie men liever te maken heeft op het consultatiebureau, zegt 69% van de Almeeders geen voorkeur te hebben (tabel 6.16). Dit is statistisch significant meer ( $p < 0.01$ ) dan landelijk. Hypothese B11 dat bezoekers van de Almeerse CBs minder specifieke voorkeur hebben voor één van de hulpverleners dan bezoekers van CBs elders in het land, kan worden bevestigd. Van degenen die wel een voorkeur hebben, hebben de meeste een voorkeur voor de huisarts. In Almere is de relatieve voorkeur voor de huisarts veel minder groot

dan landelijk, terwijl de relatieve voorkeur voor de wijkverpleegkundige statistisch significant groter is ( $p < 0.01$ ). Hierbij moet er rekening mee worden gehouden dat veel ouders nog niet zo lang in Almere wonen, daardoor hun huisarts nog niet zo lang hebben en mogelijk in mindere mate een vertrouwensrelatie hebben opgebouwd.

De redenen voor een bepaalde voorkeur hebben in 37% te maken met het persoonlijk contact (de betreffende persoon ligt me beter, begrijpt me beter, en dergelijke) bij 42% met de deskundigheid van de persoon en bij 13% met een combinatie van beide typen redenen.

Tabel 6.16.: voorkeur voor hulpverlener op het consultatiebureau

	Almere	Nederland
huisarts	18	33
wijkverpleegkundige	13	8
geen voorkeur	69	59
totaal %	100	100
totaal abs.	602	369

## 6.7. Samenvatting en resultaten

In dit hoofdstuk is nagegaan in hoeverre het Almeerse consultatiebureau zorg aanbiedt die naar de mening van de consument aansluit op de behoefte van de bevolking. Als vergelijkingsmaatstaf zijn de resultaten van het landelijke onderzoek van Vorst-Thijssen (1987) gebruikt voor zover die betrekking hadden op hetzelfde type consultatiebureaus als in Almere (bureaus 'nieuwe stijl' met huisarts). De hypothesen die in hoofdstuk drie zijn geformuleerd, werden in dit hoofdstuk getoetst. Om niet teveel in herhalingen te vallen, worden in deze paragraaf alleen de resultaten sec samengevat. Op de hypothesetoetsing wordt in de conclusie ingegaan.

Vrijwel alle Almeerse zuigelingen en peuters blijken het consultatiebureau te bezoeken. In dit opzicht verschilt Almere niet van Nederland. Redenen om een consultatiebureau te bezoeken hebben vooral te maken met somatische aspecten van het CB-werk. De (kleine) verschillen tussen Almere en Nederland qua bezoekredenen lijken te wijzen op een iets zelfstandiger houding van de Almeerse consument. Een in het oog springende uitkomst is dat de bezoekfrequentie in Almere aanmer-

kelijk lager uitkomt dan landelijk, ondanks het feit dat in Almere geen afwijkende procedures gelden bij het oproepen van zuigelingen/peuters.

Qua organisatie van de zorg zijn weinig verschillen tussen Almere en Nederland te constateren. Het afspraakstelsel wordt zowel in Almere als in Nederland over het algemeen als goed bestempeld. Er is wel een verschil in wachttijden in het voordeel van Almere. De Almeerse ouders vonden de wachttijden dan ook minder vaak hinderlijk lang dan Nederlandse ouders. Huisbezoeken worden door 63% van de ouders als plezierig ervaren; 7% vond de huisbezoeken overbodig.

Ongeveer de helft van de ouders is tevoren op de hoogte van het doel en de werkwijze van een consultatiebureau (zowel in Almere als Nederland). Met betrekking tot een aantal onderwerpen vindt gemiddeld ongeveer een kwart van de respondenten dat te weinig informatie werd verstrekt op het consultatiebureau. Dit betrof met name de onderwerpen veiligheid, 'babykwaaltjes', inenting, gehoortest en medicijngebruik. Een zeer gering percentage vindt dat men teveel informatie krijgt. Op deze punten treden geen statistisch significante verschillen tussen Almere en Nederland op. Die zijn er wel op individuele onderwerpen. Almeerders vinden vaker dat te weinig informatie over veiligheid en voeding wordt gegeven. Nederlanders zouden meer willen weten over groei en ontwikkeling, 'babykwaaltjes', inenting, gehoortest en medicijngebruik.

Gemiddeld vindt ruim 80% van de Almeerders en Nederlanders dat voldoende aandacht wordt besteed aan een aantal onderwerpen. Meestgenoemde onderwerpen waar meer aandacht aan zou kunnen worden besteed zijn aandacht voor de ouders en de gezinssituatie. Dit laatste onderwerp werd door de Almeerse ouders significant minder vaak genoemd.

Almeerse huisartsen geven minder vaak uitleg bij het onderzoek van het kind dan Almeerse wijkverpleegkundigen en ook vaker te weinig in de ogen van de Almeerse respondenten. Almeerse huisartsen geven ook significant vaker te weinig uitleg dan Nederlandse huisartsen.

Meer dan 20% van de Almeerse en Nederlandse ouders vinden dat zij vaak reeds bekende adviezen krijgen. Ruim een derde van de Almeerders en de Nederlanders zegt soms met onderling strijdige adviezen te worden geconfronteerd.

Minder dan de helft van de Almeerse respondenten heeft te maken met een vast team bij het bezoek aan het consultatiebureau. De wijkverpleegkundige wisselt vaker dan de huisarts. Wel houdt 93% van de ouders bij de overgang van zuigelingen naar kleuterbureau dezelfde arts. Dit is een aanzienlijk hoger percentage dan ouders in het landelijke onderzoek aangeven.

Dat de huisarts CB doet en daar geen aparte arts voor wordt ingeschakeld heeft de voorkeur van bijna 80% van de Almeerse respondenten. Zo'n 14% geeft de voorkeur aan een aparte consultatiebureau-arts. Landelijk lijkt de voorkeur voor de huisarts zelfs nog iets sterker.

Uit een analyse van de taakverdeling op het CB blijkt dat bij 10% van de respondenten feitelijk niet volgens de 'nieuwe stijl'-principes wordt gewerkt (met name op het kleuterbureau) omdat arts en verpleegkundige altijd samen CB doen. Meestal betreft dit ouders van kleuters. Als arts en verpleegkundige apart werken, blijken de respondenten vaker op de hoogte te zijn wie men op het CB zal zien dan in Nederland. De voorkeur van bijna de helft van de Almeerders gaat overigens uit naar een vorm waarin zowel de arts als de verpleegkundige aanwezig zijn op elk consult, terwijl 29% geen voorkeur heeft. Van de Almeerse respondenten is 84% tevreden tot zeer tevreden over het functioneren van het consultatiebureau terwijl landelijk 89% tamelijke tevreden tot tevreden is. Toch heeft 29% voorstellen advisezen ter verbetering. De meestgenoemde zijn meer tijd per bezoek, meer persoonsgerichte aandacht, meer eenduidige advisezen en een vastere teamsamenstelling.

Meer dan tweederde van de Almeerders heeft geen voorkeur voor de arts of de verpleegkundige. Van degenen met voorkeur prefereren de meesten een arts. De voorkeur voor de arts is in Almere minder sterk dan landelijk en de voorkeur voor de wijkverpleegkundige juist sterker.

## 7. SAMENVATTING EN CONCLUSIE

### 7.1. Samenvatting

In het kader van het evaluatie-onderzoek experiment gezondheidszorg Almere is een onderzoek gedaan naar het functioneren van consultatiebureaus in Almere. Het onderzoek had de volgende doelstellingen:

- een antwoord geven op de vraag in hoeverre het Almeerse zorgmodel een meerwaarde oplevert voor wat betreft het functioneren van het consultatiebureau;
- het verkrijgen van inzicht in de werkzaamheden, die door huisartsen en wijkverpleegkundigen in het kader van het consultatiebureau worden verricht, alsmede in de knelpunten die hierbij optreden.

De eerstgenoemde doelstelling is uitgewerkt door na te gaan in hoeverre de Almeerse consultatiebureaus beter dan vergelijkbaar opgezette consultatiebureaus elders in Nederland functioneren op een aantal criteria die afgeleid zijn uit de projectdoelstellingen samenhang, kwaliteit en zorg naar behoefte. Als referentie is gebruik gemaakt van het onderzoek van Vorst-Thijssen naar het functioneren van een aantal consultatiebureauvarianten in Nederland. De variant 'consultatiebureau nieuwe stijl met huisarts' wordt in Almere gevolgd. Daarom is ook met deze variant uit het landelijke onderzoek vergeleken. Met 'consultatiebureau nieuwe stijl' wordt bedoeld een consultatiebureau waarbij arts en verpleegkundige zelfstandig consulten afhandelt. De bovengenoemde criteria zijn in hoofdstuk drie omgezet in hypothesen van de vorm:

In Almere wordt, in vergelijking tot consultatiebureaus elders in het land, een kwalitatief betere / meer samenhangende / beter op de behoefte afgestemde zorg verleend.

De tweede doelstelling van het onderzoek vraagt om een beschrijving van de werkzaamheden van artsen en verpleegkundigen alsmede een beschrijving van de ervaringen van de consument met het consultatiebureau.

Gegevens voor het onderzoek zijn verzameld door middel van schriftelijke enquêtes onder hulpverleners op consultatiebureaus (artsen en verpleegkundigen) en gebruikers van consultatiebureaus (ouders). Van 59 van de 68 artsen en verpleegkundigen werden bruikbare enquêtes terugontvangen. De respons op de schriftelijke enquête onder consumenten bedraagt bijna 82%.

De resultaten van het onderzoek zijn weergegeven in de hoofdstukken vijf en zes voor wat betreft de grote lijnen. Meer gedetailleerde informatie is terug te vinden in de bijlagen. Om niet in herhalingen te vervallen wordt in dit slothoofdstuk de aandacht beperkt tot de resultaten van de hypothesetoetsing; voor een beschrijving van de werkzaamheden, verwijzen wij gaarne naar de samenvatting van de afzonderlijke hoofdstukken. De resultaten van deze toetsing zullen per thema worden samengevat:

## A. Samenhang

### S 1. In Almere wordt een meer complete zorg geboden.

Deze hypothese is getoetst door voor een aantal werkzaamheden die geacht worden op het consultatiebureau plaats te vinden na te gaan of die in Almere significant vaker worden uitgevoerd. Dit bleek voor de verpleegkundige alleen het geval bij de Ewing-test en bij de arts zowel bij de Ewing-test als het testen van het gezichtsvermogen. Voor de andere werkzaamheden wordt de hypothese verworpen.

### S 2. In Almere verrichten de hulpverleners meer zelfstandige taken en worden minder taken tot de gezamenlijke verantwoordelijkheid gerekend. Huidige en gewenste taakverdeling zullen in Almere beter op elkaar zijn afgestemd.

- Voor zeven van de zeventien taken geldt dat in Almere meer overeenstemming in taakverdeling is binnen de groep huisartsen;
- voor zeven van de zeventien taken geldt dat in Almere meer overeenstemming in taakverdeling is binnen de groep wijkverpleegkundigen, voor vijf taken is het omgekeerde het geval;
- voor zeven van de zeventien taken geldt dat er in Almere meer overeenstemming is in taakverdeling tussen huisartsen en wijkverpleegkundigen, voor twee taken geldt het omgekeerde;
- voor één van de zeventien taken is in Almere meer overeenstemming tussen huidige en gewenste taakverdeling binnen de groep huisartsen, voor twee geldt het omgekeerde;
- voor één van de zeventien taken is in Almere meer overeenstemming tussen de huidige en de gewenste taakverdeling binnen de groep wijkverpleegkundigen, voor acht taken is het andersom;
- voor twee van de zeventien taken geldt dat in Almere meer overeenstemming is tussen de huidige en de gewenste taakverdeling tussen

de huisarts en de wijkverpleegkundige (bij zes taken omgekeerd);  
- in Almere worden niet minder taken tot de gezamenlijke verantwoordelijkheid gerekend.

De hypothese wordt dus grotendeels verworpen. Gezegd kan worden dat in Almere meer sprake is van uniformiteit binnen de huidige taakverdeling. Huidige en gewenste taakverdeling zijn echter niet beter op elkaar afgestemd, noch is sprake van minder tot de gezamenlijke verantwoordelijkheid rekenen van taken.

S 3. In Almere wordt meer structureel overleg gevoerd, zowel met disciplines binnen de eerste lijn als daarbuiten; overleg dat meer naar tevredenheid functioneert van de betrokken hulpverleners.

- In Almere vindt niet meer gestructureerd overleg plaats tussen CB-teams en eerstelijnsdisciplines;

- in Almere vindt niet meer gestructureerd overleg plaats tussen CB-teams en disciplines buiten de eerste lijn.

De hypothese wordt dus verworpen. Opgemerkt moet worden dat gestructureerd overleg nauwelijks voorkomt, noch in Almere, noch landelijk.

S 4. In Almere vindt meer incidenteel overleg en consultatie plaats, zowel met disciplines binnen de eerste lijn als daarbuiten; overleg dat meer naar tevredenheid functioneert van de betrokken hulpverleners.

In Almere vindt inderdaad meer incidenteel overleg plaats, dat echter niet tot meer tevredenheid functioneert van de hulpverleners dan elders. De hypothese wordt dus gedeeltelijk bevestigd en gedeeltelijk verworpen.

S 5. In Almere vindt meer gestructureerd overleg tussen arts en verpleegkundige plaats.

Hypothese verworpen.

S 6. In Almere worden meer activiteiten ontplooid om non-participanten te bereiken

Deze hypothese kan worden bevestigd in die zin dat in Almere inderdaad vaker activiteiten worden ontplooid op dit vlak. In Almere doet men dit echter relatief vaker door middel van een telefonische of schriftelijke herinnering terwijl men landelijk vaker een extra huis-

bezoek aflegt.

**S 7.** Naar de mening van de consument worden in Almere minder strijdige adviezen gegeven.

Hypothese verworpen.

**S 8.** Arts en wijkverpleegkundige letten naar het oordeel van de consument minder op dezelfde dingen.

Hypothese verworpen.

### **Conclusie**

Voor zover uit de gebruikte meetinstrumenten valt op te maken, scoren de Almeerse consultatiebureaus niet duidelijk beter qua samenhang dan landelijk. De meeste hypothesen op dit thema worden verworpen. In een enkel opzicht is sprake van een meer complete zorg en is meer overeenstemming in taken tussen de hulpverleners. Bovendien wordt vaker gepoogd non-participanten te bewegen gebruik te maken van het CB. Op de overige punten is geen meerwaarde van het Almeerse zorgmodel waar te nemen.

### **B. Kwaliteit**

**K 1.** Artsen en verpleegkundigen in Almere hebben een hogere en meer specifiek op het CB toegesneden opleiding.

Deze hypothese wordt bevestigd voor de artsen maar niet voor de verpleegkundigen.

**K 2.** Artsen en verpleegkundigen in Almere volgen meer na- en bijscholingscursussen die betrekking hebben op het CB-werk.

Deze hypothese wordt bevestigd voor de artsen maar niet voor de verpleegkundigen.

**K 3.** In Almere vinden meer huisbezoeken plaats in het kader van het consultatiebureau.

Hypothese verworpen.



**K 4.** In Almere worden meer cursussen gegeven voor ouders van zuigelingen en kleuters op het terrein van het consultatiebureauwerk.

Deze hypothese wordt bevestigd waar het gaat om cursussen voor aanstaande ouders en ouders van zuigelingen, maar verworpen waar het gaat om cursussen voor ouders van kleuters.

**K 5.** In Almere heeft men minder vaak met wisselende hulpverleners te maken dan landelijk.

Vastgesteld kon worden dat men in Almere significant vaker de eigen arts houdt bij de overgang van het zuigelingen- naar het kleuterbureau. Voor wat betreft dit aspect kan de hypothese worden bevestigd. De vraag in hoeverre men verder met wisselende hulpverleners te maken heeft, kon niet worden getoetst.

**K 6.** De consument is in Almere beter op de hoogte wie men zal treffen op het consultatiebureau dan landelijk.

Deze hypothese kan worden bevestigd.

### **Conclusie**

De Almeerse CBs scoren op diverse kwaliteitsaspecten beter dan landelijk. De artsen hebben een hogere en meer op het CB toegesneden opleiding gevolgd en doen meer aan na- en bijscholing. Er worden meer cursussen voor (aanstaande) ouders gegeven, er zijn minder wisselingen van hulpverlener bij de overgang van zuigelingen- naar kleuterbureau en de consument is vaker op de hoogte wie men op het consultatiebureau zal treffen.

### **C. Zorg naar behoefte**

**B 1.** In Almere maken meer kinderen gebruik van het CB.

Hypothese verworpen.

**B 2.** In Almere worden de consultatiebureaus met een hogere frequentie bezocht.

Hypothese verworpen.

**B 3.** In Almere is men meer tevreden over het afsprakensysteem.

Hypothese verworpen.

**B 4.** In Almere is sprake van kortere wachttijden en is het oordeel van de consument over de wachttijden positiever.

Hypothese bevestigd.

**B 5.** In Almere wordt naar het oordeel van de consument minder te veel/te weinig informatie verstrekt.

Bezien over een lijst met items als geheel moet deze hypothese worden verworpen. Voor enkele individuele items kan de hypothese worden bevestigd: informatie over groei en ontwikkeling, babykwaaltjes, inentingen, gehoortest en medicijngebruik.

**B 6.** In Almere wordt naar het oordeel van de consument minder te veel/te weinig aandacht besteed aan een aantal aspecten van het CB-werk.

Deze hypothese kan alleen worden bevestigd voor het aspect 'aandacht voor de gezinssituatie'.

**B 7.** In Almere wordt naar de mening van de consument minder te veel/te weinig uitleg gegeven.

Alleen voor de arts was deze hypothese enigszins toetsbaar. Voor de arts wordt de hypothese verworpen.

**B 8.** In Almere worden minder vaak reeds bekende adviezen gegeven

Hypothese bevestigd.

**B 9.** In Almere is de consument vaker positief over CB door de huisarts.

Hypothese verworpen.

**B10.** In Almere sluit de taakverdeling tussen de hulpverleners beter aan bij de behoeften van de bevolking.

Deze hypothese kan noch bevestigd, noch verworpen worden. De gegevens wijzen het meest in de richting van verwerping.

**B11.** In Almere heeft men een minder uitgesproken voorkeur voor een arts of een verpleegkundige.

Hypothese bevestigd.

**B12.** In Almere is men meer tevreden over het functioneren van het CB dan landelijk.

In de vraagstellingen in de landelijke en de Almeerse enquête zijn niet helemaal dezelfde categorieën aangehouden. Voor zover dat wel het geval is, wordt de hypothese verworpen.

### **Conclusie**

Van de twaalf hypothesen op het gebied van de afstemming van de zorg op de behoefte kunnen er vier zonder meer worden verworpen. Drie hypothesen kunnen worden bevestigd. In Almere zijn kortere wachttijden, dit tot tevredenheid van de patiënt, er worden in Almere minder vaak reeds bekende adviezen gegeven en heeft men een minder uitgesproken voorkeur voor een arts of een wijkverpleegkundige. Een drietal hypothesen konden noch worden bevestigd, noch worden verworpen. De gegevens wijzen echter het meest in de richting van verwerping. De hypothesen met betrekking tot informatieverstrekking en aandacht (niet teveel of te weinig) kunnen voor enkele items worden bevestigd. Over het geheel genomen moeten deze hypothesen worden verworpen.

### **7.2. Conclusie**

De conclusie moet luiden dat over het geheel genomen de meerwaarde van het Almeerse zorgmodel in het functioneren van het consultatiebureau niet zichtbaar duidelijk is. Op een beperkt aantal punten, met name waar het gaat om de kwaliteit van de zorgverlening en de zorg naar behoefte, scoort Almere positiever dan vergelijkbaar opgezette consultatiebureaus elders in het land. Daar staat tegenover dat op sommige punten ook negatiever dan landelijk wordt gescoord (bijvoorbeeld bij de bezoekfrequentie aan het CB). Met name op het terrein van samenhang valt weinig meerwaarde van het Almeerse zorgmodel te ontdekken. Dit moge merkwaardig heten, want juist op dit gebied zou mogen worden verondersteld dat Almere beter scoort dan elders met

hulpverleners in loondienst bij één organisatie.

Bij de uitkomsten zijn wel een paar kanttekeningen te plaatsen.

De eerste is van technische aard. In de eerste plaats wordt erop gewezen dat in dit onderzoek een groot aantal hypothesen statistisch zijn getoetst. Dit betekent dat hypothesen met een zekere waarschijnlijkheid (95% of 99%) worden verworpen dan wel bevestigd. Er is dus ook een kans dat een hypothese ten onrechte wordt verworpen of bevestigd (5% of 1%). Naarmate meer hypothesen worden getoetst, is de kans dus groter dat er hypothesen tussen zitten die onterecht worden verworpen danwel bevestigd.

De tweede kanttekening is van methodologische aard en betreft de causaliteit tussen het Almeerse zorgmodel en het functioneren van het consultatiebureau. Dat in Almere het consultatiebureau niet beter dan elders scoort op de door het PGA geformuleerde doelstellingen kan niet zonder meer in oorzakelijk verband worden gebracht met de werking van het Almeerse zorgmodel. Selectiviteit aan de kant van de hulpverleners en de consumenten kan verstorend werken op de relatie Almeers zorgmodel - functioneren van het consultatiebureau.

De derde kanttekening is van inhoudelijke aard. De vraag kan worden gesteld of het eigenlijk wel te verwachten was of de meerwaarde van het Almeerse zorgmodel zichtbaar te maken zou zijn in het functioneren van het consultatiebureau. Een van de belangrijkste drijfveren achter het experiment gezondheidszorg Almere is de onvrede over de weinig samenhangende eerstelijnszorg in Nederland met aan de ene kant zelfstandig gevestigde hulpverleners en aan de andere kant hulpverleners in loondienst van per discipline georganiseerde organisaties. Juist voor de zorg voor zuigelingen en kleuters gaat dit gebrek aan samenhang in mindere mate op dan voor het overgrote deel van de eerstelijnszorg. Het CB wordt immers vanuit één organisatie geregeld: het kruiswerk. De artsen zijn bij de kruisvereniging in dienst, hetzij vast, hetzij op contractbasis. Rond de zorg voor zuigelingen en kleuters is dus een vorm van functionele samenhang gecreëerd. Al moet daaruit niet worden afgeleid dat er geen knelpunten zijn in het functioneren van het consultatiebureau. Wel kan op grond hiervan het vermoeden worden uitgesproken dat een eventuele meerwaarde op het terrein van samenhang wellicht minder duidelijk zal zijn dan voor andere onderdelen van de eerstelijnszorg.

## LITERATUURLIJST

- AAKSTER, C.W. Eerstelijns samenwerkingservaringen uit het Zoetermeerse. Stichting Gezondheidscentra Zoetermeer.
- JOINT, NHI, NK, S1. Basisinformatie samenwerken eerstelijns. JOINT, NHI, NK, S1, 1983
- BERTELS, M. Kwaliteit in discussie: onderzoek naar de ontwikkeling van participatie in het gezondheidscentrum Holendrecht. Amsterdam: SISO, 1983
- BOERMA, W.G.W., R.T.J. HAMERS. Studies naar samenwerking nr. 6: jeugdgezondheidszorg in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: NHI, 1984
- BOERMA, W.G.W. Werkoverleg van huisartsen in gezondheidscentra en groepspraktijken. Utrecht: NIVEL, 1987
- BOOTS, J., W. VAN ZUTPHEN. Taakopvatting van de huisarts. Medisch Contact; 36, 1981
- BUMA, J.T. De huisarts en de continuïteit in de hulpverlening. Huisarts en Wetenschap; 5, 1983, nr. 7-8, p. 9-10
- CREBOLDER, H.F.J.M. Onderzoekingen rond een gezondheidscentrum: cliënten, cijfers, beschouwingen. Mijdrecht: Verwij, 1977
- DERKSEN, W. Samenwerking bij gezondheidszorg rond jeugdigen II. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 59, 1981, nr. 24, p. 896-898
- DOKTER, H.J., T. VAN DER GRINTEN, A.G. DE JONG. Gezondheid en gezondheidscentra: ervaringen met samenwerkingsverbanden in de eerstelijnsgezondheidszorg. Amsterdam: De Erven Bohn B.V., 1974
- DONABEDIAN, A. Explorations in quality assessment and monitoring. Ann Arbor: Health Administration Press, 1980
- FRANKENBERG, W., H.R. PIJLMAN, D. VAN KREVELS. Samen zorgen. Utrecht: Stuurgroep Samenwerkingsverbanden tussen huisartsen en wijkverpleegsters, 1968
- GRAAT, T. Detachering in gezondheidscentra niet probleemloos. Maatschappelijk Gezondheidszorg, 1981, nr. 6, p. 10-13
- HERNGREEN, W.P., W.J. MEIJER, E.A. SCHLESINGER-WAS, F.J. VEENHOF. Jeugdgezondheidszorg in Nederland. Leiden: NIPG, 1981
- HORN, S. TEN. Continuïteit en kwaliteit van de hulpverlening. Maandblad Geestelijke Volksgezondheid, 1985, p. 1145-1154
- HUYGEN, F.J.A. De rol van de huisarts als gezinsarts. Huisarts en Wetenschap; 1981, nr. 4, p. 130-134
- JACOBS, H.M., R.A. DE MELKER, F.W.M.M. TOUW-OTTEN. Samenwerking tussen huisarts en specialist: over de relatie tussen samenwerking en

- kwaliteit van de hulpverlening. Medisch Contact; 1983, nr. 51 en 52, p. 1599-1601, resp. 1629-1932
- JASPERS, F., J. HAMEL, G. SCHRIJVERS. Artsen in dienstverband. Deventer: Kluwer, 1980
- Koördinatiepunt deskundigheidsbevordering eerstelijnsgezondheidszorg: deskundigheidsbevordering in de eerstelijns; perspectief op een gezamenlijk aanbod. Bunnik: S-1 project, 1983
- KRUISVERENIGING EINDHOVEN. Wijkverpleegkundige en consultatiebureau-arts: een paar tezamen. Eindhoven: Kruisvereniging, 1984
- LANDELIJKE VERENIGING GEZONDHEIDSCENTRA. Kwaliteitskenmerken van een gezondheidscentrum
- LANDELIJKE VERENIGING VAN ARTSEN IN DIENSTVERBAND (LAD). Dienstverband voor huisartsen in het kruiswerk. Medisch Contact; 35, 1980, nr. 11, p. 346-351
- LISDONK, E.H. VAN DE. H.G.M. NIJKRAKE, A.F.M.H. RECEVEUR. De huisarts, ook de huisarts voor zuigelingen en kleuters. Medisch Contact; 36, 1981, nr. 3, p. 73-75
- LISDONK, E.H. VAN DE, I. GIELIS. ABC of minder gesneden koek? Het consultatiebureau ter discussie. Eerstelijns; 6, 1980, nr. 2, p. 48-53
- LOON, P.C.J. VAN. Wijkverpleegkundige ontbeert steun van eigen organisatie bij ontwikkeling beroepsidentiteit. Maatschappelijk Gezondheidszorg; 12, 1984, nr. 4, p. 20-23
- LVG CAHIER. Samenwerken en verwijzen; 1987, nr. 3, p. 6-15
- MAESEN, L.J.G. VAN DER, R. HELSLOOT. De planning en ontwikkeling van de gezondheidszorg in de grootste nieuwe stad Almere. Amsterdam: SISWO, 1986
- MENNEN, M. Inventarisatie basiseenheid 'Deurne-Bakel'. Deurne, 1983
- NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT (NZI). Medische consumptie Almere 1984. Utrecht: NZI, 1986
- NATIONAAL ZIEKENHUIS INSTITUUT (NZI). Klinische consumptie Almere 1986. Utrecht: NZI, 1988
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Uitgangspunten en beleidsaanbevelingen voor de jeugdgezondheidszorg in het kruiswerk. Utrecht: NK, 1978
- NATIONALE KRUISVERENIGING. Inventarisatie continuïteit van verpleegkundige zorg. Bunnik: NK, 1985
- NATIONALE KRUISVERENIGING (NK). Informatiemap consultatiebureauteam. Bunnik: Nationale Kruisvereniging, 1987
- NATIONALE ZIEKENHUISRAAD. Continuïteit van de zorg: aanbevelingen voor het tot stand komen van continuïteit in de verpleegkundige zorg, 1978
- NATRIS-MATHOT, E.W.M. DE. Samenwerking tussen huisartsen en consulta-

- tiebureauteams: suggesties voor een draaiboek. Leiden: NIPG-TNO, 1979
- NEDERLANDSE VERENIGING VOOR JEUGDGEZONDHEIDSZORG. Functie- en taakomschrijving voor een jeugdarts in een jeugdgezondheidszorgteam. Utrecht, 1985
- NEDERLANDS HUISARTSEN INSTITUUT. Interdisciplinaire samenwerking in gezondheidscentra. Utrecht: NHI, 1981
- NOORD, P. VAN, R. ZOUTENDIJK. De ontwikkeling van de gezondheidszorg in de zuidelijke IJsselmeerpolders. Leiden: NIPG-TNO, 1979
- NOTA EERSTELIJNSZORG. Tweede Kamer der Staten Generaal, vergaderjaar 1983-1984
- NUYENS, Y. De eerstelijns is krom: gezondheidszorg tussen onderzoek en beleid. Deventer: Van Loghum Slaterus, 1980
- OPENBAAR LICHAAM ZUIDELIJKE IJSSELMEERPOLDERS ALMERE. Doelstellingen-nota gezondheidszorg en maatschappelijke dienstverlening. Almere: 1983
- PROJECT GEZONDHEIDSZORG ALMERE. Projectplan PGA II. Almere: PGA, 1986  
S-1 project. Model voor samenwerkingsovereenkomsten voor gezondheids centra. Bunnik: 1983
- SIXMA, H. Bewoners over de Almeerse gezondheidszorg. Utrecht: NIVEL, 1986
- SIXMA, H. Contacten en verwijzingen bij de Almeerse huisartsen. Utrecht: NIVEL, 1986
- SIXMA, H. EHBO in Almere. Utrecht: NIVEL, 1987
- SIXMA, H., C. VAN DER VOORT. Situatieschets van Almere. Utrecht: NIVEL/NZI, 1985
- SMIT, N.C. Consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters 'nieuwe stijl'. Tijdschrift voor Sociale Geneeskunde; 48, 1970, nr. 17, p. 558-560
- SNELLEN, I.T.M. Gezondheidszorg en management: beleidsvragen in de gezondheidszorg. Alphen a/d Rijn, SAMSON, 1981
- S.S.W.U. Ervaringen van eerstelijnswerkers met buurtgerichte samenwerking. Utrecht: 1980
- STICHTING KRUISWERK PROVINCIE FLEVOLAND. Jeugdgezondheidszorg in Flevoland: heden en toekomst van een vorm van basisgezondheidszorg vanuit het kruiswerk. Dronten: SKPF, 1987
- VORST-THIJSEN, T.M.L. De zorg voor zuigelingen en kleuters. Utrecht: NIVEL, 1987





## BIJLAGEN



In hoofdstuk vijf zijn een aantal hypothesen getoetst die betrekking hebben op de samenhang en kwaliteit van de Almeerse consultatiebureaus. Teneinde de opbouw van het verhaal niet te verstoren, zijn geen zijpaden bewandeld; zijpaden die niet in de hypothesen zijn terug te vinden, doch die voor de Almeerse situatie wel degelijk belangrijk kunnen zijn. Deze bijlage bevat gedetailleerde informatie over de praktijkvoering en organisatie van de Almeerse consultatiebureaus. Daarnaast zal meer in detail worden ingegaan op de onderlinge taakverdeling bij de Almeerse consultatiebureaus.

### Organisatie van de Almeerse CBs

Voor de EVA is het van belang dat consultatiebureaus op uniforme wijze zijn georganiseerd en een redelijk aantal mensen van de CBs gebruik maakt. Het op één manier georganiseerd zijn, waarbij zo mogelijk wordt gewerkt met op papier vastliggende regels, is vanuit het standpunt van een overkoepelende organisatie te verkiezen boven een situatie waarin duizend bloemen bloeien. Een uniform model is makkelijk stuurbaar, waarbij papieren afspraken houvast bieden. Ook voor gebruikers kan één uniforme organisatie voordelen bieden, met name als men binnen Almere verhuist of om een andere reden van huisarts of gezondheidscentrum wisselt. Voor zowel de bezoekers van het consultatiebureau als de consultatiebureaumedewerkers is het belangrijk dat wordt gewerkt met ervaren krachten; ervaring die niet alleen afhangt van het aantal jaren dat men op een consultatiebureau verbonden is, maar ook groter wordt naarmate meer zuigelingen en kleuters het CB bezoeken.

Uit tabel A.1 blijkt er van uniformiteit in organisatie niet altijd sprake te zijn.

In de meeste gevallen wordt het wijkverpleegkundig CB afgewisseld met team CB. Ook veel voorkomend is het om en om plaatsvinden van huisarts CB en wijkverpleegkundig CB. Andere combinaties worden niet genoemd.

In de CBs nieuwe stijl elders in het land worden door de arts meer consulten alleen gehouden dan in Almere. Landelijk worden door de huisarts gemiddeld ongeveer even veel zelfstandig consulten geleid

als door de wijkverpleegkundige.

Tabel A.1.: organisatievorm van verschillende zittingen van zuigelingen CBs in Almere (meerdere antwoorden mogelijk)

	genoemd
- team-CB: arts en wijkverpleegkundige in zelfde ruimte en worden tegelijk geconsulteerd	49
- team-CB: arts en wijkverpleegkundige in gescheiden ruimten en worden na elkaar geconsulteerd	5
- huisartsen CB met alleen huisarts	9
- verpleegkundig CB met alleen wijkverpleegkundige	47
- groeps-CB met huisarts en wijkverpleegkundige	1
- groeps-CB met alleen wijkverpleegkundige	17
- anders, namelijk kiezen tussen groeps-CB en individueel CB	1

Kleuter CBs zijn op iets andere wijze georganiseerd dan de zuigelingen CBs, zoals tabel A.2 laat zien.

Tabel A.2.: organisatievormen kleuter CB naar zitting (meerdere antwoorden mogelijk).

	genoemd
- team-CB: arts en wijkverpleegkundige in zelfde ruimte en worden tegelijk geconsulteerd	55
- team-CB: arts en wijkverpleegkundige in gescheiden ruimten en worden achter elkaar geconsulteerd	4
- verpleegkundig CB met alleen wijkverpleegkundige	9
- groeps-CB met alleen wijkverpleegkundige	3
- anders, namelijk thema-ochtenden	3
- anders, namelijk wijkverpleegkundige gaat op huisbezoek	1

Kleuter CBs worden, overeenkomstig de landelijke richtlijnen, voornamelijk door huisarts en wijkverpleegkundige samen verzorgd, waarbij ze in dezelfde ruimte zitten en tegelijk geconsulteerd worden.

Op de dagen dat het consultatiebureau plaatsvindt, worden vrijwel

altijd zowel kleuters als zuigelingen opgeroepen; een vorm die elders in het land veel minder vaak voorkomt. Waarschijnlijk is het, gezien de gemiddelde praktijkgrootte en gelet op het feit dat het CB wordt gehouden voor alleen kinderen uit de eigen praktijk van de huisarts, niet zinvol om zuigelingen en kleuter CB's apart te houden. Tabel A.3 sterkt ons in deze gedachte.

Tabel A.3.: aantal zuigelingen en kleuters opgeroepen per consultatiebureauzitting

	Almere		Nederland	
	zuigelingen	kleuters	zuigelingen	kleuters
minder dan 10	45	52	8	2
tussen 10 en 15	13	4	39	70
tussen 15 en 20	1	2	73	34
meer dan 20	--	--	18	--

Meestal (50 van de 59 hulpverleners geven dit aan) worden de consultatiebureaus in Almere op een vaste dag en een vast tijdstip gehouden. Wanneer hierin variatie optreedt, betreft dit vooral variabele tijden op vaste dagen. Twee hulpverleners zeggen dat zowel de dag als het tijdstip variëren.

Tabel A.4.: totstandkoming CB-afspraken, in aantallen (meerdere antwoorden mogelijk)

	zuigeling CB	kleuter CB
wijkverpleegkundige maakt afspraak		
na afloop elk CB	36	12
schriftelijke oproep voor elk CB	2	31
weeghulp maakt afspraak op het bureau	24	1
wijkverpleegkundige maakt telefonisch of schriftelijk afspraak	0	20

De manier waarop op het CB de afspraken tot stand komen, staat weergegeven in tabel A.4. De verschillen tussen zuigelingen en kleuter CB zijn een direct gevolg van het verschil in frequentie waarmee deze bureaus worden bezocht.

De tabel A.5 laat zien dat de scheidslijn tussen CB en gewone praktijk niet altijd even scherp te trekken is. Wanneer een klacht ernstig is, gaat men er direct op in; als een klacht minder urgent is, wordt men wel verwezen naar de plaats waar men met de klacht eigenlijk moet zijn, waarbij dan vaak op korte termijn een afspraak wordt gemaakt.

Tabel A.5.: reacties op klachten die al dan niet op het CB thuishoren, in aantallen (meerdere antwoorden mogelijk)

	reactie op CB-problematiek die buiten CB wordt gepresenteerd	
	huisarts	wijkverpleegkundige
klacht wordt op dat moment behandeld	18	13
doorverwijzing naar volgende CB-afspraak	10	3
afspraak huisbezoek, CB-afspraak op korte termijn of meteen behandeld	4	12
direct behandeld en verwijzing wijkverpleegkundig CB	4	--
	reactie op klachten, gepresenteerd op CB die daar niet thuishoren	
	huisarts	wijkverpleegkundige
klacht wordt op dat moment behandeld	10	2
klacht wordt doorverwezen naar normaal spreekuur	17	16
behandeling of doorverwijzing	9	7
huisbezoek, eventueel doorverwijzing	1	4

Met betrekking tot de interne organisatie van de consultatiebureaus in Almere worden een aantal knelpunten genoemd. Dit zijn: continuïteit in teamsamenstelling (zeven keer genoemd), werkdruk (11 keer genoemd), de lengte van de consultduur voor kleuters (vier keer ge-

noemd), het ontbreken bij de EVA van één aanspreekpunt voor organisatorische zaken (twee keer genoemd).

Veel artsen en wijkverpleegkundigen (26 keer genoemd) spreken hun tevredenheid uit over de samenwerking en het contact tussen huisarts en wijkverpleegkundige. Eveneens is men vaak (15 maal genoemd) tevreden over de organisatie van het CB, de taakverdeling en de efficiëntie. Met name de huisartsen vinden het positief dat ze hun eigen populatie op het consultatiebureau zien (14 huisartsen en 5 wijkverpleegkundigen zeggen dit). Andere punten, die meerdere malen worden genoemd, zijn: tevredenheid over de samenwerking tussen wijkverpleegkundigen onderling, over het contact met de ouders en over het aparte consult houden door de wijkverpleegkundige.

Naast tevredenheid, zijn ook punten waarover men ontevreden is. Dit zijn de werkbelasting (13 maal genoemd), het functioneren van het kleuter CB (negen maal genoemd) en, met name bij de wijkverpleegkundigen, de samenwerking en contacten met de huisarts (zes maal genoemd) en de organisatie, taakverdeling en efficiëntie (zes maal genoemd). Verder is er enige ontevredenheid over de vertrouwelijkheid van het contact met de ouders (vijf maal genoemd).

Het oordeel over de praktijkvoering is samengevat in een rapportcijfer. Uit dit cijfer blijkt een redelijke tevredenheid (gemiddeld 7.6). Slechts twee artsen gaven een onvoldoende; huisartsen en wijkverpleegkundigen verschillen niet in het gemiddelde rapportcijfer dat zij toekennen.

### **Weeghulpen**

Op consultatiebureaus is soms - naast arts en wijkverpleegkundige - ook nog een consultatiebureau-assistente (meestal weeghulp genaamd) actief. In Almere blijkt op alle CBs gewerkt te worden met weeghulpen. Het takenpakket van de weeghulp in Almere omvat voor wat betreft de zuigelingen in elk geval het meten en wegen van de kinderen. Het maken van afspraken en andere administratieve activiteiten. Regelmatig (20 keer genoemd) fungeert ze ook als gastvrouw en vangt ze de ouders op. Een enkele keer (vier maal genoemd) fungeert de weeghulp als opruim- en schoonmaakhulp.

Bij het kleuter CB worden door de weeghulp dezelfde activiteiten verricht als bij het zuigelingen CB. Uitzondering vormt het maken van de afspraken voor het CB-bezoek, welke taak bij het kleuter CB 29 maal wordt genoemd, bij de zuigelingen wordt dit 47 maal tot de taken van de weeghulp gerekend. Waarschijnlijk is het vanwege de lage frequentie waarmee de kleuters voor het CB worden opgeroepen praktischer

dat de wijkverpleegkundige dit doet. De weeghulp verricht haar werk onder verantwoording van de wijkverpleegkundige. Als mogelijke andere taken die door de consultatiebureau-assistenten verricht kunnen worden, worden genoemd bij het zuigelingen CB: lichamelijke en psychische observaties (vier maal genoemd) en bij het kleuterbureau het afnemen van de ogentest. De weeghulpen krijgen meestal (36 maal genoemd) een interne opleiding.

### **Taakverdeling in detail**

Allereerst presenteren we in deze paragraaf de basistabellen die zijn opgesteld voor de huidige en gewenste taakverdeling tussen huisarts en wijkverpleegkundige op de Almeerse CBs. Ter vergelijking zijn ook de Nederlandse cijfers opgenomen. De tabellen A.6 tot en met A.9 geven de aantallen hulpverleners; doordat niet altijd iedereen op elke vraag heeft geantwoord, kunnen de totalen per taak verschillen.



Tabel A.6.: huidige taakverdeling op de consultatiebureaus in Almere en Nederland naar de mening van huisartsen, in aantallen

inhoudelijk taken van het consultatiebureau	Almere			Nederland**		
	arts	wvk	beide	arts	wvk	beide
- het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	3	--	27	13	--	29
- het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling (van Wiechen-schema)	--	6	25	27	--	19
- het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	--	10	19	14	3	25
- het observeren van de ouder-kind relatie	1	--	30	5	2	35
- het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	4	11	16	14	4	22
- het bespreken van het slaapgedrag	1	15	15	niet gevraagd		
- het geven van gezondheidsvoorlichting	2	9	20	2	7	35
- het geven van voedingsvoorlichting	--	22	9	--	21	24
- het opsporen van risicofactoren voor ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	5	3	20	11	4	23
- het begeleiden van, of hulp geven aan de ouders	--	8	23	2	7	30
- het doen van inenting	2	--	29	11	2	30
- het uitvoeren van de Ewing- (of BOEL-) test	1	29	1	3	26	4
- het testen van het gezichtsvermogen	4	17	6	9	16	5
- registratie	1	9	21	2	13	27
- huisbezoeken afleggen voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	--	26	2	1	40	5
- meten en wegen	--	20	--	--	44	2
- het bestuderen van medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind	15	--	15	23	--	18

wvk = wijkverpleegkundige

\*\* = 'nieuwe stijl' CB door de huisarts

Tabel A.7. huidige taakverdeling op de consultatiebureaus in Almere en Nederland naar de mening van wijkverpleegkundigen, in aantallen

inhoudelijk taken van het consultatiebureau	Almere			Nederland**		
	arts	wvk	beide	arts	wvk	beide
- het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	--	3	25	8	5	64
- het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling (van Wiechen-schema)	1	9	18	37	--	43
- het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	--	7	19	13	8	54
- het observeren van de ouder-kind relatie	--	--	28	--	11	68
- het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	--	11	16	26	4	50
- het bespreken van het slaapgedrag	--	21	7	niet gevraagd		
- het geven van gezondheidsvoorlichting	--	14	14	1	20	58
- het geven van voedingsvoorlichting	--	23	5	--	41	39
- het opsporen van risicofactoren voor ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	3	8	14	13	7	58
- het begeleiden van, of hulp geven aan de ouders	--	14	14	--	19	60
- het doen van inentingen	--	3	25	14	3	60
- het uitvoeren van de Ewing- (of BOEL-) test	--	27	1	1	43	18
- het testen van het gezichtsvermogen	11	8	4	35	23	15
- registratie	--	14	13	1	42	33
- huisbezoeken afleggen voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	--	26	2	1	78	--
- meten en wegen	--	8	1	1	76	--
- het bestuderen van medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind	15	--	9	33	38	43

wvk = wijkverpleegkundige

\*\* = 'nieuwe stijl' CB door de huisarts

Tabel A.8.: Gewenste taakverdeling op de consultatiebureaus in Almere en Nederland naar de mening van huisartsen, in aantallen

inhoudelijk taken van het consultatiebureau	Almere			Nederland**		
	arts	wvk	beide	arts	wvk	beide
- het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	6	1	24	15	--	31
- het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling (van Wiechen-schema)	4	5	21	22	--	25
- het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	--	8	22	14	2	28
- het observeren van de ouder-kind relatie	--	2	29	3	4	35
- het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	3	8	19	6	3	35
- het bespreken van het slaapgedrag	1	15	15	niet gevraagd		
- het geven van gezondheidsvoorlichting	--	11	20	1	6	38
- het geven van voedingsvoorlichting	--	22	9	--	19	26
- het opsporen van risicofactoren voor ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	4	7	19	7	1	35
- het begeleiden van, of hulp geven aan de ouders	--	8	23	2	6	34
- het doen van inenting	1	7	23	4	11	30
- het uitvoeren van de Ewing- (of BOEL-) test	1	28	2	5	29	4
- het testen van het gezichtsvermogen	2	19	6	6	26	6
- registratie	--	12	18	2	17	27
- huisbezoeken afleggen voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	--	28	3	--	39	7
- meten en wegen	--	21	1	1	44	2
- het bestuderen van medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind	15	--	15	18	2	23

wvk = wijkverpleegkundige

\*\* = 'nieuwe stijl' CB door de huisarts

Tabel A.9.: gewenste taakverdeling op de consultatiebureaus in Almere en Nederland naar de mening van wijkverpleegkundigen, in aantallen

inhoudelijk taken van het consultatiebureau	Almere			Nederland**		
	arts	wvk	beide	arts	wvk	beide
- het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	3	5	19	9	2	68
- het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling (van Wiechen-schema)	5	11	11	20	3	56
- het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	--	8	18	8	6	64
- het observeren van de ouder-kind relatie	--	5	22	--	8	69
- het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	1	14	12	17	5	56
- het bespreken van het slaapgedrag	--	23	4	niet gevraagd		
- het geven van gezondheidsvoorlichting	--	16	11	--	22	57
- het geven van voedingsvoorlichting	--	24	3	--	43	37
- het opsporen van risicofactoren voor ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	--	6	20	12	3	62
- het begeleiden van, of hulp geven aan de ouders	--	16	11	--	14	65
- het doen van inentingen	4	2	21	18	3	57
- het uitvoeren van de Ewing- (of BOEL-) test	--	21	--	--	49	21
- het testen van het gezichtsvermogen	12	9	4	22	32	22
- registratie	--	11	16	--	33	45
- huisbezoeken afleggen voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	--	25	1	--	72	5
- meten en wegen	--	8	1	1	72	3
- het bestuderen van medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind	18	--	9	28	1	48

wvk = wijkverpleegkundige

\*\* = 'nieuwe stijl' CB door de huisarts

Op de hieronder volgende wijze is uit de tabellen A.6 tot en met A.9 de in hoofdstuk vijf gegeven tabel 5.1 afgeleid.

Van de huisartsen in Almere vinden 27 van de 30 respondenten, ofwel 90%, het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling een taak voor zowel de huisarts als de wijkverpleegkundige; 10% vindt het een taak voor de huisarts. Landelijk vinden 29 van de 42 huisartsen (ofwel 69%) dit onderwerp een taak voor beide categorieën hulpverleners. Beide percentages (90 voor Almere en 69 voor Nederland) staan in kolom 1 van tabel 5.1.

Op dezelfde wijze vinden we bij de wijkverpleegkundigen voor dit onderwerp percentages in Almere van 89% en landelijk 83%, welke percentages zijn terug te vinden in kolom 2. Voor huisartsen en wijkverpleegkundigen samen geldt dat in Almere 52 (27 + 25) personen dit een taak voor beiden vinden, ofwel 90% van het totale aantal van 58 huisartsen en wijkverpleegkundigen. Landelijk komt het vergelijkbare percentage uit op 78% (in aantallen: 64 + 29 = 93 bij een totaal van 119 respondenten). Beide percentages staan in de kolom 3. Bij de kolom 4 van tabel A.6 kijken we naar de verschillen binnen de groep huisartsen tussen huidige en gewenste situatie. Tegenover de verdeling in de huidige situatie van 3 en 27, staat een gewenste verdeling van 6 en 24. Op individueel niveau wensen vier van de 31 personen verandering ten opzichte van de huidige situatie, ofwel een overeenstemmingspercentage tussen huidige en gewenste situatie van 87% voor Almere. Het landelijk vergelijkbare percentage, op dezelfde wijze berekend, is voor de huisartsen 90%, voor de wijkverpleegkundigen zijn de percentages is de overeenstemming tussen huidige en gewenste situatie in Almere 71% en in Nederland 86%. Deze percentages zijn ingevuld in de kolommen 4 en 5. In kolom 6 tenslotte worden de gewenste taakverdelingen tussen de groepen huisartsen en wijkverpleegkundigen vergeleken. Van de in totaal 59 hulpverleners zijn 24 huisartsen en 19 wijkverpleegkundigen van mening dat het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling een taak is voor beide beroepsgroepen. De mate van overeenstemming is derhalve 73% (43 gedeeld door 59), terwijl het vergelijkbare landelijke percentage uitkomt op 79%.

De tabellen A.6 tot en met A.9 bieden ons mogelijkheden ook binnen de groepen hulpverleners in Almere te kijken naar inhoudelijke verschillen tussen de huidige en gewenste taakverdeling. Men blijkt wat meer ruimte te claimen voor het systematisch volgen van de lichamelijke groei en de ontwikkeling van het kind en het volgen van de psychomotorische ontwikkeling. Het doen van inenting zien de huisartsen

als een taak die meer door wijkverpleegkundigen gedaan zou kunnen worden, evenals het opsporen van risicofactoren voor de ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie.

Wijkverpleegkundigen zien in de gewenste situatie het volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling, het volgen van psycho-motorische ontwikkeling en het doen van inentingen het liefst verschuiven in de richting van de huisarts. Voor de eigen beroepsgroep claimt men in de ideale situatie meer exclusieve ruimte voor de observatie van de ouder-kind relatie en het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling van het kind. Opvallend bij de wijkverpleegkundigen is, dat men over de gehele linie het liefst minder taken door zowel huisarts als wijkverpleegkundige gedaan ziet worden. Taken en verantwoordelijkheden zouden in de voor de wijkverpleegkundigen ideale situatie meer op de afzonderlijke borden van huisarts en wijkverpleegkundige terecht komen; men claimt meer ruimte voor de afzonderlijke beroepsgroepen.

Bij vergelijking van de ideale situaties voor huisartsen en wijkverpleegkundigen in Almere is men het over een groot aantal inhoudelijke taken redelijk eens. Huisartsen en wijkverpleegkundigen zijn het in de gewenste situatie oneens over het doen van inentingen en het testen van het gezichtsvermogen. De verpleegkundigen zijn bij dit laatste punt in meerderheid van mening dat deze instrumentele functie bij de huisarts thuishoort. Huisartsen zien hierin mede een taak voor de wijkverpleegkundige.

Wanneer we de Almeerse gegevens vergelijken met gegevens uit het landelijk onderzoek, valt op dat bij het landelijk onderzoek artsen en wijkverpleegkundigen iets vaker een onderling verschillende taakverdeling aangeven dan in Almere het geval is.

Een tweede opvallend punt, is dat de artsen op CBs elders in het land vaker aangeven bepaalde taken alleen uit te voeren dan in Almere. Dit geldt voor het systematisch volgen van psycho-motorische ontwikkeling, het systematisch volgen van emotionele ontwikkeling, het systematisch volgen van taal- en spraakontwikkeling en het geven van inentingen en - in mindere mate - het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling en het opsporen van risicofactoren. Omgekeerd krijgt in het landelijk onderzoek de wijkverpleegkundige minder vaak zelfstandige taken toebedeeld dan in Almere. Het systematisch volgen van psycho-motorische ontwikkeling, het systematisch volgen van emotionele ontwikkeling, het systematisch volgen van spraak- en taalontwikkeling, het geven van gezondheidsvoorlichting en - in mindere mate - het geven van voedingsvoorlichting en het begeleiden c.q. hulp geven aan ouders zijn taken die in Almere (mede)

het domein van de wijkverpleegkundige zijn, en die landelijk moeten worden gedeeld met de huisarts. De enige uitzondering vormt hier de uitvoering van de Ewing-test, die door wijkverpleegkundigen elders vaker exclusief tot taak van de wijkverpleegkundige wordt gerekend dan in Almere.

Het lijkt erop dat bij de Almeerse CBs meer verantwoordelijkheden zijn overgedragen van huisarts naar wijkverpleegkundige dan landelijk. Voorzichtig kunnen we concluderen dat op de Almeerse CBs vaker een taakverdeling bestaat waarin de wijkverpleegkundige tot haar recht komt. Bij vergelijking met de gewenste situatie in de landelijke gegevens blijkt dat met name de wijkverpleegkundigen elders in het land in de wenselijke situatie minder zelfstandige taken toebedeeld worden dan in Almere. De huidige taakverdeling wordt als het ware gecontinueerd in de gewenste taakverdeling.

Naast de inhoudelijke taken blijkt de wijkverpleegkundige bij het consultatiebureau ook een aantal praktische zaken voor zijn of haar rekening te nemen, zoals het bijhouden van afspraken voor zuigelingen en kleuter CB (soms ook door de weeghulp gedaan), uitleg aan ouders over taakverdeling op het zuigelingen en kleuter CB en overdracht van kleuters naar de DGD. De overdracht van de kleuter naar het DGD vindt in de regel plaats in overleg met de arts.

Ten aanzien van de preventieve taken bij het CB geldt dat arts en wijkverpleegkundige het erover eens zijn dat veel preventieve taken op het Almeerse CB door de wijkverpleegkundige kunnen worden vervuld in plaats van door de arts.

De taakverdeling tussen arts en wijkverpleegkundige is meestal via mondelinge afspraken tot stand gekomen. Het komt nauwelijks voor dat afspraken met betrekking tot de taakverdeling op papier zijn gezet. Toch bestaat er bij de CB-medewerkers een duidelijke voorkeur voor schriftelijke werkafspraken; werkafspraken die naar de mening van de direct betrokkenen niet verstarrend hoeven te werken. Door dergelijke schriftelijke afspraken kunnen onduidelijkheden over de taakverdeling, die nu volgens de opgave bij negen artsen en tien wijkverpleegkundigen bestaan, worden vermeden.

Afgezien van onduidelijkheid met betrekking tot de taakverdeling, worden nauwelijks knelpunten genoemd. Opmerkingen die worden gemaakt, betreffen het maken van afspraken, het gebruik van de werkruimte en de zelfstandigheid van werken. Tevredenheid leeft er bij de Almeerse hulpverleners ten aanzien van overleg en de samenwerking tussen huisarts en wijkverpleegkundige (13 keer genoemd); drie anderen zijn hier

juist heel ontevreden over. Een ander punt van tevredenheid is het niveau van het consultatiebureau en het dienstverlenend karakter (acht keer genoemd). Aan de andere kant vinden vijf anderen dat het consultatiebureau er maar een beetje bijbongelt. Naast tevredenheid is ook kritiek op het functioneren van de CB's. Met name wijkverpleegkundigen uiten hun ongenoegen over de hoge werkbelasting (zes keer genoemd). Ook het functioneren van de huisarts staat ter discussie. Kritiek wordt door sommigen geuit op het feit dat de arts op het CB ingaat op vragen die daar niet thuishoren, op ongemotiveerdheid door te hoge werkdruk, en op het feit dat invalartsen niet altijd op de hoogte zijn van inhoud en taken van het CB. Ook worden een aantal opmerkingen gemaakt over het kleuter CB. Wijkverpleegkundigen vinden dat de tijd daar te beperkt is om op andere aspecten dan de strikt medische in te gaan.

Zowel artsen als wijkverpleegkundigen lijkt het een goede zaak als toetsingsbijeenkomsten middels protocollen worden ingesteld.

Ter afsluiting is aan de CB-medewerkers gevraagd om hun waardering over de taken en taakverdeling van de Almeerse CB's aan te geven door middel van een rapportcijfer, variërend van 1 tot 10. Zowel artsen als wijkverpleegkundigen blijken redelijk tevreden over taken en taakverdeling op het CB te zijn. Het gemiddelde cijfer komt op 7.3, 87% van de respondenten geeft een waardering van 7 of hoger. Huisartsen en wijkverpleegkundigen verschillen in hun oordeel nauwelijks van elkaar.

In aansluiting op de taakverdeling, is ook gevraagd naar sociale afstand tussen binnen het consultatiebureau samenwerkende hulpverleners. Bij samenwerking binnen het consultatiebureau verwachten we dat er door de constructie waarin zowel arts als wijkverpleegkundige in loondienst bij de EVA minder sociale afstand zal zijn tussen arts en wijkverpleegkundige.

Over de leiding op het consultatiebureau, de mate waarin bezoekers van het consultatiebureau anders aankijken tegen de verschillende hulpverleners en het met elkaar omgaan van de hulpverleners op basis van gelijkheid, zijn een aantal stellingen opgenomen. Tabel A.10 geeft de Almeerse oordelen.

We lichten twee opvallende zaken uit deze tabel A.10. Het eerste punt betreft het eventueel bij een persoon berusten van de leiding van het CB. Bij de vraag of zo'n eenhoofdige leiding een goede zaak zou zijn, houden voor- en tegenstanders elkaar ongeveer in evenwicht.



Tabel A.10.: oordelen over leiding en autoriteit bij de Almeerse consultatiebureaus, in aantallen

	huisartsen		wijkverpl.	
	ja	nee	ja	nee
- samenwerking op basis van gelijkheid is een voorwaarde om goed CB-werk te kunnen doen	25	5	26	2
- het zou een goede zaak zijn als de leiding van het CB bij één persoon, i.c. de huisarts berust	2	27	1	17
- het zou een goede zaak zijn als de leiding van het CB bij één persoon, i.c. de wijkverpleegkundige berust	13	17	15	13
- bezoekers van het CB kennen meer waarde toe aan het oordeel van de arts dan dat van de wijkverpleegkundige	17	12	15	13
- huisartsen en wijkverpleegkundigen gaan in Almere bij het CB met elkaar om als elkaars gelijken	25	4	22	5
- huisartsen en wijkverpleegkundigen gaan in Almeerse gezondheidscentra met elkaar om als elkaars gelijken	26	5	16	12

Geniet eenhoofdige leiding de voorkeur, dan is het met name de wijkverpleegkundige aan wiens handen men deze taak zou willen toevertrouwen. Bij de wijkverpleegkundigen zou een kleine meerderheid zo'n constructie een goede zaak vinden; van de huisartsen kunnen 13 van de 30 personen zich vinden in een dergelijke vorm van consultatiebureau. Dat binnen het CB hulpverleners met elkaar omgaan als elkaars gelijken, is een stelling die door het merendeel van de huisartsen en wijkverpleegkundigen wordt onderschreven. Echter, buiten het consultatiebureau hebben met name de wijkverpleegkundigen wat meer twijfels over de gelijkheid van beide groepen werknemers, zij het dat ook hier de meerderheid de stelling nog steeds onderschrijft.

#### Terugrapportage bij verwijzingen

Naast overlegcontacten, onderhouden de consultatiebureaus ook via

verwijzingen contact met andere disciplines. Over de aantallen verwijzingen biedt dit rapport geen informatie. Wel zijn in de enquête voor de hulpverleners een aantal vragen opgenomen over de instanties waarmee verwijscontacten bestaan en de terugrapportage naar het CB. De wijkverpleegkundigen ontvangen zelden terugrapportages. De tabellen A.11 en A.12 geven dit aan. Deze conclusie geldt niet alleen in absolute zin, maar ook als we de oordelen van de Almeerse wijkverpleegkundigen vergelijken met hun collega's elders in het land. Vindt terugrapportage plaats, dan geschiedt dit vooral via de huisarts. Het is echter niet zo dat via de huisarts het geringe aandeel van de Almeerse wijkverpleegkundigen wordt gecompenseerd. De Almeerse huisartsen ontvangen niet vaker terugrapportage dan hun collega's elders in het land.

Tabel A.11.: verwijscontacten en terugrapportages tussen consultatiebureaus en andere disciplines; oordeel wijkverpleegkundigen

	Almere			Nederland		
	altijd/ meestal	soms/ nooit	n.v.t.	altijd/ meestal	soms/ nooit	n.v.t.
kinderarts	4	19	5	36	31	6
KNO-arts	4	18	6	16	48	6
orthopaed	--	20	8	17	42	9
andere med. special.	--	19	9	12	43	8
audiologisch centrum	10	12	6	35	20	12
logopedist	3	19	6	8	40	17
RIAGG	5	19	4	9	43	16
maatschappel. werk	22	5	1	17	34	18
VTO-team	16	6	6	35	18	19
medisch kleuter- dagverblijf	6	9	13	7	35	25
stichting spel- opvoeding	2	4	21	1	26	36

Niet door alle disciplines wordt in dezelfde mate teruggerapporteerd. Aan de arts wordt door het maatschappelijk werk, het medisch kleuterdagverblijf en de stichting spel- en opvoedingsvoorlichting verhoudingsgewijs minder teruggerapporteerd dan door andere disciplines,

waarbij opgemerkt dient te worden dat met de stichting spel- en opvoedingsvoorlichting en de medisch kleuterdagverblijven niet zoveel contacten zijn. Bij de wijkverpleegkundigen valt het geringe aantal terugrapportages van medisch specialisten op. Relatief veel contacten zijn er met het algemeen maatschappelijk werk; relatief zowel in vergelijking met de Almeerse huisartsen als in vergelijking tot de wijkverpleegkundigen, werkend in de rest van Nederland. Het feit dat in Almere beide beroepsgroepen exclusief opereren vanuit gezondheidscentra, zal hieraan niet vreemd zijn.

Tabel A.12.: terugrapportages tussen consultatiebureaus en andere disciplines, oordeel huisartsen

	mate van terugrapportage					
	Almere			Nederland		
	altijd/ meestal	soms/ nooit	n.v.t.	altijd/ meestal	soms/ nooit	n.v.t.
kinderarts	18	7	6	20	6	5
KNO-arts	17	5	9	18	8	5
orthopaed	17	3	11	18	7	5
andere med. special.	13	4	14	18	7	5
audiologisch centrum	15	4	12	16	6	8
logopedist	17	4	10	11	9	9
RIAGG	12	7	12	11	9	10
maatschappel. werk	8	9	14	12	8	9
VTO-team	14	1	16	12	5	11
medisch kleuter- dagverblijf	6	8	17	5	9	16
stichting spel- opvoeding	--	5	26	3	7	15

Als terugrapportage plaatsvindt, wordt die meestal positief beoordeeld. Uitzondering vormt de terugrapportage door het RIAGG, die door negen artsen als slecht gekwalificeerd wordt. Wijkverpleegkundigen zijn op dit gebied niet altijd te spreken over de kinderarts en ook bij het RIAGG krijgt het merendeel van de terugrapportages van de wijkverpleegkundigen de kwalificatie 'matig'. De wijkverpleegkundigen die werken op CBs nieuwe stijl elders in het land oordelen minder positief over de kwaliteit van de terugrapportage dan de wijkver-

pleegkundigen werkzaam in Almere, ondanks het feit dat ze van sommige disciplines meer van dergelijke rapportages ontvangen.

## BIJLAGE 1.B.: ZORG NAAR BEHOEFTE

Ook aan de bezoekers van het consultatiebureau is informatie gevraagd die niet direct op de in hoofdstuk vijf geformuleerde hypothesen is terug te voeren.

### Redenen om het consultatiebureau te bezoeken

Tabel B.1.: belang van redenen voor bezoek aan het consultatiebureau (rijpercentages)

	Almere (n=600)			Nederland (n=376)			toets verschil %
	zeer be- lang rijk	be- lang rijk	minder be- lang rijk	zeer be- lang rijk	be- lang rijk	minder be- lang rijk	
behoefte aan steun	9	28	63	11	46	43	n.s.
vragen voeding	29	56	14	35	54	11	*
vragen ontwikkel.	39	52	9	33	57	10	*
vragen gedrag	24	53	24	19	54	28	*
vragen gezondheid	62	30	8	66	33	2	n.s.
controle groei	56	38	7	53	43	4	n.s.
controle ontwik- keling	61	34	5	63	34	3	n.s.
bezoek verplicht	6	23	77	10	18	72	*
horen of goed doet	8	24	67	16	35	50	**
inentingen	78	20	2	74	23	2	n.s.
onderzoek kind	65	33	3	59	41	1	*
testen gehoor	66	31	4	54	42	5	**
ontmoeten andere ouders	5	22	73	4	26	71	n.s.
tijdstip gunstig	6	21	73	4	20	76	n.s.
CB goed bereikbaar	15	30	55	10	28	62	*

\* significant bij  $\alpha = .05$

\*\* significant bij  $\alpha = .01$

Bij de beslissing om een consultatiebureau te bezoeken, spelen een aantal redenen in meer of mindere mate mee (tabel B.1).

De ouders geven duidelijk te kennen dat zij vooral naar het consultatiebureau gaan met het oog op de somatische zorg en de controle die daar wordt verricht (vragen gezondheid, controle groei, controle ontwikkeling, inentingen, onderzoek kind, testen gehoor). Psychologische en sociale factoren als behoefte aan steun bij het grootbrengen van het kind, de mogelijkheid om andere ouders te ontmoeten, spelen veel minder een rol. Hetzelfde geldt voor structurele factoren als openingstijden en bereikbaarheid.

In het algemene patroon zijn er weinig verschillen tussen Almere en landelijk. Bij de individuele redenen zijn die verschillen er wel. Voor Almeerders zijn het vragen kunnen stellen over ontwikkeling en gedrag van het kind belangrijker, alsmede onderzoek van het kind, gehoortesten en de bereikbaarheid van het consultatiebureau. Landelijk vindt men het kunnen stellen van vragen over voeding, het verplichte karakter van het CB-bezoek, en vooral het willen horen in hoeverre men het goed doet significant vaker belangrijk. Een algemene lijn is moeilijk in deze verschillen te ontdekken. Met enige slagen om de arm lijkt het dat de Almeerse respondenten zich iets zelfstandiger opstellen dan landelijk. Het relatief vaak noemen van de goede bereikbaarheid kan worden gezien als een positief puntje voor het Almeerse CB.

Tabel B.2.: invloed kosten op bezoek CB (in percentages)

	bij betaling f 15,--	bij betaling f 30,--
zou even vaak CB bezoeken	20	12
zou minder vaak CB bezoeken	33	32
alleen bij problemen CB bezoeken	22	26
zou niet meer CB bezoeken	9	11
alleen voor inentingen CB bezoeken	8	9
in plaats van CB huisarts bezoeken	6	9
anders	2	2
<b>totaal (n=594)</b>	<b>100</b>	<b>100</b>

Overigens zou het bezoek aan het consultatiebureau aanzienlijk teruglopen indien voor elk bezoek betaald zou moeten worden (tabel B.2). Het lijkt erop dat de zorg, die op het CB wordt geboden wel belangrijk wordt gevonden, maar niet altijd strikt noodzakelijk en voor een deel fungeert als aanvulling op de bestaande zorg.

Op de meeste consultatiebureaus worden bepaalde richtlijnen gehanteerd voor het oproepen van zuigelingen en kleuters. In principe zijn deze richtlijnen gestandaardiseerd. Voor zover bekend, zijn er geen verschillen tussen de richtlijnen zoals die in Almere en landelijk gelden. Verschillen in bezoekfrequentie kunnen daarom alleen optreden als gevolg van de wijze waarop de criteria worden gehanteerd en de mate waarin door de ouders gehoor wordt gegeven aan de oproepen.

### **Verwijzingen**

Een belangrijk aspect van continuïteit van de zorg is het verwijzgedrag van de hulpverleners op het moment dat geconstateerd wordt dat er iets niet helemaal in orde is. Als bij een consultatiebureau wordt geconstateerd dat er iets niet helemaal in orde is, is van de 331 mensen, voor wie de vraag relevant is, 53% zeer tevreden en 13% is zeer ontevreden. Reden voor ontevredenheid is onder meer een passieve houding. Men vindt dat men te laat wordt doorverwezen. Ook voelen ouders zich snel afgepoeierd. Een paar ouders vinden het vervelend dat ze voor klachten apart terug moeten komen. De ouders die zeer tevreden zijn, voeren hiervoor als voornaamste reden aan dat zij tijdig zijn doorverwezen, men goed advies krijgt, er genoeg tijd wordt uitgetrokken, men vertrouwen heeft in de aanpak, er direct gereageerd wordt en regelmatig controle plaatsvindt. Ook vinden mensen het prettig dat klachten later worden nagevraagd en er duidelijk uitleg wordt gegeven.

### **Contact met hulpverleners en voorkeur voor bepaalde taakverdeling**

Er is specifiek naar ervaringen met het contact met de hulpverleners gevraagd door de respondenten een aantal uitspraken voor te leggen (tabel B.3). Op deze punten heeft men over het algemeen positieve ervaringen. Hulpverleners nemen meestal wel voldoende tijd voor het kind (arts en wijkverpleegkundige 97%), houden de kinderen meestal niet op een afstand (arts 95%, wijkverpleegkundige 97%), behandelen de ouders meestal niet als een nummer (arts 95%, wijkverpleegkundige 96%), men kan meestal ook met eigen problemen terecht (arts 64%, wijkverpleegkundige 82%), heeft meestal het gevoel dat er wordt ge-

luisterd (arts 93%, wijkverpleegkundige 96%) en ervaart het contact over het algemeen als plezierig (arts 93%, wijkverpleegkundige 97%).

Tabel B.3.: ervaringen met het contact met de arts en de wijkverpleegkundige

	arts				wijkverpleegkundige			
	meestal				meestal			
	al- tijd	wel	niet	nooit	al- tijd	wel	niet	nooit
arts/wv heeft genoeg tijd voor het kind	56	41	3	1	64	33	3	1
arts/wv houdt kind op afstand	1	4	17	79	1	3	14	83
arts/wv behandelt je als nummer	1	5	14	81	--	4	11	85
kan bij arts/wv met eigen problemen komen	27	37	21	15	41	41	10	8
arts/wv luistert echt	53	40	6	1	66	30	3	1
contact met arts/wv plezierig	56	37	6	1	63	34	3	1

De meeste aspecten discrimineren weinig. Alleen ten aanzien van de mate waarin men met eigen problemen terecht kan, bestaat enige variatie. De respondenten geven te kennen met eigen problemen vaker bij de wijkverpleegkundige terecht te kunnen.

Ook is geïnformeerd of ouders een bepaalde voorkeur voor arts of wijkverpleegkundige hebben bij de uitvoering van een aantal taken. Zie hiervoor tabel B.4.



Tabel B.4.: voorkeur voor taakverdeling tussen hulpverleners

	arts	wijkverpleeg- kundige	beide	weet niet	N
voedingsadviezen	3	70	25	2	603
medisch onderzoek	94	1	5	0	607
advies slaapgedrag	8	39	40	13	593
volgen ontwikkeling	11	28	60	2	603
aandacht voor ouder	11	26	47	16	588
aandacht gezinssituatie	15	22	46	18	591
opvoedkundige adviezen	5	48	32	15	593
inentingen	25	16	58	1	592

Alhoewel niet altijd heel expliciet, zijn er toch wel bepaalde ideeën over wie wat moet doen op het consultatiebureau (tabel 6.17). Het geven van opvoedkundige- en - in mindere mate - voedingsadviezen vindt men vooral de taak van de wijkverpleegkundige. Het verrichten van medisch onderzoek vindt men zeer duidelijk de taak van de arts. In veel mindere mate vindt men dat ook van inentingen. Wat betreft de andere taken, bestaan niet zulke uitgesproken ideeën, maar wel moet worden opgemerkt dat de ouders de meeste taken eerder aan de wijkverpleegkundige toeschrijven dan aan de arts.



**BIJLAGE 2.: huisartsenenquête 'De zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere**



nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

nr.	
binnenkomst	
ingevoerd op	paraaf

# de zorg voor zuigelingen en kleuters in almere

## huisartsen - enquête 1988

inlichtingen: herman sixma, tel. 030- 319946

## TOELICHTING

Doel van het onderzoek naar de consultatiebureau-functie in Almere is na te gaan hoe deze bureaus functioneren in zowel de ogen van de hulpverleners als de bezoekers van het CB. Omdat de meeste vragen ook in een landelijk onderzoek zijn gesteld, zal daarnaast een vergelijking van Almere met andere situaties mogelijk zijn.

Vooraf de volgende opmerkingen:

- Het is de bedoeling dat Uw antwoorden, behalve als expliciet naar iets anders wordt gevraagd, de feitelijke situatie op het consultatiebureau waar U werkt weergeven. Het maakt daarbij niet uit hoe uniek of afwijkend deze situatie naar Uw idee ook is.
- Er zijn vier soorten vragen:
  1. Bij de meeste vragen is maar één antwoord mogelijk. U kunt dan het voor ons van toepassing zijnde antwoord aankruisen.
  2. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Dit staat bij de desbetreffende vragen aangegeven. U kunt dan meerdere antwoorden aankruisen.
  3. In een aantal gevallen zijn geen antwoordcategorieën gegeven. Bij deze 'open vragen' kunt U zelf Uw antwoord formuleren en invullen.
  4. Tenslotte is er een vraag waarbij U een oordeel kunt geven op een zogenaamde 9-puntsschaal (vraag 14). Vindt U een doelstelling erg belangrijk, dan zet U een kruisje in een van de meest rechtse vakjes; vindt U een doelstelling erg onbelangrijk, dan komt er een kruisje aan de linkerkant te staan.
- Wilt U de vragenlijst zo volledig mogelijk invullen en geen vragen overslaan, behalve in die gevallen waar dit duidelijk is aangegeven. Tevens verzoeken wij U de vragenlijst individueel in te vullen; het gaat om Uw mening en ervaringen.
- In de vragenlijst worden een aantal afkortingen gebruikt. CB staat voor consultatiebureau, WV geeft aan dat het gaat om de wijkverpleegkundige en met JGZ wordt de Jeugdgezondheidszorg bedoeld.
- Aan het eind van de vragenlijst is ruimte voor eventuele aanvullende opmerkingen.

Na het invullen, kunt U de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenvolop doen en deze dichtgeplakt naar ons terug sturen. U hoeft **geen** postzegel te plakken.

Alle door U verstrekte informatie zal door ons uiterst vertrouwelijk worden behandeld en anoniem worden verwerkt. Andere hulpverleners krijgen geen inzage in de door U gegeven antwoorden.

Wij danken U alvast hartelijk voor Uw medewerking aan het onderzoek.

I PRAKTIJKVOERING

---

1a. Hoe zijn bij U de **zuigelingen CB's** georganiseerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- team-CB: arts en wijkverpleegkundige zitten in dezelfde ruimte en worden tegelijk geconsulteerd
  - team-CB: arts en wijkverpleegkundige zitten in gescheiden ruimten en worden achtereenvolgens geconsulteerd
  - huisartsen CB, met alleen huisarts
  - verpleegkundig CB, met alleen wijkverpleegkundige
  - groeps-CB, met huisarts en wijkverpleegkundige
  - groeps-CB, met alleen de wijkverpleegkundige
  - anders, namelijk -----  
-----  
-----
- 

1b. Indien U bij vraag 1a. twee of meer antwoorden hebt aangekruist, wilt U dan aangeven hoe de verdeling is van de verschillende vormen van zuigelingen CB's in aantal en regelmaat? (invullen)

verdeling: -----  
-----  
-----  
-----

---

1c. Hoe beoordeelt U, op grond van uw ervaringen, de bij 1a. aangekruiste wijze(n) waarop bij U het zuigelingen CB is georganiseerd? (aankruisen)

- positief
  - gematigd positief
  - noch positief, noch negatief
  - gematigd negatief
  - negatief
-

2a. Hoe zijn bij U de **kleuter CB's** georganiseerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- team-CB: arts en wijkverpleegkundige zitten in dezelfde ruimte en worden tegelijk geconsulteerd
- team-CB: arts en wijkverpleegkundige zitten in gescheiden ruimten en worden achtereenvolgens geconsulteerd
- huisartsen CB, met alleen huisarts
- verpleegkundig CB, met alleen wijkverpleegkundige
- groeps-CB, met huisarts en wijkverpleegkundige
- groeps-CB, met alleen de wijkverpleegkundige
- anders, namelijk -----  
-----

---

2b. Indien U bij vraag 2a. twee of meer antwoorden hebt aangekruist, wilt U dan aangeven hoe de verdeling is van de verschillende vormen van kleuter CB's in aantal en regelmaat? (invullen)

verdeling: -----  
-----  
-----

---

2c. Hoe beoordeelt U, op grond van uw ervaringen, de bij 1a. aangekruiste wijze(n) waarop bij U het kleuter CB is georganiseerd? (aankruisen)

- positief
- gematigd positief
- noch positief, noch negatief
- gematigd negatief
- negatief

---

3. Komt het voor dat de zuigelingen en kleuter CB's waaraan door U wordt meegewerkt, gecombineerd worden gehouden? (aankruisen)

- nee, altijd afzonderlijk zuigelingen en kleuter CB
  - ja, soms gecombineerd zuigelingen/kleuter CB
  - ja, altijd gecombineerd zuigelingen/kleuter CB
-

4. Hoeveel zuigelingen en kleuters worden door U gemiddeld per zitting opgeroepen? (aankruisen)

**Zuigelingen:**

- minder dan 10
- tussen 10 en 15
- tussen 15 en 20
- meer dan 20

**Kleuters:**

- minder dan 10
  - tussen 10 en 15
  - tussen 15 en 20
  - meer dan 20
- 

5. Wat doet U wanneer U merkt dat ouders niet met hun kind naar het consultatiebureau gaan? (aankruisen/invullen)

- U probeert ze van het nut ervan te overtuigen door een extra huisbezoek
  - U probeert ze van het nut te overtuigen door een telefonische of schriftelijke herinnering
  - U doet niets, omdat U vindt dat ze dat zelf moeten weten
  - U doet niets, omdat U daar geen tijd voor heeft
  - U doet niets, omdat U weet dat ze ergens anders onder controle zijn
  - anders, namelijk .....
- 

6a. Wat doet U als ouders, buiten het CB om, met klachten komen die eigenlijk op het CB thuishoren? (aankruisen/invullen)

- klacht wordt op dat moment door mij behandeld
  - personen worden doorverwezen naar eerstvolgende CB-afspraak
  - anders, namelijk .....
- 

6b. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat ouders, tijdens het CB, met klachten komen die niet op het CB betrekking hebben. Wat doet U in dergelijke gevallen? (aankruisen/invullen)

- klacht wordt op dat moment door mij behandeld
  - personen worden doorverwezen naar het 'normale' spreekuur
  - anders, namelijk .....
-



7. Hoeveel tijd besteedt U gemiddeld aan de voorbespreking van een consultatiebureauzitting? (aankruisen/invullen)

- niet van toepassing, we houden geen voorbespreking
  - bij het zuigelingenbureau ..... minuten per zitting
  - bij het kleuterbureau ..... minuten per zitting
  - bij het gemengde bureau ..... minuten per zitting
- 

8. Hoeveel tijd besteedt U gemiddeld aan de nabespreking van een consultatiebureauzitting? (aankruisen/invullen)

- niet van toepassing, we houden geen nabespreking
  - bij het zuigelingenbureau ..... minuten per zitting
  - bij het kleuterbureau ..... minuten per zitting
  - bij het gemengde bureau ..... minuten per zitting
- 

9. Op welke wijze komen de afspraken voor de consultatiebureaus tot stand? (aankruisen/invullen)

**Zuigelingenbureau:**

- WV maakt afspraak na afloop van elk zuigelingen CB
- huisarts maakt afspraak na afloop van elk zuigelingen CB
- ouders krijgen schriftelijke oproep voor elk zuigelingen CB
- anders, namelijk .....  
.....  
.....

**Kleuterbureau:**

- WV maakt afspraak na afloop van elk zuigelingen CB
  - huisarts maakt afspraak na afloop van elk zuigelingen CB
  - ouders krijgen schriftelijke oproep voor elk zuigelingen CB
  - anders, namelijk .....  
.....  
.....
-

10. Worden de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters altijd op vaste dagen en vaste uren gehouden? (aankruisen/invullen)

**Zuigelingenbureau:**

- vaste dag, vast tijdstip
- vaste dag, tijdstip varieert
- dag varieert, tijdstip is vast
- dag varieert, tijdstip varieert
- anders, namelijk \_\_\_\_\_

-----  
-----

**Kleuterbureau:**

- vaste dag, vast tijdstip
- vaste dag, tijdstip varieert
- dag varieert, tijdstip is vast
- dag varieert, tijdstip varieert
- anders, namelijk \_\_\_\_\_

-----  
-----

---

11. Zijn er (andere) punten met betrekking tot de praktijksituatie, die niet aan de orde zijn gekomen, maar die u toch graag wilt vermelden? (aankruisen/invullen)

- nee
  - ja, namelijk \_\_\_\_\_
- -----

---

12. Zijn er met betrekking tot de praktijkvoering van het CB in Almere waarin U participeert punten waarover U erg tevreden of juist ontevreden bent? (invullen)

erg tevreden over : 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

erg ontevreden over: 1. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_  
3. \_\_\_\_\_  
4. \_\_\_\_\_

---



15. Hieronder staan een aantal taken waarvan in het algemeen wordt aangenomen dat ze binnen het CB worden uitgevoerd. Zoudt U bij elk van deze taken willen aangeven voor zowel het zuigelingen CB als voor het kleuter CB welke persoon deze taken vervult?

Wordt één taak door zowel de arts als de wijkverpleegkundige gedaan, dan kunt U beide vakjes aankruisen; wordt een taak niet op het zuigelingen CB gedaan, dan kunt u beide vakjes openlaten.

inhoudelijke taken van het consultatiebureau:	wordt op <b>zuigelingen</b> CB gedaan door:		wordt op <b>kleuter CB</b> gedaan door:	
	arts	wijkverpleeg- kundige	arts	wijkverpleeg-
het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling (van Wiechen-schema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het observeren van de ouder-kindrelatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het bespreken van het slaapgedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het geven van gezondheidsvoorlichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het geven van voedingsvoorlichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het opsporen van risicofactoren voor ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het begeleiden van, of hulp geven aan de ouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het doen van inentingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het uitvoeren van de Ewing- (of BOEL-) test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het testen van het gezichtsvermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
registratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huisbezoeken afleggen voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meten en wegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het bestuderen van medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Willt U nu, voor dezelfde taken als genoemd in vraag 15, aangeven door wie persoon deze taken volgens U op het zuigelingen CB en het kleuter CB uitgevoerd behoren te worden? Vindt U dat een of meerdere taken tot de terreinen van beide personen behoren, dan kunt U weer in beide vakjes een kruisje plaatsen; vindt U van een taak dat deze buiten het werkterrein van één van de CB's valt, dan kunt U beide vakjes openlaten

inhoudelijke taken van het consultatiebureau:	behoort op zuigelingen CB te worden gedaan door:		behoort op het kleu- ter CB te worden ge- daan door:	
	arts	wijkverpleeg- kundige	arts	wijkverpleeg- kundige
het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling (van Wiechen-schema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het observeren van de ouder-kindrelatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het bespreken van het slaappgedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het geven van gezondheidsvoorlichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het geven van voedingsvoorlichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het opsporen van risicofactoren voor ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het begeleiden van, of hulp geven aan de ouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het doen van inentingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het uitvoeren van de Ewing- (of BOEL-) test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het testen van het gezichtsvermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
registratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huisbezoeken afleggen voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meten en wegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het bestuderen van medische gegevens uit de voor- geschiedenis van het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Op welke wijze is de door U in vraag 15 aangegeven taakverdeling tot stand gekomen? (aankruisen/invullen)

- door schriftelijke werkafspraken te maken
- door mondelinge werkafspraken te maken
- is zo gegroeid
- is mij niet bekend
- anders, namelijk .....

18. Zijn er, naar uw mening, met betrekking tot de inhoudelijke taakverdeling bij de consultatiebureau's knelpunten? Zo ja, welke? (aankruisen/invullen)

- nee
- ja, namelijk .....

19. Zijn er nog andere punten met betrekking tot de inhoudelijke taakverdeling die U graag vermeld zou zien? (aankruisen/invullen)

- nee
- ja, namelijk .....

20. Naast de inhoudelijke taken, zijn bij het CB ook een aantal praktische zaken onder te brengen. Kunt U aangeven door wie onderstaande werkzaamheden worden uitgevoerd? (U mag meerdere categorieën aankruisen)

	huisarts	wijkverpleeg- kundige	wordt niet op CB gedaan
bijhouden van afspraken voor zuigelingen-CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bijhouden van afspraken voor kleuter-CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
overdracht van kleuter naar DGD	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uitleg aan ouders over taakverdeling bij zuigelingen-CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
uitleg aan ouders over taakverdeling bij kleuter-CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Hieronder volgen een aantal uitspraken waarin opvattingen aan de orde komen over de inhoud en uitvoering van taken binnen het CB. Wilt U aangeven in hoeverre U het met deze uitspraken eens of oneens bent (aankruisen)

	zeer mee eens	mee eens	eens/ deels mee oneens	mee oneens	zeer mee oneens
voor ouders is de begeleiding, die hen via het CB wordt gegeven, onmisbaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
systematische VIO is meer een taak voor een wijkverpleegkundige dan voor de huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veel van de preventieve taken op het CB kunnen door de wijkverpleegkundige worden vervuld in plaats van door een arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
door de huisbezoeken heeft de wijkverpleegkundige meer informatie over het sociale milieu van het kind dan de huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
om goede zorg te kunnen leveren aan de zuigelingen in de praktijk, moet de huisarts zelf het zuigelingen CB doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een huisarts is goed in staat voor de zuigelingen uit de praktijk zelf CB te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het is voor een huisarts moeilijk zich een preventieve denkwijze eigen te maken voor het CB-werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
systematische VIO is meer een taak voor speciaal opgeleide CB-artsen dan voor huisartsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zuigelingen en kleuter CB's moeten in principe gescheiden plaatsvinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
standaard huisbezoeken behoren deel uit te maken van het consultatiebureau voor zuigelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kleuterhuisbezoeken behoren niet standaard te worden gebracht; voor een dergelijk bezoek dient een indicatie te bestaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teneinde misverstanden te vermijden, verdient het aanbeveling om ten behoeve van het CB schriftelijke werkafspraken te maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Nogmaals een aantal uitspraken over het functioneren van het CB. Wilt U bij elk van deze uitspraken aangeven of U het eens, dan wel oneens bent met de betreffende uitspraak? (aankruisen)

	dat is (beslist) zo	ik twijfel, maar dat is eigenlijk wel zo	ik twijfel, maar dat is eigenlijk niet zo	dat is (beslist) niet zo
interesse in het vakgebied sociale geneeskunde met speciale aandacht voor JGZ is noodzakelijk voor een goede vervulling van het CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huisartsen en wijkverpleegkundigen gaan in Almere bij het CB met elkaar om als elkaars gelijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de taakverdeling bij het CB moet gebaseerd zijn op mondelinge werkafspraken; het schriftelijk vastleggen van ieders werkzaamheden werkt verstarrend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het zou een goede zaak zijn als de leiding van het CB bij één persoon, i.c. de huisarts berust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het zou een goede zaak zijn als de leiding van het CB bij één persoon, i.c. de wijkverpleegkundige berust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bezoekers van het CB kennen meer waarde toe aan het oordeel van de arts dan dat van de wijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huisartsen hebben, door hun spreekuur- en visitecontacten, bij het CB een kennisvoorsprong op de wijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeugdgezondheidszorg in het algemeen en CB-werk in het bijzonder behoren tot de werkzaamheden waar ik mij erg voor interesseer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
samenwerking op basis van gelijkheid is een voorwaarde om goed CB-werk te kunnen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het is een goede zaak als er t.b.v. het CB toetsingsbijeentkomsten via protocollen worden ingesteld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huisartsen en wijkverpleegkundigen gaan in de Almeerse gezondheidscentra met elkaar om als elkaars gelijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CB-werk in zijn huidige vorm is een activiteit die relatief veel energie kost en relatief weinig oplevert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



23. Zijn er met betrekking tot de inhoud van het CB in Almere punten waarover U erg tevreden of juist ontevreden bent? (invullen)

erg tevreden over : 1. -----

2. -----

3. -----

4. -----

erg ontevreden over: 1. -----

2. -----

3. -----

4. -----

---

24. Als U, alles afwegend, via een rapportcijfer een algemeen oordeel zou moeten geven over de inhoudelijke taken en taakverdeling van het Almeerse CB, op welk cijfer komt U dan uit? (omcirkelen)

erg ontevreden

erg tevreden

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

---

### III WEEGHULPEN

Op een aantal CB's in Almere worden consultatiebureau-assistenten, ook wel 'weeghulpen' genoemd, ingeschakeld bij een aantal activiteiten.

---

25a. Maakt het CB, waaraan door U wordt deelgenomen, gebruik van de diensten van 'weeghulpen'? (U mag meerdere antwoorden aankruisen)

ja, bij zuigelingenbureau

ja, bij kleuterbureau

nee

---

25b. Zo ja, kunt U aangeven welke taken deze 'weeghulpen' vervullen en onder wiens verantwoordelijkheid dit geschiedt? (invullen)

op zuigelingenbureau: -----  
-----  
-----

op kleuterbureau: -----  
-----  
-----

---

26. Zijn er, naast eventueel hierboven genoemde taken, werkzaamheden die naar Uw mening overgedragen kunnen worden aan een 'weeghulp'? Zo ja, welke? (aankruisen/invullen)

nee

ja, op zuigelingenbureau: -----  
-----  
-----

ja, op kleuterbureau: -----  
-----  
-----

---

27. Krijgen de 'weeghulpen' een specifieke (interne) opleiding? Zo ja, waaruit bestaat deze opleiding? (aankruisen/invullen)

nee

ja, namelijk -----  
-----  
-----  
-----



30. Naast overleg bij doorverwijzing, kan er bij het CB ook sprake zijn van overleg, raadpleging of consultatie zonder dat er van een verwijzing sprake is. Wij onderscheiden hierbij **gestructureerd overleg** (op vaste tijden) en **incidenteel overleg** (op ad hoc basis). Wilt U hieronder aangeven met welke disciplines U dergelijk overleg in het kader van het CB heeft, en hoe U de kwaliteit van dit overleg beoordeelt? (aankruisen).

Vindt er met een discipline geen overleg plaats (noch gestructureerd, noch incidenteel), dan mag U de bij die discipline behorende vakjes open laten.

disciplines:	gestructureerd overleg	incidenteel overleg	kwaliteit van het overleg:		
			goed	matig	slecht
provinciaal arts JGZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
districtsarts JGZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schoolartsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNO-arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ortopaed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kinderarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vertrouwensarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
districtsverpleegkundige JGZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verloskundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kraamzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
audiologisch centrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
logopedist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIAGG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VTD-team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medisch kleuterdagverblijf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stichting spel en opvoedingsvoorlichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(eerstelijns)psycholoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ander, namelijk -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----					

31. Beperken we ons even tot het structurele overleg, kunt U dan aangeven hoe de door U bij vraag 30 aangekruiste overlegbijeenkomsten tot stand zijn gekomen? (invullen)

structureel overleg met: (discipline invullen) tot stand gekomen op initiatief van:

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----
5. -----

---

32. Binnen het CB zal vooral overleg plaatsvinden met de wijkverpleegkundigen. Wanneer vindt dit overleg met de wijkverpleegkundigen bij U op het CB plaats? (U mag meerdere antwoorden aankruisen)

- overleg direct tijdens het CB
- overleg op vaste tijden, aansluitend op CB
- overleg wel op vaste tijden, niet aansluitend op CB
- incidenteel overleg
- anders, namelijk -----  
-----

---

33. Bent U in het algemeen tevreden over de kwaliteit van de samenwerking met de wijkverpleegkundigen op het CB, of zijn er knelpunten die de samenwerking bemoeilijken? (aankruisen/invullen)

- de samenwerking is goed
- de samenwerking is redelijk
- de samenwerking is niet goed

Knelpunten: -----  
-----  
-----  
-----

---

34. Zijn er in Almere op het organisatorische vlak problemen die een goede kwaliteit van het CB belemmeren? (U mag meerdere antwoorden aankruisen/invullen)

- ja, door de interne organisatie van bureau, nl. -----  
-----
- ja, door organisatorische regelingen van de (prov.) kruisvereniging, nl. -----  
-----
- ja, door organisatorische regelingen van de EVA, nl. -----  
-----
- ja, door de organisatie binnen de basiseenheid, nl. -----  
-----
- ja, door andere oorzaken, nl. -----  
-----
- nee

---

35. Zijn er in Almere naar Uw mening nog andere problemen of knelpunten op het terrein van samenwerking en communicatie of op het organisatorische vlak, die een goede kwaliteit van het CB belemmeren? (aankruisen/invullen)

- nee
- ja, namelijk -----  
-----  
-----

---

36. Zijn er, met betrekking tot de samenwerking en communicatie, bij het CB punten waarover U erg tevreden of juist ontevreden bent? (invullen)

- erg tevreden over : 1. -----  
2. -----  
3. -----
- erg ontevreden over: 1. -----  
2. -----  
3. -----
-



41. Hoe vaak denkt U dat het, voor huisartsen die CB-werk doen, nodig is om bij- of nascholingcursussen te volgen? (aankruisen)

- helemaal niet
  - meerdere malen per jaar
  - ieder jaar
  - iedere 2 jaar
  - iedere 5 jaar
  - naar behoefte
- 

42. Indien U bij- of nascholing voor huisartsen die CB-werk doen gewenst acht, aan wat voor cursussen denkt U dan en wie zouden hierin het voortouw moeten nemen? (invullen)

gewenste cursus(sen):	-----	initiatief:	-----
	-----		-----
	-----		-----
	-----		-----

---

43. Zijn er nog andere punten met betrekking tot de opleiding en (na)scholing voor het CB-werk, die U graag naar voren wilt brengen? (aankruisen/invullen)

- nee
  - ja, namelijk -----  
-----  
-----  
-----  
-----
-



44. Zijn er, met betrekking tot de opleiding en scholing bij het CB-werk, punten waarover U tevreden of juist ontevreden bent? (invullen)

erg tevreden over : 1. -----

2. -----

3. -----

erg ontevreden over: 1. -----

2. -----

3. -----

---

45. Als U, alles afwegend, via een rapportcijfer een algemeen oordeel zou moeten geven over de opleiding en scholing bij het CB-werk, op welk cijfer komt U dan uit? (omcirkelen)

erg ontevreden

erg tevreden

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

---

#### VI TENSLOTTE NOG ENKELE ALGEMENE GEGEVENS

---

46. Wat is Uw leeftijd? (invullen)

----- jaar

---

47. Wat is Uw geslacht? (aankruisen)

man

vrouw

---

48. In welk jaar bent U als huisarts afgestudeerd? (invullen)

In 19 -----

---

Indien U nog opmerkingen heeft over hetgeen in deze vragenlijst aan de orde is gesteld of vindt dat wij dingen zijn vergeten in relatie tot de CB-functie in Almere, dan kunt U deze hieronder (of eventueel op de achterkant van het vragenformulier) vermelden.

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!

---



**BIJLAGE 3.: wijkverpleegkundigen-enquête 'De zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere'**



nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

nr.	
binnenkomst	
ingevoerd op	paraaf

# de zorg voor zuigelingen en kleuters in almere

## wijkverpleegkundigen -enquête 1988

inlichtingen: herman sixma, tel. 030- 319946

## TOELICHTING

Doel van het onderzoek naar de consultatiebureau-functie in Almere is na te gaan hoe deze bureaus functioneren in zowel de ogen van de hulpverleners als de bezoekers van het CB. Omdat de meeste vragen ook in een landelijk onderzoek zijn gesteld, zal daarnaast een vergelijking van Almere met andere situaties mogelijk zijn.

Vooraf de volgende opmerkingen:

- Het is de bedoeling dat Uw antwoorden, behalve als expliciet naar iets anders wordt gevraagd, de feitelijke situatie op het consultatiebureau waar U werkt weergeven. Het maakt daarbij niet uit hoe uniek of afwijkend deze situatie naar Uw idee ook is.
- Er zijn vier soorten vragen:
  1. Bij de meeste vragen is maar één antwoord mogelijk. U kunt dan het voor ons van toepassing zijnde antwoord aankruisen.
  2. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Dit staat bij de desbetreffende vragen aangegeven. U kunt dan meerdere antwoorden aankruisen.
  3. In een aantal gevallen zijn geen antwoordcategorieën gegeven. Bij deze 'open vragen' kunt U zelf Uw antwoord formuleren en invullen.
  4. Tenslotte is er een vraag waarbij U een oordeel kunt geven op een zogenaamde 9-puntsschaal (vraag 21). Vindt U een doelstelling erg belangrijk, dan zet U een kruisje in een van de meest rechtse vakjes; vindt U een doelstelling erg onbelangrijk, dan komt er een kruisje aan de linkerkant te staan.
- Wilt U de vragenlijst zo volledig mogelijk invullen en geen vragen overslaan, behalve in die gevallen waar dit duidelijk is aangegeven. Tevens verzoeken wij U de vragenlijst individueel in te vullen; het gaat om Uw mening en ervaringen.
- In de vragenlijst worden een aantal afkortingen gebruikt. CB staat voor consultatiebureau, WV geeft aan dat het gaat om de wijkverpleegkundige en met JGZ wordt de Jeugdgezondheidszorg bedoeld.
- Aan het eind van de vragenlijst is ruimte voor eventuele aanvullende opmerkingen.

Na het invullen, kunt U de vragenlijst in de bijgevoegde antwoordenvolop doen en deze dichtgeplakt naar ons terug sturen. U hoeft geen postzegel te plakken.

Alle door U verstrekte informatie zal door ons uiterst vertrouwelijk worden behandeld en anoniem worden verwerkt. Andere hulpverleners krijgen geen inzage in de door U gegeven antwoorden.

Wij danken U alvast hartelijk voor Uw medewerking aan het onderzoek.

2a. Hoe zijn bij U de kleuter CB's georganiseerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- team-CB: arts en wijkverpleegkundige zitten in dezelfde ruimte en worden tegelijk geconsulteerd
  - team-CB: arts en wijkverpleegkundige zitten in gescheiden ruimten en worden achtereenvolgens geconsulteerd
  - verpleegkundig CB, met alleen wijkverpleegkundige
  - groeps-CB, met huisarts en wijkverpleegkundige
  - groeps-CB, met alleen de wijkverpleegkundige
  - anders, namelijk -----  
-----
- 

2b. Indien U bij vraag 2a. twee of meer antwoorden hebt aangekruist, wilt U dan aangeven hoe de verdeling is van de verschillende vormen van kleuter CB's in aantal en regelmaat? (invullen)

verdeling: -----  
-----

---

2c. Hoe beoordeelt U, op grond van uw ervaringen, de bij 1a. aangekruiste wijze(n) waarop bij U het kleuter CB is georganiseerd? (aankruisen)

- positief
  - gematigd positief
  - noch positief, noch negatief
  - gematigd negatief
  - negatief
- 

3. Komt het voor dat de zuigelingen en kleuter CB's waaraan door U wordt meegewerkt, gecombineerd worden gehouden? (aankruisen)

- nee, altijd afzonderlijk zuigelingen en kleuter CB
  - ja, soms gecombineerd zuigelingen/kleuter CB
  - ja, altijd gecombineerd zuigelingen/kleuter CB
-

I PRAKTIJKVOERING

---

1a. Hoe zijn bij U de **zuigelingen CB's** georganiseerd? (meerdere antwoorden mogelijk)

- team-CB: arts en wijkverpleegkundige zitten in dezelfde ruimte en worden tegelijk geconsulteerd
  - team-CB: arts en wijkverpleegkundige zitten in gescheiden ruimten en worden achtereenvolgens geconsulteerd
  - verpleegkundig CB, met alleen wijkverpleegkundige
  - groeps-CB, met huisarts en wijkverpleegkundige
  - groeps-CB, met alleen de wijkverpleegkundige
  - anders, namelijk -----  
-----  
-----
- 

1b. Indien U bij vraag 1a. twee of meer antwoorden hebt aangekruist, wilt U dan aangeven hoe de verdeling is van de verschillende vormen van zuigelingen CB's in aantal en regelmaat? (invullen)

verdeling: -----  
-----  
-----  
-----

---

1c. Hoe beoordeelt U, op grond van uw ervaringen, de bij 1a. aangekruiste wijze(n) waarop bij U het zuigelingen CB is georganiseerd? (aankruisen)

- positief
  - gematigd positief
  - noch positief, noch negatief
  - gematigd negatief
  - negatief
-



4. Hoeveel zuigelingen en kleuters worden door U gemiddeld per zitting opgeroepen? (aankruisen)

**Zuigelingen:**

- minder dan 10
- tussen 10 en 15
- tussen 15 en 20
- meer dan 20

**Kleuters:**

- minder dan 10
  - tussen 10 en 15
  - tussen 15 en 20
  - meer dan 20
- 

5. Wat doet U wanneer U merkt dat ouders niet met hun kind naar het consultatiebureau gaan? (aankruisen/invullen)

- U probeert ze van het nut ervan te overtuigen door een extra huisbezoek
  - U probeert ze van het nut te overtuigen door een telefonische of schriftelijke herinnering
  - U doet niets, omdat U vindt dat ze dat zelf moeten weten
  - U doet niets, omdat U daar geen tijd voor heeft
  - U doet niets, omdat U weet dat ze ergens anders onder controle zijn
  - anders, namelijk .....
- 

6a. Wat doet U als ouders, buiten het CB om, met klachten komen die eigenlijk op het CB thuishoren? (aankruisen/invullen)

- klacht wordt op dat moment door mij behandeld
  - personen worden doorverwezen naar eerstvolgende CB-afspraak
  - anders, namelijk .....
- 

6b. Omgekeerd kan het ook voorkomen dat ouders, tijdens het CB, met klachten komen die niet op het CB betrekking hebben. Wat doet U in dergelijke gevallen? (aankruisen/invullen)

- klacht wordt op dat moment door mij behandeld
  - personen worden doorverwezen naar het 'normale' spreekuur
  - anders, namelijk .....
-

7. Hoeveel tijd besteedt U gemiddeld aan de voorbereiding van een consultatiebureauzitting? (aankruisen/invullen)

- niet van toepassing, we houden geen voorbereiding
  - bij het zuigelingenbureau ..... minuten per zitting
  - bij het kleuterbureau ..... minuten per zitting
  - bij het gemengde bureau ..... minuten per zitting
- 

8. Hoeveel tijd besteedt U gemiddeld aan de nabespreking van een consultatiebureauzitting? (aankruisen/invullen)

- niet van toepassing, we houden geen nabespreking
  - bij het zuigelingenbureau ..... minuten per zitting
  - bij het kleuterbureau ..... minuten per zitting
  - bij het gemengde bureau ..... minuten per zitting
- 

9a. Worden door U, in het kader van het CB-werk, **standaard zuigelingen-huisbezoeken** afgelegd? (aankruisen)

- nee, ik doe geen (standaard-) zuigelingenhuisbezoeken
  - bij elke pasgeborene
  - alleen op verzoek van de ouders
  - alleen op verzoek van de (andere) hulpverleners
  - anders, namelijk .....
- 

9b. Hoe vaak worden (standaard-) zuigelingenhuisbezoeken gebracht in de periode tot aan het eerste CB-bezoek (PKU/CHT bezoek niet meerekenen)? (aankruisen)

- niet van toepassing, er worden geen zuigelingenhuisbezoeken afgelegd
  - één keer
  - één keer per 14 dagen
  - één keer per week
  - anders, namelijk .....
-

9c. Worden er door U, gedurende de zuigelingenfase, tussen de CB-bezoeken door huisbezoeken afgelegd? (aankruisen/invullen)

- nee
  - bij alle zuigelingen op mijn initiatief, namelijk ..... keer
  - alleen op verzoek van ouders
  - anders, namelijk .....
- 

10. Worden door U, in het kader van het CB-werk, **standaard kleuterhuisbezoeken** afgelegd? (aankruisen)

- nee, ik doe geen (standaard) kleuterhuisbezoeken
  - bij iedere kleuter
  - in plaats van bezoek kleuter CB, op leeftijd van ..... jaar
  - voor afnemen van Wiechen-onderzoek, op leeftijd van ..... jaar
  - op indicatie
  - anders, namelijk .....
- 

11. Op welke wijze komen de afspraken voor de consultatiebureaus tot stand? (aankruisen/invullen)

**Zuigelingenbureau:**

- WV maakt afspraak na afloop van elk zuigelingen CB
  - huisarts maakt afspraak na afloop van elk zuigelingen CB
  - ouders krijgen schriftelijke oproep voor elk zuigelingen CB
  - anders, namelijk .....
- 

**Kleuterbureau:**

- WV maakt afspraak na afloop van elk zuigelingen CB
  - huisarts maakt afspraak na afloop van elk zuigelingen CB
  - ouders krijgen schriftelijke oproep voor elk zuigelingen CB
  - anders, namelijk .....
-

12. Worden de consultatiebureaus voor zuigelingen en kleuters altijd op vaste dagen en vaste uren gehouden? (aankruisen/invullen)

**Zuigelingenbureau:**

- vaste dag, vast tijdstip
- vaste dag, tijdstip varieert
- dag varieert, tijdstip is vast
- dag varieert, tijdstip varieert
- anders, namelijk -----

-----  
-----

**Kleuterbureau:**

- vaste dag, vast tijdstip
- vaste dag, tijdstip varieert
- dag varieert, tijdstip is vast
- dag varieert, tijdstip varieert
- anders, namelijk -----

-----  
-----

---

13. In hoeveel verschillende CB-teams (vervangende huisartsen niet meegerekend) wordt door U geparticipeerd? (aankruisen)

- één CB-team
- twee CB-teams
- drie CB-teams
- vier of meer CB-teams

---

14. Worden er bij U in de wijk gespreksgroepen of cursussen georganiseerd voor aanstaande ouders of ouders van zuigelingen of kleuters? (aankruisen)

- |                                  | ja                       | nee                      |
|----------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| voor aanstaande ouders           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| voor ouders van zuigelingen      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| voor ouders van peuters/kleuters | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Indien U deze vraag voor alle drie categorieën met 'nee' heeft beantwoord, kunt U verder gaan met vraag 18

15. Welke activiteiten worden door U verricht in het kader van deze oudergespreksgroepen of cursussen? (U mag meerdere antwoorden aankruisen)

	aanstaande ouders	zuigelingen	peuters/kleuters
voorbereiding van de cursus/gespreksgroep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
leiden van cursus/gespreksgroep (alleen of samen met anderen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
evaluatie van de cursus/gespreksgroep	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het enkel aanwezig zijn tijdens bijeenkomsten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
anders, namelijk ----- -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Aan hoeveel van deze cursussen/gespreksgroepen heeft U het afgelopen jaar meegewerkt? (invullen)

	aanstaande ouders	zuigelingen	peuters/kleuters
aantal cursussen/gespreksgroepen	-----	-----	-----
aantal bijeenkomsten per cursus	-----	-----	-----

17. Hoeveel ouder(s) nemen er gemiddeld deel aan dit soort gespreksgroepen of cursussen? (indien beide ouders van één kind deelnemen, geldt dit als één deelnemer (invullen))

	aanstaande ouders	ouders van zuigelingen	ouders van peuters/kleuters
gemiddeld aantal deelnemers	-----	-----	-----

18. Zijn er nog (andere) punten met betrekking tot de praktijksituatie of door U gegeven cursussen, die niet aan de orde zijn gekomen, maar die u toch graag wilt vermelden? (aankruisen/invullen)

- nee
- ja, namelijk -----  
-----  
-----



22. Hieronder staan een aantal taken waarvan in het algemeen wordt aangenomen dat ze binnen het CB worden uitgevoerd. Zoudt U bij elk van deze taken willen aangeven voor zowel het zuigelingen CB als voor het kleuter CB welke persoon deze taken vervult?

Wordt één taak door zowel de arts als de wijkverpleegkundige gedaan, dan kunt U beide vakjes aan kruisen; wordt een taak niet op het zuigelingen CB gedaan, dan kunt u beide vakjes openlaten.

inhoudelijke taken van het consultatiebureau:	wordt op <b>zuigelingen CB</b> gedaan door:		wordt op <b>kleuter CB</b> gedaan door:	
	arts	wijkverpleegkundige	arts	wijkverpleeg-
het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling (van Wiechen-schema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het observeren van de ouder-kindrelatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het bespreken van het slaapgedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het geven van gezondheidsvoorlichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het geven van voedingsvoorlichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het opsporen van risicofactoren voor ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het begeleiden van, of hulp geven aan de ouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het doen van inentingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het uitvoeren van de Ewing- (of BOEL-) test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het testen van het gezichtsvermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
registratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huisbezoeken afleggen voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meten en wegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het bestuderen van medische gegevens uit de voorgeschiedenis van het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Wilt U nu, voor dezelfde taken als genoemd in vraag 22, aangeven door wie persoon deze taken volgens U op het zuigelingen CB en het kleuter CB uitgevoerd behoren te worden? Vindt U dat een of meerdere taken tot de terreinen van beide personen behoren, dan kunt U weer in beide vakjes een kruisje plaatsen; vindt U van een taak dat deze buiten het werkterrein van één van de CB's valt, dan kunt U beide vakjes openlaten

inhoudelijke taken van het consultatiebureau:	behoort op <b>zuigelingen</b> CB te worden gedaan door:		behoort op het <b>kleu- ter CB</b> te worden ge- daan door:	
	arts	wijkverpleeg- kundige	arts	wijkverpleeg- kundige
het systematisch volgen van lichamelijke groei en ontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de psycho-motorische ontwikkeling (van Wiechen-schema)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de emotionele ontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het observeren van de ouder-kindrelatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het systematisch volgen van de spraak- en taalontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het bespreken van het slaapgedrag	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het geven van gezondheidsvoorlichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het geven van voedingsvoorlichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het opsporen van risicofactoren voor ontwikkeling en groei van het kind in de leefsituatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het begeleiden van, of hulp geven aan de ouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het doen van inentingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het uitvoeren van de Ewing- (of BOEL-) test	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het testen van het gezichtsvermogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
registratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huisbezoeken afleggen voorafgaand aan of in aansluiting op het CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
meten en wegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het bestuderen van medische gegevens uit de voor- geschiedenis van het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



24. Op welke wijze is de door U in vraag 22 aangegeven taakverdeling tot stand gekomen? (aankruisen/invullen)

door schriftelijke werkafspraken te maken

door mondelinge werkafspraken te maken

is zo gegroeid

is mij niet bekend

anders, namelijk -----

-----

25. Zijn er, naar uw mening, met betrekking tot de inhoudelijke taakverdeling bij de consultatiebureau's knelpunten? Zo ja, welke? (aankruisen/invullen)

nee

ja, namelijk -----

-----

-----

26. Zijn er nog andere punten met betrekking tot de inhoudelijke taakverdeling die U graag vermeld zou zien? (aankruisen/invullen)

nee

ja, namelijk -----

-----

-----

27. Naast de inhoudelijke taken, zijn bij het CB ook een aantal praktische zaken onder te brengen. Kunt U aangeven door wie onderstaande werkzaamheden worden uitgevoerd? (U mag meerdere categorieën aankruisen)

huisarts                      wijkverpleeg-                      wordt niet op  
   kundige                                      CB gedaan

bijhouden van afspraken voor zuigelingen-CB

bijhouden van afspraken voor kleuter-CB

overdracht van kleuter naar DGD

uitleg aan ouders over taakverdeling bij zuigelingen-CB

uitleg aan ouders over taakverdeling bij kleuter-CB

28. Hieronder volgen een aantal uitspraken waarin opvattingen aan de orde komen over de inhoud en uitvoering van taken binnen het CB. Wilt U aangeven in hoeverre U het met deze uitspraken eens of oneens bent (aankruisen)

	zeer mee eens	mee eens	eens/ deels mee oneens	mee oneens	zeer mee oneens
voor ouders is de begeleiding, die hen via het CB wordt gegeven, onmisbaar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
systematische VTO is meer een taak voor een wijkverpleegkundige dan voor de huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
veel van de preventieve taken op het CB kunnen door de wijkverpleegkundige worden vervuld in plaats van door een arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
door de huisbezoeken heeft de wijkverpleegkundige meer informatie over het sociale milieu van het kind dan de huisarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
om goede zorg te kunnen leveren aan de zuigelingen in de praktijk, moet de huisarts zelf het zuigelingen CB doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
een huisarts is goed in staat voor de zuigelingen uit de praktijk zelf CB te doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het is voor een huisarts moeilijk zich een preventieve denkwijze eigen te maken voor het CB-werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
systematische VTO is meer een taak voor speciaal opgeleide CB-artsen dan voor huisartsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zuigelingen en kleuter CB's moeten in principe gescheiden plaatsvinden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
standaard huisbezoeken behoren deel uit te maken van het consultatiebureau voor zuigelingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kleuterhuisbezoeken behoren niet standaard te worden gebracht; voor een dergelijk bezoek dient een indicatie te bestaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
teneinde misverstanden te vermijden, verdient het aanbeveling om ten behoeve van het CB schriftelijke werkafspraken te maken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

29. Nogmaals een aantal uitspraken over het functioneren van het CB. Wilt U bij elk van deze uitspraken aangeven of U het eens, dan wel oneens bent met de betreffende uitspraak? (aankruisen)

	dat is (beslist) zo	ik twijfel, maar dat is eigenlijk wel zo	ik twijfel, maar dat is eigenlijk niet zo	dat is (beslist) niet zo
interesse in het vakgebied sociale geneeskunde met speciale aandacht voor JGZ is noodzakelijk voor een goede vervulling van het CB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huisartsen en wijkverpleegkundigen gaan in Almere bij het CB met elkaar om als elkaars gelijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de taakverdeling bij het CB moet gebaseerd zijn op mondelinge werkafspraken; het schriftelijk vastleggen van ieders werkzaamheden werkt verstarrend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het zou een goede zaak zijn als de leiding van het CB bij één persoon, i.c. de huisarts berust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het zou een goede zaak zijn als de leiding van het CB bij één persoon, i.c. de wijkverpleegkundige berust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bezoekers van het CB kennen meer waarde toe aan het oordeel van de arts dan dat van de wijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huisartsen hebben, door hun spreekuur- en visitecontacten, bij het CB een kennisvoorsprong op de wijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jeugdgezondheidszorg in het algemeen en CB-werk in het bijzonder behoren tot de werkzaamheden waar ik mij erg voor interesseer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
samenwerking op basis van gelijkheid is een voorwaarde om goed CB-werk te kunnen doen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het is een goede zaak als er t.b.v. het CB toetsingsbijeenkomsten via protocollen worden ingesteld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
huisartsen en wijkverpleegkundigen gaan in de Almeerse gezondheidscentra met elkaar om als elkaars gelijken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CB-werk in zijn huidige vorm is een activiteit die relatief veel energie kost en relatief weinig oplevert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

30. Zijn er met betrekking tot de inhoud van het CB in Almere punten waarover U erg tevreden of juist ontevreden bent? (invullen)

erg tevreden over : 1. -----

2. -----

3. -----

erg ontevreden over: 1. -----

2. -----

3. -----

---

31. Als U, alles afwegend, via een rapportcijfer een algemeen oordeel zou moeten geven over de inhoudelijke taken en taakverdeling van het Almeerse CB, op welk cijfer komt U dan uit? (omcirkelen)

erg ontevreden

erg tevreden

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

---

### III WEEGHULPEN

Op een aantal CB's in Almere worden consultatiebureau-assistentes, ook wel 'weeghulpen' genoemd, ingeschakeld bij een aantal activiteiten.

32a. Maakt het CB, waaraan door U wordt deelgenomen, gebruik van de diensten van 'weeghulpen'? (U mag meerdere antwoorden aankruisen)

ja, bij zuigelingenbureau

ja, bij kleuterbureau

nee

---

32b. Zo ja, kunt U aangeven welke taken deze 'weeghulpen' vervullen en onder wiens verantwoordelijkheid dit geschiedt? (invullen)

op zuigelingenbureau: -----

-----

-----

op kleuterbureau: -----

-----

-----

---

33. Zijn er, naast eventueel hierboven genoemde taken, werkzaamheden die naar Uw mening overgedragen kunnen worden aan een 'weeghulp'? Zo ja, welke? (aankruisen/invullen)

nee

ja, op zuigelingenbureau: -----  
-----  
-----

ja, op kleuterbureau: -----  
-----  
-----

---

34. Krijgen de 'weeghulpen' een specifieke (interne) opleiding? Zo ja, waaruit bestaat deze opleiding? (aankruisen/invullen)

nee

ja, namelijk -----  
-----  
-----  
-----

---

35. Zijn er nog andere punten met betrekking tot de 'weeghulpen' die niet ter sprake zijn gekomen en waarvan U het toch belangrijk vindt dat zij vermeld worden? (aankruisen/invullen)

nee

ja, namelijk -----  
-----  
-----  
-----

---



37. Naast overleg bij doorverwijzing, kan er bij het CB ook sprake zijn van overleg, raadpleging of consultatie zonder dat er van een verwijzing sprake is. Wij onderscheiden hierbij **gestructureerd overleg** (op vaste tijden) en **incidenteel overleg** (op ad hoc basis). Wilt U hieronder aangeven met welke disciplines U dergelijk overleg in het kader van het CB heeft, en hoe U de kwaliteit van dit overleg beoordeelt? (aankruisen).

Vindt er met een discipline geen overleg plaats (noch gestructureerd, noch incidenteel), dan mag U de bij die discipline behorende vakjes open laten.

disciplines:	gestructureerd overleg	incidenteel overleg	kwaliteit van het overleg:		
			goed	matig	slecht
provinciaal arts JGZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
districtsarts JGZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
schoolartsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
KNO-arts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ortopaed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kinderarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vertrouwensarts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
districtsverpleegkundige JGZ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verloskundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kraamzorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
audiologisch centrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
logopedist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
RIAGG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
maatschappelijk werk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VTO-team	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medisch kleuterdagverblijf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
stichting spel en opvoedingsvoorlichting	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
fysiotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(eerstelijns)psycholoog	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ander, namelijk -----	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----					

38. Beperken we ons even tot het structurele overleg, kunt U dan aangeven hoe de door U bij vraag 37 aange-  
kruiste overlegbijeenkomsten tot stand zijn gekomen? (invullen)

structureel overleg met: (discipline invullen)

tot stand gekomen op initiatief van:

1. -----
2. -----
3. -----
4. -----
5. -----

---

39. Binnen het CB zal vooral overleg plaatsvinden met de huisarts(en). Wanneer vindt dit overleg met de  
huisarts bij U op het CB plaats? (U mag meerdere antwoorden aankruisen)

- overleg direct tijdens het CB
- overleg op vaste tijden, aansluitend op CB
- overleg wel op vaste tijden, niet aansluitend op CB
- incidenteel overleg
- anders, namelijk -----  
-----

---

40. Bent U in het algemeen tevreden over de kwaliteit van de samenwerking met de huisarts op het CB, of  
zijn er knelpunten die de samenwerking bemoeilijken? (aankruisen/invullen)

- de samenwerking is goed
- de samenwerking is redelijk
- de samenwerking is niet goed

Knelpunten: -----  
-----  
-----  
-----

---



41. Zijn er in Almere op het organisatorische vlak problemen die een goede kwaliteit van het CB belemmeren? (U mag meerdere antwoorden aankruisen/invullen)

- ja, door de interne organisatie van bureau, nl. -----  
-----
- ja, door organisatorische regelingen van de (prov.) kruisvereniging, nl. -----  
-----
- ja, door organisatorische regelingen van de EVA, nl. -----  
-----
- ja, door de organisatie binnen de basiseenheid, nl. -----  
-----
- ja, door andere oorzaken, nl. -----  
-----
- nee

---

42. Zijn er in Almere naar Uw mening nog andere problemen of knelpunten op het terrein van samenwerking en communicatie of op het organisatorische vlak, die een goede kwaliteit van het CB belemmeren? (aankruisen/invullen)

- nee
- ja, namelijk -----  
-----  
-----

---

43. Zijn er, met betrekking tot de samenwerking en communicatie, bij het CB punten waarover U erg tevreden of juist ontevreden bent? (invullen)

- erg tevreden over : 1. -----  
2. -----  
3. -----
- erg ontevreden over: 1. -----  
2. -----  
3. -----
-

44. Als U, alles afwegend, via een rapportcijfer een algemeen oordeel zou moeten geven over de samenwerking en communicatie binnen en rond de Almeerse CB's, op welk cijfer komt U dan uit? (omcirkelen)

erg ontevreden

erg tevreden

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

---

#### V OPLEIDING EN SCHOLING

---

45. Wat is Uw opleiding? (aankruisen/invullen)

A en/of B-verpleegkundige

opleiding MGZ

HBO-V opleiding

kaderopleiding

anders, namelijk \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

46. Is er volgens U tijdens de door U gevolgde opleiding(en) voldoende aandacht besteed aan CB-werk voor zuigelingen en kleuters? (aankruisen)

nee

ja

---

47. Heeft U, na uw opleiding, bij- of nascholing gehad ten behoeve van het CB-werk? (aankruisen/invullen). Zo ja, door wie werd(en) deze cursussen georganiseerd?

nee

ja, cursus: \_\_\_\_\_, georganiseerd door \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, georganiseerd door \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, georganiseerd door \_\_\_\_\_

---

48. Hoe vaak denkt U dat het, voor wijkverpleegkundigen die CB-werk doen, nodig is om bij- of nascholingscursussen te volgen? (aankruisen)

- helemaal niet
  - meerdere malen per jaar
  - ieder jaar
  - iedere 2 jaar
  - iedere 5 jaar
  - naar behoefte
- 

49. Indien U bij- of nascholing voor wijkverpleegkundigen die CB-werk doen gewenst acht, aan wat voor cursussen denkt U dan en wie zouden hierin het voortouw moeten nemen? (invullen)

gewenste cursus(sen): -----      initiatief: -----  
-----  
-----  
-----

---

50. Zijn er nog andere punten met betrekking tot de opleiding en (na)scholing voor het CB-werk, die U graag naar voren wilt brengen? (aankruisen/invullen)

- nee
  - ja, namelijk -----  
-----  
-----  
-----  
-----
-

51. Zijn er, met betrekking tot de opleiding en scholing bij het CB-werk, punten waarover U tevreden of juist ontevreden bent? (invullen)

erg tevreden over : 1. -----

2. -----

3. -----

erg ontevreden over: 1. -----

2. -----

3. -----

---

52. Als U, alles afwegend, via een rapportcijfer een algemeen oordeel zou moeten geven over de opleiding en scholing bij het CB-werk, op welk cijfer komt U dan uit? (omcirkelen)

erg ontevreden

erg tevreden

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

---

#### VI TENSLOTTE NOG ENKELE ALGEMENE GEGEVENS

---

53. Wat is Uw leeftijd? (invullen)

----- jaar

---

54. Wat is Uw geslacht? (aankruisen)

man

vrouw

---

55. In welk jaar bent U als wijkverpleegkundige afgestudeerd? (invullen)

In 19 -----

---

Indien U nog opmerkingen heeft over hetgeen in deze vragenlijst aan de orde is gesteld of vindt dat wij dingen zijn vergeten in relatie tot de CB-functie in Almere, dan kunt U deze hieronder (of eventueel op de achterkant van het vragenformulier) vermelden.

HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!

---

**BIJLAGE 4.: consumentenenquête 'De zorg voor zuigelingen en kleuters in Almere'**



nederlands instituut  
voor onderzoek van de  
eerstelijnsgezondheidszorg

postbus 1568  
3500 bn utrecht  
telefoon: 030 319946

nr.	
binnenkomst	
ingevoerd op	paraaf

# de zorg voor zuigelingen en kleuters in almere

## consumenten\_enquête 1988

inlichtingen: herman sixma, tel. 030- 319946

## TOELICHTING

Hieronder vindt U enkele aanwijzingen voor het invullen van de vragenlijst. Wilt U deze alstublieft doorlezen voor U begint en vervolgens alle vragen zo volledig mogelijk beantwoorden?

- Er zijn drie soorten vragen. Bij de meeste vragen is maar één antwoord mogelijk; U kunt dan het antwoord dat voor U van toepassing is aankruisen. Bij sommige vragen zijn meerdere antwoorden mogelijk. Dit staat bij de desbetreffende vragen aangegeven en U mag dan meerdere antwoorden aankruisen. Tenslotte is er een aantal vragen waarbij U Uw antwoord op een daarvoor open gelaten ruimte kunt invullen of een omschrijving kunt geven van Uw ervaringen.
- Wilt U alstublieft geen vragen overslaan, behalve in die gevallen waar duidelijk is aangegeven dat dit de bedoeling is.
- Aan het begin van de vragenlijst hebben wij de geboortedatum ingevuld van het kind waarvoor wij graag zien dat U de vragenlijst invult. Heeft U meerdere kinderen, dan toch graag de vragenlijst voor dit kind invullen.
- Aan het eind van de vragenlijst hebben wij ruimte open gelaten voor aanvullende opmerkingen. Maakt U hier gerust gebruik van.
- Heeft U vragen of opmerkingen over het onderzoek, dan kunt U altijd contact met ons opnemen. Ons telefoonnummer vindt U op de omslag van deze vragenlijst.

Na het invullen van de vragenlijst, kunt U de enquête in de bijgevoegde antwoord-envelop doen en deze dichtgeplakt naar ons opsturen. U hoeft geen postzegel te plakken.

Uiteraard is deelname aan dit onderzoek geheel vrijwillig. Wel is het zo dat, om een zo goed mogelijk beeld te krijgen van wat de mensen vinden van het consultatiebureau in Almere, wij de meningen van zoveel mogelijk mensen nodig hebben. Uw medewerking, waarvoor wij U bij voorbaat danken, wordt daarom ten zeerste op prijs gesteld.

Tot slot nog dit. Wij hebben Uw naam door middel van een steekproef uit het bevolkingsregister gekregen van de gemeente Almere. De gemeente heeft ons alleen Uw naam en adres en de geboortedatum van Uw kind verstrekt en geen andere gegevens. De verwerking van deze enquête is anoniem en vindt plaats op het NIVEL in Utrecht. Behalve het NIVEL krijgt niemand inzage in Uw antwoorden; ook de hulpverleners in Almere niet.



**Belangrijk:** De geboortedatum van het kind waarvoor wij graag willen dat U de vragenlijst invult, is:

\_\_\_\_\_ 19 ..

---

1. Hoeveel kinderen heeft U en wanneer zijn deze geboren? (invullen)

aantal kinderen:

geboortedatum : 1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

5. \_\_\_\_\_

6. \_\_\_\_\_

---

2a. Indien U meer dan één kind heeft, bent U met Uw andere kinderen (waarvoor U de vragenlijst niet hoeft in te vullen) naar het consultatiebureau geweest? (aankruisen)

niet van toepassing, ik heb geen andere kinderen

nee

ja, alleen naar zuigelingenbureau

ja, alleen naar kleuterbureau

ja, zowel naar zuigelingen- als het kleuterbureau

anders, namelijk \_\_\_\_\_

---

2b. Als U met Uw andere kinderen een zuigelingen- of kleuterbureau bezocht of bezoekt, was of is dit dan een consultatiebureau in Almere? (aankruisen)

ja

nee

niet van toepassing

---

2c. Indien U één of beide bureaus niet heeft bezocht, kunt U dan aangeven wat daarvoor de reden was of is? (invullen)

Omdat: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Deze vraag 3 alleen invullen als het kind, voor wie de vragenlijst bestemd is, 12 maanden of jonger is. Anders door naar vraag 4.

3a. Bezoekt U met Uw kind een consultatiebureau voor zuigelingen? (aankruisen)

- nee
- ja, ik bezoek een consultatiebureau in Almere
- ja, ik bezoek een consultatiebureau elders, namelijk in \_\_\_\_\_

3b. Indien U bij vraag 3a. 'ja' heeft geantwoord, hoe vaak heeft U dan tot nu toe het consultatiebureau met dit kind bezocht?

\_\_\_\_\_ keer

3c. Indien U bij vraag 3a. 'nee' hebt geantwoord, zouden we graag weten waarom U het consultatiebureau niet bezoekt. Wilt U bij elk van de onderstaande redenen 'dat is zo' aankruisen als de reden voor U van toepassing is, en 'dat is niet zo' als dit niet het geval is.

	dat is zo	dat is niet zo
ik heb het te druk, ik heb geen tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik vind de bezoeken niet nodig, het kind is toch wel gezond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik moet bij het consultatiebureau te lang wachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het bureau is te ver weg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het consultatiebureau is een inbreuk op mijn privéleven; de opvoeding gaat alleen mij iets aan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
men heeft te weinig tijd voor mij op het bureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
men luistert niet goed naar mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik kan slecht met de bureau-arts overweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik kan slecht met de wijkverpleegkundige overweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mijn ideeën over (op)voeding komen niet overeen met die van de arts of de wijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de tijd op de oproepkaart komt me vaak niet uit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik heb negatieve verhalen van anderen gehoord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik heb slechte ervaringen met mijn andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het kind is elders onder controle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere reden(en), namelijk _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Deze vraag 4 alleen invullen als het kind, voor wie de vragenlijst bestemd is, ouder is dan 12 maanden. Anders door naar vraag 5.

4a. Bezoekt U met Uw kind een consultatiebureau voor peuters en kleuters? (aankruisen)

- nee
- nog niet, maar ik ga er binnenkort wel heen
- ja, ik bezoek een consultatiebureau in Almere
- ja, ik bezoek een consultatiebureau elders, namelijk in \_\_\_\_\_

4b. Indien U bij vraag 4a. 'ja' heeft geantwoord, hoeveel keer heeft U dan tot nu toe met Uw kind het consultatiebureau bezocht?

\_\_\_\_\_ keer

4c. Indien U bij vraag 4a. 'nee' of 'nog niet' heeft geantwoord, zouden we graag weten waarom U het consultatiebureau niet bezoekt. Wilt U bij elk van de onderstaande redenen 'dat is zo' aankruisen als dit voor U van toepassing is, en 'dat is niet zo' als dit niet het geval is.

	dat is zo	dat is niet zo
ik heb het te druk, ik heb geen tijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik vind de bezoeken niet nodig, het kind is toch wel gezond	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik moet bij het consultatiebureau te lang wachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het bureau is te ver weg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het consultatiebureau is een inbreuk op mijn privéleven; de opvoeding gaat alleen mij iets aan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
men heeft te weinig tijd voor mij op het bureau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
men luistert niet goed naar mij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik kan slecht met de bureau-arts overweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik kan slecht met de wijkverpleegkundige overweg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mijn ideeën over (op)voeding komen niet overeen met die van de arts of de wijkverpleegkundige	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de tijd op de oproepkaart komt me vaak niet uit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik heb negatieve verhalen van anderen gehoord	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik heb slechte ervaringen met mijn andere kinderen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het kind is elders onder controle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
andere reden(en), namelijk _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien U geen consultatiebureau voor zuigelingen of voor peuters/kleuters bezoekt, kunt U de vragen 5 t/m 34 overslaan en doorgaan naar vraag 35.  
Bezoekt U met Uw kind wel een consultatiebureau voor zuigelingen of kleuters, dan willen wij erg graag wat meer weten over Uw ervaringen met deze bureaus.

---

5a. Wij nemen aan dat het consultatiebureau, dat U bezoekt, werkt met afspraken-spreekuren. Hoe vindt U het afsprakensysteem van het consultatiebureau? (aankruisen)

- goed  
 matig  
 slecht
- 

5b. Wilt U aangeven waarom U het afsprakensysteem goed, matig of slecht vindt? (omschrijven)

omdat: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

---

6a. Hoe lang moet U in het algemeen wachten voor U aan de beurt bent? (aankruisen)

- korter dan 15 minuten  
 15 à 30 minuten  
 30 à 45 minuten  
 langer dan 45 minuten
- 

6b. Wat vindt U van deze wachttijd? (aankruisen)

- normaal  
 aan de lange kant  
 hinderlijk lang
-

6c. Als U moet wachten bij het consultatiebureau, hoe vindt U dit dan (aankruisen/invullen)

- vervelend, omdat
  - noch prettig, noch vervelend
  - plezierig, omdat
  - anders, namelijk \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 

7a. Heeft U in verband met het consultatiebureau huisbezoek gehad van een wijkverpleegkundige? (aankruisen)

- nee
  - ja
- 

7b. Hoe vaak is de wijkverpleegkundige in verband met het consultatiebureau bij U thuis geweest? (aankruisen)

- één keer, vlak na de bevalling
  - af en toe
  - regelmatig
- 

7c. Wat vindt U van het afleggen van huisbezoeken door een wijkverpleegkundige in verband met het consultatiebureau? (aankruisen/invullen)

- vervelend, omdat
  - noch prettig, noch vervelend
  - plezierig, omdat
  - anders, namelijk \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
-

8. Bij het consultatiebureau heeft U te maken met zowel een arts als een wijkverpleegkundige. Hoe ervaart U in het algemeen op het consultatiebureau het contact met de **arts?** (aankruisen)

	altijd	meestal wel	meestal niet	nooit
de arts heeft op het consultatiebureau voldoende tijd voor het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de arts houdt kinderen op een afstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de arts behandelt je op het consultatiebureau als een nummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bij de arts kan ik als ouder op het consultatiebureau ook met mijn eigen problemen terecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik heb het gevoel dat op het consultatiebureau de arts echt naar mij luistert als ik wat vertel over het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het contact met de arts op het consultatiebureau ervaar ik als plezierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

9. Hoe ervaart U in het algemeen op het consultatiebureau het contact met de **wijkverpleegkundige?** (aankruisen)

	altijd	meestal wel	meestal niet	nooit
de wijkverpleegkundige heeft op het consultatiebureau voldoende tijd voor het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de wijkverpleegkundige houdt kinderen op een afstand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de wijkverpleegkundige behandelt je op het consultatiebureau als een nummer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bij de wijkverpleegkundige kan ik als ouder op het consultatiebureau ook met mijn eigen problemen terecht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik heb het gevoel dat op het consultatiebureau de wijkverpleegkundige echt naar mij luistert als ik wat vertel over het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het contact met de wijkverpleegkundige op het consultatiebureau ervaar ik als plezierig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

10a. Geven de arts en de wijkverpleegkundige wel eens verschillende adviezen? (aankruisen)

- nee, nooit
- ja, soms
- ja, regelmatig

-----  
10b. Als dit gebeurt, wat doet U dan? En wiens advies volgt U op? (invullen)

---

---

---

---

---

11a. Als de **arts** Uw kind onderzoekt, legt hij of zij dan uit **waarom** het onderzoek wordt gedaan? (aankruisen)

- ja, altijd
- meestal wel
- meestal niet
- nee, nooit

-----  
11b. Als de **arts** Uw kind onderzoekt, legt hij of zij dan uit **wat** er wordt gedaan? (aankruisen)

- ja, altijd
- meestal wel
- meestal niet
- nee, nooit

-----  
11c. Wat vindt U van de uitleg door de **arts**? (aankruisen)

- de arts legt te veel uit
  - de uitleg die ik van de arts krijg, is voldoende
  - ik krijg geen of weinig uitleg en dat vind ik prima
  - ik krijg te weinig uitleg van de arts
-

12a. Als de **wijkverpleegkundige** Uw kind onderzoekt, legt hij of zij dan uit **waarom** het onderzoek wordt gedaan? (aankruisen)

- ja, altijd
- meestal wel
- meestal niet
- nee, nooit

---

12b. Wordt door de **wijkverpleegkundige** bij het onderzoek ook uitgelegd **wat** er wordt gedaan? (aankruisen)

- ja, altijd
- meestal wel
- meestal niet
- nee, nooit

---

12c. Wat vindt U van de uitleg door de **wijkverpleegkundige**? (aankruisen)

- de wijkverpleegkundige legt te veel uit
- de uitleg die ik van de wijkverpleegkundige krijg, is voldoende
- ik krijg geen of weinig uitleg van de wijkverpleegkundige en dat vind ik prima
- ik krijg te weinig uitleg van de wijkverpleegkundige

---

13a. Was U, voordat U het consultatiebureau ging bezoeken, op de hoogte van het doel en de werkwijze van zo'n bureau? (aankruisen)

- ja
- gedeeltelijk
- nee

---

13b. Indien U geheel of gedeeltelijk op de hoogte was, van wie wist U dat? (aankruisen/invullen)

- huisarts
  - wijkverpleegkundige
  - verloskundige
  - familie of kennissen
  - anders, namelijk \_\_\_\_\_
-



14. Hieronder vermelden wij U een aantal redenen die kunnen meespelen bij de beslissing om naar het consultatiebureau te gaan. Kunt U, bij elk van deze redenen, aangeven hoe belangrijk zij voor U zijn? (aankruisen)

Ik ga naar het consultatiebureau omdat:	zeer belangrijk	belangrijk	niet zo belangrijk	onbelangrijk
ik behoefte heb aan steun bij het grootbrengen van mijn kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik er vragen kan stellen over de voeding van mijn kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik er vragen kan stellen over de ontwikkeling van mijn kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik er vragen kan stellen over het gedrag van mijn kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik er vragen kan stellen over het slaappgedrag van mijn kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik wil weten of mijn kind goed gezond is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik wil weten of mijn kind goed groeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik wil weten of mijn kind zich goed ontwikkelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bezoek aan het consultatiebureau verplicht is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik wel eens onzeker ben en wil horen of ik het goed doe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mijn kind er wordt ingeënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
mijn kind er regelmatig wordt onderzocht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het gehoor van mijn kind wordt nagekeken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ik er andere ouders met kinderen kan ontmoeten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
de artsen en verpleegkundigen daar deskundig zijn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het tijdstip van het bureau mij goed uitkomt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het bureau voor mij goed bereikbaar is	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Zijn er, naast de in vraag 14 genoemde redenen, nog andere redenen, die hebben meegespeeld bij de beslissing om naar het consultatiebureau te gaan? (aankruisen/invullen)

nee

ja, namelijk \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

16a. Hieronder staan een aantal zaken waaraan men op het consultatiebureau aandacht zou kunnen besteden. Wilt U, per onderwerp, aangeven of er naar Uw mening te veel, voldoende of te weinig aandacht aan wordt besteed? (aankruisen)

	te veel aandacht	voldoende aandacht	te weinig aandacht
voedingsadviezen voor het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medisch onderzoek van het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
slaapgedrag van het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ontwikkeling van het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persoonlijke aandacht voor U als ouders	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aandacht voor de gezinssituatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opvoedkundige adviezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16b. Zijn er nog andere punten waaraan naar Uw mening teveel of juist te weinig aandacht wordt besteed op het consultatiebureau? (invullen)

te veel aandacht voor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

te weinig aandacht voor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

17a. Op het consultatiebureau wordt onder andere informatie gegeven over de hieronder genoemde onderwerpen. Wilt U per onderwerp aangeven of U de informatie die U op het consultatiebureau krijgt teveel, voldoende of te weinig vindt? (aankruisen)

	te veel informatie	voldoende informatie	te weinig informatie
veiligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
groei en ontwikkeling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
voeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
'babykwaaltjes'	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
verzorging van het kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
inentingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opvoeding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gehoortest	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gebruik van medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17b. Zijn er daarnaast nog andere punten, waarover naar Uw mening teveel of juist te weinig informatie wordt gegeven op het consultatiebureau? (invullen)

te veel informatie over: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

te weinig informatie over: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

18. Vindt U dat U als ouder(s) zelf kunt beoordelen of er iets mis is met Uw kind? (aankruisen)

- ja
- meestal wel, maar een nader oordeel van de arts of de wijkverpleegkundige stel ik soms op prijs
- nee, het oordeel van de arts is voor mij doorslaggevend
- nee, het oordeel van de wijkverpleegkundige is voor mij doorslaggevend
- nee, de oordelen van de arts en de wijkverpleegkundige zijn voor mij doorslaggevend

19a. Geeft de arts op het consultatiebureau wel eens informatie en adviezen over zaken die U eigenlijk wel weet? (aankruisen)

- ja, vaak
- soms
- nee, nooit

-----  
19b. Geeft de wijkverpleegkundige, die het consultatiebureau doet, wel eens informatie en adviezen over zaken die U eigenlijk wel weet? (aankruisen)

- ja, vaak
- soms
- nee, nooit

-----  
20. Is op het consultatiebureau, dat door U wordt bezocht, altijd dezelfde arts en dezelfde wijkverpleegkundige aanwezig? (aankruisen)

- ja, altijd dezelfde arts en wijkverpleegkundige
- arts is altijd dezelfde, wijkverpleegkundigen wisselen
- wijkverpleegkundige is altijd dezelfde, artsen wisselen
- zowel de artsen als de wijkverpleegkundigen wisselen

-----  
21a. Is de arts die U meestal op het consultatiebureau heeft, de eigen huisarts? (aankruisen)

- ja
- meestal wel
- meestal niet
- nee

-----  
21b. Is de wijkverpleegkundige die U meestal op het consultatiebureau heeft, de degene die ook de huisbezoeken doet? (aankruisen)

- ja
  - meestal wel
  - meestal niet
  - nee
-

22a. Als U zou mogen kiezen welke arts U op het consultatiebureau treft, wat zou dan Uw keuze zijn? (aankruisen/invullen)

- de eigen huisarts
- een speciale consultatiebureau-arts
- een andere huisarts van het gezondheidscentrum
- het maakt mij niet uit
- anders, namelijk \_\_\_\_\_

22b. Kunt U aangeven waarom U voorkeur heeft voor deze arts? (invullen)

---

---

23a. Als U het consultatiebureau bezoekt, zijn dan altijd zowel de arts als de wijkverpleegkundige aanwezig? (aankruisen)

- ja, de arts en de wijkverpleegkundige zijn altijd beiden op het consultatiebureau aanwezig
- soms wordt het consultatiebureau alleen door een arts gedaan
- soms wordt het consultatiebureau alleen door een wijkverpleegkundige gedaan
- anders, namelijk \_\_\_\_\_

23b. Als op het consultatiebureau zowel de arts als de wijkverpleegkundige aanwezig zijn, ziet U dan beide gelijktijdig of na elkaar? (aankruisen)

- altijd gelijktijdig
- soms gelijktijdig, soms na elkaar
- altijd na elkaar

23c. Als U de arts en/of de wijkverpleegkundige wel eens apart ziet op het consultatiebureau, weet U dan van tevoren met wie U een afspraak heeft? (aankruisen)

- altijd
- meestal wel
- meestal niet
- nooit
- niet van toepassing, beiden zijn altijd aanwezig

24a. Welke van onderstaande vormen van consultatiebureaus vindt U het prettigst? (aankruisen)

- altijd met zowel een arts als een wijkverpleegkundige
  - af en toe alleen met een arts
  - af en toe alleen met een wijkverpleegkundige
  - het maakt mij niets uit
- 

24b. Als U voorkeur heeft voor één van de bij vraag 24a. genoemde vormen van consultatiebureau, kunt U dan aangeven waarom? (invullen)

---

---

---

25. Letten arts en wijkverpleegkundige bij het consultatiebureau met betrekking tot het kind op verschillende dingen? (aankruisen)

- ja
  - nee
- 

26. Hieronder staan een aantal zaken waaraan op het consultatiebureau aandacht kan worden besteed. Wilt U, per onderwerp, aangeven bij wie U hiermee op het consultatiebureau het beste terecht kunt? (aankruisen)

	arts	wijkver- pleegkundige	beiden	weet niet
voedingsadviezen voor Uw kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
medisch onderzoek van Uw kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
adviezen over het slaappgedrag van Uw kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
het volgen van de ontwikkeling van Uw kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persoonlijke aandacht voor U als ouder(s)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
aandacht voor de gezinssituatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opvoedkundige adviezen met betrekking tot Uw kind	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
geven van inentingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

27a. Met wie heeft U op het consultatiebureau liever te maken; met de arts of met de wijkverpleegkundige? (aankruisen)

- de arts
- de wijkverpleegkundige
- ik heb geen voorkeur

-----  
27b. Kunt U aangeven waarom deze voorkeur voor de arts of de wijkverpleegkundige? (aankruisen/invullen)

- niet van toepassing; ik heb geen voorkeur
- om persoonlijke redenen, deze persoon ligt me beter
- ik durf deze persoon meer te vragen
- deze persoon begrijpt me beter
- deze persoon legt beter uit wat wordt gedaan en waarom
- ik vind deze persoon deskundiger
- anders, namelijk \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
28. Vindt U dat U op het consultatiebureau goed of slecht wordt geïnformeerd over hoe het met Uw kind gaat? (aankruisen)

- zeer goed
- goed
- niet goed, niet slecht
- slecht
- zeer slecht

-----  
29a. Als op het consultatiebureau bij Uw kind wordt geconstateerd dat iets niet 100% in orde is, bent U dan tevreden over de verdere gang van zaken? (aankruisen)

- (zeer) tevreden
  - niet tevreden, niet ontevreden
  - (zeer) ontevreden
  - weet niet, heb ik geen ervaringen mee
-

29b. Kunt U aangeven waarom U tevreden of ontevreden bent over de verdere gang van zaken? (invullen)

---

---

---

---

30. Bent U **in het algemeen** tevreden of ontevreden over het werk van het consultatiebureau? (aankruisen)

- erg tevreden
- tevreden
- niet tevreden, niet ontevreden
- ontevreden
- erg ontevreden

31a. Heeft U voorstellen die naar Uw mening de gang van zaken op het consultatiebureau in Almere zouden verbeteren? (aankruisen)

- nee
- ja

31b. Zo ja, welke zijn deze voorstellen? (invullen)

---

---

---

---

---

---

---

---



De vragen 32 en 33 hoeft U alleen in te vullen als U met Uw kind een kleuterbureau bezoekt. Bezoekt U met Uw kind het zuigelingenbureau, dan kunt U doorgaan met vraag 34.

---

32a. Heeft U met het kind, waarmee U nu het kleuterbureau bezoekt, ook een zuigelingenbureau bezocht? (aankruisen)

- nee (door naar vraag 33)
  - ja, een zuigelingenbureau in Almere
  - ja, een zuigelingenbureau buiten Almere, namelijk in \_\_\_\_\_
- 

32b. Indien dit het geval was, hield U op het kleuterbureau dezelfde arts als bij het zuigelingenbureau? (aankruisen/invullen)

- ja (door naar vraag 33)
  - nee
  - anders, namelijk \_\_\_\_\_
- 

32c. Vindt U het vervelend als het kleuterbureau door een andere arts wordt gedaan dan het zuigelingenbureau? (aankruisen)

- ja
  - nee
- 

33. Vindt U het kleuterbureau even belangrijk als het zuigelingenbureau? (aankruisen)

- beiden zijn in mijn ogen even belangrijk
  - ik vind het zuigelingenbureau belangrijker
  - ik vind het kleuterbureau belangrijker
-

34a. Er zijn landelijk plannen om ouders voor elk bezoek aan het consultatiebureau een bijdrage in de kosten te laten betalen. De hoogte van deze bijdrage staat nog niet vast.

Wanneer U voor elk bezoek aan het consultatiebureau f 30,-- zou moeten betalen, zou U dan even vaak van het consultatiebureau gebruik maken als nu? (aankruisen/invullen)

- ja, ik blijf even vaak het consultatiebureau bezoeken
  - nee, ik zou minder vaak naar het consultatiebureau gaan
  - nee, ik zou alleen naar het consultatiebureau gaan wanneer er problemen zijn met het kind
  - ik zou helemaal niet meer naar het consultatiebureau gaan
  - anders, namelijk \_\_\_\_\_
- 

-----  
34b. Wanneer U voor elk bezoek aan het consultatiebureau f 15,-- zou moeten betalen, zou U dan even vaak gebruik maken van het consultatiebureau als nu? (aankruisen/invullen)

- ja, ik blijf even vaak het consultatiebureau bezoeken
  - nee, ik zou minder vaak naar het consultatiebureau gaan
  - nee, ik zou alleen naar het consultatiebureau gaan wanneer er problemen zijn met het kind
  - ik zou helemaal niet meer naar het consultatiebureau gaan
  - anders, namelijk \_\_\_\_\_
- 

Tot slot nog enkele vragen die op Uzelf betrekking hebben

---

35. Wat is de leeftijd van de moeder van het kind? (aankruisen)

- jonger dan 20 jaar
  - 20 - 24 jaar
  - 25 - 29 jaar
  - 30 - 34 jaar
  - 35 jaar en ouder
-

36. Wat is de leeftijd van de vader van het kind? (aankruisen)

- jonger dan 20 jaar
- 20 - 24 jaar
- 25 - 29 jaar
- 30 - 34 jaar
- 35 jaar en ouder

---

37a. Wat is de hoogste schoolopleiding die de moeder van het kind heeft gevolgd? (aankruisen)

- Lager Onderwijs, inclusief LAVO en VGLO
- Lager Beroepsonderwijs (LTS, LEAO, LHNO, Huishoudschool, e.d.)
- Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs (MAVO, MULO, e.d.)
- Middelbaar Beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO, e.d.)
- Hoger Algemeen en Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs (HAVO, HBS, MMS, Gymnasium, Atheneum, e.d.)
- Hoger Beroepsonderwijs en Wetenschappelijk Onderwijs (HTS, HEAO, TH, Universiteit)
- anders, namelijk \_\_\_\_\_

---

37b. Is deze opleiding voltooid? (aankruisen)

- ja
- nee
- is nog met de opleiding bezig

---

38a. Wat is de hoogste schoolopleiding die de vader van het kind heeft gevolgd? (aankruisen)

- Lager Onderwijs, inclusief LAVO en VGLO
  - Lager Beroepsonderwijs (LTS, LEAO, LHNO, Huishoudschool, e.d.)
  - Middelbaar Algemeen Voortgezet Onderwijs (MAVO, MULO, e.d.)
  - Middelbaar Beroepsonderwijs (MBO, MTS, MEAO, e.d.)
  - Hoger Algemeen en Voorbereidend Wetenschappelijk Onderwijs (HAVO, HBS, MMS, Gymnasium, Atheneum, e.d.)
  - Hoger Beroepsonderwijs en Wetenschappelijk Onderwijs (HTS, HEAO, TH, Universiteit)
  - anders, namelijk \_\_\_\_\_
-

38b. Is deze opleiding voltooid? (aankruisen)

- ja  
 nee  
 is nog met de opleiding bezig

---

39. Wat is Uw burgerlijke staat?

- gehuwd / samenwonend  
 gescheiden  
 weduwe/weduwenaar  
 ongehuwd, nimmer gehuwd geweest  
 anders, namelijk \_\_\_\_\_

---

40. Bent U lid van de kruisvereniging in Almere? (aankruisen)

- ja  
 nee

---

41. In welk jaar bent U in Almere komen wonen? (invullen)

in 19 ..

---

42. Bij welk gezondheidscentrum en/of bij welke huisarts staat U in Almere ingeschreven? (invullen)

bij huisarts \_\_\_\_\_  
gezondheidscentrum \_\_\_\_\_

---

43. Maakt U voor het consultatiebureau-bezoek gebruik van ditzelfde gezondheidscentrum?

- ja  
 nee, hiervoor ga ik naar \_\_\_\_\_
-

In deze enquête zijn een groot aantal vragen gesteld over het consultatiebureau voor zuigelingen en kleuters in Almere. Toch kunnen wij ons voorstellen dat naar Uw mening bepaalde aspecten van het consultatiebureau te weinig aandacht hebben gekregen of dat U bepaalde zaken heeft gemist.

In dat geval kunt U de onderstaande ruimte (en eventueel de achterkant van dit blad) gebruiken om Uw op- en aanmerkingen te noteren.

**HARTELIJK DANK VOOR UW MEDEWERKING!**

---

